

# HINDER OCH MÖJLIGHETER FÖR SJUKSKÖTERSKAN ATT TALA MED PATIENTEN OM SEXUALITET

<b>FÖRFATTARE</b>	Linda Ahlgren Vera Wallin
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp/ Omvårdnad – Eget arbete  HT 2007
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Margaretha Nolbris
<b>EXAMINATOR</b>	Anna – Lena Hellström

Titel (svensk):	Hinder och möjligheter för sjuksköterskan att tala med patienten om sexualitet
Titel (engelsk):	Obstructions and possibilities for the nurse to talk about sexuality with the patient
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Omvårdnad – Eget arbete/OM2240/SPN8
Arbetets omfattning	15 högskolepoäng
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Linda Ahlgren Vera Wallin
Handledare:	Margaretha Nolbris
Examinator:	Anna-Lena Hellström

## SAMMANFATTNING

**Inledning** Genom tiderna har människans sexualitet varit tabubelagt och förbjudet. Kvinnan har setts som asexuell, medan mannen har setts som den som bär den sexuella fanan.

Sexualitet är en betydelsefull del av att vara människa; den påverkar parrelationer, socialt umgänge och en människas välbefinnande. Sjuksköterskan skall ha en helhetssyn på patienten, något som även styrks av lagen. Dock tenderas patientens sexualitet och eventuella problem med denna hoppas över inom olika instanser i vårdkedjan. Trots att problem vid olika sjukdomstillstånd och läkemedelsbehandlingar är kända.

**Syfte** Syftet med denna litteraturstudie har varit undersöka varför ämnet sexualitet inte tas upp inom olika instanser i vården och vilka möjligheter som finns till förbättringar.

**Metod** Resultatet baseras på elva artiklar som är skrivna mellan 1994 och 2007. Artiklarna är sökta i databaserna PubMed och Cinahl och manuellt i tidsskriften Sex and disability.

Metoden var induktiv och resultatet analyserades med hjälp av Travelbees mellanmännsliga teori.

**Resultat** I resultatet framkom att sjuksköterskor i de flesta studier tyckte att de hade för låg kunskapsnivå eller för lite utbildning för att ta upp sexualitet med patienterna. Dock är utbildning en viktig väg för sjuksköterskorna att ta upp ämnet. Kultur och religion är något som påverkar sjuksköterskorna och det visade sig att manliga sjuksköterskor hade lättare att ta upp ämnet med sina patienter än kvinnliga. Flera artiklar tog upp obehag som en anledning att inte ta upp ämnet. Även tidsbrist var något som påverkade. Möjligheter för sjuksköterskor att blir tryggare i att ta upp ämnet med patienter var ökad utbildning, vilket både bör förse dem med kunskap om sexualitet och färdigheter i kommunikation för användande av kunskapen. Utbildning ökar även sjuksköterskornas medvetenhet och attityder, vilket är viktigt.

# INNEHÅLL

	Sid
BAKGRUND	4
<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>Sexualitet som begrepp</b>	<b>4</b>
<b>Sexualitet/reproduktion – sökordet i VIPS</b>	<b>5</b>
<b>Sexuella problem</b>	<b>5</b>
<b>Sexualitet ur ett historiskt perspektiv</b>	<b>6</b>
<b>Kultur</b>	<b>9</b>
<b>Religion</b>	<b>9</b>
<b>Omvårdnadsteoretiskt perspektiv</b>	<b>10</b>
SYFTE	12
METOD	12
RESULTAT	13
<b>Hinder</b>	<b>14</b>
<b>Möjligheter</b>	<b>18</b>
DISKUSSION	20
<b>Metoddiskussion</b>	<b>20</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>21</b>
REFERENSER	26
BILAGOR	
<b>1. Artikelpresentation</b>	

## BAKGRUND

### **Inledning**

Under våra praktikperioder har vi upplevt att ämnet sexualitet inte tas upp med patienterna. Sökordet sexualitet/reproduktion i VIPS, som är dokumentationssystemet som används i Sverige, hoppas ofta över vid ankomstsamtal. Vi har funderat på varför, eftersom det är ett viktigt ämne. Det påverkar människors välbefinnande mycket, som parrelationer och socialt umgänge, och om det diskuterades mera öppet skulle problem kunna förebyggas och lösas. Ett exempel är otillräcklig information om läkemedelsbiverkningar, som kan påverka den sexuella förmågan. Det är en del av sjuksköterskans arbete att kartlägga patientens problem, risker och resurser. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763, är sjuksköterskan skyldig att fokusera på patientens hela situation, inte enbart en enskild sjukdom. Vården skall vara av god kvalitet och ges på lika villkor (1).

Under utbildningen har ämnet sexualitet inte tagits upp alls och vi har inte fått lära oss hur vi ska gå tillväga i bemötandet av patienten i detta ämne, varken under vår teoretiska eller kliniska utbildning. Därför hoppas vi nu kunna få mer kunskap om detta i samband med denna studie.

### **Sexualitet som begrepp**

Det finns olika definitioner på sexualitet och inom biologin är det en benämning på de beteenden som är förknippade med könslig fortplantning. Enligt Nationalencyklopedin är sexualitet ett grundläggande behov hos människor att söka kärlek, kontakt, värme och närhet (2).

Enligt WHO, Världshälsoorganisationen, är sexualitet en betydelsefull del av att vara människa. Denna del finns genom hela livet och innefattar kön, könsidentiteter, könsroller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Människan upplever och uttrycker sexualitet genom bland annat tankar, fantasier, önskningar, attityder och värderingar, roller och relationer. Sexualitet kan omfatta alla dessa dimensioner, men det är inte alltid att en individ upplever eller uttrycker dem. Sexualiteten påverkas av biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, legala, historiska, religiösa och andliga faktorer (3).

WHO definierar sexuell hälsa som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet. Detta betyder att det inte endast är frånvaro av sjukdom, funktionsnedsättning eller svaghet som påverkar. För att sexuell hälsa skall uppnås måste alla människors sexuella rättigheter respekteras och skyddas. Den sexuella hälsan kräver då att närmandet av sexualitet och sexuella relationer är positivt och att möjlighet finns att få säkra sexuella erfarenheter, som är fria från förtryck, diskriminering och våld (3).

Enligt Förenta Nationerna: "Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. De har utrustats med förnuft och samvete och bör handla gentemot varandra i en anda av gemenskap"(4).

Ett av målområdena som Folkhälsoinstitutet satt upp rör människors sexualitet. Förutom att stärka individens egen identitet och självkänsla säger Folkhälsoinstitutet att det handlar om att ge saklig sexualkunskap och ökad förmåga att hantera relationer med andra människor. Detta i syfte att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende. Det friska och positiva bör tillvaratas utan att hälsoriskerna negligeras (5). Människor med funktionshinder är i högre grad än andra utsatta för faktorer som kan leda till en sämre sexuell och reproduktiv hälsa. Även människor med annan etnisk bakgrund är en speciellt utsatt grupp (5).

Enligt FN skall staterna garantera att all läkar- och vårdpersonal har tillräcklig utbildning och utrustning för att ge människor med funktionsnedsättning medicinsk vård. Utbildningen bör ges regelbundet och baseras på senaste rön (6).

### **Sexualitet/Reproduktion – sökordet i VIPS**

Under detta sökord dokumenteras bland annat samlevnad, eventuella störningar, krav och förväntningar på sexualiteten, användning av preventivmedel, biverkningar av läkemedel, pubertet, menstruation, graviditet, amning och klimakterium. Dokumentation av relevans under detta sökord är dels fysiologiska funktionshinder när det gäller organ och reproduktion. Även psykologiska aspekter så som kunskap, attityder och könsroller. Krav och förväntningar i den interpersonella dimensionen bör dokumenteras under detta sökord. För att kunna ge bästa omvårdnad av patienter med handikapp som genomgår rehabilitering efter till exempel hjärtinfarkter, stroke och amputationer är det särskilt viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar och dokumenterar problem inom denna ämnessfär (7).

