

Let's talk about sex...
Sjuksköterskans kommunikation om sexualitet.

FÖRFATTARE	Christian Mohlin
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng Omvårdnad – Eget arbete VT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Marie Edqvist
EXAMINATOR	Monica Moene

Sahlgrenska akademien VID GÖTEBORGS UNIVERSITET Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Let´s talk about sex – Sjuksköterskas kommunikation om sexualitet.
Titel (engelsk):	Let´s talk about sex – The nurse communication about sexuality.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ högskolepoäng kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN9
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	16 sidor
Författare:	Christian Mohlin
Handledare:	Marie Edqvist
Examinator:	Monica Moene

SAMMANFATTNING

Sexualitet utelämnas ofta i dagens vård trots att det är en viktig del av människan och är kopplat till främjande av hälsa. Målet med vård är att främja hälsa och att ge vård till hela människan. En stor del sjukdomar och läkemedel påverkar patienters sexualitet vilket leder till lidande för patienter och bör därför synliggöras i sjuksköterskans arbete.

Sjuksköterskans relation med patienten vilar till stor del på kommunikation och det framgår att patienter vill ha information om hur sjukdomar och läkemedel kan påverka deras sexualitet. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patienters och sjuksköterskans erfarenheter av kommunikation kring patienters sexualitet. Tio artiklar valdes ut att ingå i denna studie efter sökning i databaserna Pubmed/Medline och Cinahl samt två artiklar som söktes i referenslistor. Resultatet redovisades under huvudrubrikerna vårdrelationen och erfarenheter. Resultatet visade att sjuksköterskor förstod hur sjukdom och läkemedel påverkade patienters sexualitet och att de ansåg att sexuella frågor var inom ramen för omvårdnad. Dock var det en liten del av sjuksköterskor som kommunicerade med patienter om sexualitet. Hinder som sjuksköterskor angav för att kommunicera med patienter om sexualitet inkluderade frågan om vem som skall lyfta ämnet till diskussion, brist på utbildning, brist på tid och uppfattningen att vissa patientgrupper var svåra att diskutera sexualitet med. Resultatet diskuteras utifrån Kaséns teori om den vårdande relationen och Erikssons lidandebegrepp.

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Sexualitet	1
Sexuell hälsa	1
Sexualitet, människa och hälsa	1
Vårdrelationen	2
Kommunikation	3
Dokumentation	4
SYFTE	4
METOD	
Datainsamling	4
Dataanalys	6
RESULTAT	6
Vårdrelationen	6
Erfarenhet	8
DISKUSSION	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	10
REFERENSER	14
BILAGA 1	
Artikelsammanställning	

INTRODUKTION

I Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 och i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005-105-1) framgår att den legitimerade sjuksköterskan ska utgå från en humanistisk människosyn och tillvarata det friska hos patienten samt främja hälsa (1,2). Sjuksköterskan ska även informera patienter om den påverkan sjukdomar och läkemedel har på patientens liv. Patientens sexualitet utelämnas ofta i vården enligt litteraturen (3, 4) trots att sexualiteten är en viktig del av människan och den påverkan den har på hälsan. Många faktorer kan påverka de sexuella funktionerna och det framgår i litteraturen att patienter vill ha information om hur deras sjukdomar och behandlingar kan påverka sexualiteten (5).

BAKGRUND

Sexualitet

Hulter (6 sid 269) beskriver WHO's definition av sexualitet som: ”.. 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, önsknningar, 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.”

Sexuell hälsa

”Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, och inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att få njutbara och säkra sexuella relationer, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och behållas, måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas” (6 sid. 270).

Sexualitet, människa och hälsa

Att utgå från en humanistisk människosyn inom vården innebär att vårdpersonal ser hela människan, där sexualiteten ingår, och att vården utgår från patientens bästa. Patienters behov av sexualitet försvinner ofta i dagens specialiserade vård. Istället för att se till hela människan ses ofta bara den medicinska diagnosen vilket kan leda till att helheten förbises både av personal och ibland även av patienten själv (7). Sexualitet är ett mångfacetterat, individuellt och komplicerat fenomen som människan bär med sig genom hela livet. Den påverkar både den psykiska och fysiska hälsan och anses stärka den totala hälsan samt höja livskvalitén och ge berikande upplevelser genom hela livet (8, 9). Samtidigt som sexuell välbefinnande kan bidra till högre livskvalité och medföra stort välbehag kan det också som andra delar av människan leda till lidande om det inte vårdas (8).

