

Frågar man inget, får man ingenting veta!

- En litteraturöversikt om vad som hindrar sjuksköterskan att samtala med patienten om den sexuella hälsan.

FÖRFATTARE	Josephine Axelsson Camilla Karlsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/OM5250, Examensarbete i omvårdnad HT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Irma Lindström
EXAMINATOR	Isabell Fridh

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förord

Vi vill tacka vår handledare *Irma Lindström* för att hon med tid och generositet handlett oss igenom djungeln av forskningstermer och uttalade principer samt besvarat alla våra frågor med beundransvärt tålamod. Vi vill samtidigt tacka våra nära och kära för all uppmuntran och det fantastiska stöd vi fått under uppsatsens utveckling!

Titel (svensk):	Frågar man inget, får man ingenting veta! En litteraturöversikt om vad som hindrar sjuksköterskan att samtala om den sexuella hälsan med patienten.
Titel (engelsk):	If you don't ask, you will never get answers! A literature review of what prevents the nurse from discussing sexual health with the patient.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 Högskolepoäng
Kurs/kurskod/ kursbeteckning:	OM5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Josephine Axelsson Camilla Karlsson
Handledare:	Irma Lindström
Examinator:	Isabell Fridh

ABSTRAKT

Bakgrund: Den sexuella hälsan associeras med livslust, meningen med livet och existentiella frågor. Tidigare forskning har visat att sjuksköterskan ser det som sitt ansvar att främja den sexuella hälsan och lyfta ämnet tillsammans med patienten, men det blir sällan verklighet utan man undviker ämnet. Som sjuksköterska är det extra viktigt att engagera sig i de patienter som upplever sig ha problem med sin sexuella hälsa. Många upplever lidande i samband med sexuell dysfunktion. Det är essentiellt för sjuksköterskan att ha kunskap om detta och ta det i beaktande. Centralt i omvårdnadsarbetet är kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Den främjar en god relation och leder till en ökad förståelse för patientens situation. Det krävs inlevelse för att förstå och skapa en tydlig bild av en persons sexuella hälsa. *Syfte:* Syftet är att belysa vad som hindrar sjuksköterskan att samtala med patienten om den sexuella hälsan. *Metod:* Den systematiska litteraturöversikten inkluderade 12 vetenskapliga artiklar publicerade mellan 2002 och 2011. Artiklarna var både kvantitativa och kvalitativa. *Resultat:* Analysen resulterade i sex teman, angående vad som hindrar sjuksköterskan i samtalet om sexualitet. Dessa teman var; Kunskapsbrist och utbildningsbehov, sjuksköterskans attityd och värderingar, tidskrävande ämne, avsaknad av rutiner och riktlinjer, oklar ansvarsfördelning och skillnader i kön och ålder. *Konklusion:* Inställning förändras med kunskap så för att komma till rätta med dessa problem krävs bättre kunskap och kompetens, men också etisk diskussion kring sjuksköterskans ansvar utifrån uppdraget som omvårdnadsansvarig.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Inledning	1
BAKGRUND	1
Historik	1
Definition av sexualitet	2
Kommunikation inom omvårdnad	3
<i>Samtalsmetodik</i>	3
Sjuksköterskans ansvar i omvårdnadsprocessen	4
Sexualitetens inflytande på patientens livskvalitet	5
Etnicitet och sexualitet	6
Genusperspektiv på föreställningar om sexualitet	7
Problemformulering	7
SYFTE	7
METOD	7
Litteratursökning	7
Urval	8
Analys	9
RESULTAT	9
Kunskapsbrist och utbildningsbehov	9
Sjuksköterskans attityd och värderingar	10
Tidskrävande samtalsämne	10
Avsaknad av rutiner och riktlinjer	11
Oklar ansvarsfördelning	11
Skillnader i kön och ålder	12
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
<i>Sjuksköterskans attityd och värderingar i relation till samhällets normer</i>	13
<i>Sjuksköterskans omvårdnadsansvar</i>	14
<i>Kunskapsbrist hindrar sjuksköterskan i kommunikationen om den sexuella hälsan</i>	15
Konklusion	16
LITTERATURREFERENSER	17
BILAGOR	
Bilaga 1 – Artikelpresentation	
Bilaga 2 – Rekommenderad artikel	

INTRODUKTION

Inledning

Under vår verksamhetsförlagda utbildning har vi noterat att sjuksköterskan sällan eller aldrig samtalar med patienten om den sexuella hälsan. Sexualitet är ett grundläggande behov och en central del i människans liv. Det är starkt förknippat med hälsa, inte bara ur ett fysiologiskt perspektiv då sex leder till ökad produktion av endorfiner och blodcirkulation, utan även det psykologiska då välbefinnandet främjas. Samtidigt påverkar många sjukdomar och behandlingar sexualiteten vilket kan inverka på patientens livskvalitet. Vi upplever att kommunikation om sexuell hälsa är bristande på många områden. Vid t ex hälsosamtal eller vid kontinuerliga återbesök lyser kommunikationen om den sexuella hälsan med sin frånvaro.

BAKGRUND

Historik

Under antiken hade man föreställningar om att hög sexuell aktivitet medförde allmän kraftlöshet. Man ansåg att förnuftet var tvunget att kontrollera känslan så inte kroppen blev en slav under begäret. Att leva i äktenskap var nödvändigt för att kunna föra sitt släktskap vidare och den sexuella aktiviteten skulle enbart utföras i detta syfte. På 1700-talet började man diskutera sexualitetens inverkan på organismen, och den ansågs allmänt farlig för individen. Schweizaren Simon-André Tissots skrev 1758 en uppmärksamrad bok om onani. Där beskrevs onani som en farlig företeelse som orsakade en rad allvarliga symtom. Dessa var bl. a nedsatt syn och hörsel, ryggmärgssjukdomar, epilepsi, allmän svaghet och en rad olika psykiska störningar (1).

Under mitten av 1800-talet föddes sexologin som en vetenskap, och teorierna om den icke-reproduktiva sexualiteten som sjukdom utvecklades kraftigt. Läkarna sökte nya instrument och redskap för att kunna få svar på olika sjukdomar som uttryckte sig i nervsystemet. Under slutet av 1800-talet intresserade man sig mycket för onani. Onani fanns bl. a som en orsak till uppkomst av psykiska sjukdomar samt nämndes ofta i dokumentation vid dödsorsaksklassifikationen (1).

Det som betraktas som avvikande sexualitet är påverkat och beroende av vilken kultur man lever i. I det antika Grekland upplevdes homosexualiteten och heterosexualiteten vara lika accepterade medan kristendomen fördömde all sexualitet som inte var i reproduktivt syfte som avvikande. Det sistnämnda levde kvar en bit in på 1900-talet. Synsättet på avvikande sexuella fenomen som onani och homosexualitet har förändrats genom århundradena. Man skulle kunna säga att det som klassificerades som synd på 1700-talet, ansågs vara ett brott på 1800-talet och runt början av 1900-talet betraktades som sjukdom. Onani var klassificerad som sjukdom fram till 1930-talet och homosexualitet fram till 1970-talet (1).

Psykologen Abraham Maslow utvecklade år 1943 en motivationsteori. Teorin innebär att människan är en oberoende varelse som har förmågan att själv förverkliga sitt liv. För att uppnå tillfredställelse och bevara hälsan gäller det att uppfylla de mänskliga basbehoven. De

fysiologiska behoven i människans liv är de mest basala och är grundläggande som måste uppfyllas, sexuella behov är ett av dem. Otillfredsställda behov kan leda till ohälsa, obehag, irritation och ostabilitet i livet. Vidare kontrollerar dessa behov tankegångarna hos människan och det kan även leda till psykisk ohälsa (2).

Debatten om sexualitet intensifierades på 1960-talet. Man ville då upprätta en ny sexualmoral. Den sexuella friheten skulle främjas, både för unga kvinnor och män, och man krävde att man skulle utöka sexualundervisningen i skolan. Under 60- och 70-talet förbättrades möjligheterna till ett friare sexliv. Kondomer gick att köpa på apoteket, p-pillet introducerades och man öppnade den första ungdomsmottagningen. Under nästa decennium infördes fri abort och steriliseringslagen avskaffades i Sverige. Dock finns det många länder i modern tid som inte kommit lika långt. Tvångssterilisering, förbud mot aborter och svårtillgängliga preventivmedel förekommer fortfarande i andra delar av världen. Men utvecklingen går framåt (3).

Under de senaste årtiondena har samhället vidgat synen på sexuell hälsa. Det handlar inte bara om reproduktiv hälsa utan också om sexuellt välbefinnande i det preventiva arbetet. Förr ansågs barnmorskor vara den profession som skulle utöva samtal om sexualitet, men den uppfattningen har förändrats. Många patienter inom hälso- och sjukvården upplever lidande i relation till sin sexuella hälsa. Det är därför viktigt för sjuksköterskan att vara medveten om och se det som sitt ansvar att samtala om den sexuella hälsan (4).

Samhälleliga och kulturella förändringar påverkar bilden av sexualitet och idag är sexualitet ett begrepp som ofta diskuteras i media. Den kommersiella bilden av sexualitet, via t ex media, pornografi och reklam, går ofta emot övriga lagar och handlingsplaner som finns i samhället kring sexualitet och jämställdhet. Detta genererar en komplex bild (1, 5).

Forskning har varit svårt att bedriva inom ämnet sexologi då det i samhället är ett ämne som inte anses lämpligt att tala om. Information från patienter har därför varit svår att inhämta, trots att forskning om ämnet länge varit efterfrågat. Sexualitet har stor betydelse för människors livsglädje och livskvalitet, men år 2008 fanns fortfarande ingen profession eller institution inom ämnet (4).

Definition av sexualitet

Sexualitet och sexuell hälsa är begrepp som ständigt diskuteras och är svåra att definiera. För sjuksköterskan är dessa begrepp viktiga att känna till då många patienter upplever lidande i samband med förändrad sexualitet. WHO samlade år 2002 experter från olika delar av världen i ett samråd, för att definiera sexualitet och sexuell hälsa (4). Detta för att visa på att det handlar om så mycket mer än enbart reproduktion och är en stor del av människans existens.

*”**Sexualitet** är en väsentlig del av att vara människa genom hela livet och innefattar kön, könsidentiteter och roller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet upplevs och uttrycks genom tankar, fantasier, önskningar, normer, attityder, värderingar, beteenden, praktiker, roller och relationer. Medan sexualitet kan omfatta alla dessa dimensioner, upplevs eller uttrycks inte alltid alla av dem. Sexualitet påverkas av interaktionen mellan biologiska, psykologiska, sociala,*

ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, legala, historiska, religiösa och andliga faktorer.” (6 s. 679)

”Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt, och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, det är inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom till möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och behållas, måste människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas.” (6 s. 680)

Kommunikation inom omvårdnad

Centralt i omvårdnadsarbetet är kommunikationen mellan sjuksköterska och patient. Den främjar en god relation mellan parterna och leder till förbättrad insikt i patientens situation. För att mötet mellan sjuksköterskan och patienten ska bli så effektivt som möjligt är det viktigt att parterna förstår varandra. Sjuksköterskan ska erbjuda tillräcklig och anpassad information till patienten (7).

Sjuksköterskan ska respektera patientens autonomi och ge utrymme för frågor kring ämnet, om detta är patientens vilja (8). Dimbleby och Burton hävdar att kommunikationen inom vården är livsnödvändig för att kunna tillfredsställa personliga behov, för att kunna samarbeta och till och med för att kunna överleva. Kommunikation handlar också om att skapa delaktighet och någonting som blir ett ömsesidigt utbyte (9).