### **Sexuella problem**

De vanligaste riskfaktorerna för en försämrad sexuell förmåga är rökning, alkohol, läkemedel mot depression och högt blodtryck, hormoner, anabola steroider, lugnande medel, narkotika, diabetes, hjärt- kärlsjukdomar, kirurgiska ingrepp i bäckenet, nedstämdhet och stress (8). Effekterna av sjukdomar och mediciner är av olika slag, det kan handla om en försämring av könsorganens funktion eller den sexuella gensvarsförmågan, men det kan även vara en påverkan av allmäntillståndet såsom värk, trötthet, irritabilitet och olust (9). Vad gäller diabetes har nästan 50 % av alla män någon form av erektionsstörning, vilket beror på att den negativa effekten av för högt blodsocker på nerver och blodkärl även drabbar blodkärlen i penis (8, 10). Kvinnor med diabetes har mer sällan problem, men många drabbas av såväl olust som minskad orgasmförmåga (11). Vid depression får 10-50 % av dem som använder SSRI-preparat minskad sexuallust och försämrad erektionsförmåga. Det blir en ond cirkel; när depressionen blivit bättre fungerar inte sexuallivet, relationsproblem kan uppstå och nya psykiska besvär uppkommer. Bland äldre är depression ett vanligt problem, och ett tidigt tecken kan vara minskad sexuell lust (11). I Sverige är det runt 225 000 män som lider av erektionsproblem i varierande grad (10). Det är relativt ovanligt före

50-årsåldern, men mellan 50 och 60 år är förekomsten 6 % och mellan 65 och 74 år upplever 25 % erektionsstörningar (8). Det är ofta en mardrömssituation för mannen, och påverkar inte bara hans sexuella förmåga utan hela hans liv. Potens förknippas med manlighet och hela mannens självbild kommer i gungning när han inte lyckas leva upp till bilden av en ”riktig man”(10). Det är inte ovanligt att mannen istället för öppenhet om problemet reagerar med att dra sig undan eller bli arg och snäsig. Detta påverkar på så vis kommunikationen med den eventuella partnern som i sin tur kan tro att mannen tröttnat på henne/honom (8). För partnern är erektionen en bekräftelse på att mannen är attraherad av denne och det skapar i sin tur trygghet i relationen (10).

Könsroller inverkar på så sätt att låsningar i rollstereotyper och ömsesidiga rollförväntningar kan ge en obalans i det sexuella förhållandet. Traditionellt sett förknippas mansrollen med självständighet, initiativ, ansvar och prestation medan kvinnans roll är den omhändertagande, varma, ömhetsgivande och att vara mottagare av mannens initiativ. En kvinnlig strategi vid konflikter kan vara undvikande, avkall på egna behov, intressen och värderingar inom en relation, i hopp om att gå den andre till mötes. Det kan leda till problem om samma mönster sätts i system på det sexuella området (9).

Studier har visat att patienter har behov av information och stöd i frågor som rör deras sexualitet (12, 13). Enligt SOSFS 1993:17 skall omvårdnadens mål för psykisk, social och andlig hälsa tydliggöras i samverkan med patienten och när så är lämpligt även patientens närstående. Rådgivning och vägledning är synnerligen viktiga åtgärder som stöd för patientens och anhörigas egna insatser efter avslutad vård och behandling på såväl sjukhus som i öppen vård (1).

### **Sexualitet ur ett historiskt perspektiv**

Under antiken krävde det sanna livet mer förfinade nöjen än att bejaka sexualiteten. Fientlighet mot överdrifter fanns, stoicismen var rådande. Kroppen fick inte bli slav under begäret och förnuftet måste kontrollera känslan. Äktenskap var nödvändigt för att reproducera släktet. Baserat på humoralfysiologin, läran om att kroppens och själens sjukdomar skulle vara orsakad av en störning av jämvikten mellan de fyra kroppsvätskorna blod, slem, svart och gul galla, var den manliga säden ett koncentrat av dessa och skulle inte förslösas (15).

Kristendomen, som uppstod under senantiken cirka år 500, kunde inte förespråka fullständig avhållsamhet som härrörde från strävan att förneka köttet (15). Gud uppmanade, enligt bibeln människorna att vara fruktsamma och uppfylla jorden (14). Nu skapades normen för den tillåtna sexualiteten: den reproduktiva (15).

Under 1700-talet var en av människans främsta plikter att, inom äktenskapets ram, sätta barn till världen, enligt såväl kyrkan som vetenskapen. Syftet med det sexuella samlivet var således att avla barn. Denna förväntning vägde så tungt att barnlöshet och sexuell oförmåga kunde ses som skäl nog att skilja ett gift par åt.

Huvudansvaret för reproduktionen tycks ha vilat på mannen, orsakerna till ofruktsamhet söktes i manskroppen och endast män löpte risk att definieras som ofruktsamma och därmed otjänliga för äktenskap. Kvinnans roll vid reproduktionen togs för given eller sågs som ointressant, vilket hör ihop med denna tidens syn på mäns normativa status och möjligheter att representera människan i generell mening (16). Man började under detta århundrade diskutera sexualitetens inverkan på organismen. Sexualiteten som synd ersattes gradvis av föreställningen att icke-äktenskaplig sexualitet var skadlig för hälsan. Den ansågs skadlig om den praktiserades i övermått. Onani beskrevs som ett patologiskt beteende som ledde till många allvarliga symptom såsom nedsatt syn och hörsel, epilepsi och sinnessjukdom (15).

Under 1800-talet riktades intresset mot den "sexuella lössläpphet" som man ansåg fanns i de primitiva kulturerna. Det diskuterades till exempel huruvida förfäderna hade levt otuktigt eller i monogami (17). Det fanns en strävan efter att markera en gräns mot de lägre samhällsklasserna genom en mer förfinad livsstil där behovet av kontroll och självdisciplin var stort (15). Begreppet "sexualitet" växte fram under 1800-talets sexologi. Innan dess fanns inget begrepp som sammanfattade de handlingar som vi idag ser som sexuella (17, 18). De första studierna kring sexualitet präglades av att de sexuella mönster som kunde ses i den egna kulturen betraktades som allmänmänskliga. Ämnet lyftes även in i kategorier som äktenskap, familj och moral, som ansågs vara mer "neutrala" (17). Kvinnan sågs som en asexuell varelse, vilket tidens etikettböcker visar, exempelvis fick inte en kvinna sätta sig på en stol där en man just suttit. Den otillåtna sexualiteten, den icke-fruktsamma, synliggjordes på flera håll, som i bordellerna, och på så vis blev det förbjudna samtidigt förnekad och bejakat, isolerat och marknadsanpassat. Onani ansågs fortfarande vara skadligt och kunde till och med anges som dödsorsak. Faktum är att den förblev klassificerad som sjukdom in på 1930-talet. Även homosexualiteten var sjukdomsförklarad, och ansågs bero på psykopatologisk rubbning eller psykisk urartning, ofta utlöst av onani. Fram till år 1944 var det ett brott i den svenska strafflagen (15).

Sexualiteten har under seklerna som gått fått allt större betydelse för både individ och samhälle. Sexualiteten idag är centrum för "jaget" och symboliserar det goda livet. I vår kultur uppfattas sexualiteten som något privat och anses vara biologiskt självklar och naturlig. Sex definierar oss moraliskt och socialt (17).

RFSU, Riksförbundet för sexuell upplysning, är ett svenskt exempel på de sexreformrörelser som uppkom i Europa och USA i slutet av 1800-talet. Ideologierna i reformrörelserna kunde skifta, men de hade liknande krav: sexualupplysning till allmänheten, preventivmedel och fria aborter. RFSU krävde att man i Sverige skulle införa sexualundervisning i skolan, att människor skulle få tillgång till preventivmedel, steriliseringar och aborter. De krävde även att rådgivningsbyråer skulle upprättas i hela landet och att homosexuella kontakter skulle bli lagliga (18).

Utgångspunkten inom sexualupplysningen har varit att förebygga sjukdomar och ohälsa genom att sprida kunskaper. Det har även funnits en annan positiv sida: genom att sprida kunskap ökar den människors möjligheter till sexuell njutning. Okunnighet, skuldkänslor, hämningar eller relationsproblem är problem som pekats ut som hinder för sexuell lycka. Äktenskapsböcker och böcker om mannen/kvinnan har haft en stor köpkraft under århundradena (18).

Vem hade då kunskapen om människans sexualitet? Eftersom sexualupplysningen stod på medicinsk grund, ansågs det att det var läkaren som hade rätt att tala i frågan, då denna profession hade störst auktoritet. Men många reformister ansåg att läkaren inte tog sitt ansvar och upplyste om hur könssjukdomar spreds och hur oönskade graviditeter bäst undveks. En del läkare ansågs inte ha utbildning inom den sexuella sfären, men eftersom de besatt den medicinska kunskapen var de skyldiga att tala (18).

Könskyla var det populära uttrycket för kvinnans olustkänslor eller oförmåga till orgasm. Frigiditet, som kommer av latinets "frigidus" som betyder kyla, var det kliniska. Den asexuella kvinnan ersattes i den medicinska litteraturen av en ny sorts kvinna under 1900-talets början. Kvinnorna sågs oftare som sexuella varelser som hade begär och förmåga till njutning. Sexualiteten likställdes inte med mannens sexualitet, men den "normala kvinnan" hade sexuella känslor. Att kvinnor hade sexuell lust och förmåga till orgasm blev mer etablerat i den medicinska litteraturen under mellankrigstiden. I och med detta kom kvinnornas frigiditet mer i fokus. Den tidens sexologer var överens om att detta var ett problem som var utbrett, men dess storlek finns det skilda uppgifter om. RFSU hävdade i sin rådgivning att de främsta orsakerna till könskyla var psykologiska orsaker så som ångest, som hindrade kvinnan att ge sig hän och ge upp självkontrollen. Ångesten i sin tur antogs bero på rädslan att bli gravid, traumatiska upplevelser i det förflutna eller att man hade en skamfylld syn på sexualitet. RFSU hävdade att flickor mer än pojkar uppfostrades med en smutsig och skamlig syn på sexualitet, vilket i sin tur kunde härledas till kristendomen.