Sjuksköterskan kan genom att bemöta den sexuella dimensionen hos patienter på ett sakligt och naturligt sätt bidra till att minska det lidande som kan uppstå då sexualiteten förbises inom vården (8). Lidande beskrivs av Eriksson (10) som en del av att vara mänsklig och hon menar att lidandet i sig inte har någon mening, dock kan varje människa tillskriva lidandet sin egen personliga mening. Hon menar att

varje människas lidande är unikt och att lidandet innebär att den som lider inte är människa helt och fullt. Lidandet reducerar människan från sig själv och sin helhet och denna helhet är hälsa. Samtidigt är lidandet en del av människan och då också en del av dennes hälsa. Lidande kan även vara att inte ha värdighet som människa och att behöva hjälp med de mest fundamentala behoven. Eriksson (10) beskriver tre typer av lidande: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande orsakas av sjukdom och behandling och delas in i kroppslig smärta samt själslig och andligt lidande. Det själsliga och andliga lidandet förorsakas av upplevelser av förnedring, skam och skuld som människan upplever i samband med sjukdom och behandling. Vårdlidande förorsakas av vård eller utebliven vård och sammanfattas i fyra övergripande kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömlse och straff, maktutövning samt utebliven vård/icke-vård. Livslidande kan orsakas av sjukdom och ohälsa eftersom det berör hela människan och hon/han upplever ett lidande som upptar hela livssituationen. Livslidandet kan innefatta rädslan för att dö, att inte synas eller att inte orka.

Sexualiteten är en stor del av att vara människa och den hör starkt samman med en människas självbild, kroppsuppfattning och kroppsfunktioner vilken ofta ändras i samband med sjukdom (3). Människans sexualitet är ett komplext system som innefattar hjärnan, ryggmärg, nerver, hormoner och blodcirkulation (11). Många eller nästan alla sjukdomar, handikapp, ingrepp, behandlingar och mediciner som medför trötthet, ångest, depression eller smärta kan påverka en människas sexuella funktion och dennes/dennas möjlighet att uttrycka sin sexualitet (12, 13). Vissa sjukdomar leder inte till sexuella dysfunktioner i sig utan kan på grund av till exempel rädsla för smärta, ändrad kroppsuppfattning och försämrat självförtroende leda till att sexuella problem uppstår. Exempel på sjukdomar som kan orsaka sexuella problem är reumatoid artrit där sexuella svårigheter kan vara en indikation för kirurgi, diabetes, oftast i form av erektil dysfunktion och nedsatt lubrikation, urin- och analinkontinens, hjärtinfarkt, stroke, stomiopererade och cancer (både till följd av behandling och sjukdomen i sig) (13, 14).

Många av de läkemedel som används i vården idag har biverkningar som kan påverka den sexuella funktionen hos användaren. I WHO's lista över biverkningar innehållandes ca 3 miljoner rapporter, berör ca 2 % sexuella biverkningar (15). En stor del av de sexuella biverkningar som upplevs rapporteras antagligen inte vilket enligt Ranch (13) kan bero på att sexuella problem ses som relativt oskyldigt i jämförelse med de sjukdomar som behandlas. Exempel på läkemedelsgrupper som kan ge sexuella problem som biverkningar är läkemedel mot högt blodtryck (1/5 av WHO's lista över sexuella biverkningar gäller impotens vid behandling av högt blodtryck) anti-inflammatoriska läkemedel, anti-depressiva, cytostatika, antibiotika och psykofarmaka (14).

Vårdrelationen

Relationen mellan sjuksköterskan och patienten är en viktig del i omvårdnaden, likaså att bygga upp tilltro och ömsesidig respekt. Frågor om sexuella problem eller sexualitet i allmänhet är något annorlunda och mer privat än frågor om till exempel tidigare sjukhistoria eller boendesituation. Många patienter kan ha svårt att ta upp sina sexuella problem vid kontakt med vårdpersonal vilket kan bero på att det för många är tabu att prata om och att diskutera sexualitet med andra. De kan också vara rädda att ta upp sexuella problem när de är i kontakt med vården för andra

hälsoproblem. Patienterna kan känna att de borde vara tacksamma för den vård de får och inte besvära vårdpersonalen med andra problem, de kan också tro att det inte finns någon hjälp att få av sjukvården (13). Samhället och framförallt massmedia har på senare år blivit väldigt sexualiserat vilket kan leda till att många drabbas av höga prestationskrav och ytterligare svårigheter för patienter att föra sina funderingar om sin sexualitet på tal med vårdpersonal (11).