Kommunikation innefattar såväl kroppsliga som verbala uttryck. Nilson och Waldemarson menar att det finns kommunikation som inte yttras verbalt. Det är det som sägs mellan raderna, det “osagda”. För att man ska kunna “tala mellan raderna” krävs att man skapar en delaktighet personer emellan. De menar också att vad sjuksköterskan vill och kan förmedla är avgörande för hur kommunikationen utvecklas. I kommunikationen är därför sjuksköterskan viktig som person. Patienterna anser att framförallt bemötandet är grunden i och en förutsättning till om det kan skapas ett möte eller ej. Sjuksköterskan och patientens krav och förväntningar är ofta ömsesidiga, men inte sällan olika utifrån de olika perspektiven. Det är därför viktigt att skapa en delaktighet och trygghet för att mötet ska bli så bra som möjligt utifrån båda parter förväntningar (10).

Samtalsmetodik

Hur en sjuksköterska samtalar med en patient angående den sexuella hälsan kan bli avgörande för kommunikationen och relationen. Samtalsfärdigheter kan påverkas av personliga egenskaper som t ex biologiskt kön, blyghet och psykologi, men också av hur samtalsfärdigheterna lärs in (11). Detta avspeglas i vilka samtalsmodeller man påverkas av under uppväxten och vilka miljöer man vistas i. Som människa påverkas man av personliga egenskaper och yttre faktorer i hur man utvecklar sitt sätt att samtala. Man kan vara blyg som privatperson men på arbetet, i sin professionella roll, kan man vara på ett helt annat sätt (12).

Rautalinko skildrar Carl Rodgers arbete inom psykoterapi och beskriver att samtal inte alltid behöver föras verbalt mellan olika parter (13). Ett samtal mellan en sjuksköterska och en

patient kan med fördel föras av ett aktivt lyssnande hos sjuksköterskan. Tystnad hos sjuksköterskan lockar fram information hos patienten och ger då en mer fullständig bild av situationen och förståelsen ökar. För man ett samtal med hjälp av sakliga frågor kan detta medföra att patienten sluter sig och ser samtalet som ett förhör. Alla dessa frågor kan medföra att motparten inte känner sig åhörd, utan att frågorna är viktigare än det han eller hon egentligen vill berätta. Patienten kan då hamna i ett underläge där denne inte känner sig lika betydelsefull som människa. Genom ett aktivt lyssnande skapar man lättare en stark relation mellan parterna. Man finner då snabbare svaret på sina frågor genom att uppmuntra motparten till fortsatt berättande (14).

Öppna frågor kan vara en bra hjälp för sjuksköterskan att få patienten att fritt berätta om sin situation. Patienten kan då stimuleras till att med hjälp av frågor tala fritt och utforska sina egna känslor utan att från början ha haft avsikt med detta. Detta är syftet med öppna frågor. Som sjuksköterska i samtalet måste man känna av när och hur man kan ställa sina öppna frågor för att inte uppfattas som kritisk eller dömande. Öppna frågor kan med fördel användas i samtal om upplevelser, som t ex vid samtal om den sexuella hälsan (15).

Man behöver inlevelse för att förstå och skapa en tydlig bild av en persons sexuella hälsa. Sexualitet och den sexuella hälsan associeras med livslust, meningen med livet och existentiella frågor. Det inbjuder till känslomässiga möten och när viktiga livsaspekter hotas kan kraftiga känslor som sorg, skuld och ilska väckas. Studier har visat att både patienter och sjuksköterskor har en positiv inställning till vikten av kommunikation rörande sexuella frågor vid olika medicinska tillstånd, men att man faktiskt agerar och samtalar om sexualitet görs alltför sällan (4).

Sjuksköterskans ansvar i omvårdningsprocessen

I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor från 2005 står skrivet hur sjuksköterskan ska arbeta samt tillämpa sin kompetens inom sitt yrke. Några exempel på detta är att man ska utgå från omvårdningsprocessen där man bedömer, observerar, diagnostiserar utifrån ett omvårdningsperspektiv. Man planerar även utifrån patientens omvårdnadssituation för att sedan utföra åtgärder och till sist utvärdera resultatet av omvårdnaden. Sjuksköterskan ska sätta patienten i fokus för att kunna erbjuda den specifika omvårdnaden den enskilde patienten behöver, såväl psykiska som fysiska men även kulturella, sociala och andliga behov (16).

Viktigt är att möta patienten där han eller hon befinner sig i sin sjukdomsbild eller upplevelse. Detta för att uppmärksamma lidande och i så stor mån som möjligt, genom omvårdningsåtgärder, minska detta och öka välbefinnandet. I yrket som sjuksköterska ingår även att uppmärksamma patienter som inte verbalt ger en önskan om information. Att uppmärksamma behovet av information är en viktig del för att göra patienten delaktig i sin vård och inte lämnas ensam med sina frågor (16).

Begreppet holistisk vård nämns ofta som en del i sjuksköterskans yrkesroll. Med detta begrepp menas att man tar sig tid till patienten och lyssnar till dennes oro. Det innebär även att man ser till hela människan och dennes behov. Sjuksköterskan anser att ämnet sexuell hälsa ingår i omvårdningsansvaret och i den holistiska vården men utövar det inte i praktiken. Detta trots viss kunskap om hur olika sjukdomar påverkar kroppen och sexualiteten (17, 18).

Sexualitet är en ständigt närvarande fråga i sjuksköterskans yrke. Vid olika sjukdomar kan kroppen förändras vilket kan bidra till problem med den sexuella hälsan hos patienterna. Det kan vara borttagning av kroppsdelar som förändrar synen på kroppen eller andra fysiska och psykiska besvär som komplicerar patientens sexuella liv. Minskad självkänsla och självbild och minskad känsla av attraktion är bara några komponenter som påverkar patientens relationer och sexuella liv (18). Den svenska normen är att sexualitet betraktas som privat. Man kan samtala om finansiella problem och sjukdom men man talar sällan om sexualitet. Detta gäller särskilt män (19).

Sjuksköterskan tar i de flesta fall inte upp frågan om sexualitet med patienterna. Detta medför att de lider i det tysta (17, 18). Om sjuksköterskan inte är villig att diskutera ämnet ser man heller inte att behovet finns och lidandet blir större för patienten vars behov finns. För patienter vars sexuella hälsa har påverkats av sjukdom eller av annan orsak är det viktigt att det finns en tillåtande atmosfär och en öppen kommunikation för samtal om ämnet. De flesta patienter upplever inte detta och väljer då hellre att inte föra ämnet på tal. Forskning om sjuksköterskans ansvar att tala om sexualitet med patienterna har visat att det ger positiva effekter på patienternas välbefinnande. För att kunna lindra lidande och öka välbefinnandet hos patienterna behöver de hjälp med att kunna älska sig själva igen och finna känslan av att återigen vara attraktiv i sin kropp. För att uppnå detta menar patienterna att de behöver hjälp och stöttning av sjuksköterskan i sin professionella roll (17).

Många patienter menar också att de behöver diskutera ensamheten i sin egen kropp, känslorna kring sorgen av förändring, förlusten av intimitet och ibland söker de även efter förslag på lösningar kring sexualiteten. Det är då viktigt för sjuksköterskan att vara medveten om att alla människor har sin egen uppfattning om sexualitet och det är ingenting som kan generaliseras (17, 18).

Sexualitetens inflytande på patientens livskvalitet

Sjukdom kan påverka individen på många plan och även de närstående berörs. Patienten kan uppleva sexuella problem som en väldigt stressande faktor i livet. Man ser sig själv som "onormal". Kunskap hos sjuksköterskan ökar trovärdigheten gentemot patienten och man kan då resonera om problemen på ett professionellt sätt. Patientens stressfaktor minskas om han eller hon får höra att problemet är vanligt hos andra eller att en viss sjukdomsbild ger upphov till problemet. Alla människor vill vara unika men inte känna känslan av att vara "onormal" (4). Det är viktigt att möta patienten och anhöriga i den situation de befinner sig i, låta patienten ge uttryck för sina känslor och känna att sjuksköterskan är närvarande. Detta kan leda till lindrande av lidandet (20).

En betydande del för livskvaliteten är för många att ha ett givande och aktivt sexualliv och det ger en mening med livet. Man måste dock ha i åtanke att detta inte gäller alla. Det finns människor som, beroende på sjukdom eller andra orsaker, inte alls är intresserade av sexuell aktivitet (21). Detta kan bli en bieffekt av en sjukdom eller en operation då många patienter har beskrivit det som att de mister sin kvinnlighet eller manlighet. Det är ändå viktigt att som sjuksköterska lyfta samtalet om sexuell hälsa då flertalet patienter med t ex funktionsnedsättning eller ryggradsskador känt sig försummade av sjuksköterskan. Ämnet tas aldrig upp för att man, enligt patienterna, förutsätter att man inte har några sexuella behov då man drabbats av en skada, allvarlig sjukdom eller är rörelsehindrad (20).

Det finns flertalet sjukdomar som påverkar sexualiteten hos en människa. För patienter med Parkinsons sjukdom kan de klassiska symtomen rigiditet, tremor och hypokinesi försvåra den sexuella kontakten med andra människor (22). Studier har visat att sexualitet är ett högt rankat psykosocialt problem för patienter med ryggradsskador och Parkinsons sjukdom (23, 24). Som sjuksköterska är det extra viktigt att engagera sig i de patienter som upplever sig ha problem med sin sexuella hälsa. Detta för att förbättra patientens självförtroende och skapa en känsla av tillhörighet och trygghet (20).

Den hormonella påverkan vid njursjukdom påverkar lusten negativt genom testosteronsänkning och prolaktinstegring. Många kan även drabbas av nedsatt självförtroende då kroppsliga förändringar kan vara en biverkan från olika behandlingar (25). En studie kring strokepatienter visar att hos patienter som var sexuellt aktiva innan de drabbades av stroke, minskar antalet samlag drastiskt och bestående. Hos dessa patienter är impotens vanligt och så många som 75 % av männen och 67 % av kvinnorna får svårighet att få orgasm igen (26).

Sjukdomar som blir allt vanligare i välfärdssamhället är diabetes och hypertoni. Vid diabetes rapporteras diabetisk neuropati som en anledning till sexuella problem. Det föreligger även ökad risk för genital svampinfektion vilket kan ge upphov till smärta hos båda könen. Erektill dysfunktion drabbar ca 35 % av männen med diabetes (27). Erektionsstörningar drabbar även patienter med hypertoni och en ytterligare påverkan på sexualiteten hos dessa är nedsatt lust (28, 29). Man har även funnit samband med erektil dysfunktion och depression (4).

Det har visat sig finnas en relation mellan sexuella svårigheter och vissa vanligt förekommande mediciner. Exempel på detta kan vara diuretika, antidepressiva läkemedel, neuroleptika och alla typer av blodtryckssänkande läkemedel (4, 30). Det finns läkemedel som påverkar såväl förmåga som lust. Bristen på kunskap inom området kan förklaras genom att det rapporteras för lite av patienten, men samtidigt är det av stor vikt att eventuella biverkningar uppmärksammas av läkaren och sjuksköterskan (4).