Det fanns många missförstånd kring frigiditeten; till exempel att det skulle vara något anatomiskt eller medicinskt fel på könsorganen, att kvinnan hade onanerat för mycket, eller att hon hade haft för många lösa och tidiga sexuella förbindelser (18).

Också ett annat perspektiv fördes fram om vad könskylan kunde bero på: kvinnornas underordning i samhället. Enligt Lennerhed (18) blev kvinnor frigida på grund av deras sociala och ekonomiska situation, att hon var beroende av sin man och sitt äktenskap, att kvinnor nerverderades och dubbelmoralen i att kvinnorna skulle leva kyskt innan äktenskapet, medan detta inte gällde mannen i samma utsträckning (18).

"Spermatorré" och impotens var exempel på sjukdomar som kunde drabba mannen. Om mannen hade för många sädesuttömningar kunde han bli lidande av "spermatorré", eller sädesflytningar, enligt 1800-



talets och det tidiga 1900-talets medicinkunskaper. Impotensen sades bero på samma saker som kvinnans frigiditet: psykologiska orsaker. En fientlig inställning till sexualitet i uppfostran, eller dålig relation till sin kvinna ansågs förorsaka hämningar och skapa nervositet och stress inför samlag. Enligt RFSU fanns ett utbrett missförstånd vad gällde impotens, då män hade överkliga föreställningar om hur länge ett samlag skulle pågå (18).

När läkemedel mot erektionsstörningar blev tillgängliga ökade människors medvetande och samtal kring männens sexuella svårigheter började ta fart. Inom hälso- och sjukvården har personalen börjat ta till sig budskapet om att problemen finns, men det saknas ofta kunskap och kompetens för att kunna behandla problemen på ett professionellt sätt (19).

### **Kultur**

Under de senaste årtiondena har Sverige förvandlats till ett mångkulturellt samhälle, och det ökar behovet av att förstå personer från andra kulturer, främst deras värderingar och levnadssätt (20). Bakgrunden till alla människors sexuella föreställningar, förväntningar och beteenden finns i den kultur och familj som de vuxit upp i. Vad som är "normalt" kan variera och är inte enkelt att definiera. Denna del av vår tillvaro hör till det mest privata, men är ändå det som är mest reglerat av kultur och samhälle. Förutom kulturen spelar ett samhälles olika socioekonomiska grupper roll, där det finns olika uppfattningar om könsroller, familjemönster, studier, ekonomi och arbete (9).

### **Religion**

I vissa afrikanska kulturer är sexualiteten starkt sammankopplad med reproduktionen. Om en kvinna inte kan få barn kan det, då månggifte är tillåtet, hända att mannen gifter sig med ytterligare en kvinna. En man som får potensproblem går till läkaren eller medicinmannen, som gör ett offer av något slag, utför riter eller gör besvärjelser. Det hjälper då bra om mannen tror på det. Islam förbjuder sex utanför äktenskapet men har en mycket sexvänlig hållning inom det. Sexualiteten ses som en gåva från Gud och det är mannens plikt att tillfredsställa sin hustru. Om han inte klarar det har hon rätt att skilja sig från honom. Inom hinduismen är det också viktigt att få barn, och sexuella problem tros bero på en obalans mellan de fyra elementen. Ett gift par kan acceptera problem som en del av sitt karma enligt den religiösa huvudprincipen "det som blir dig givet". Judendomen har en mycket positiv syn på sex. Var och ens plikt är att fortplanta sig men glädjen över barnen gäller också glädjen över själva akten när de blir till. Man och kvinna behöver denna aspekt för sin mänskliga och personliga utveckling. (8)

## **Omvårdnadsteoretiskt perspektiv**

### Sjuksköterskans ansvar

Travelbees mellanmännsliga teori (21) beskriver att det är sjuksköterskans ansvar att hjälpa patienten att uppnå högsta möjliga hälsolivå. Det understryks att det viktigaste för sjuksköterskan är att känna till patientens upplevelse av sin situation, och den mening han själv tillskriver den, och inte att förhålla sig till hans diagnos, det vill säga sjuksköterskan måste ta reda på vad patienten upplever som ett problem. Det betonas i teorin att tillstånd av intensivt lidande kan utvecklas oberoende av det medicinska tillståndet. Personens kulturella bakgrund har betydelse för synen på sjukdom och lidande, i vissa sammanhang beskrivs också patientens familj som betydelsefull. Det är även andras ansvar inom sjukvården att hjälpa patienten, men det är enligt teorin först och främst sjuksköterskans ansvar då denne träffar patienten mer än någon annan. Hon/han ska kunna hantera vilket som helst problem som påverkar patientens välbefinnande i negativ riktning, och kan inte räkna med att god omvårdnad utövas om något problem patienten kan tänkas ha ignoreras. Detta betyder att sjuksköterskan alltid ska försöka hjälpa patienten att hitta lösningar, om denna inte själv har lösningen kan det vara nödvändigt att hänvisa individen till en annan instans, men det är i sista änden alltid sjuksköterskan som är ansvarig för att patienten får nödvändig hjälp. En sjuksköterska skall inte endast sträva efter att lindra fysisk smärta, utan hela personen ska tas omhand, med andra ord patientens hela upplevelse av lidande, vare sig den är fysisk, psykisk eller andlig. Teorin betecknar lidande som en upplevelse av förutom sjukdom, fysisk och psykisk smärta också alla typer av förluster. Då människan kännetecknas av sin förmåga att värdesätta olika aspekter på livet, uppstår lidande när personen upplever att något som hon värdesätter hotas (21).

### Att etablera en mellanmännslig relation

För att uppnå målet med omvårdnaden, som enligt teorin är att hjälpa den lidande personen att finna en mening i den situation denne befinner sig i, krävs det att en mellanmännslig relation etableras. Begreppen "sjuksköterska" och "patient" förkastas, eftersom de generaliserar och framhäver det som är gemensamt för olika grupper av människor, istället för att se till enskilda individer och de behov båda parter i relationen har. Här betonas att det inte är att förglömma att även sjuksköterskan har behov, i sin egenskap av att vara människa, och hon upphör inte att vara det under sitt arbetspass. För att sjuksköterskan ska känna tillfredsställelse med sitt arbete, måste även några av dennas behov bli tillgodosedda, annars kan sjuksköterskan i sin tur få svårt att uppfylla patientens behov (21).

När en sjuksköterska för första gången möter en patient, bör denna vara medveten om att sättet parterna förhåller sig till varandra bygger på generaliserade och stereotypa uppfattningar. Det avgörande för att uppfatta människan i patienten är sjuksköterskans intresse för andra som unika människor istället för kategorier eller förlängelser av sig

själv. Om inte dessa stereotypa uppfattningar medvetandegörs, kommer de att vara ett hinder för att komma vidare till nästa fas i interaktionsprocessen som beskrivs i teorin, nämligen framväxten av identiteter som vidare leder vägen genom faserna empati, sympati och till sist målet som är etablerandet av ömsesidig förståelse och kontakt. En förutsättning för att uppnå en äkta mellanmänsklig relation är att kommunikationen fungerar, och det finns flera anledningar till att den inte fungerar. En viktig anledning är just att den sjuke inte uppfattas som en unik människa. Det kan också vara så av att sjuksköterskan besvarar patientens frågor för fort, utan att verkligen ta reda på vad patienten verkligen menar eller vill veta, eller tar för givet att patienten mår bra då han säger det. Det är lätt hänt att patienten på frågan om denne mår bra, svarar jakande fast patienten egentligen till exempel inte mår lika dåligt som igår, men fortfarande har behov som inte är uppfyllda. Teorin säger också att sjuksköterskan ska akta sig för att lägga sina egna värderingar i uttalanden, innan denna har tagit reda på vad patienten tycker om saken. Den professionella sjuk-sköterskan kännetecknas av att denna har ett väl genomtänkt förhållande till sina egna värderingar och attityder, och teorin beskriver detta som att använda sig själv terapeutiskt i mötet med andra människor. Det avråds vidare från att använda klichéer och automatiska svar, som används utan reflektion. Här ges exempel på en patient som säger att han är orolig inför en förestående operation, och sjuksköterskan svarar att han inte skall vara orolig, utan att ta reda på vari oron ligger. Det är vidare även viktigt att lyssna, att ge patienten sin fulla uppmärksamhet, vilket kan förhindras av att sjuksköterskan pratar för mycket själv eller avbryter patienten. Det ska aldrig utgå ifrån att patienten har lika mycket, eller lite, lust att tala som sjuksköterskan själv har (21).