Som utgångspunkt för en vårdande relation beskriver Kasén (17) det asymmetriska i relationen där patienten beskrivs som en lidande människa och vårdarens ansvar mot denne betonas. Rollerna i relationen kan inte skiftas, det vill säga patient och vårdare kan aldrig byta plats på grund av vårdarens ansvar för patienten. Denna asymmetri menar Kasén (17) är en yttre formning av relationen och hon menar att en vårdande relation måste utgå från den lidande patienten och vårdarens lyhördhet inför patientens lidande är något centralt. Denna utgångspunkt i patients lidande och lidandeberättelsen ser Kasén (17) som den inre formningen av vårdrelationen. Vårdaren måste relatera till patientens lidandeberättelse och bjuda in patienten till den vårdande relationen. Lidandeberättelsen kan ses som berättelsen om patientens kamp och vårdarens deltagande i denna. Substansen i den vårdande relationen kan enligt Kasén (17) ses som en förbindelse där sjuksköterskan förpliktigar sig att tillsammans med patienten lindra dennes lidande. Denna relation byggs redan från det första mötet då sjuksköterskan erbjuder och ger patienten ett löfte om en vårdande relation. Patientens svar på denna inbjudan blir dennes/dennas tillit till vårdaren vilket är en förutsättning för att en vårdande relation ska kunna uppstå. Omvårdnad beskrivs av Paterson och Zderad (16) som en målinriktad handling med och mot patienten och det som sker i samspelet mellan sjuksköterskan och patienten är något centralt i omvårdnaden och bidrar med tillväxt och hälsa hos patienten.

Eriksson (10) menar att lidande ger hälsa en mening, människan blir medveten om hälsa genom lidandet samtidigt som hon/han kan uppleva hälsa även vid lidande, om det är uthärdligt, vilket understryker den subjektiva upplevelsen av hälsa. Kärnsubstansen i en vårdande relation är enligt Kasén (17) vårdarens värnande av patientens värdighet genom att lindra hennes lidande vilket vårdaren förpliktigar sig att göra. En grund i den vårdande relationen är patientens upplevelse och känsla av trygghet och vårdarens närvaro, som hjälper patienten till växt och utveckling, samt möjlighet att uthärda lidande och att orka vidare. Denna vårdande relationen kan främja hälsa hos patienten och bidra till minskat lidande (17). Människan behöver tid och rum att lida och att försöka förklara eller att snabbt finna orsaker till hennes/hans lidande leder inte till den lindring eller tröst som kanske var tanken. Det som tröstar är att vara där, för den lidande människan och att visa medlidande och bekräftelse. Bekräftelse kan innebära att samtala, att uppmuntra, trösta eller stödja (10). Eriksson (10) menar att i varje lidande finns en liten del lust som kan växa om vårdaren kan ”leka” och skratta tillsammans med patienten som en väg mot lindring av lidandet.

Kommunikation

Kommunikationen i en vårdrelation är viktigt för att kunna skapa den tilltro och den lindring som behövs. I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska framgår att den legitimerade sjuksköterskan ska ha ”förmåga att kommunicera med patienter... på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt” (2 sid 11). En god öppen tvåvägskommunikation är enligt Attree (18) ett av de viktigaste kännetecknen för god vård och är nödvändigt för en god relation mellan vårdare och patient. Patienter i

Atrees studie ansåg att en god kommunikation med vårdare bidrog till att de kunde diskutera sina problem och sin oro på ett djupare plan. Eriksson (19) menar att själva vårdprocessen utgörs av patient-vårdarrelationen och att det är denna relation som utgör grunden för hälsoprocesser hos patienten. Relationen beskrivs som en interaktion vilket understryker vikten av en fungerande kommunikation.

Dokumentation

En del av sjuksköterskans arbete och ett viktigt led i kvalitetssäkringen av vården är omvårdnadsdokumentation och i patientjournalagen 1985:562 framgår sjuksköterskans skyldighet att dokumentera den omvårdnad som ges patienten (20). I den mest använda dokumentationsmodellen, den så kallade VIPS-modellen (Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet) finns sökordet sexualitet/reproduktion under rubriken omvårdnadsstatus. Detta sökord innehåller stödord som: Samlevnad, störningar, krav, förväntningar, preventivmedel, biverkan av läkemedel, pubertet, menstruation, graviditet, amning, klimakterium, gynekologisk status, obstetrisk status, bröst, fosterutveckling, blödningar, vaginala besvär, egenvård och hjälpmedel som används (14). Ofta utelämnas detta sökord i dokumentationen trots bredden av detta ämne vilket framgår av stödorden (13, 14). Sexuella problem kräver liksom andra delar av patientens hälsa en noggrann anamnes från vilken undersökning, diagnos och behandling kan utgå (11). Dokumentation som berör patientens sexualitet medför att eventuella problem kan kartläggas och omvårdnaden kan utgå från patientens lidande (13).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patienters och sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation kring patienters sexualitet.

METOD

Datainsamling

Sökningar efter de artiklar som denna litteraturstudie grundar sig på gjordes i databaserna Pubmed/Medline och Cinahl med sökorden "sexuality, nursing, patient, suffering, sexual health, information, nurse och attitudes" i olika sammansättningar. En sökning utifrån Mesh termerna "sexual behavior, sexuality och nursing" gjordes i Pubmed/Medline.