Sammanfattningsvis har sexualitet ofta en stor betydelse för människors livsglädje och livskvalitet. Livskvaliteten blir särskilt viktig för patienter i livets slutskede. Livskvalitet betyder olika för olika människor, men det som är gemensamt är att de förtjänar professionell uppmärksamhet och omvårdnad i alla frågor (4, 31).

Etnicitet och sexualitet

Det svenska samhället är mångkulturellt och så även vården. Sjuksköterskan möter dagligen människor från andra kulturer med andra normer och värderingar kring sexualitet (4, 19). Det innebär ytterligare utmaning att hantera egna fördomar och föreställningar. Det leder också till att sjuksköterskan måste bredda sina kunskaper. Man kan inte längre fokusera på endast svenska erfarenheter och normer (19). Kommunikation kan ske med alla människor, oavsett språk, om sexualitet och dess yttringar med förutsättning att man har ett respektfullt bemötande och en skicklig tolk som är diskret och vis i sitt språk (4).

Genusperspektiv på föreställningar om sexualitet

Genus och föreställningar om manligt och kvinnligt är starkt förknippat med sexualitet. Den förändrade synen på sexualitet har lett till att begreppet utvecklats. Fokus ligger inte längre enbart på hetero- och homosexuella utan man inkluderar även bi- och transsexuella. Trots ökad kunskap förekommer fortfarande diskriminering av dessa grupper, även i sjukvården. Diskrimineringen baseras endast på sexuell läggning och man ser inte till individen i sin helhet (32). Studier har visat att vissa former av cancer är mer förekommande hos homosexuella. Lesbiska kvinnor har högre risk att drabbas av bröstcancer och homosexuella män har högre risk att drabbas av ändtarmscancer. Det är därför viktigt att personal inom vården strävar efter att kunna samtala med patienter som sexuellt attraheras av människor av samma kön (31).

Problemformulering

Grunden i sjuksköterskans yrke är att främja hälsa och öka välbefinnandet hos patienten. I litteraturen framkommer att sjuksköterskans kommunikation med patienten om den sexuella hälsan är bristfällig. Information ska ges för att öka kunskapen och förståelsen om det tillstånd och den situation patienten befinner sig i. Sexualitet är ofta en stor del av människans liv och har en stor inverkan på livskvaliteten. Sjuksköterskan är medveten om sjukdomars påverkan på sexualiteten och anser att det ingår i omvårdnadsansvaret (17, 18). Patienter vill ha och kräver information och stöd i sin situation, men trots att samtal om sexualitet är en del av sjuksköterskeyrket utövas det inte. Vad finns det för anledning till detta? Varför undviker sjuksköterskan ett ämne som har så stor påverkan på människans livskvalitet?

SYFTE

Syftet är att belysa vad som hindrar sjuksköterskan att samtala med patienten om den sexuella hälsan.

METOD

En litteraturöversikt baserad på vetenskapliga artiklar används för att skapa en sammanfattande bild av ett kunskapsområde. Det är även ett bra verktyg för att identifiera problem i sjuksköterskans omvårdnadsarbete (33). I översikten har artiklar från PubMed, Cinahl och PsycINFO använts. Dessa databaser användes då de alla innehåller artiklar inom omvårdnad. Sökning har även gjorts i ERIC, som framförallt innehåller pedagogiskt material, men utan att finna några användbara artiklar.

Litteratursökningen

I den inledande litteratursökningen användes en osystematisk sök teknik (33). Efter den inledande sökningen urskiljdes följande sökord: *Nurse, sexual, communication, nurse-patient relations och sexual health*. För att systematisera sökningen utgick den ifrån *nurse* och *sexual* i alla sökningar medan de andra sökorden lades till i olika kombinationer, för att på olika sätt begränsa antalet träffar och skapa struktur (33). Vid sökningarna i Cinahl användes en

sökteknisk funktion som kallas trunkering, vilket innebär att man använder ordstammen i det utvalda ordet. Vid användning av trunkering på *nurse** fick vi träffar på nurse, nurses och nursing. Tjugosju artiklar granskades och 12 användes i resultatet. Antal träffar och utvalda artiklar presenteras i tabell 1. I olika databaser resulterade sökningarna, vid flera fall, i samma artiklar. Via en sekundärsökning från referenslistor hittades ytterligare en artikel som inkluderades i analysen (34).

Tabell 1. Den egentliga litteratursökningen.

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade	Använda art. ref nr.
110916	PubMed	Nurses Sexual	2001-2011	1013		
		Nurses Sexual Communication	2001-2011	131		
		Nurses Sexual Communication Nurse - patient relations	2001-2011	41	2	35
110916	Cinahl	Nurse* Sexual*	2001-2011 Research article Peer reviewed	706		
		Nurse* Sexual* Communication	2001-2011 Research article Peer reviewed	61	1	37
		Nurse* Sexual* Communication	2001-2011 Research article Peer reviewed Major heading: Sexuality	15	4	35, 36
		Nurse* Sexual* Communication Nurse-patient relations	2001-2011 Research article Peer reviewed	10		
		Nurse* Sexual* Nurse-patient relations	2001-2011 Research article Peer reviewed	64		
		Nurse* Sexual* Nurse-patient relations	2001-2011 Research article Peer reviewed Major heading: Sexuality	13	4	38, 44
110921	PsycInfo	Nurse* Sexual*	2001-2011 Peer reviewed	555		
		Nurse* Sexual* Communication	2001-2011 Peer reviewed	39	5	35, 41, 43
		Nurse* Sexual* Communication Nurse-patient relations	2001-2011 Peer reviewed	0		
110921	Cinahl	Nurse* Sexual health	2001-2011 Research article Peer reviewed	111		
		Nurse* Sexual health	2001-2011 Research article Peer reviewed Major heading: Nurse attitude	13	2	38, 39
		Nurse* Sexual health	2001-2011 Research article Peer reviewed Major heading: Sexuality	20	5	40
		Nurse* Sexual health	2001-2011 Research article Peer reviewed Major heading: Nurse-patient relations	7	3	45
111009	Cinahl	Nurse* Sexual* Nurse-patient relations	2001-2011 Research article Peer reviewed Major heading: Sexuality	14	1	42

Urval

En översikt över rubrikerna inledde urvalet, de rubriker som inte stämde överens med det som söktes valdes bort. Vidare lästes de abstrakt som fanns tillgängliga och relevanta artiklar

för ämnet valdes ut. Artiklar som handlade om sjuksköterskans främjande arbete om sexualitet och hur hon/han hanterar ämnet inkluderades. I de artiklar som granskades var resultatet det mest relevanta och det var tvunget att svara an till litteraturöversiktens syfte. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades.

En avgränsning gällande publikationsår gjordes på alla sökningar. Artiklar från 2000 och tidigare exkluderades då aktuell forskning eftersöktes. En begränsning till peer reviewed och research article gjordes där det var möjligt, för att ytterligare säkerställa artiklarnas kvalitet. Artiklar som inte var skrivna på engelska exkluderades. Flera artiklar hade även bristfälliga sammanfattningar och fanns inte tillgängliga i fulltext, därav exkluderades de. Fem artiklar exkluderades på grund av låg kvalitet.

Analys

Den inledande analysen startade redan vid granskningen av abstrakten. Vid läsningen bedömdes om artikeln var relevant för litteraturöversikten och för dess syfte. Sedan lästes de utvalda artiklarna i sin helhet för att ytterligare fastställa relevans, vilket ledde till att 17 artiklar valdes ut. Granskningen genomfördes enligt Friberg (33). Den innebär att man utgår från ett antal frågor och kvalitetskriterier för att säkerställa artikelns kvalitet.

Analysen gjordes först åtskilt av författarna, sedan tillsammans för att öka validiteten och inte undgå viktiga aspekter. Fem artiklar exkluderades efter kvalitetsanalysen. Tolv artiklar återstod varav fem var kvalitativa och sju kvantitativa. För att få en bättre förståelse för artiklarna lästes de flera gånger. Den fortsatta analysen fokuserade på likheter och skillnader enligt Fribergs tillvägagångssätt (33). Fokus låg på artiklarnas resultat innehåll. Analysen resulterade i sex teman.

RESULTAT

Analysen av artiklarna resulterade i sex teman; kunskapsbrist och utbildningsbehov, sjuksköterskans attityd och värderingar, tidskrävande samtalsämne, avsaknad av rutiner och riktlinjer, oklar ansvarsfördelning och skillnader i kön och ålder. Nedan presenteras hinder för sjuksköterskans kommunikation gällande den sexuella hälsan.

Kunskapsbrist och utbildningsbehov

Det som beskrivs som det mest förekommande hindret i sjuksköterskans kommunikation kring sexualitet är brist på kunskap och utbildning. Kunskapsbrist leder till att sjuksköterskan inte känner till alla de orsaker som påverkar sexualiteten. Dessutom blir sjuksköterskan obekvämd i mötet med patienten då frågor om sexualitet uppdygas (34-43). Sjuksköterskan behöver mer utbildning i sexologi för att kunna främja den sexuella hälsan (35, 38-42).

Akinci visade i sin enkätundersökning bland 141 sjuksköterskor att ca 90 % skulle påverkas positivt av utbildning i sexuell hälsa. Lika många av sjuksköterskorna ansåg att sexualupplysning och sexuell rådgivning bör vara en obligatorisk del i sjuksköterskeutbildningen (42). För att kunna vårda hela människan måste sjuksköterskan ha mer utbildning inom ämnet sexologi, då det är en stor del av människans existens (39).

Utbildning inom kommunikation och samtalsmetodik efterfrågas också av sjuksköterskor för att kunna hantera ämnet sexualitet på ett bättre sätt (36, 41). En ökad erfarenhet genererar en mer positiv attityd och större trygghet hos sjuksköterskan, som i sin tur leder till större bejakande av patienters sexuella hälsa. Äldre sjuksköterskor känner sig tryggare och har en mer positiv attityd till sexualitet än yngre. De är mer benägna och har större tillit till sin egen förmåga att samtala om ämnet (35, 38, 44).

Sjuksköterskan undviker ämnet sexualitet med patienten för att inte uppmuntra till diskussion då sjuksköterskan saknar kompetens inom ämnet. Kunskapsbrist skapar ett tydligt hinder i kommunikationen. Man finner det oprofessionellt och orättvist mot patienten att uppmuntra till diskussion och inte kunna besvara vidare frågor (34, 37, 43).

“They tell you a problem then you don’t know what to do about it.” (37 s. 36)

Osäkerhet på grund av otillräcklig kunskap leder till att patientens situation nonchaleras (34, 37, 43)

Sjuksköterskans attityd och värderingar

Det finns en viss rädsla i att ta upp ämnet sexualitet. En anledning är att man är orolig att passera patientens privata gräns och göra intrång i den personliga sfären (37, 41, 43). Man vill inte äventyra den relation man byggt upp med patienten och sjuksköterskan är rädd att förlora patientens förtroende. Man undviker diskussionen för att man tror att patienten kan bli upprörd, generad och orolig (34, 41, 43). Drygt hälften av sjuksköterskorna känner sig så obekväma att de hellre undviker ämnet (35, 40, 44, 45).