#### Att uppfylla patientens behov

Som vägledning för att komma fram till patientens omvårdnadsbehov och planera hur de kan uppfyllas, beskriver teorin en process i fem olika steg:

1. *Sjuksköterskan ska vara uppmärksam för att kunna se om personen har ett behov.* Patienten upplyser måhända sjuksköterskan om sitt behov, men det kan inte alltid tas för givet att informationen fås, då patienten många gånger kan ha svårt att kommunicera sitt behov. Här använder sig sjuksköterskan av systematisk observation för att försöka bilda sig en uppfattning om hur behovet ser ut.
2. *Sjuksköterskan får sin uppfattning bekräftad.* Sjuksköterskan tar genom samtal med patienten reda på om uppfattningen stämmer, och ger patienten möjlighet att bekräfta eller avvisa den.
3. *Sjuksköterskan beslutar om hon/han kan uppfylla patientens behov, eller om individen skall hänvisas till annan yrkesgrupp.* Det kan finnas behov som sjuksköterskan inte kan uppfylla. Det ligger på sjuksköterskans ansvar att arbeta tätt ihop med andra yrkesgrupper, och hänvisningen skall inte ses som ett sätt att bli

av med problemet, utan att hjälpa patienten. Sjuksköterskan måste fortfarande följa upp att behovet uppfyllts.

4. *Sjuksköterskan gör en omvårdnadsplan.*

I denna fas beslutar sjuksköterskan vilka åtgärder som skall sättas in och när behovet skall vara uppfyllt. Det krävs att sjuksköterskan har kunskap om patientens diagnos, status och så vidare men det viktigaste är att känna individen som person. Alla människor är unika, och därför är sätten, på vilka deras behov kan uppfyllas, inte lika varandra. Det är viktigt att sjuksköterskan är flexibel och öppen för förändringar i planen.

5. *Sjuksköterskan utvärderar i vilken grad behovet har uppfyllts.*

Detta görs genom att kommunicera med patienten, men även genom att sjuksköterskan observerar förändringar hos patienten. Det kan hända att patienten säger att behovet är uppfyllt, fast det inte är det, och det är därför viktigt att verkligen ge patienten möjlighet att berätta (21).

## SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka varför ämnet sexualitet inte tas upp inom olika instanser i vården och vilka möjligheter som finns till förbättringar.

## METOD

Detta fördjupningsarbete är en litteraturstudie i omvårdnad, med ett resultat som är baserat på elva artiklar, publicerade mellan 1994 och 2007. Artiklarna söktes i databaserna PubMed/Medline och CINAHL med hjälp av sökorden *sexuality, sexual health, nursing, information and discussing it with patients*, se tabell 1. En manuell sökning gjordes i tidskriften *Sexuality and disability*, där sökorden *sexuality, nursing and information* användes, och tre relevanta artiklar hittades (27, 29, 32).

Begränsningar till de senaste tio åren, ”peer-reviewed” och tillgängliga abstract gjordes. Då tidsbrist inte tillät användning av andra artiklar än de som fanns elektroniskt, användes endast dessa och sökningen fick utvidgas till de senaste 13 åren. Författarna valde artiklar som belyser sjuksköterskans personliga inställning till att tala om sexualitet. Två studier är gjorda på olika avdelningar på ett sjukhus (22, 23), en belyser sjuksköterskor som arbetar med ungdomar (24), en belyser sjuksköterskestudenters upplevelser (25), en belyser sjuksköterskor som jobbar på kirurgavdelningar (26), två belyser olika professioner; en kommer från primärvården (27) och den andra kommer från ett sjukhus (28), en belyser sjuksköterskor som arbetar inom strokevården (29) två är gjorda på sjuksköterskor som jobbar på canceravdelningar (30, 31) och en artikel är en litteraturstudie (32).

**Tabell 1**

Sökmetod: databaser och sökord

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Utfall	Ref. nr
15/11	PubMed/Medline	Sexual health	De senaste tretton åren	12654	
15/11	PubMed/Medline	Sexual health AND nurse	De senaste tretton åren	218	
15/11	PubMed/Medline	Sexual health AND nurse AND information	De senaste tretton åren	33	22,23,25, 26, 28
15/11	Manuell sökning	Sexuality, nursing, information	De senaste tio åren	3	27,29,32
21/11	Cinahl	Sexuality AND nursing AND communication	Abstract available, peer-reviewed, de senaste fem åren	15	24
3/12	PubMed/Medline	Sexuality AND nursing AND discussing it with patients	De senaste tio åren, abstract	8	30, 31

I urvalet har abstract lästs igenom för att få en uppfattning om vad artikeln handlat om och för att se att den svarat till syftet. Utifrån det har 16 artiklar valts ut för närmare granskning. Elva av dessa har använts i resultatet.

En induktiv metod för att analysera artiklarna användes. Efter att ha läst artiklarna ett par gånger, lades fokus i dem på resultat-, diskussions- och slutsatsdelen som lästes ett flertal gånger. Därefter framkom, efter diskussion författarna emellan, två huvudteman. Det första var *hinder* med nio subteman: *attityder, värderingar och stereotypa uppfattningar, obehag, tid och miljö, utbildning, ålder och erfarenhet, genus, typ av avdelning, kultur och religion och homosexualitet*. Det andra var *möjligheter* med tre subteman: *utbildning, attityder och värderingar och vad som kan göras för att lyfta ämnet*.

Artiklarna har granskats med hjälp av checklistor för artikelgranskning som Göteborgs universitet ställt till förfogande (33).

## RESULTAT

Nedan presenteras resultatet utifrån två teman; hinder och möjligheter med subteman. Hinder definieras enligt Nationalencyklopedin som en omständighet som försvårar eller gör verksamhet eller utveckling omöjlig. Möjlighet definieras som något som är möjligt, och att vara möjlig betyder i sin tur som ett fenomen som kan tänkas förekomma i visst sammanhang; ”om tänkbara eller genomförbara möjligheter” (2). Engelskans ord ”discomfort” som betyder obehag, otrevnad, besvär-

lighet och obekvämlighet (34) har översatts till subtemat "obehag" med betydelsen: "känsla av irritation, olust eller missnöje vid kontakt av något fysiskt eller psykiskt" (2).

Ordet "embarrasment" som betyder besvär, svårighet, hinder, förlägenhet (34), har översatts med ordet "genans" som betyder "känsla av olust på grund av en pinsam situation (2).

### **Hinder**

Flera av studierna visade att sjuksköterskorna sällan frågade om patienternas sexualitet (23, 24, 26, 27, 30, 31, 32). Hautamäki et al. (31) visade i sin kvantitativa studie, där 215 vårdpersonal från canceravdelningar i Finland ingick, att endast två procent av sjuksköterskorna tog upp ämnet med hälften av sina patienter, dock sa majoriteten av deltagarna i studien att de hade diskuterat ämnet på patientens initiativ. Majoriteten av sjuksköterskorna gav inte patienterna någon möjlighet att själva ta upp och diskutera ämnet (30, 31). Flera andra studier visade att sjuksköterskor menade att det var upp till patienterna själva att ta upp sin sexualitet med dem (22, 26, 30). Magnan et al. (22) visade i sin kvantitativa studie där 148 sjuksköterskor ingick, att 78,5 % av sjuksköterskorna inte trodde att patienterna förväntade sig att sjuksköterskorna skulle ta upp ämnet med dem. Guthrie (26) hänvisar till Waterhouse och Metcalfes tidigare studie som visade att patienten förväntar sig att sjuksköterskan skall ta upp ämnet.

### Attityder, värderingar och stereotypa uppfattningar

Magnan et al. (22) fick fram att mindre än hälften av sjuksköterskorna trodde att det skulle ha någon betydelse för patientens hälsa att diskutera sexualiteten. I Guthries (26) kvalitativa studie, där tio sjuksköterskor på en akutkirurgisk avdelning ingick, framkom det att sjuksköterskorna ansåg att det inte bara är deras uppföstran som påverkar deras syn på sexualitet. Även samhället med skola och vänner inverkade. Sexualitet sågs inte som ett passande ämne att tala om. De sjuksköterskor som var uppvuxna inom hem där sexualitet var något tabubelagt hade svårare att övervinna sina starka attityder mot att tala om sexualitet med sina patienter. En kvalitativ studie gjord på Irland visade att deltagarna i studien ansåg att kulturen påverkade deras förmåga att tala om patienternas sexualitet, eftersom ämnet inte diskuterades i det strikt katolska irländska samhället (30). En annan kvantitativ studie som gjorts i Turkiet visade att sjuksköterskans syn på sexualitet var konservativ, vilket tros ha berott på kulturens inverkan. Det är tabubelagt att tala om sexualitet och då särskilt kvinnans sexualitet (24).

Lewis och Bor (23) drog slutsatsen i sin studie, gjord i England, att attityder mot känsloladdade ämnen, så som homosexualitet, är mycket svåra att förändra, även om personal får utbildning.

I MacLaughlin och Cregans (29) irländska studie, som är av kvalitativ art, där 13 sjuksköterskor inom strokevården svarade på ett öppet frågeformulär, kom det fram att nio av dessa hade blivit tillfrågade av patienter om sexualitet. Detta visade att sexualitet hade en stor mening

i patienternas liv, vilket, enligt artikelförfattarna, utmanar den stereotypa bilden av att äldre funktionshindrade individer är asexuella. Åtta av sjuksköterskorna ansåg att det inte fanns några riktlinjer för hur ämnet skulle tas upp. 37 % av de 813 respondenterna i Haboubi och Lincolns (27) studie hade blivit tillfrågade av patienten angående sexuella angelägenheter.