Sökningen koncentrerades i samtliga databaser till de senaste 10 åren beroende på önskan om att artiklarna skulle spegla aktuell forskning. En manuell sökning gjordes i referenslistor till de artiklar som valdes ut från sökningarna i databaserna och två artiklar (21, 22) som då valdes var äldre än tio år (publicerade 1991 och 1994) men ansågs efter genomläsning ändå vara aktuella för det studerade ämnet. Många av författarna till de övriga artiklarna hade även refererat till dessa vilket styrkte deras relevans. Många artiklar i Cinahl återkom från sökningen i Pubmed/Medline, dessa har inte redovisats. En sökning i Pubmed/Medline med sökorden sexuality AND nursing resulterade i 661 träffar vilka inte gick igenom på grund av för stor massa och skulle ha varit alltför tidskrävande.

Inklusionskriterier för artiklarna var att de skulle beröra diskussion/kommunikation av sexualitet i samband med omvårdnad, vara peerreviewed samt ha ett tillgängligt abstrakt. Exklusionskriterier var att artiklarna ej var peerreviewed, inte ansågs handla om det aktuella ämnet eller att de var reviewartiklar.

Arton artiklar valdes ut för närmare granskning efter genomläsning av abstracts och tolv valdes slutligen ut att vara med i denna litteraturstudie. Av dessa tolv var sex stycken kvantitativa (21 - 26) och sex stycken var kvalitativa (27 - 32)

Begränsningar, datum, utfall och sökord redovisas i tabell 1.

Tabell 1

Redovisning av sökord, begränsningar och utfall.

Databas/Datum	Sökord	Limits	Antal träffar	Utvalda artiklar
Pubmed 2008-02-10	Sexuality AND nursing	Links to free full text, publ. In the last ten years, humans, english.	19 st.	
Pubmed 2008-02-10	Sexuality AND nursing	Abstracts, publ in the last 10 years, humans English	661 st.	
Pubmed 2008-02-12	Sexuality AND nursing AND patient	Abstracts, publ in the last 10 years, humans English	228 st.	(23, 24, 25, 26, 29, 32)
Pubmed 2008-02-12	Sexuality AND nursing AND suffering	Abstracts, publ in the last 10 years, humans English	23 st.	
Pubmed 2008-02-18	(“Sexual behaviour”[Mesh] AND “Sexuality”[Mesh] AND “Nursing”[Mesh])	Abstracts, publ in the last 10 years, humans English	116 st.	(27)
Pubmed 2008-02-18	Sexual health AND nurse AND patient AND information	Abstracts, publ in the last 10 years, humans English	54 st.	(28)
Cinahl 2008-02-18	Sexuality AND Nursing AND Patient	Abstracts available, peer-reviewed, publ 1997-2008	185 st.	(31)
Cinahl 2008-02-21	Sexuality AND Nursing AND nurse AND patient AND attitudes	Abstracts available, peer-reviewed, publ 1997-2008	43 st.	(30)
Manuell sökning 2008-02-27	Artiklar som ansågs relevanta i framtagna artiklars referenslistor.			(21, 22)

Dataanalys

Efter att artiklarna hade valts ut påbörjades arbetet med en systematisk granskning av dessa. Analysen av artiklarna gjordes genom ett induktivt förhållningssätt. De valda artiklarna lästes i syfte att belysa de erfarenheter som beskriver kommunikation av patienters sexualitet. Efter upprepad läsning och granskning av artiklarna återfanns flera liknande erfarenheter hos patienter och sjuksköterskor. Kategorier skapades och utifrån dessa bildades de underrubriker som litteraturstudiens resultat redovisas utifrån. Dessa är: *Vårdrelationen, med underrubrikerna kommunikation, ansvar, genus/kultur/etnicitet och Erfarenheter, med underrubriken stereotyper.*

RESULTAT

Vårdrelationen

I ett flertal av artiklarna framgick att sjuksköterskor ansåg att sexualitet var en viktig del av holistisk omvårdnad och att det ingick i deras arbetsuppgifter att ta upp detta i sin omvårdnad av patienter (22, 24, 25, 27 - 29). Samtidigt framgick att endast ett fåtal sjuksköterskor verkligen tog upp frågor om sexualitet tillsammans med patienterna och tillämpade det som en regelbunden del i sin omvårdnad (24, 25, 27, 28, 31), detta trots att sjuksköterskor förstod hur sjukdom och behandling påverkade sexualiteten (23). Rubin (31) fann att sjuksköterskor ifrågasatte vikten av sexualitet inom omvårdnad och de ställde sig frågande till om patienter ville och behövde diskutera sexuella problem med dem.