Personliga egenskaper och egna värderingar hos sjuksköterskan hämmar kommunikationen. Det handlar främst om dåligt självförtroende vilket leder till en obekvämheter i samtalsämnet (38, 41, 42, 45). Sjuksköterskan anser att sexualitet är ett svårt och känsligt ämne att diskutera (36, 39, 43). I en undersökning av Gott et al. intervjuades 35 sjuksköterskor och man fann att de tycker sjuksköterskans egna värderingar kring sexualitet har en betydande roll (43). De sjuksköterskor som anser det viktigt att främja den sexuella hälsan är mer benägna att samtala om den med patienten. De med motsatt åsikt bortser från sexualitet i samtalet med patienten då man anser att ämnet är för privat (38, 43).

“That depends on the individual’s personality. Nurses who are more sociable and skillful in communication are better able to offer support...” (41 s. 2128)

Kommunikationen försvåras vid samtal med patienter av annan sexuell läggning än heterosexualitet. Detta på grund av att man inte själv vet var man står i sina personliga värderingar och åsikter (43).

Tidskrävande samtalsämne

Brist på tid är en faktor som påverkar sjuksköterskan i samtalet om sexualitet (35, 36, 41, 43). Det kommer till uttryck på olika sätt. Antal sjuksköterskor som tar sig tid att samtala om sexualitet varierar mellan 20-30 % i undersökningarna (38, 44). Sextiosju procent anger att det inte finns någon tid alls att prata om den sexuella hälsan (35).

Hälften av sjuksköterskorna anser att det inte är nödvändigt att ta upp sexualitet och prioriterar inte ämnet (36, 39, 41, 43, 45). En sjuksköterska beskriver att fokus ligger på att få patienten att äta, och man prioriterar inte sexualitet vid svårare sjukdomstillstånd. Man anser att patienten är för sjuk för att vara intresserad av att samtala kring sin sexuella hälsa (39).

“Usually we are not interested in patient’s sexual life. We do not think it’s important.” (41 s. 2128)

Sjuksköterskan undviker samtalet om sexualitet på grund av rädsla att inte ha tid för uppföljning. Då lämnas patienten ensam med sina tankar och problem (37, 43). Relationen mellan sjuksköterska och patient tar lång tid att bygga upp. En god relation krävs för att kunna diskutera privata och känsliga ämnen så som sexualitet (43).

Avsaknad av rutiner och riktlinjer

Brist på en lämplig miljö påverkar sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Att inte ha en avskild plats för enskilda samtal är ett hinder för att föra sexualitet på tal (36, 41). Rutiner och riktlinjer på avdelningen är betydande för att hjälpa sjuksköterskan att främja den sexuella hälsan. Bristande rutiner och riktlinjer är också ett hinder i arbetet mot en förbättrad kommunikation om sexualitet (36, 42, 45). Sjuksköterskor efterlyser mer skriftlig information att ge till patienten för att kunna lyfta frågan utan att generera patienten och för att öppna upp för en vidare diskussion (43). Sjuksköterskan saknar verktyg att göra en grundläggande anamnes och för att underlätta bedömningen av den sexuella hälsan (39, 45).

“We don’t know how to deal with it. You don’t know whose responsibility it is, where to turn to and doctors do take the responsibility . . . so we don’t do anything” (41 s. 2128)

I intervjuer gjorda med 14 psykiatriska sjuksköterskor framkommer att de inte tycker kommunikation om patientens sexualitet ingår i arbetsuppgifterna. Man vidarebefordrar istället patienten till en annan profession. Det handlar om bristande kunskap och att man inte känner sig bekväm i situationen (45). Somliga sjuksköterskor anser inte att samtal om sexualitet ingår i omvårdnadsarbetet. Ämnet är för privat för att diskuteras med utomstående (41, 45).

Oklar ansvarsfördelning

Frågan om vems ansvar det är att lyfta ämnet sexualitet är en återkommande svårighet i artiklarna. Om det finns ett underliggande problem med patientens sexualitet förväntar sig sjuksköterskan att patienten själv lyfter frågan. Gör patienten det så är man öppen för vidare diskussion. Om patienten väljer att inte föra sina sexuella problem på tal anser sjuksköterskan att hon/han bör respektera det. Ansvaret ligger därmed hos patienten (41, 42, 44, 45).

Andelen sjuksköterskor som anser sig ansvariga att ta upp ämnet sexualitet varierar mellan 66-88 % (34, 36, 38). Majoriteten anser att den sexuella hälsan är ett viktigt begrepp för att bedriva en holistisk vård (35). Dock visar resultatet i flera undersökningar att 92-98 % av sjuksköterskorna undviker att regelbundet ta upp ämnet och 80 % av sjuksköterskorna tror

inte att patienten förväntar sig det (35, 36, 40, 44).

Quinn et al. beskriver bristande uppmärksamhet från kollegor som ett problem. När andra undviker ämnet är det svårt att själv ta initiativ till kommunikation om den sexuella hälsan och samtalet uteblir (45).

Skillnader i kön, ålder och etnicitet

Demografiska faktorer så som kön och ålder påverkar sjuksköterskans arbete att främja den sexuella hälsan. Enligt sjuksköterskan försvåras kommunikationen om sjuksköterskan och patienten är av motsatt kön (41, 43). Svårast har kvinnliga sjuksköterskor att lyfta ämnet med manliga patienter. Även manliga sjuksköterskor upplever kommunikationssvårigheter dock inte i lika stor utsträckning. Ålder är även en faktor som hindrar sjuksköterskan. Exempelvis har 35 sjuksköterskor intervjuats och där framkommer att om patienten är medelålders eller äldre har sjuksköterskan svårt att kommunicera med patienten om sexualitet (43). Äldre patienter definieras som 40 år och stigande (40, 41, 43).

Skillnad i etnicitet mellan sjuksköterskan och patienten utgör en svårighet för frågor kring den sexuella hälsan. Det grundar sig i en okunskap om andra kulturers och religioners synsätt på sexualitet. En undersökning från Storbritannien visar att 35 sjuksköterskor upplever det svårare att föra diskussionen om sexualitet med patienter från olika etniska minoritetsgrupper (43). Sjuksköterskorna uppfattar det som att sexualitet inom dessa kulturer inte uppmärksammas och diskuteras på samma sätt som inom den västerländska kulturen (40, 43).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteraturoversikt visade sig vara ett lämpligt tillvägagångsätt för att få en tydlig bild av problemområdet. Syftet var ursprungligen att utforska publicerat forskningsmaterial ur patientens perspektiv. Efter flertalet sökningar fick syftet omformuleras då tillräcklig forskning inom området saknades. Infallsvinkeln fokuserades istället på sjuksköterskans perspektiv och kommunikationen om den sexuella hälsan. Tidigare forskning visar att sjuksköterskan kände ansvar att själv lyfta ämnet sexualitet med patienten, men att samtalet uteblir. Därför lades fokus på hinder för att bringa klarhet i orsaken. Även detta område var begränsat och det var svårt att finna relevanta artiklar. Det snäva forskningsutbudet indikerar att det vårdvetenskapliga intresset varit bristfälligt på området.

I den inledande litteratursökningen användes en osystematisk sökteknik. Detta för att skapa en vidd och övergripande bild av området. Kombinationen av olika sökord gjordes för att vidga och inte avgränsa sökområdet. Den egentliga sökningen genomfördes systematiskt för att skapa en struktur och en hanterbarhet av antalet träffar. En alltför snäv sökning kan leda till att relevanta artiklar förbigås. Men i de olika sökningarna resulterade den systematiska och osystematiska sökningen, i viss mån, i samma artiklar. Alla artiklar som ingår i litteraturoversikten är publicerade i vedertagna, vetenskapliga tidskrifter. De har sökt etiska tillstånd för sina undersökningar, dock inte i alla utan i 9 av 12 artiklar.

Sökningen innehöll flertalet pilotstudier, varav en valdes ut för att ingå i analysen. Den inkluderades då innehållet ansågs mycket relevant för syftet och den var peer reviewed. Antalet funna pilotstudier tyder på att området fortfarande är under utveckling. De flesta kvalitativa studier grundade sig på små populationer men inkluderades då tydliga samband mellan de olika studiernas resultat kunde urskiljas. Flertalet studier grundade sig på ett bekvämlighetsurval vilket kan leda till att resultatet av de kvantitativa artiklarna inte kan generaliseras (38-40, 42, 44, 45). Randomiserat urval hade i de fallen varit önskvärt men detta är inte alltid möjligt, då det krävs både större resurser och ekonomi. Fokusgrupp var en metod som användes i två av de granskade studierna. Detta tillvägagångssätt kan ha påverkat resultatet beroende på vilken inställning sjuksköterskorna i gruppen hade till ämnet sexologi (33).

En annan aspekt som kan påverka studiernas resultat är författarnas förförståelse och kunskap om ämnet. Detta kan avspeglas i tolkningen av resultatet. Det är viktigt att vara medveten om detta samt sina egna personliga värderingar. Ingen är neutral och därför är det av stor vikt att försöka vara så öppen och mottaglig som möjligt för ny information och nya infallsvinklar. I översättningen av artiklarna är det viktigt att ha i åtanke att materialet kan ha påverkats av författarnas tolkning av texterna. Att litteraturöversikten gjordes av två författare bidrog till en fördjupad analys av artiklarna. Det ledde även till en bredare kunskap då det var möjligt att utbyta tankar och funderingar.

Litteraturöversikten ger en samlad bild över sjuksköterskans hinder i samtalet med patienten om sexualitet. Men resultatet går inte att generalisera på svensk sjukvård då studierna är gjorda i olika delar världen. Studierna har främst utförts i västvärlden vilket skulle kunna indikera att resultatet ändå är användbart i Sverige.

Analysen grundar sig på kvalitativa och kvantitativa artiklar. De två forskningsmetoderna bidrar med olika infallsvinklar i ämnet. Resultatet i de olika artiklarna visar inte på någon markant skillnad, utan snarare stärker varandra.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskans attityd och värderingar i relation till samhällets normer

Sjuksköterskans värderingar speglar samhällets normer även i det professionella arbetet avseende kommunikationen om den sexuella hälsan. Drygt hälften av sjuksköterskorna undviker samtalet om sexualitet då de är obekväma i situationen (35, 40, 44, 45). Man vill heller inte förlora patientens förtroende genom att överskrida den privata gränsen och riskera att relationen försämras (34, 37, 41, 43).

Studier har visat att sjuksköterskor inte anser att kommunikation om patientens sexualitet bör ingå i omvårdnaden (41, 45). I kompetensbeskrivningen för svenska sjuksköterskor fastslås att sjuksköterskan ska främja hälsa och motverka ohälsa genom att stödja både patient och närstående. Även patienter med outtalade informationsbehov ska uppmärksammas av sjuksköterskan (16). Patienten har ett behov att diskutera sin sexuella hälsa och när sjuksköterskan inte är villig att ta upp diskussionen tvingas patienten lida i det tysta. Sjuksköterskan missar därmed ett viktigt behov och lidandet blir än större för patienten.

Alla människor påverkas mer eller mindre av den rådande normen och bilden samhället reflekterar. Även sjuksköterskan påverkas i sin inställning och i sina värderingar (38, 45). Detta tar hon/han med sig in i sin professionella roll i mötet med patienten. Många gånger sker det omedvetet men det kan ändå spegla samtalet. Sjuksköterskan hämmas av sina egna värderingar i samtalet. Är det samhällets syn på sexualitet som influerar sjuksköterskan till tystnad?