### Obehag

Ett stort hinder för att tala om sexualitet var att sjuksköterskorna kände sig obekväma i frågor som rörde sexualitet (22, 24, 25, 31, 32). När det gäller ungdomar ansåg sjuksköterskorna att det var upp till föräldrarna att ta upp ämnet med sina barn. Sjuksköterskorna tyckte att det var lättare att diskutera ämnet om patienterna själva tog upp det. (24).

Flera studier visade att genans var en anledning att inte diskutera sexualitet med patienterna (23, 27, 29, 30). Sjuksköterskorna var rädda att det skulle vara ett känsligt ämne för patienterna att tala om och att de skulle säga fel saker, eller förolämpa patienterna. (28, 29, 30). I den amerikanska studien där sjuksköterskestudenter intervjuats visade det sig att studenterna inte tyckte att det var ett svårt ämne, om den sexuella anamnesen var direkt kopplad till patientens medicinska diagnos (25).

### Tid och miljö

Tidsbrist och en stor arbetsbörda var faktorer, som gjorde att vårdpersonal inte tog upp ämnet med patienterna (22, 26, 27, 28, 30, 31). När sjuksköterskorna faktiskt hade tid att tala med patienterna, så kände de sig stressade av att de hade mycket annat att göra. Att hitta någonstans att tala ostört var också ett problem (26). Magnan et al. (22) skriver att sjuksköterskorna sa att de inte tog sig tid att tala med patienterna. Huruvida detta berodde på tidsbrist eller tung arbetsbörda kunde inte avgöras utifrån befintliga data. Lavin och Hyde (30) visade att sjuksköterskorna upplevde frustration och ilska, då de kände att tiden inte räckte till på grund av tung arbetsbelastning. Detta i sin tur medförde känslor av otillfredsställelse. Gott et al. (28) menade att personal inom primärvården i deras studie sa att de var rädda för att ämnet skulle ta för lång tid att avhandla, att det skulle vara som att öppna Pandoras ask, och detta var en bidragande orsak till att inte ta upp ämnet.

*It's difficult, especially if it opens up a can of worms, because once you've opened that can of worms you've got to follow it through, you can't then say 'oh I haven't time for this you need to make another appointment' (28, s 531).*

### Utbildning

Många artiklar tog upp bristande kunskap och utbildning inom sexualitet som en anledning till att sjuksköterskorna inte talade om ämnet med sina patienter (24, 27, 28, 29, 31). Lavin och Hyde (30) fick fram

att lite vikt läggs på sexualitet som ämne inom grundutbildningen till sjuksköterska och den största delen av deltagarna ansåg att det inte togs upp i någon stor utsträckning i specialistutbildningen heller. Nästan hälften av sjuksköterskorna i den turkiska studien hade gått en kurs i sexualitet i grundutbildningen, men ingen fortsättning fanns på denna i någon vidareutbildning. Författarna tror att bristen på utbildning var anledningen till att ämnet inte tas upp, att omvårdnadsdiagnoser gällande sexualitet var ovanliga och att dokumentationen var undermålig (24).

Lewis och Bor (23) skriver i sin studie att majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att de hade fått tillräcklig utbildning, men endast 30 av 160 deltagare hade lärt sig hur man använder kunskapen praktiskt i hur en en sexuell anamnes tas.

Tolv av 13 sjuksköterskor i MacLaughlin och Cregans studie (29) hade inte fått någon utbildning i ämnet innan de började jobba inom strokevården och endast två deltagare i studien fick utbildning efter att ha börjat jobba. Över hälften av sjuksköterskorna ansåg att deras förmåga att diskutera sexualitet med patienten hade påverkats av brist på utbildning.

Dattilo och Brewer (25) visade i sin studie, där tio kvinnliga sjuksköterskestudenter från USA ingick, att studenterna kände sig obekväma på grund av att ämnet togs upp för tidigt i utbildningen, och då bara kortfattat. De ansåg att det krävdes en högre kunskapsnivå för att se till denna aspekt av hälsan, då de hade fokus på basala omvårdnadsuppgifter vid tidpunkten för utbildningen. Studenterna hade uppfattningen att skolans lärare antingen inte kände sig bekväma i att tala om sexualitet eller inte tyckte att det var en viktig del i utbildningen.

*My faculty never brought the subject up. It sent a message to me that sexual assessment must not be very important (25, s 216).*

Gott et al. (28) fick i sin studie fram att sjuksköterskorna inom primärvården tvivlade på att de hade tillräckligt med kunskap och tyckte därför att det inte var rätt att ta upp ett ämne som eventuellt kunde kräva specialistkunskap.

Sjuksköterskorna i en engelsk studie, som även inkluderade läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, uppfattade oftare att de behövde mer färdighetsträning vad gäller att ta upp sexualitet med sina patienter, medan läkare påverkades mindre av brist på övning eller genans (27).

#### Ålder och erfarenhet

Ett hinder, som påvisades i två studier, var patientens höga ålder. Uppfattningen fanns om att äldre oftare såg sexualitet som något personligt och känsligt. Sjuksköterskorna var rädda att förolämpa patienten (27, 28).



*Perhaps it's me and not them. I think they are more likely to be offended, but I recognize that may well be to do with me not them, I somehow feel it's harder to raise it (28, s 533).*

Det var mindre sannolikhet att äldre vårdpersonal påverkades av patientens ålder, eller att ämnet skulle vara genant (27). Äldre sjuksköterskor hade större tendens att se sexualitet som något privat, men ju mer arbetslivserfarenhet desto lättare tyckte sjuksköterskorna det var att tala om sexualitet (22). Dattilo och Brewer (25) kom fram till att sjuksköterskestudenterna tyckte att det var särskilt svårt att ta upp sexuella frågor med patienter som var äldre än de själva.

En uppfattning bland de sjuksköterskor som hade mycket erfarenhet var dock att ineliggande patienter var för sjuka för att tala om sin sexualitet och att det var ett privat ämne. Dessa sjuksköterskor hade större tendens att hänvisa patienten till läkaren med sina sexuella problem (22). Pangman et al. (32) hänvisar till Matocha och Waterhouses studie som visade att det fanns mycket stereotyper och myter runt äldres sexualitet och att de skulle vara asexuella, vilket medförde att sjuksköterskor ignorerade den sexuella biten hos äldre patienter.

### Genus

Ett par studier visade att vårdpersonal tyckte att det är lättare att ta upp sexualitet med patienten om denne var av samma kön som vårdgivaren (27, 28). Gott et al. (28) skriver att deltagarna i studien tyckte att det kändes tryggare att ta upp sexuella frågor med patienter av samma kön och de var oroliga för att personer av det andra könet skulle sexualisera konsultationen.

*I would feel more comfortable with a woman because I think I would know what to say to her, whereas to the man, I don't know enough about the devices to help"*  
(kvinnlig sjuksköterska) (28, s 532).

Sjuksköterskestudenterna i Dattilo och Brewers (25) studie, som alla var kvinnor, tyckte att det var särskilt svårt att ta upp sexualitet med manliga patienter. Två studier visade att manlig vårdpersonal hade lättare att ta upp sexualitet med sina patienter, än de kvinnliga (23, 27). De manliga deltagarna i Haboubi och Lincolns (27) studie, gjord i England, blev oftare tillfrågade av patienten och kände sig mer bekväma i att uppmuntra patienterna att diskutera ämnet. De flesta av de manliga respondenterna var dock läkare. Kvinnlig vårdpersonal påverkades mer av genans. Uppfattningen bland kvinnorna var att övning skulle öka deras trygghet inför ämnet.

### Typ av avdelning

Haboubi och Lincoln (27), som jämfört respondenters svar mellan olika avdelningstyper, kom fram till att det var större sannolikhet att respondenter på medicinavdelningar blev tillfrågade av patienten och initierade diskussion om sexualitet, jämfört med personal på

rehabiliterings- och kirurgavdelningar. Magnan et al. (22) gjorde på ett liknande sätt och fick då fram att sjuksköterskor på medicin- och onkologavdelningar värderade sexualitetens betydelse högre än sjuksköterskor som jobbade på kirurgavdelning. Jämfört med onkologsköterskor trodde medicinsköterskorna oftare att ineliggande patienter var för sjuka för att vara intresserade av sexualitet. Jämfört med onkologsköterskorna tyckte både medicin- och kirurgsköterskorna att sexualitet var för privat att diskutera.

### Kultur och religion

Gott et al. (28) skriver att sjuksköterskorna tyckte att det var svårt att ta upp sexualitet med andra etniska grupper. De hade uppfattningen att sexualitet diskuterades mindre öppet i dessa grupper och inom andra religioner. Dock rapporterade mycket få av deltagarna att de hade diskuterat ämnet med andra etniska grupper. Detta indikerar att deltagarnas uppfattning grundade sig på stereotypa uppfattningar, snarare än erfarenhet. De som hade erfarenhet hade upptäckt att deras uppfattning inte alls stämde. Den ibland nödvändiga närvaron av tolk gjorde situationen ännu mer problematisk, då en tredje part kunde göra samtalet mer opersonligt och rädsla för att tolken skulle bli generad fanns.