Kommunikation

Sjuksköterskor menade att den tidsbrist de upplevde i sin arbetssituation på grund av hög arbetsbelastning var en orsak till att sexualitet inte integrerades i omvårdnaden av patienter (25, 27, 28). Detta ledde till att den relation som behövdes mellan sjuksköterska och patient för att diskutera ett känsligt ämne som sexualitet blev lidande och relationen kom att baseras på rutinärenden såsom medicinutdelning och utskrivningsfrågor (28). Även när sjuksköterskorna hade tid att kommunicera med patienten påverkades de negativt av kraven på deras tid och de upplevde sig stressade (30). Sjuksköterskor liknade ämnet sexualitet som att öppna "Pandoras ask", de menade att de inte visste vad som skulle komma om de började samtala om sexualitet med patienter och de visste inte om de hade den kunskap och tid som behövdes (28). Denna liknelse återkom i Rubins (31) studie där sjuksköterskorna ansåg att det var oansvarigt att ta upp ämnet och inte ha den kunskap som behövdes för att svara på eventuella frågor och de undvek därför att diskutera sexualitet. Sjuksköterskor ansåg att patientens ålder var ett hinder för att diskutera sexualitet då sjuksköterskorna antog att äldre patienter såg sexualitet som något alldeles för privat och för känsligt att diskutera vilket ledde till att sexualitet inte togs upp med denna patientgrupp (28).

Friska individers attityder om huruvida sjuksköterskan skulle diskutera sexualitet skilde sig inte beroende på ålder, civilstånd eller utbildning. Sjuksköterskan kunde därför inte begränsa vilka patientkategorier hon/han tog upp sexualitet med utan det borde ingå i omvårdnaden för alla patientgrupper (21). Detta stämde väl överens med Horderna & Street (32) som fann att cancerpatienters behov av information om sexualitet inte påverkades av ålder, kön, partner eller behandling. Sjuksköterskan kunde därför inte ha förutfattade meningar om vilka patienter som kunde tänkas vilja ha information om och hjälp med sexuella frågor.

Miljö

Den fysiska miljön på vårdavdelningar sågs som ett hinder till att diskutera ämnet sexualitet då sjuksköterskor upplevde att det inte fanns tillräckligt med avskildhet för att diskutera ett så känsligt ämne som sexualitet. Att diskutera sexuella frågor var svårt då det enda som skilde patienter åt var en gardin och att det inte fanns några utrymmen av privat karaktär (22, 25, 30). Endast en av deltagarna i Guthries studie (30) angav att hon försökte behålla en viss nivå av avskildhet när sexualitet diskuterades.

Ansvar

Magnan et al (23) fann att sjuksköterskor inte trodde att patienterna förväntade sig att sjuksköterskan skulle ta upp ämnet sexualitet, vilket ansågs vara det största hindret (26). Sjuksköterskor var av åsikten att det var upp till patienten att ta upp sexuella frågor till diskussion och att det bara skulle tas upp om patienten själv gjorde det (23, 30). Många sjuksköterskor ansåg att det var sjuksköterskans ansvar att ge patienten tillåtelse att kommunicera om sexualitet vilket en stor del av sjuksköterskorna aldrig gjorde (23, 25). Sexualitet diskuterades gärna av sjuksköterskor om patienten tog upp ämnet medan sjuksköterskorna undvek att själva påbörja diskussion om sexuella frågor eftersom de ansåg att det var påträngande att ställa frågor relaterade till sexualitet (30, 31). Patienter som tillfrågats vem de ansåg skulle ta upp ämnet sexualitet angav att sjuksköterskan var en bra yrkesgrupp att diskutera sexuella frågeställningar med och vissa patienter antydde att de hellre pratade med sjuksköterskan än med läkaren (31).

I Waterhouse och Metcalfs studie (21) tillfrågades friska individer om de ansåg att sjuksköterskor skulle ta upp ämnet sexualitet som en del i sin omvårdnad och de fann att majoriteten av de tillfrågade tyckte att det var lämpligt.