Kommunikationen försvåras vid samtal med patienter av annan sexuell läggning än heterosexualitet (43). Då man arbetar som sjuksköterska måste man bortse från sina egna värderingar och illustrationer om hur människor lever sina liv. Man måste lägga bort bilden av det heteronormativa samhället då det kan upplevas kränkande och respektlöst. Idag lever vi i ett öppet samhälle där man inte enbart lever tillsammans som man och kvinna. Tyvärr finns fördomar mot t ex homo- och bisexuella, så även inom vården. Kunskap om detta är viktigt att lyfta för att veta hur man ställer frågor till patienten för att inte upplevas som dömande eller kränkande. Ett exempel är att man kan inleda diskussionen med om man har en partner istället för en man/pojkvän eller fru/flickvän. Bara detta kan leda till en mer tillåtande atmosfär och en mer bekväm situation hos patienten (46).

Den heteronormativa bilden i samhället lever kvar sedan länge. Homosexualitet ansågs långt in på 1900-talet som en sjukdom (1). Den kristna bilden av den reproduktiva sexualiteten har speglats i samhället i flera hundra år. Även i sjukvården diskuteras fortfarande främst den reproduktiva hälsan istället för den hälsofrämjande sexualiteten. Samtal om sexualitet riktar sig framförallt mot dagens ungdomar, där man främst kommer med uppmaningar om hur man undviker oönskade graviditeter och könssjukdomar (5, 47). Ingenstans talar man om de fysiologiska och psykologiska effekter sexuell dysfunktion kan ha på individen och förhållandet till andra människor. Sexualitet handlar inte bara om samlag. Det är en känsla av närhet i en parrelation, kärlek, fysisk beröring, trygghet och en känsla av att känna sig behövd.

Sexualitet framställs som privat och någonting man inte pratar om. I media kan man ofta läsa om hur man ska förbättra sitt sexliv, olika samlagsställningar och hur man uppnår det perfekta sexlivet. I samhället har det blivit tabu att tala om sexualitet trots den sexualiserade bilden media ger. Samhället främjar demokrati och jämställdhet och även hälso- och sjukvården strävar efter en så jämställd och rättvis behandling som möjligt. Media visar stundtals upp budskap med inslag av diskriminering, tvång och våld. Det är lätt att påverkas av den bilden och det är därför viktigt att man är kritisk och kan diskutera kring dess innehåll. Det bidrar till att öka medvetenheten kring komplexiteten av sexualitet idag.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Resultatet visar att sjuksköterskor avstår från att samtala om sexualitet om inte patienten själv lyfter ämnet (41, 44, 45). De flesta sjuksköterskor ser det som sitt ansvar att ta upp ämnet men väljer ändå att inte göra det (34, 36, 38). Sjuksköterskan är medveten om de negativa effekter sjukdom och läkemedel kan ha på den sexuella hälsan, men väljer igen att undvika ämnet (17). Är det etiskt försvarbart att undvika områden som ingår i sjuksköterskans omvårdnadsarbete på grund av sina egna värderingar? Går man då inte

emot Socialstyrelsens kompetensbeskrivning?

Problem med sexualiteten lyfter man inte, inte ens i vården där man ska främja hälsa och välbefinnande. Avsaknad av rutiner och riktlinjer hindrar sjuksköterskan att förbättra kommunikationen om sexualitet (36, 42, 45). Det saknas även skriftlig information att dela med patienten som kan underlätta kommunikationen och leda in samtalet i önskad riktning (43).

Samhället påverkar vården samtidigt som vården påverkar samhället. Talar man inte om problemet i vården, var ska man då vända sig? Att sexualitet nonchaleras av både samhället och vården påverkar sjuksköterskan i sin privata roll, vilket reflekteras i den professionella rollen. Sjuksköterskan anser det inte nödvändigt att ta upp ämnet sexualitet med patienten och prioriterar inte ämnet (36, 37, 41, 43, 45).

I resultatet framkom tidsbrist som ett tydligt hinder till varför sjuksköterskan inte samtalar om sexualitet (35, 36, 41, 43). Handlar det egentligen om tidsbrist eller om att inte ta sig tid? Det kan vara en bortförklaring, då man inte vill erkänna att man är generad eller obekvämt i ämnet. Det är lättare att skylla på tidsbrist än att stå för att man inte tycker sexualitet är relevant eller hör hemma i vården. Det kan också bortprioriteras då sjuksköterskan inte anser sig ha tillräcklig kunskap inom området och om olika kulturers syn på sexualitet. Hon/han vet inte hur man ska lyfta frågan om den sexuella hälsan utan skyller istället på tidsbrist.

Kunskapsbrist hindrar sjuksköterskan i kommunikationen om den sexuella hälsan

Kunskapsbrist och kunskapssyn påverkar sjuksköterskans sätt att samtala om den sexuella hälsan. Bristen på kunskap om hur den sexuella hälsan påverkas av ohälsa samt hur en sjuksköterska samtalar kring en patients sexualitet påverkar kommunikationen på ett avgörande sätt. Dessutom kan synen på vilken kompetens en sjuksköterska ska besitta avgöra vilka samtal en sjuksköterska inleder (34-43). Sjuksköterskan vet inte hur och när man ska diskutera frågan, och anser sig veta alldeles för lite för att kunna inleda ett samtal. Det som framkommer är både kunskapsbrist inom ämnet sexualitet men också inom samtalsmetodik (36, 41). Sjuksköterskan anser sig behöva mer utbildning om sexualitet för att kunna främja patientens sexuella hälsa (35, 38-42).

Sjuksköterskan efterlyser mer kunskap i sexologi. Resultatet visar att nästan alla sjuksköterskor anser att sexualupplysningen och sexuell rådgivning bör vara en obligatorisk del i sjuksköterskeutbildningen. För att främja den holistiska vården behöver sjuksköterskan ha mer utbildning om sexualitet (39, 42). Vi har under utbildningen saknat kunskap om sexualitet och hur sjukdomar och läkemedel kan påverka den sexuella hälsan. Allt kan inte innefattas i utbildningen då lärandet är oändligt, men borde inte den sexuella hälsan få ta plats då det är ett grundläggande behov och viktig för livskvaliteten? En del i förklaringen skulle kunna vara samhällets normer och att sexualitet som samtalsämne har tabubelagts.

Föreställningen sjuksköterskor har av sig själva är att man ständigt ska kunna ge svar och lösningar på alla sorters frågor och funderingar patienten har. Är det verkligen det patienten förväntar sig? Det är oerhört viktigt att man som sjuksköterska lyssnar och tar in patientens berättelse, och inte tar över samtalet med ledande frågor. I många fall vill patienten bara

berätta om sina problem och bli åhörd. Sjuksköterskan passiviseras ofta i sitt möte med patienter som lider av sexuella problem. Tankar som att "inte kunna göra någonting" leder till att samtalet uteblir (20). Att inleda samtalet med fakta om t ex en sjukdoms påverkan på sexualiteten kan vara en inkörsport till fortsatt diskussion kring sexualitet. Detta i sin tur kan följas upp med hjälp av öppna frågor för att ta del av patientens upplevelse i situationen.

Skillnad i etnicitet mellan sjuksköterskan och patienten utgör ett hinder för frågor om den sexuella hälsan. Det grundar sig i en okunskap om andra kulturers och religioners synsätt på sexualitet. Sjuksköterskor har svårt att samtala om sexualitet med vissa minoritetsgrupper. De uppfattar det som att sexualitet inom vissa grupper inte diskuteras på samma sätt som inom den västerländska kulturen (40, 43).

Mick (48) har tagit fram 10 strategier för att förbättra den sexuella utvärderingen. Strategierna handlar framförallt om kommunikation och hur man förbättrar sin samtalsmetodik. Hon presenterar dessa och ger konkreta förslag på hur sjuksköterskan kan gå till väga. Strategierna kan öka medvetenheten om hur man kan förbättra kommunikationen om sexualitet i det dagliga arbetet (bilaga 2). Mick et al. har även utvecklat ett utvärderingsverktyg för den sexuella hälsan, BETTER, som tillsammans med liknande modeller som PLISSIT, PLESURE och ALARM förenklar arbetet för sjuksköterskan (48). Vi vill uppmärksamma dessa modeller för att underlätta för sjuksköterskor i kommunikationen om den sexuella hälsan. Artikeln presenteras i bilaga 2.

Det behövs mer forskning på området och om patienters upplevelser kring den sexuella hälsan. Vet sjuksköterskan vad patienten vill ha är chansen större att hon/han vill och vågar diskutera det. Forskning som avser metoder som kan hjälpa sjuksköterskan främja den sexuella hälsan är önskvärt.

Konklusion

Sjuksköterskan ska främja hälsa och motverka ohälsa, samt uppmärksamma outtalade informationsbehov hos patienten. Patienten behöver och vill diskutera sin sexuella hälsa. Dock undviker sjuksköterskan kommunikationen om sexualitet vilket innebär att hon/han går miste om det holistiska synsättet. Det öppna samhället idag borde vara mer tillåtande än någonsin för diskussion om den sexuella hälsan, men komplexiteten kring ämnet försvårar det hälsofrämjande arbetet.

Sjuksköterskan har antagit samhällets normer och värderingar avseende kommunikation kring den sexuella hälsan vilket leder till brister i samtalet med patienten. Dessutom saknas tillräckliga kunskaper i sexologi och samtalsmetodik vilket ytterligare förvärrar problemet. Det bristfälliga omvårdnadsansvaret pekar på brister i sjuksköterskans professionella roll vilket ökar patientens lidande. Inställning förändras med kunskap så för att komma till rätta med dessa problem krävs bättre kunskap och kompetens, men också etisk diskussion kring sjuksköterskans ansvar utifrån uppdraget som omvårdnadsansvarig.

LITTERATURREFERENSER

1. Johannisson K. Sexualiteten i historien. I: Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L, red. Sexologi. 3 uppl. Stockholm: Liber; 2010. s. 124-131.
2. Maslow AH. Motivation and personality. 2 uppl. New York: Harper & Row; 1970.
3. Lennerhed L. Makten över reproduktionen – preventivmedel, abort och sterilisering i ett historiskt perspektiv. I: Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L, red. Sexologi. 3 uppl. Stockholm: Liber; 2010. s. 132-136.
4. Hulter B. Sexualitet och hälsa: begränsningar och möjligheter. Lund: Studentlitteratur; 2004.
5. Häggström-Nordin E, Magnusson C, berg L. Inledning. I: Magnusson C, Häggström-Nordin E, red. Ungdomar, sexualitet och relationer. Lund: Studentlitteratur; 2009. s. 19-32.
6. Hulter B. Sexualitet. I: Edberg A-K, Helle Wijk, red. Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa. Kristianstad: Studentlitteratur; 2009. s. 677-709.
7. Fossum B. Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I: Fossum B, red. Kommunikation: samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2007. s. 23-38.
8. Socialstyrelsen. Hälsa och sjukvårdslagen. [Elektronisk resurs] Stockholm: Socialstyrelsen; 1992. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl))
9. Dimpleby R, Burton G. Kommunikation är mer än ord. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 1999.
10. Nilsson B, Waldemarson AK. Kommunikation: samspel mellan människor. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 1994.
11. Thomas G, Fletcher GJO, Lange C. On-line empathic accuracy in marital interaction. J Pers Soc Psychol. 1997;72(4):839-50.
12. Ross L, Nisbett RE. The person and the situation: perspectives of social psychology. Philadelphia: Temple Univ. Press; 1991.
13. Rautalinko E. Samtalsfärdigheter: stöd, vägledning och ledarskap. Stockholm: Liber; 2007.
14. Rogers CR. Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.