### Homosexualitet

Gott et al. (28) skriver att sjuksköterskorna kände mer obehag när det gällde att diskutera sexualitet med homosexuella patienter. En del uttryckte oro för hur de skulle skilja på sin egen syn på homosexualitet och deras professionella yrkesroll. Även Guthrie (26) skriver att sjuksköterskorna hade svårt att skilja på sin egen uppfattning och sin yrkesprofessionella roll gentemot homosexuella.

### **Möjligheter**

Sjuksköterskor i de flesta studier ansåg att sexualitet var ett viktigt ämne, och att det var något som borde ingå i helhetssynen på patienten (22-31).

*If we're going to look after people as a whole then sex is part of it, part of life and we can't ignore it (28, s 530).*

Magnan et al. (22) kommer fram till att sexualitet inte sågs som ett ämne som var för privat för att diskutera. De flesta gjorde tydligt att de förstod hur sjukdomar och behandlingar påverkar patientens sexualitet och syn på sig själva. De flesta av både läkare och sjuksköterskor ansåg att det ligger på både sjuksköterskans och läkarens ansvar att ta upp ämnet med patienterna (27, 31). Lewis och Bor (23) kommer fram till att drygt hälften av sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att ta en sexualanamnes.

### Utbildning

De flesta studier tog upp vikten av utbildning (23, 26, 27, 28, 29, 31, 32). Magnan et al. (22) menade att det behövdes mer utbildning för att hjälpa sjuksköterskor att utveckla trygghet och självförtroende när det gällde patienternas sexualitet. Utbildning skall, anser Guthrie (26), inte bara syfta till att ge sjuksköterskor kunskap om sexualitet, utan också förse dem med färdigheter i kommunikation för att kunna använda kunskaperna. Samma sak tyckte sjuksköterskorna i MacLaughlin och Cregans (28) studie och även sjuksköterskorna i studien som Gott et al. (29) gjort ansåg detta, men förstnämnda tyckte också att kunskapen skulle öka deras förmåga till empati och ge dem större insikt i patientens behov. Träning och utbildning behövs för att göra det enklare för sjuksköterskorna att se på sin egen och patientens sexualitet, vilket i sin tur borde göra det enklare att diskutera ämnet (31). 76 % av sjuksköterskorna i Haboubi och Lincolns (27) studie trodde att utbildning skulle öka deras trygghet i att ta upp sexualitet med patienten. Magnan et al. (22) såg i sin studie en antydning om att sjuksköterskor, vilka deltagit i seminarier som behandlade ämnet sexualitet, hade färre hinder för att ta upp ämnet än de som inte deltagit.

Sjuksköterskestudenterna i Dattilos och Brewers (25) studie önskade att skolan hade demonstrerat hur en sexuell anamnes tas. Det är enligt författarna absolut nödvändigt att studenter lär sig att det är viktigt att fråga patienter om deras sexuella hälsa, det kan inte förbises om man skall ha en helhetssyn på patienten. Både hur och varför måste läras ut och handledare under klinisk utbildning måste vägleda studenter i hur det ska gå till.

Pangman (32) menar att Goodard skriver att ett av syftena med sjuksköterskeutbildning är att påverka studenternas attityder och tankeprocesser. Mer fördelaktiga attityder gällande sexualitet och äldre människor kan tillhandahållas genom att hjälpa studenterna att känna igen myter, stereotyper, uppfattningar och tabun.

### Attityder och värderingar

Sjuksköterskor måste bli medvetna om sina egna attityder och fördomar vad gäller både deras egen och patienternas sexualitet (24), utbildning är ett bra sätt att öka medvetenheten (23). Det är viktigt att sjuksköterskorna blir medvetna och utbildade i de psykologiska, biologiska och sociala delarna av människans sexualitet (23).

Pangman (32) hänvisar till Johnson som anser att sjuksköterskan måste undvika att ta för givet att kroniskt sjuka äldre människor inte har sexuella behov. Sjuksköterskan måste se den äldre patienten som en individ med sexuella behov, precis som med vilken annan patient som helst. Författaren hänvisar även till Billhorn som skriver att sjuksköterskan måste få uttrycka sina egna värderingar och attityder om sexualitet. Genom diskussion med kollegor kan tryggheten att tala om sexualitet öka dramatiskt för sjuksköterskor. Två studier skriver att ett bra sätt för träning och diskussion kan vara att använda sig av rollspel (22, 29).

Guthrie (26) skriver att för att få bort sjuksköterskornas attityder gentemot homosexuella måste de själva utreda sina problem, då samhällets syn på homosexuella är mycket svåra att ändra på.

#### Vad som kan göras för att lyfta ämnet

Guthrie (26) diskuterar att sjuksköterskan kan öppna en dialog och låta patienten vara den som avgör om han/hon vill tala om sina sexuella frågor.

Gott et al. (28) skriver i sin studie att vårdpersonalen tyckte att förse patienten med skrivet material så som broschyrer och affischer var värdefullt som medel att komma över pinsamhet och obehag för både patient och sjuksköterska. Att utöka sjuksköterskans roll vad gällde förskrivningsrätt och att remittera patienter till specialistklinik skulle också motivera sjuksköterskorna att ta upp ämnet med patienterna.

MacLaughlin och Cregan(29) kom i sin studie fram till att vårdgivare måste bli medvetna om att sexualitet är en integrerad del av äldres hälsa. För att kunna guida och hjälpa personal måste klara riktlinjer upprättas. Författarna tror att det var bristen på dessa som gjort att ämnet nonchalerats. Personal borde som minst kunna besvara vilka frågor patienten än må ha och om nödvändigt hänvisa dem med mer komplexa behov till specialistvård.

## DISKUSSION

### **Metoddiskussion**

Åtta av de elva artiklar vi använt är skrivna mellan år 2004-2007 (22, 24, 25, 28, 29, 30, 31), de resterande tre är skrivna år 1994 (23), 1999 (26) respektive 2000 (27). Vårt mål från början var att begränsa oss till relativt nya studier, men det var svårt att hitta artiklar som svarade mot vårt syfte. Därför inkluderades även de artiklar som var lite äldre. Vi valde endast artiklar som fanns i fulltext, detta var dock ingen begränsning vid sökningen; det fanns intressanta artiklar som kunde ha svarat mot vårt syfte, men dessa valdes bort på grund av tidsbrist. Detta kan ha gjort att viktig information inte framkommer i denna studie. Tyvärr hittade vi inte några svenska studier; fyra var gjorda i England (23,26, 27, 29), två på Irland (28, 30), två i USA(22, 25) och en vardera i Turkiet (24), Finland(31) och Kanada (32). Det hade varit intressant om någon hade varit svensk för att se om resultatet hade blivit annorlunda. Av de elva artiklar vi använt är fem kvalitativa (25, 26, 28, 29, 30), fem kvantitativa (22, 23, 24, 27, 31) och en litteraturstudie (32). Eftersom sexualitet är ett känsligt ämne att prata om, kan det vara lämpligt att använda sig av en kvantitativ metod, då det är lättare för respondenter att svara ärligt och inte bli hindrade av genans, men samtidigt är det intressant att se vad deltagare i kvalitativa studier svarar med egna ord medan det går att få fram aspekter av frågan som forskaren måhända inte tänkt på. Därför tror vi att det är bra att vi fått en jämn fördelning.

Sex studier hade fått etiskt godkännande (22, 23, 24, 27, 30, 31). Fyra artiklar hade godtagbar svarsfrekvens (22, 24, 29, 31,), mellan 72–100 %, medan tre låg lägre (23, 25, 27). Dessa kändes ändå relevanta då de

hade stort antal informanter. Två artiklar redovisade selektivt urval på vardera tio personer som intervjuades (26, 30). I en artikel var det oklart hur urvalet hade gjorts, alla som svarade på det utskickade informationsbrevet intervjuades inte (28).

De flesta artiklarna diskuterade bortfallet. Dock har ingen kunnat göra någon riktig analys av bortfallet. Det redovisades i alla studier utom en (26) hur många män respektive kvinnor som ingick. Majoriteten av respondenterna var kvinnor, i några studier ingick endast kvinnor (24, 25, 29, 30) vilket lämnar önskvärd fakta om eventuell skillnad könen emellan därefter.

Vissa av studierna hade lågt antal informanter (26, 29, 30), eller var gjorda lokalt (22, 26, 29, 31).

Att vara två författare har varit bra på det sättet att vi har kunnat diskutera med varandra, och sålunda fått fram fler synvinklar som vi kanske inte skulle sett om vi arbetat ensamma.

Att använda Travelbees mellanmännsliga teori kändes som ett bra val eftersom den stämde bra överens med vårt resultat då mycket gick att hänvisa till teorin. Teorin fokuserar på patienten och sjuksköterskan som individer och att sjuksköterskan skall ha en helhetssyn på patienten. Kommunikationen är viktig för att etablera en mellanmännslig relation (21). I resultatet har framkommit att kommunikationen inte har fungerat, på vilket sjuksköterskan tror en sak och patienten en annan.