Genus/kultur/etnicitet

Lewis och Bor (22) fann att manliga sjuksköterskor var mer benägna att diskutera sexualitet med sina patienter än kvinnliga sjuksköterskor, någon förklaring till detta ges dock ej. Det framkom även att sjuksköterskor upplevde att vissa patientkategorier var svårare att kommunicera med än andra angående sexualitet. Kön var en barriär som försvårade diskussion om sexualitet och både sjuksköterskor och patienter föredrog att diskutera sexualitet med någon av samma kön (28, 29). Kvinnliga sjuksköterskor ansåg sig kunna hjälpa kvinnliga patienter bättre än manliga på grund av att de själv var kvinnor (28). Studenter angav att de upplevde en högre grad av förlägenhet då de diskuterade sexualitet med någon som var äldre och av motsatt kön (29). Sjuksköterskor angav också att de tyckte det var svårare att diskutera sexualitet med patienter av annan etnisk härkomst än de själva bland annat beroende på religion och kultur. Dock var det få av dessa sjuksköterskor som hade samtalat om sexualitet med dessa patienter och dessa uttalanden byggde inte på erfarenhet (28). Homosexuella ansågs vara svårare att diskutera sexualitet med och det ledde till mer förlägenhet om det antogs att patienten var homosexuell. Sjuksköterskor ansåg att homosexuella fick otillräcklig vård och en del sjuksköterskor insåg inte att de kanske träffade icke-heterosexuella patienter (28 - 30). HIV positiva patienter ansågs också vara en patientgrupp som var svår för sjuksköterskor att diskutera sexualitet med, orsaken till detta framgick dock inte (29). Hordern & Street (32) fann att det viktigaste för patienten var att personalen var

villiga och öppna för att prata om sexuella bekymmer. Kön och kulturell bakgrund hade underordnad betydelse.

Erfarenhet

Ett återkommande tema till varför sexualitet inte diskuterades som en del i omvårdnaden var den upplevda bristen på utbildning vilket ibland ansågs vara det största hindret till att diskutera ämnet (25, 27). En liten del av sjuksköterskor i Rana et als studie (24) angav att ämnet sexualitet hade tagits upp i utbildningen medan andra ansåg att ämnet inte berörts tillfredställande eller inte alls (27). En stor del av de sjuksköterskor som ingick i Lewis & Bors (22) studie angav att de ansåg sig ha tillräcklig utbildning i sexuella frågor trots att merparten inte tog upp sexuella frågor vid patientkontakt och att hälften kände sig okomfortabla då de gjorde det. Dock fann Magnan et al (26) att det inte förelåg någon statistisk relevant skillnad i uppmätta hinder för att diskutera sexualitet med patienter mellan de sjuksköterskor där sexualitet ingick i deras utbildning och de sjuksköterskor där sexualitet inte ingick.

Sjuksköterskor undvek att diskutera ämnet sexualitet med patienter på grund av att de kände att de inte hade den kunskap som behövdes och de var rädda att ge fel information samt att de inte visste vem de kunde vända sig till om de inte kunde svara på patientens frågor (31). Färdigutbildade och yrkesverksamma sjuksköterskor som varit närvarande på seminarier angående sexualitet som en del i arbetsplatsutbildning, upplevde färre hinder för att diskutera sexualitet med patienter. Dock kunde det inte fastslås huruvida det var de sjuksköterskor med mindre upplevda hinder som valde att närvara på dessa seminarier (23, 26). Studenter ansåg att sexualitet och ämnen som berörde detta borde vara mer förekommande i undervisningen. Eftersom utbildningen inte tog upp ämnet sexualitet var studenterna av åsikten att institutionen inte ansåg detta som viktigt eller att lärarna inte var komfortabla att prata om sexualitet (29).

Sannolikheten att ta upp patienters sexualitet till diskussion ökade med ökad arbetslivserfarenhet och de sjuksköterskor som kände sig bekväma i sin roll då de diskuterade sexualitet med patienter gjorde detta i större utsträckning (23, 25). Sjuksköterskor som var av åsikten att sexualitet var för privat att diskutera med patienter var mer benägna att tro att patienter som låg på sjukhus var för sjuka för att vara intresserade av sexualitet (23).

Ett annat hinder till att diskutera sexualitet var att sjuksköterskorna kände sig okomfortabla och förlägna då de diskuterade detta med patienterna (22 - 24, 26, 27,31). Vissa sjuksköterskor var rädda att säga fel saker eller att patienter skulle bli upprörda om de frågade om deras sexualitet (27). Om det var patienten som initierade diskussionen om sexualitet minskade känslan av förlägenhet och ökade komfortabiliteten hos sjuksköterskan (24). Sjuksköterskor som jobbade inom obstetrik, gynekologi och rehabilitering kände sig mer komfortabla att diskutera sexualitet jämfört med sjuksköterskor inom kirurgi, onkologi och medicin (23).

Stereotyper

Sjuksköterskor upplevde att samhället hade en stereotyp bild av sjuksköterskor som sexobjekt och dessa uppfattningar stödde de bland annat på hur sjuksköterskor framställdes i media. Hos sjuksköterskorna själva förekom även stereotypa

uppfattningar om vissa patientgrupper vilket påverkade hur sjuksköterskorna upplevde patienters uppförande. Dessa stereotyper ledde att sexualitet inte diskuterades som en del i omvårdnaden och i vissa fall till sexuella trakasserier vilket antogs ha sin bakgrund i stereotyper av män som dominanta. Då männen hamnade i en icke-dominant roll försökte de återställa maktbalansen genom sexuella trakasserier (30). Guthrie (30) menar även att den beröring som är en del av sjuksköterskans omvårdnad kunde missuppfattas av patienterna. Detta ledde till att sjuksköterskorna använde sig av distansering som en copingstrategi vilket försvårade relationen mellan sjuksköterska och patient.