15. Eide T, Eide H. Kommunikation i praktiken: relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg. Malmö: Liber; 2006.
16. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
17. Keller J, Southard NZ. The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clin J Oncol Nurs*. 2009;13(2):213-7.
18. Higgins A, Barker P, Begley CM. Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *Int J Nurs Pract*. 2006;12(6):345-51.
19. Bygdeman M, Lindhal K. Sex education and reproductive health in Sweden in the 20th century. *Reprod Health Matters*. 1994;2(4):125.
20. Tepper MS, Whipple B, Richards E, Komisaruk BR. Women with complete spinal cord injury: A phenomenological study of sexual experiences. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2001;27(5):615-23.
21. Folkhälsoinstitutet. Sex i Sverige: om sexuallivet i Sverige 1996. 3 uppl. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1998.
22. Welsh M, Hung L, Waters CH. Sexuality in women with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 1997 Nov; 12(6): 923-7.
23. Bloemen-Vrencken J.H, Post M.W, Hendriks J.M, De Reus E.C. & De Witte L.P. Health problems of persons with spinal cord injury living in the Netherlands. *Disabil Rehabil*. 2005;27(22), 1381–1389.
24. Macht M, Schwarz R, Ellgring H. Patterns of psychological problems in Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand*. 2005;111(2):95-101.
25. Leavey SF, Weitzel WF. Endocrine abnormalities in chronic renal failure. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2002;31:107–119.
26. Korpelainen JT, Nieminen P, Myllylä VV. Sexual functioning among stroke patients and their spouses. *Stroke*. 1999;30(4):715-9.
27. Hulter B. & Sundkvist G. Sexualitet och diabetes mellitus. I Agardh C-D, Berne C, Östman J. (red.) *Diabetes*. 2 uppl. Stockholm: Liber; 2002. s 272-83.
28. Shabsigh R, Shah M, Sand M. Erectile dysfunction and men's health: Developing a comorbidity risk calculator. *Journal of Sexual Medicine*. 2008;5(5):1237-43.

29. Krebs LU. Sexual assessment in cancer care: Concepts, methods, and strategies for success. *Semin Oncol Nurs*. 2008;24(2):80-90.
30. Tomlinson J. ABC of sexual health: Taking a sexual history. *Br Med J*. 1998;317(7172):1573-6.
31. Miles CL, Candy B, Jones L, Williams R, Tookman A, King M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007 (4).
32. Eriksson H. Intimitetens villkor i vårdandet. I: Strömberg H, Eriksson H, red. *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 77-91.
33. Friberg F. Att göra en litteraturöversikt. I: Friberg F, red. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 115-124.
34. Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B, De Geest S, Mårtensson J, Moons P, Norekval TM, Smith K, Steinke E, Thompson DR. Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010;9(1):24-9.
35. Haboubi NHJ, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil*. 2003;25(6):291-6.
36. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P-, Aalto P, Lehto J. Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nurs*. 2007;30(5):399-404.
37. Rubin R. Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis. *Nursing standard*. 2005;19(24):33-7.
38. Saunamäki N, Andersson M, Engström M. Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *J Adv Nurs*. 2010;66(6):1308-16.
39. Matzo M, Hijjazi K. If you don't ask me...don't expect me to tell: A pilot study of the sexual health of hospice patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2009;11(5):271-81.
40. Ho TM, Fernández M. Patient's sexual health: Do we care enough? *Journal of Renal Care*. 2006;32(4):183-6.
41. Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzichristou D. Patients' sexual health: A qualitative research approach on greek nurses' perceptions. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(8):2124-32.

42. Akinci AC. The comfort levels of nurses during clinical experiences which include sexual topics. *Sex Disab.* 2011;29(3):239-50.
43. Gott M, Galena 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):528-36.
44. Magnan MA, Reynolds KE, Galvin EA. Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses.* 2005;14(5):282,289; quiz 290.
45. Quinn C, Happell B, Browne G. Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2011;20(1):21-8.
46. Skelton JR, Matthews PM. Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. *Med Educ [Internet].* 2001;35(6):603-8.
47. Statens folkhälsoinstitut. Sexualitet och reproduktiv hälsa: kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010 : målområde 8. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. Hämtad från <http://www.fhi.se/PageFiles/11172/R2011-02-Sexualitet-och-reproduktiv-halsa.pdf>.
48. Mick JM. Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clin J Oncol Nurs.* 2007;11(5):671-5.

BILAGOR

Bilaga 1. Artikelpresentation

Ref. nr	Titel	Författare	Land, årtal	Syfte	Metod	Urval	Resultat
34	Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence	Jaarsma T. Strömberg A. Fridlund B. S. De Geest S. Mårtensson J. Moons P. Norekval T.M. Smith K. Steinke E. Thompson D.R.	23 länder, 2010	Beskriva ansvaret, självförtroendet och metoder av sjuksköterskor vid sexuell rådgivning av kardiologpatienter.	En kvantitativ studie som baserades på svar från en enkät. Data analyserades med hjälp av SPSS 15.0 och students t-test.	157 (av 477 tillfrågade) sjuksköterskor från 23 länder. Urvalet definieras som en totalundersökning.	87 % tycker det är sjuksköterskans ansvar att lyfta sexuella frågor. Sjuksköterskan tror att patienten ska bli upprörd (67 %), generad (72 %) och orolig (68 %) om sjuksköterskan ställer frågor som rör sexualiteten. Var femte sjuksköterska tycker hon har otillräcklig kunskap. 40 % tvekade att fråga för att man kanske inte kunde svara på patientens frågor och 78 % var intresserade av att gå på internutbildning om sexualitet.
35	Views of health professionals on discussing sexual issues with patients	Haboubi N. H. J., Lincoln N.	Storbritannien, 2002	Att studera olika professioners syn på samtal om sexualitet med patienter.	En kvantitativ studie som baserades på enkät. Data analyserades utifrån Chisquared-test.	1323 enkäter skickades ut till olika professioner. En dubblett skickades 4 veckor senare till ett slumpmässigt urval av deltagare.	Deltagarna anser sig behöva mer utbildning för att våga lyfta ämnet. 90 % tycker att samtal om den sexuella hälsan ingår i holistisk vård. Bara 6 % tar regelbundet initiativ till samtal i ämnet.
36	Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues	Aalto P, Hautamäki K, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Lehto J, Miettinen M.	Finland, 2007	Beskriva sjukvårdspersonals attityder och erfarenheter till att diskutera sexuella problem med patienter.	En kvantitativ tvärsnittsstudie som utfördes med en enkät. Data analyserade med hjälp av SPSS version 11.0 och Fischer exact-test.	Enkäter skickades ut till 215 läkare och sjuksköterskor på medicin, neurologi, urologi och gynekologiavdelningar. Dessa återlämnades på resp.avdelning.	88 % tycker att det är deras ansvar att tala om den sexuella hälsan med patienterna, men enbart 2 % tar regelbundet upp ämnet. Personalen anser sig behöva mer utbildning och saknar riktlinjer och rutiner på avdelningen.

Ref. nr	Titel	Författare	Land, årtal	Syfte	Metod	Urval	Resultat
37	Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis	Rubin R.	Storbritannien, 2005	Utforska anledningen till upplevda svårigheter med att diskutera sexuella problem	Kvalitativ tvärsnittsstudie. En fokusgrupp och semi-strukturerade intervjuer. Data analyserades utifrån Annon's kommunikations modell.	Multidisciplinär fokusgrupp på 10 personer och 11 manliga patienter med MS.	Teamet saknar kunskap och träning. Man vill inte ställa frågor som man inte kan svara på. 3 teman presenteras; <i>ge tillstånd, ge begränsad information och ge specifika förslag.</i>
38	Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs	Saunamäki N. Andersson M. Engström M.	Sverige, 2010	Beskriva sjuksköterskors attityder och värderingar om att samtala med patienten om sexualitet.	En kvantitativ, correlative och comparative design. Enkäten SABS (Sexual attitudes and beliefs survey) användes. Data analyserades med hjälp av SPSS 15.0 och Mann-Whitney U-test.	Ett behändigt urval av 88 sjuksköterskor från 10 avdelningar på ett svenskt sjukhus.	90 % av sjuksköterskorna förstår hur sjukdom och läkemedel kan påverka patientens sexualitet. 2 av 3 tyckte det var deras ansvar att tala om sex men endast 20 % tog sig tid till det. 60 % kände sig inte bekväma i sin kunskap om sexualitet. Äldre sjuksköterskor var mer självsäkra i sin förmåga att prata om sexualitet.
39	If you don't ask me... don't expect me to tell – A pilot study of the sexual health of hospice patients	Matzo M. Hijjazi K.	USA, 2009	I: Identifiera hospice patienters sexuella problem II: Dokumentera sjuksköterskans föreställningar och förståelse om hospicepatienters sexuella problem.	En kvalitativ tvärsnittsstudie där man utförde semistrukturerade intervjuer. Man utgick från "the sexual health model".	Ett behändigt urval av 20 sjuksköterskor och 15 patienter.	I: Brist på kommunikation med personalen. Om personalen tyckte det var ett viktigt ämne borde dem ta upp det. Man vet inte hur man ska ta upp ämnet. II: 90 % utvärderar aldrig patientens sexuella hälsa. 6 teman: <i>Brist på utvärdering, känsligt ämne, ej en prioritet, patientens karaktär är viktig, inget utvärderingsverktyg och ämnet togs inte upp i sjuksköterskeutbildningen.</i>

Ref. nr	Titel	Författare	Land, årtal	Syfte	Metod	Urval	Resultat
40	Patients sexual health: Do we care enough?	Fernandez M, Ho T. M.	Spanien, 2006	Att bekräfta hypotesen att vårdpersonal inte lägger vikt vid patientens sexuella hälsa, och finna orsaker till varför.	En kvantitativ deskriptiv design utfördes med en enkät. Data analyserades med students t-test, paired t students test och Mann-Whitney U-test.	50 sjuksköterskor och läkare på njurmedicin och kardiologiavdelningar besvarade enkäten.	92 % av deltagarna tar aldrig initiativ till samtal om den sexuella hälsan. De största hindren är brist på utbildning och att vårdpersonalen känner sig generade.
41	Patients sexual health: A qualitative research approach on Greek nurses perception	Hatzichristou D, Nakopoulou E, Papaharitou S.	Grekland, 2009	Att få fördjupad kunskap om grekiska sjuksköterskors erfarenheter och attityder till att tala om patientens sexuella hälsa, samt se vad som hindrar eller främjar detta i det dagliga arbetet.	En kvalitativ studie som baserades på fokusgrupper. Data analyserades med hjälp av Grounded Theory.	Ett strategiskt urval bestående av 44 grekiska sjuksköterskor som ingick i en kurs. Diskussioner fördes i sju fokusgrupper som fortsattes med öppna frågor	Deltagarna anser sig sakna kunskap i ämnet samtidigt som de anser att skillnader i kön och genus utgör ett hinder för diskussion om den sexuella hälsan. Vissa sjuksköterskor anser också att det inte ingår i omvårdnadsuppgifterna. De efterfrågade även utbildning inom samtalsmetodik.
42	The comfort levels of nurses during clinical experiences which include sexual topics.	Akinci A. C.	Turkiet, 2011	Att bestämma sjuksköterskans bekvämlighetsnivå och faktorer som påverkar denna under kliniskt arbete som inkluderar samtal om sexualitet.	En kvantitativ studie som genomfördes med en enkät. Data analyserades med SPSS 15.0, Anova, t-test och Pearson korrelation.	Enkäter skickades ut till 160 sjuksköterskor på medicinska och kirurgiska avdelningar på två turkiska sjukhus. Deltagandet var frivilligt.	90, 8 % anser att samtal om den sexuella hälsan bör ingå i sjuksköterskeutbildningen och lika många trodde att de skulle påverkas positivt av utbildning. De anser även att rutiner och riktlinjer på avdelningen kan vara en hjälp för sjuksköterskan att lyfta ämnet.