Syftet var från början att fokusera på varför inte ämnet tas upp i ankomstsamtalen på sjukhuset. Men eftersom vi hittade artiklar som spände över fler områden än bara sjukhusvård, så ändrade vi syftet till varför ämnet inte tas upp inom olika instanser i hela vårdkedjan.

Det bör tilläggas att vi i bakgrunden på vår uppsats fokuserat mer på människan i sig, medan vi i syfte och resultat har haft ett sjuksköterskeperspektiv. Emellertid kräver sjuksköterskeprofessionen, enligt Travelbees teori, ett terapeutiskt användande av sig själv i mötet med patienten. Både sjuksköterska och patient är individer, det vill säga människor (21).

### **Resultatdiskussion**

Vi anser att syftet med denna studie är väl uppnått. Förväntningarna vi hade med arbetet i början har infriats. Dessa var att få skriva om ett intressant ämne, som inte så många andra skrivit om innan och lyfta detta, eftersom det är relativt ”osynligt”. Ämnet har heller inte tagits upp i utbildningen och därför blir det extra intressant. Vi har fått lära oss mycket runt omkring sexualitet och utvecklats själva. Trots att arbetet bygger på endast elva artiklar, så tycker vi att det har kommit fram bra kunskap och att denna har varit förvånansvärt homogen. Detta trots att studierna kommer från sex olika länder och speglar olika kulturer. Eftersom resultatet var så pass homogent, anser vi resultatet trovärdigt. Kunskapen är applicerbar på den svenska sjukvårdskulturen, men mer forskning behövs inom området på svensk mark.

Problem inom sexualitetens sfär har funnits i alla tider och sedan 1920-talet har ämnet belysts i Sverige i samband med att Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU, växte fram (18).

Det framkom i denna studie att sjuksköterskor tyckte att det var viktigt att ha en helhetssyn på patienten (22-25, 27-31). Det fanns en konflikt mellan sjuksköterskornas ideologi, att se till patientens helhet, och vad de egentligen gör. Sjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att ta upp ämnet, men gjorde det inte (22, 23, 24, 26, 27, 30, 31, 32). Det verkar som att sjuksköterskorna väntar på att patienten ska ta upp ämnet, medan patienten väntar på att sjuksköterskorna skall göra det.

Travelbees teori betonar att sjuksköterskan skall se till patientens hela upplevelse av lidande, oavsett om det är fysiskt, psykiskt eller andligt. Det är sjuksköterskans ansvar att ta reda på vad patienten upplever som ett problem, men denna kan inte alltid räkna med att få all information av patienten, som kan ha svårt att kommunicera sitt behov. En förutsättning för att uppnå en mellanmänsklig relation, och se bortom begreppen ”patient” och ”sjuksköterska”, är att kommunikationen fungerar (21). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är sjuksköterskan skyldig att fokusera på patientens hela situation och inte enbart enstaka sjukdomar. I SOSFS 1993:17 betonas rådgivning och vägledning som viktiga åtgärder (1).

Två studier visade att läkare och sjuksköterskor tyckte att det var båda yrkesgruppernas ansvar att ta upp ämnet med patienten (27,31). Det är enligt teorin främst sjuksköterskans ansvar, då hon träffar patienten mer än någon annan yrkesprofession (21).

Det framkom i studierna att det fanns många faktorer som påverkade i vilken grad sjuksköterskan tog upp sexualitet med sina patienter. Dessa faktorer var bland annat sexuell läggning, kultur, ålder och kön. Detta styrks av litteraturen som säger att sexualitetens komplexitet och tabubeläggning ofta gör det svårt för både patient och personal att kommunicera i frågan (9). Något som var förvånande i resultatet var att sjuksköterskorna kände obehag inför att ta upp ämnet med homosexuella. Gott et al. (28) och Guthrie (26) skriver att sjuksköterskorna hade svårt att skilja på sin egen syn på homosexuella och den syn de borde ha som professionella sjuksköterskor. Detta kan bero på att homosexualitet har varit djupt rotat i samhället som något som inte följer normen - i Sverige var det straffbelagt fram till 1944 (15). Det var däremot inte så förvånande att manliga sjuksköterskor hade lättare att ta upp sexualitet än de kvinnliga kollegorna (23, 27). Detta kan kopplas samman med vår historia, då kvinnan genom tiderna har setts som en asexuell varelse och mottagare och mannen haft en sexualitet och varit givare. Att flickor uppfostrades med en ”smutsigare” syn på sexualitet än pojkar och att männens sexualdrift aldrig har ifrågasatts, kan vara en annan orsak till att männen har lättare att tala om sexualitet än kvinnor.

Kommunikationen mellan sjuksköterska och patient påverkades av bägge parter kulturella bakgrunder Sjuksköterskor som kom från hem

där det inte talats om sexualitet hade svårare att tala om det med sina patienter (28). Detta stämmer överens med teorin som säger att personens kulturella bakgrund och familj har betydelse för synen på sjukdom och lidande. Sjuksköterskan upphör inte att vara människa under sitt arbetspass (21), vilket kan förklara varför sjuksköterskorna tyckte att det var svårt att ta upp ämnet, samt att skilja sin personliga syn från den professionella yrkesrollens.

Oavsett patientens ålder, kön, sexuella läggning eller kultur så är han eller hon framförallt en individ. Den mellanmännsliga teorin betonar starkt att sjuksköterskan skall se patienten som en individ istället för kategorier eller en förlängning av sig själv. Det är viktigt att medvetandegöra sina stereotypa uppfattningar för att nå målet som är etablerandet av en mellanmännslig relation (21).

I resultatet framkom att utbildning är något som både brister, men även är en möjlighet till utveckling. Bristande kunskaper och utbildning sågs som hinder för att ta upp sexualitet i flera studier (24, 27, 28, 29, 31). Vi anser själva att det har negligerats under vår utbildning till sjuksköterskor, där stor vikt har lagts vid att vi som sjuksköterskor skall ha en helhetssyn på patienten. En helhetssyn som inte innefattar patientens sexualitet. Folkhälsoinstitutet har som mål att förebygga hälsorisker genom att ge saklig sexualundervisning och ökad förmåga att hantera relationer med andra människor (5). Att som sjuksköterska ha saklig kunskap om ämnet är viktigt för att kunna stödja patienter. Att ämnet hoppats över i utbildningen signalerade till studenterna i en studie att det inte var av större relevans (25). Kan detta bero på att tid inte finns? Eller att andra ämnen är viktigare och mer relevanta för utbildningen än just sexualitet? Det framkom inga klara anledningar i resultatet till varför ämnet hoppas över. Kan det vara för att ämnet fortfarande är så tabubelagt i vårt samhälle att det inte är något som det talas om med någon annan än sin eventuella partner, om ens det? Teorin beskriver att sjuksköterskan i omvårdnaden skall använda sin egen personlighet på ett medvetet och ändamålsenligt sätt. För att kunna detta, det vill säga att använda sig själv terapeutiskt, förutsätts det att sjuksköterskan har självinsikt, självförståelse, förståelse av mänskligt beteende samt förmåga att förutse både eget och andras beteende. Denna förmåga måste utvecklas, inte minst genom utbildningen (21).

Att inte ha tillräcklig kunskap för att kunna svara på patientens eventuella frågor om sexualitet sågs som ett hinder av sjuksköterskorna i en studie (28). Fas tre i processen för att uppfylla patientens omvårdnadsbehov i teorin, säger att det kan finnas behov hos patienten som sjuksköterskan inte kan uppfylla. Om detta skulle vara fallet, så kan sjuksköterskan hänvisa till annan yrkesgrupp (21). Detta visar att sjuksköterskan inte behöver sitta inne med all kunskap själv, utan att det viktigaste är att kartlägga behovet, och att följa upp att det uppfyllts. Enligt MacLaughlin och Cregan (29) så är det angeläget att sjuksköterskan inte räds att bemöta patientens frågor och att möjligheten att skicka patienten vidare finns, om det skulle behövas.

Sjuksköterskorna i studierna trodde att utbildning skulle ge dem förbättrad kunskap och göra det lättare för dem att ta upp ämnet. Tre artiklar visade att sjuksköterskorna ansåg att de behövde färdigheter i kommunikation (28, 29, 30). I två studier föreslås olika tillvägagångssätt för att utveckla kommunikationen mellan sjuksköterska och patient, exempelvis att använda sig av rollspel (22, 29). Kommunikation är en viktig del i relationen till patienten och det kan kopplas till teorin, som säger att fungerande kommunikation är en förutsättning för att etablera en mellanmänsklig relation (21).

När vi började skriva arbetet blev vi förvånade över hur mycket som olika sjukdomstillstånd, till exempel diabetes, kan påverka patientens sexualitet, sexuella förmåga och syn på sig själv som man eller kvinna. Det känns som om det är en viktig kunskap att ha med sig ut i arbetslivet. Utbildningen borde utformas så att sexualitet blev en naturlig del i upplägget vid undervisning om olika sjukdomar. Det som föreläsarna tar upp är det som uppfattas som viktigt.