DISKUSSION

Metoddiskussion

De artiklar som denna litteraturstudie bygger på söktes via Pubmed/Medline och Cinahl med tidsbegränsningen 10 år. Anledningen till denna begränsning var viljan att använda tämligen aktuell forskning som grund för denna litteraturstudie. Möjligen hade mer information framkommit om tidsperioden vidgats men aktuell forskning framstod som mer relevant för det syfte denna studie hade. Två artiklar var äldre än tio år (21, 22) och skilde sig med avseende på ålder från resten av artiklarna som användes. Dock ansågs dessa vara av bra kvalitet och många av de resterande artiklarna refererade till dessa vilket gjorde att de ansågs relevanta och kunna bidra med fakta till resultatet. En stor fördel hade varit om alla studier varit producerade i svensk kontext men tyvärr fanns ingen svensk artikel med i resultatet vilket kan göra att viss försiktighet ska iaktas innan resultatet kan generaliseras inom svensk omvårdnad. De flesta artiklar var dock utgivna i länder med inte särdeles stora skillnader från Sverige och resultatet anses ändå kunna belysa kommunikation om sexualitet inom svensk sjukvård. En artikel från Finland (25) får anses vara tämligen representativ för Sverige. Denna artikel skiljde sig inte heller nämnvärt mot resten.

Fyra artiklar var utgivna i Storbritannien (22, 28, 30, 31), fyra stycken i USA (21, 23, 26, 29), en i Finland (25), en i Turkiet (24), en i Irland (27) och en i Australien (32). Påverkan i form av den katolska kyrkan och den turkiska kulturen diskuterades i två artiklar (24, 27) vilket kan ha en viss betydelse för kommunikation om sexualitet, dock har de resultat som framkom i relation till detta utelämnats i resultatdelen av denna studie. Denna utelämnning berodde på att den kulturella påverkan som framkom inte ansågs vara relevant i en svensk kontext. Resten av innehållet i dessa två artiklar uppvisade inga markanta skillnader från resten av artiklarna och de kulturella skillnader som diskuterades ansågs därför inte påverka resultatet av denna studie.

Elva av de tolv artiklar som använts fanns tillgängliga på Internet genom Biomedicinska biblioteket i Göteborg. En artikel som ej fanns elektroniskt tillgänglig beställdes från Biomedicinska biblioteket i Göteborg (26). Hade fler artiklar beställts hade säkerligen mer information framkommit men detta ansågs ej möjligt med avseende på den korta period denna litteraturstudie pågick och den tidsperiod som förflöt mellan beställning och leverans av artiklar. Blandningen/kombinationen av kvalitativa och kvantitativa artiklar anses bidra med en bredare bild av problemområdet då de kvantitativa hade större populationer samtidigt som de kvalitativa fick bredare och mer uttömmande svar om sjuksköterskor erfarenheter.

Storleken på populationer diskuterades i en del artiklar i relation till hur väl resultatet kunde generaliseras. Av de kvantitativa artiklarna diskuterade fyra storleken på populationerna och menade att det i viss mån kunde ha påverkat utfallet (21 - 23, 26).

Bland de kvalitativa diskuterade tre storleken på populationerna (27, 29, 31). Fem av artiklarna redovisade bortfall men ingen av dessa har någon bortfallsanalys vilket enligt en del författare berodde på att anonymitet garanterades i studierna (21, 22, 24, 25, 29). En artikel hade ett så stort bortfall som 50 % vilket författarna till artikeln menade berodde på den frivillighet som ingick i studien (22). Resultatet ansågs trots bortfallet vara relevant.

Många artiklar diskuterade huruvida det frivilliga deltagandet påverkade resultaten. De som var med i studierna kunde mycket väl tänkas vara de som var intresserade av sexualitet men att inte ha frivilligt deltagande kan tänkas ge ett icke pålitligt resultat på grund av bristande motivation. Nio av artiklarna redovisade etiskt godkännande (22 - 28, 31, 32), det är oklart om de andra tre fick godkännande då detta inte redovisades i artiklarna.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa erfarenheter av kommunikation mellan sjuksköterskor och patienter angående patienters sexualitet. Precis som litteraturgenomgången visar verkar sexualitet enligt denna litteraturstudies resultat vara ett tämligen svårt ämne att diskutera i omvårdnaden av patienter och det verkar finnas många upplevda hinder för sjuksköterskan att diskutera ämnet med patienter. Författaren anser att syftet med denna litteraturstudie genom det resultat som kommit fram är uppfyllt.