Ref. nr	Titel	Författare	Land, årtal	Syfte	Metod	Urval	Resultat
43	"Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care.	Elford H, Galena E, Gott M, Hinchliff S.	Storbritannien, 2004	Att identifiera hinder hos sjuksköterskor och läkare inom primärvården, som hämmar diskussionen om den sexuella hälsan, och utforska strategier för att komma över detta.	En kvalitativ studie som baserades på semi-strukturerade intervjuer. Data analyserades med en analytisk process: QRS NUD*IST.	Semi-strukturerade intervjuer utfördes med 35 sjuksköterskor och 22 läkare inom olika områden.	De flesta vet att den sexuella hälsan är viktig i människans liv, men majoriteten tar inte upp ämnet. Sexuell hälsa får väldigt lite plats då man bortprioriterade detta p g a tidsbrist, resursbrist och att det är ett känsligt ämne att diskutera. Man vill heller inte passera patientens privata sfär. Strategier att förbättra samtalet är utbildning, att utöka sjuksköterskans roll och mer information till patienterna.
44	Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice	Magnan M. Reynolds K. Galvin E.	USA, 2005	I: Identifiera attityder och värderingar hos sjuksköterskan som kan hindra det praktiska arbetet om sexualitet. II: Determinera i vilken utsträckning demografisk data och omgivningen påverkar attityder och värderingar.	En kvantitativ deskriptiv korrelations design. Enkäten SABS (Sexual attitudes and beliefs survey) användes. Data analyserades med SPSS 11.0. t-test och ANOVA.	Ett behändigt urval av 148 sjuksköterskor som arbetade inom slutenvård och öppenvården.	78,3 % tror inte att patientens förväntar sig att man ska prata om sexualitet och 47,9 % är obekväma i samtalsämnet. Endast 29,7 % tar sig tid att tala om det. Äldre sjuksköterskor är mer benägna att tala om sexualitet.
45	Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers	Quinn C. Happell B. Browne G.	Australien, 2011	Utveckla en djupare förståelse för tillvägagångssättet vid utvärdering och stöttning av patienters sexualitet.	Ett kvalitativt och undersökande förhållningsätt där man gjorde individuella semistrukturerade intervjuer. Ritchie och Spencers metod användes vid analysering av data.	14 psykiatrisjuksköterskor från öppen- och slutenvård.	Resultatet presenteras i 4 teman; Tala om eller undvika sexuella problem med patienter, Sexualitet är inte en viktig prioritet, Refererar till andra – "det är inte mitt jobb" och andra talar sällan om sexualitet.

FEATURE ARTICLE

Sexuality Assessment: 10 Strategies for Improvement

JoAnn M. Mick, PhD, MBA, RN, AOCN®, CNAA, BC

Although nurses are aware that assessing sexuality, diagnosing sexuality problems, and evaluating outcomes of interventions to address patients' sexuality concerns are part of holistic care, they often do not perform sexuality assessment in practice. Understanding sexuality as patients' perceptions of body image, family roles and functions, relationships, and sexual function can help nurses improve assessment and diagnosis of actual or potential alterations in sexuality. In addition, nurses should increase their knowledge and understanding of sexuality, identify available information and resources, apply practice standards, and develop a skill set to incorporate sexuality questions routinely in clinical assessments. This article provides 10 strategies to help address and validate patients' sexuality experiences and quality-of-life concerns. By promoting sexual health, nurses can help patients regain a sense of normalcy after cancer diagnosis and treatment. Holistic care is provided when nurses acknowledge the importance of sexuality in patients' lives.

Cancer and its treatments can negatively affect patients' sexuality. Promoting sexual health improves quality of life (QOL) and is a fundamental part of holistic cancer care. Although nurses are aware that assessing sexuality, diagnosing sexuality problems, and evaluating the outcomes of interventions to address patients' sexuality concerns are part of holistic care, they often do not perform sexuality assessment in practice. This article will provide 10 strategies for nurses to improve sexuality assessment.

① Understand Sexuality

Nurses often omit sexuality in patient assessments because they perceive it only in terms of sex and sexual function. As a result, nurses may miss opportunities to provide support for patients by not addressing the many aspects of sexuality that are unrelated to sexual intercourse. To better understand sexuality, consider how patients' concerns about sexuality affect their QOL. Body image, feelings of femininity or masculinity, roles and responsibilities in the family, and relationship concerns all are aspects of sexuality that can be affected by cancer and its treatments. Sexual function and fertility also can be affected (Guthrie, 1999). Nurses can assess patients' sexuality concerns by inquiring about patients' roles in their families, how cancer and its treatments have affected their responsibilities at home, and whether medications or treatments have changed their emotional feelings or self-image. If patients mention their relationships with partners or significant others, nurses should ask whether treatment is affecting their relationships or feelings of intimacy. When nurses approach sexuality assessment from a QOL perspective, they acknowledge that cancer can disrupt life and relationships and affect feelings of self-worth and intimacy.

At a Glance

- ◆ Nurses can assess patients' sexuality concerns by inquiring about patients' roles in their families, how cancer and its treatments have affected their responsibilities at home, and whether medications or treatments have changed their emotional feelings or self-image.
- ◆ By developing an understanding of underlying causes of discomfort with sexuality assessment, nurses are more likely to manage personal feelings and effectively meet professional responsibilities.
- ◆ When nurses do not feel comfortable inquiring about patients' sexuality, they must encourage patients to ask any questions and share concerns regarding sexuality.

② Provide Information

Nurses provide patients with information on a variety of health conditions. Patient education via information and instruction provided by nurses supports patients' achieving and maintaining a state of wellness. Nurses proactively educate patients on diagnoses and treatment choices to ensure patients understand their illnesses as well as support patients' abilities to manage concerns.

JoAnn M. Mick, PhD, MBA, RN, AOCN®, CNAA, BC, is the assistant director of nursing research at the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center. This study was funded by an DNS Foundation Oncology Nursing Research Grant, which was supported by Oncology Education Services, Inc. (Submitted April 2007. Accepted for publication July 14, 2007.)

Digital Object Identifier: 10.1188/07.CJON.671-675

In regard to sexuality, however, many nurses rely on patients to ask questions or request information before providing it. Often, nurses will not approach the topic in patient assessments because they believe the topic of sexuality is approachable only after a nurse-patient relationship has been established. Nurses also acknowledge that patients rarely ask about sexuality concerns; therefore, actual or potential sexuality concerns often are not identified or addressed by nurses and patients are not provided with a supportive, comfortable environment in which to have discussions about sexuality concerns (Gamel, Hengeveld, Davis, & Van der Tweel, 1995).

To address patients' concerns about sexuality effectively, nurses need to learn how to approach sexuality as they would any other topic and be proactive in providing opportunities for patients to present concerns. Several models, such as PLISSIT, BETTER, PLEASURE, and ALARM, are available for nurses to use as supportive frameworks to conduct sexuality assessments (Andersen, 1990; Annon, 1976; Mick & Cohen, 2003; Mick, Hughes, & Cohen, 2004; Schain, 1988) (see Figures 1 and 2). In addition, nurses should include appropriate information about potential sexual side effects of treatments in patient education plans. For example, patients routinely should be provided with sexuality information whenever they receive treatments that are known to change body image or have possible side effects related to fertility, intimacy, or sexual function. Nurses may want to request assistance from clinical experts or inquire about consultations or referrals to resources with information about cancer and the effects of its treatments on sexuality. By providing resources where patients can obtain needed information related to sexuality or sexual function, nurses reinforce the importance of sexuality in patients' lives (see Figure 3).

③ Address Causes of Discomfort

Nurses comfortably discuss many sensitive topics with patients; however, when considering or initiating discussions of

PLISSIT (Annon, 1976)

Permission to discuss: Give the patient permission to initiate sexual discussion.

Limited Information: Provide the limited information needed to function sexually.

Specific Suggestions: Give specific suggestions for patients to proceed with sexual relations.

Intensive Therapy: Provide intensive therapy surrounding the issues of sexuality for patients.

BETTER (Mick & Cohen, 2003; Mick et al., 2004)

Bring up the topic.

Explain that you are concerned with quality-of-life issues, including sexuality. Although you may not be able to answer all questions, convey that patients can talk about any concerns they have.

Tell patients that you will find appropriate resources to address their concerns.

Timing might not seem appropriate now, but acknowledge that patients can ask for information at any time.

Educate patients about the side effects of cancer treatments.

Record your assessment and interventions in patients' medical records.

Figure 1. PLISSIT and BETTER Sexuality Assessment Models

PLEASURE (Schain, 1988)

Partner
Lovemaking
Emotions
Attitude
Symptoms
Understanding
Reproduction
Energy

ALARM (Andersen, 1990)

Activity
Libido
Arousal
Resolution
Medical information (cancer and health status)

Figure 2. PLEASURE and ALARM Sexuality Assessment Models

sexuality, they can experience intense feelings of discomfort. The primary source of nurses' discomfort can be associated with their having a limited concept of sexuality or other complicating factors related to age, gender, and culture of patients and nurses. Furthermore, nurses may experience discomfort caused by their own perceptions of patients' willingness to discuss sexuality or by other types of barriers to comfortable communication (Jolley, 2002; Quinn, 2003). Many nurses have difficulty moving past feelings of discomfort to assume their roles as professionals and address sexuality with the efficiency they would any other assessment topic. When experiencing discomfort about discussing any topic with patients and their significant others, nurses must develop an understanding of underlying causes (Stokes & Mears, 2000). In doing so, nurses are much more likely to manage personal feelings and effectively meet professional responsibilities (Koh, 1999).

④ Be an Objective Listener

Healthcare providers come to their professions with predetermined values, opinions, and attitudes resulting from emotional, spiritual, cultural, and intellectual experiences; parental influences; peer pressure; and cognitive information (Koh, 1999). Nurses' individual characteristics can predispose them to respond in definitive ways when providing patient care. The potential for nurses' bias and prejudice exists when sensitive subjects, such as sexuality, are discussed. Nurses' beliefs and values are influenced especially by their individual ideas about the morality or immorality of sexual practices. Being cognizant of potential differing values allows nurses to prevent themselves from responding to patients' questions in a biased or prejudiced manner. Remaining objective when listening and responding to patient concerns about sexuality prevents communication barriers and assures patients that they can discuss any healthcare topic with nurses.

⑤ Perform Independent Assessments

Although nurses independently are able to perform sexuality assessments, identify nursing diagnoses, and develop and evaluate interventions, they often limit their assessments to asking only the questions included on an assessment form. If a question about sexuality is not present on an assessment form, nurses may reason that it is not necessary or important information to ask or provide to patients.