Teorin framhåller att sjuksköterskan, i processen för att kartlägga omvårdnadsbehov, måste ge patienten möjlighet att bekräfta eller avvisa uppfattningar som sjuksköterskan har om hur behovet ser ut (21). Flera studier visade att sjuksköterskorna tyckte att det var upp till patienten själva att ta upp ämnet med dem (22, 26, 30). För att möjliggöra en diskussion kring sexualitet menar Guthrie (26) att sjuksköterskan kan öppna en dialog med patienten, men att det är patienten själv som får avgöra huruvida han eller hon vill gå vidare i frågan. Detta styrks av Hulter (19) som skriver att ett verktyg för att kunna ta upp ämnet sexualitet i mötet med patienten är PLISSIT-modellen. Modellen innebär fyra stadier, där det första innebär att ge tillåtelse till sig själv och patienten att tala om sexuella frågor.

I en svensk klinisk studie skriver författaren att sjuksköterskan kan, för att överkomma sin ämnesrelaterade genans, ha ett neutralt förhållningssätt och fokusera på funktion och inte på sexuell aktivitet (35). I litteraturen föreslås att vid kartläggning av urinblåsans och tarmens funktion kan värdefulla ledtrådar angående den sexuella funktionen också komma fram, på grund av att dessa organ ligger i omedelbar närhet till könsorganen, och att de nerver som styr dessa organ har en nära relation till varandra. Denna del av anamnesupptagningen är dessutom mindre laddad, och därför lättare att tala om. Det beskrivs också att bearbetning av attityder till sexuella uttryck och införskaffande av kunskap om sexuella funktioner kan underlätta en diskussion (9).

Vi tycker att Travelbees mellanmänskliga teori kan vara användbar i arbetet med att lyfta sexualitet som ämne inom vården. Sjuksköterskor behöver arbeta med sig själva och sin syn på både sin egen sexualitet och patientens för att medvetandegöra sina stereotypa uppfattningar. Patienter har förväntningar på sjuksköterskan och denna har i sin tur



makt att ta upp sexualiteten eller inte. Patienten känner inte riktigt till sjuksköterskans roll och vet därför inte vad det är okej att ta upp. Detta gör i sin tur att sjuksköterskan kan utelämna delar som är viktiga för patienten och att dessa problem aldrig blir belysta.

Hur kan kunskapen användas? Tidsbrist var en bidragande faktor till att sjuksköterskorna inte tog upp ämnet (22, 26, 27, 28, 30, 31). Öhman kommer i sin avhandling också fram till att en av de största anledningarna till att sjuksköterskor inte bedriver patientundervisning är just tidsbrist (36). Måhända borde tidsbrist ligga på organisatorisk nivå, då tid är en resurs. Sjuksköterskan kan behöva mer tid för att kartlägga patientens behov för att täcka in hela personens situation.

Det är uppenbart att mer utbildning om ämnet behövs för att sjuksköterskor skall bli mer säkra i sin roll och våga belysa sexualitet. Enligt teorin kan sjuksköterskan inte räkna med att utöva god omvårdnad om hon ignorerar något problem som patienten kan tänkas ha. (21). Att integrera sexualitet som aspekt på olika ställen i utbildningen borde göra den till en mer naturlig del i hela utbildningen och den yrkesmässiga kunskapen.

Som färdiga sjuksköterskor kan vi belysa ämnet på den avdelning där vi jobbar och trycka på de aspekter vårt fördjupningsarbete visat. Att få upp ämnet till diskussion borde vara ett stort steg på vägen och nödvändigt för att resten av personalstyrkan skall få upp ögonen för ämnets relevans. Åtminstone sin egen syn på sexualitet.

Det är tydligt att mer forskning behövs på områdets alla delar (homosexualitet, attityder, utbildning och så vidare) och det skulle vara intressant att se vad svenska studier skulle visa. En D-uppsats skulle mycket väl kunna bygga på denna litteraturstudie. Upplägget kan vara inriktat på en del av det vi kommit fram till, till exempel om ämnet tas upp och vem som i så fall gör det. En sådan studie skulle kunna inkludera såväl sjuksköterskor som läkare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Även forskning på vilka hinder som finns för att inte inkludera ämnet sexualitet i grundutbildningen till sjuksköterska, samt hur färdiga sjuksköterskor påverkas av till vilken grad sexuella aspekter har ingått i utbildningen.

## REFERENSER

1. Raadu G, red. Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2007.
2. Nationalencyklopedin tillgänglig 2007-11-13 via [www.ne.se](http://www.ne.se).
3. Health topics, sexual health, tillgänglig 2007-11-13 via [www.who.int](http://www.who.int).
4. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Tillgänglig 2007-11-13 via <http://www.manskligarattigheter.gov.se/extra/pod>.
5. Folkhälsoinstitutets målområde 8 tillgänglig 2007-11-13 via [www.fhi.se](http://www.fhi.se).
6. FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Tillgänglig 2007-11-13 via [www.independentliving.org/standardrules/STILStandardRegler1.html](http://www.independentliving.org/standardrules/STILStandardRegler1.html).
7. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet, 2000. FoU-rapport; 1998:48.
8. Skoglund L. Lust och förmåga. Stockholm: Health Education Publishing; 1999.
9. Brattberg A, Hulter B. Anamnesupptagning vid sexuella problem. I: Lundberg P.O. (red.) Sexologi. Stockholm: Liber AB; 2002 s. 277-286.
10. Andersson L. Om potens. Stockholm: Gothia förlag; 2007.
11. Ingen vågar prata om sex, tillgänglig 2007-11-13 via [www.medicallink.se](http://www.medicallink.se).
12. Lemieux, L, Cohen-Schneider, R, Holzapfel, S. Aphasia and Sexuality. *Sexuality and Disability*, 2001;19(4):253-266.
13. Waterhouse J, Metcalfe M. Attitudes toward nurses discussing sexual concerns with patients. *J Adv Nurs* 1991; 16, 1048-1054.
14. Illustrerad familjebibel: 1:a Mosebok 1:28. Malmö: Svensk Uppslagsbok AB; 1939.
15. Johannisson K. Sexualiteten i historien. I: Lundberg P.O. (red.) Sexologi. Stockholm: Liber AB; 2002 s. 172-182.
16. Larsson, M. Den moraliska kroppen. [dissertation], Uppsala universitet: Gidlunds förlag; 2002.
17. Bergenheim Å, red, Lennerhed L, red. Seklernas sex: bidrag till sexualitetens historia. Stockholm: Carlsson bokförlag; 1997.
18. Lennerhed L. Sex i folkhemmet: RFSUs tidiga historia. Uppsala: Gidlunds förlag; 2002.
19. Hulter B. Sexualitet och hälsa. Lund: Studentlitteratur; 2004.
20. Magnússon, F. (red.) Etniska relationer i vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur; 2002.
21. Travelbee J. Mellemmenneskelige aspekter I sygepleje. Köpenhamn: Munksgaard; 2006.
22. Magnan M A, Reynolds K E, Galvin E A. Barriers to adressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg Nurs* 2005; October14(5):282-89.
23. Lewis S, Bor R. Nurses' knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice. *J Adv Nurs* 1994; 20(2):251-259.
24. Rana Y, Kanik A, Özcan A, Yuzer S. Nurses' approaches towards sexuality of adolescent patients in Turkey. *J Clin Nurs* 2005; 16(4):638-645.
25. Dattilo J, Brewer K M. Assessing Clients' sexual health as a component of holistic nursing practice. *J Holist Nurs* 2005; 23(2):208-219.
26. Guthrie C. Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. *J Clin Nurs* 1999; 8(3): 313-321.
27. Haboubi N. H. J, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issuesn with patients. *Sex Disabil* 2003; 25(6):291-96

28. Gott M, Galens E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 2004; 21(5): 528-536.
29. MacLuaghlin J, Cregan A. Sexuality in stroke care: a neglected quality of life issue in stroke rehabilitation? A pilot study. *Sex Disabil* 2005;23(4):213-226.
30. Lavin M, Hyde A. Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *Eur J Oncol Nurs* 2006;10(1).10-8.
31. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Aalto P, Lehto J. Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nurs* 2007; 30(5):399- 404.
32. Pangman V C, Seguire M. Sexuality and the chronically ill older adult: a social justice issue. *Sex Disabil* 2000; 18(1): 49-59.
33. Checklista i Riktlinjer för omvårdnad – eget arbete Göteborgs universitet tillgänglig 071029.
34. Engelsk ordbok tillgänglig 07-12-12 via <http://lexin.nada.kth.se/sve-eng.html>.
35. Ryltenius J. Diabetiker får inte hjälp med erektionen. *Vårdfacket* 2007; 12, 18.
36. Öhman, B. Sjuksköterskans patientundervisning inom geriatrisk vård och rehabilitering. Stockholm: Höskoleförlaget vid Lärarhögskolan i Stockholm; 2003.