Assessment forms may be designed to ensure that an organization meets certain regulatory requirements for documentation,

INFORMATION ABOUT SEXUALITY FOR WOMEN WITH CANCER

About Gynecologic Cancer and Sexuality

<http://cancer.med.upenn.edu/types/article.cfm?c=6&s=17&ss=132&id=8219>

Managing the Effects of Gynecologic Cancer Treatment on Quality of Life and Sexuality

<http://cancer.med.upenn.edu/coping/article.cfm?c=4&s=42&ss=90&id=454>

Meeting Sexuality Needs of Women With Cancer

<http://cancer.med.upenn.edu/coping/article.cfm?c=4&s=42&ss=90&id=470>

Sex and Sexuality

http://health.yahoo.com/healthcenters/breast_cancer/32702.html

Sexuality After Cancer Treatment: What Women Can Expect

www.cnn.com/HEALTH/library/SA/00071.html

Sexuality and Breast Cancer: Overview of Issues

<http://cancer.med.upenn.edu/coping/article.cfm?c=4&s=42&ss=90&id=472>

Sexuality and Cancer: For the Woman Who Has Cancer and Her Partner

<http://documents.cancer.org/6710.00/>

Sexuality for Women and Their Partners

www.cancer.org/docroot/MIT/MIT_7_1x_SexualityforWomenandTheirPartners.asp

The Mautner Project: For Lesbians With Cancer

www.mautnerproject.org

INFORMATION ABOUT SEXUALITY FOR MEN WITH CANCER

Sexuality and Cancer: For the Man Who Has Cancer and His Partner

<http://documents.cancer.org/6709.00>

Sexuality and Reproductive Issues

www.cancersource.com/Search/37_CDR0000062862

Sexuality for Men and Their Partners

www.cancer.org/docroot/MIT/MIT_7_1x_SexualityforMenandTheirPartners.asp

OTHER SEXUALITY REFERENCES AND RESOURCES

Cancer and Sexuality Cancer Backup Booklet

www.cancerbackup.org.uk/info/sexuality.htm

Questions and Concerns About Sex Before and After Treatment

www.cancer.med.umich.edu/share/pro01sp04.htm

Sexuality and Cancer

www.cancerlynx.com/sexuality.html

Sexuality and Cancer Information Guide

www.cancer.med.umich.edu/learn/pwsexuality.htm

Sexuality and Cancer: A Resource Book for Cancer Patients

www.state.nj.us/health/ccr/resourcebook/rb9929.htm

Sexuality and Cancer: The Personal and the Interpersonal

http://cancerresources.mednet.ucla.edu/5_info/5c_archive_lec1995/sexuality.htm

Sexuality and Reproductive Issues

www.cancer.gov/cancer_information/doc_pdq.aspx?viewid=829EA02D-5EB8-43E8-B0DB-54C80B0F9BC1

Sexuality and Reproductive Issues

<http://cancersource.com/Search/SearchResults.pg?SearchType=text&SearchOperator=And&CategoryIDs=Art,NCI,News&SearchPhrase=sexuality>

Taking Time: Support for People With Cancer and the People Who Care About Them

www.cancer.gov/cancerinfo/takingtime/page7

The Sexuality, Intimacy and Communications Module

www.cancersupportivecare.com/sexuality.html

Understanding Cancer: Sexuality

www.oncology.com/plwc/MainConstructor/1,1744,_21-008-00_12-001022,00.html

Figure 3. Online Resources About Sexuality and Cancer

but nurses should not believe that they are limited to conducting their patients' sexuality assessments according to questions on a form. Nurses must incorporate their own skill sets in patient sexuality assessments, exploring patients' individual needs and developing a nursing plan of care to address each concern identified by individual patients. Sexuality assessment models and QOL tools that consider sexuality are resources nurses can use to gain confidence and skills for conducting sexuality assessments.

When assessments are initiated, let patients know that cancer and its treatments can affect many aspects of QOL by altering physical and emotional well-being. Tell patients that they may ask questions about sensitive topics, such as intimacy, so that possible side effects of treatments can be addressed. Ask patients to identify any changes they have experienced related to their illness or treatment, including physical, emotional, social, or spiritual changes. Encourage patients to ask questions

or describe their concerns, and assure them that resources are available. Continually convey the importance of being open about any symptoms they may experience during their treatments, especially when they feel embarrassed or unsure they should ask. When the stage is set for patients to openly share all concerns, information may be offered by patients that might not have been obtained in response to specific assessment questions.

⑥ Use Practice Standards

The American Nurses Association ([ANA], 1974) supported the premise that patients' sexual problems are a concern of nurses and provided professional nursing standards that include patient sexuality assessment as a component of holistic care. In addition, the Oncology Nursing Society (ONS) and ANA (2004) published statements on the scope and standards of professional

performance in oncology nursing, which included assessment of sexuality to identify the effects of cancer and its treatments on body image, sexual function, psychosocial responses, and past and present sexual patterns and functioning. Nursing diagnosis and outcome measurement are designated as nursing responsibilities, which aid nurses in identifying potential or actual changes in sexuality or sexual function related to cancer and its treatments. ONS and ANA practice responsibilities related to sexuality assessment should be incorporated into nurses' clinical practices.

7 Ask Broad Questions

Nurses may feel uncomfortable talking about sexuality unless a nurse-patient relationship is established. For example, nurses may omit sexuality assessment when conducting patients' admission assessments because they are meeting patients for the first time. Nurses need to consider including the broader concepts of sexuality in conversation when forming nurse-patient relationships. Asking whether patients have children, whether they are in a relationship, and how their illness affects their roles or functions in a family or work situation can initiate the topic of sexuality to explore patients' actual or potential concerns. Nurses can include questions in conversations to ask their patients about motherhood or fatherhood, self-image, and intimacy concerns (Thaler-DeMers, 2001). Nurses should express an understanding that some topics are difficult to discuss and reassure patients about nurses' willingness to listen to any concerns their patients may have.

8 Avoid Making Assumptions

Nurses often view sexuality as a low-priority health concern and may have misconceptions or make assumptions regarding patients' age, palliative care status, or sexual orientation (Smook, 1992; Stausmire, 2004). Because many nurses limit their concept of sexuality to sexual intercourse and view sex as unimportant during illness, they do not assess patients' concerns about sexual function and neglect to assess other aspects of sexuality that might be affected by cancer and its treatments.

Nurses need to recognize how their practices are influenced by assumptions about sexuality in relation to age, gender, and culture, which often are not based on fact or actual experience (Bruner & Boyd, 1999). Identification of risk factors for sexual dysfunction, such as age, preexisting problems in relationships, treatment-induced menopausal status, and treatments that directly impair sexual function or pelvic organs, can identify sexuality as a possible priority. Nurses who believe that sexuality is a low priority for patients should prompt patients to rank sexuality in terms of QOL.

9 Learn About Sexuality

ANA's (2001) *Code of Ethics for Nurses* defined nurses' professional obligation to examine and update their clinical skills and competencies that affect patient care. Nurses are responsible for educating themselves to meet the requirement for performing a high-quality sexuality assessment. Included in the World Health

Organization's (1975) list of the fundamental rights of an individual is the right to sexual health. Nurses need to stay informed and develop appropriate interventions when patients' sexuality is altered or affected by acute or chronic phases of illness. To be adequate counselors, nurses must know how a disease process may affect sexuality.

Taking advantage of educational opportunities can improve nurses' assessments of patients' sexuality. Educational topics for consideration include the influence of culture and religion on individual beliefs related to sexuality, the effects of disease on sexuality and sexual function, and the correct verbiage to use when discussing patients' sexuality. By continuing their education, nurses can maintain and improve their professional knowledge and competencies, enabling them to assess patients' concerns related to sexuality effectively and implement appropriate interventions (Treacy & Randle, 2004; Tsai, 2004; Tsai & Hsiung, 2003). Expanding knowledge to encompass psychosocial aspects of sexuality is essential for nursing.

10 Encourage Questions About Sexuality

When nurses decide to not ask their patients about sexuality or assess for actual or potential sexuality concerns, they must be willing to tell patients that they can ask questions, including questions about sex or sexuality. When nurses cannot ask, they must give their patients permission to do so by making it clear that patients can ask nurses any questions or talk about any concerns relating directly or indirectly to cancer and its treatments.

Conclusion

Nurses have an important role in providing holistic care by helping patients to regain a sense of normalcy after cancer diagnosis and treatment, including sexuality. Nurses can incorporate assessment of sexuality concerns into their clinical practices by addressing sexuality through patients' perceptions of body image, family roles and functions, relationships, and sexual function. Ten strategies to improve sexuality assessment may provide support for nurses to validate patients' experiences and enhance their QOL.

Author Contact: JoAnn M. Mick, PhD, MBA, RN, AOCN®, CNAA, BC, can be reached at jmick@mdanderson.org, with copy to editor at CJONEditor@ons.org.

References

- American Nurses Association. (1974). *Standards of medical surgical nursing practice*. Kansas City, MO: Author.
- American Nurses Association (2001). *Code of ethics for nurses*. Retrieved June, 13, 2007, from <http://nursingworld.org/books/pdescr.cfm?cnum=24#CEN21>
- Andersen, B.L. (1990). How cancer affects sexual functioning. *Oncology*, 4(6), 81-88.
- Annon, J. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education Therapy*, 2(2), 1-15.
- Bruner, D.W., & Boyd, C.P. (1999). Assessing women's sexuality after cancer therapy: Checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nursing*, 22, 438-447.

- Gamel, C., Hengeveld, M., Davis, B., & Van der Tweel, I. (1995). Factors that influence the provision of sexual health care by Dutch cancer nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 301-314.
- Guthrie, C. (1999). Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 313-321.
- Jolley, S. (2002). Taking a sexual history: The role of the nurse. *Nursing Times*, 98(18), 39-41.
- Koh, A. (1999). Non-judgmental care as a professional obligation. *Nursing Standard*, 13(37), 38-41.
- Mick, J., & Cohen, M.Z. (2003). Sexuality and cancer: A BETTER approach to nursing assessment of patients' sexuality concerns. *Hematology Oncology News and Issues*, 2(10), 30-31.
- Mick, J., Hughes, M., & Cohen, M.Z. (2004). Using the BETTER model to assess sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8, 84-86.
- Oncology Nursing Society & American Nurses Association. (2004). *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
- Quinn, B. (2003). Sexual health in cancer care. *Nursing Times*, 99(4), 32-34.
- Schain, W. (1988). A sexual interview is a sexual intervention. *Innovations in Oncology Nursing*, 4(4), 2-3, 15.
- Smook, K. (1992). Nurses' attitudes towards the sexuality of older people: An investigative study. *Nursing Practice*, 6, 15-17.
- Stausmire, J.M. (2004). Sexuality at the end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 21, 33-39.
- Stokes, T., & Mears, J. (2000). Sexual health and the practice nurse: A survey of reported practice and attitudes. *British Journal of Family Planning*, 26, 89-92.
- Thaler-DeMers, D. (2001). Intimacy issues: Sexuality, fertility, and relationships. *Seminars in Oncology Nursing*, 17, 255-62.
- Treacy, V., & Randle, J. (2004). Breaking sexuality taboos. *Paediatric Nursing*, 16, 19-22.
- Tsai, Y.F. (2004). Nurses' facilitators and barriers for taking a sexual history in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 17, 257-264.
- Tsai, Y.F., & Hsiung, P.C. (2003). Taiwanese nurses' attitudes about taking a sexual history. *Public Health Nursing*, 20, 281-286.
- World Health Organization. (1975). *Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals*. Geneva, Switzerland: Author.

Receive continuing nursing education credit for reading this article and taking a brief quiz. See the Continuing Nursing Education in this issue for more information.