Målet för sjukvården är en god hälsa för hela befolkningen vilket framgår i hälso- och sjukvårdslagen (1). Vården ska utgå från en humanistisk människosyn och ta hänsyn till människans hela hälsa. Att inte kunna kommunicera om sexualitet trots den påverkan som både sjukdomar och läkemedel kan ha på patienters sexuella förmåga är att bortse från en del av patienten.

Eriksson (10) berör inte ämnet sexualitet i sin redogörelse för lidande eller hälsa men helheten av människan betonas, denna helhet som enligt Eriksson är hälsa. Eriksson beskriver vårdlidandet som ett lidande orsakat av vård men också som ett resultat av utebliven vård. Att därför inte tillgodose även den sexuella aspekten av människan inom omvårdnad kan ses som ett vårdlidande vilket ytterligare ökar vikten av att sexualitet hos patienter synliggörs.

För att kunna kommunicera om sexualitet förutsätts en bra och förtroendefull relation mellan sjuksköterska och patient och en grund i denna relation är patientens upplevelse av trygghet och närvaro (17). Att diskutera sexualitet med patienter kan av sjuksköterskan upplevas som påträngande och okomfortabelt och av patienten som utelämnande (24, 26, 31). En förtroendefull relation kan göra det lättare att kommunicera om sexuella frågeställningar. Relationen byggs redan från det första mötet och att som sjuksköterska kunna gå in i detta möte trygg och komfortabel kräver att hon/han är förberedd, att sjuksköterskan känner att hon/han har den kunskap som behövs och att det finns tid för mötet mellan sjuksköterska och patient (17).

Ett återkommande hinder för att diskutera sexualitet var den tidsbrist sjuksköterskor upplevde i sitt arbete vilket ofta var beroende på deras upplevda arbetsbelastning (25, 27, 28). Denna tidsbrist påverkade relationen till patienterna vilket enligt Kaséns (17) teori om den vårdande relationen leder till sämre vård (30). Att som sjuksköterska ha den tid det krävs för att kunna lindra patienters lidande verkar vara en svårighet i dagens vård med både nedskärningar och högre arbetsbelastning, vilket sätter fokus även på den politiska delen av vården. Paterson och Zderads (16) tolkning av omvårdnad som en målinriktad handling med och mot en individ understryker vikten av relationen mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan tillbringar ofta mycket tid med patienten vilket gör sjuksköterskan till en bra person att diskutera sexualitet med och patienter uttrycker samtidigt att de hellre diskuterar sexuella problem med sjuksköterskan än med till exempel läkaren (31).

En relation förutsätter bra kommunikation och att som sjuksköterska kunna kommunicera med patienter om deras lidande är en självklarhet och en grund för god omvårdnad. Den legitimerade sjuksköterskans förmåga i kommunikation understryks även i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2) och att då även kunna kommunicera om sexualitet borde vara självklart. Vikten av kommunikation ökar ytterligare när patienter anser att det är ett kännetecken för god vård och att det är en förutsättning för en god relation (18). Patienter i Attrees (18) studie ansåg att en god kommunikation gav dem möjligheten att kommunicera om sina problem på ett djupare och öppnare sätt. Då sjuksköterskan har verktygen för att kunna diskutera sexualitet bidrar detta till att patientens lidande kan lindras.

Magnan et al (23) menar att sexualitet är ett socialt känsligt ämne och frågar sig om det är av den anledningen att sjuksköterskor inte kommunicerar med patienterna om ämnet. De jämför med psykisk sjukdom, kriminalitet och död och hänvisar till sociologen Anthony Giddens som menar att dessa inte är sedda som lämpliga ämnen för publika sammanhang. Kan det vara så att sjuksköterskan försöker skydda patienten och sig själv från vad som uppfattas vara i utkanten av vad som är socialt lämpligt? Det kan tänkas att sjuksköterskan i såna fall orsakar patienten mer lidande i sitt försök att skydda henne/honom då hon/han undviker ämnet. Eftersom sexualitet inte är ett ämne som diskuteras med patienter är det antagligen heller inget ämne som sjuksköterskan diskuterar med sina kollegor. Det framkom att sjuksköterskor inte diskuterade sexualitet med patienter på grund av att de inte visste vem de skulle fråga om de inte kunde svara på patientens frågor (31). Ett öppnare klimat bland sjukvårdspersonal skulle kanske underlätta kommunikation om sexualitet och leda till att ämnet blev avdramatiserat och att sjuksköterskan känner tillit till sina kollegor. Magnan et al (23) fann att de sjuksköterskor som arbetade inom gynekologi och obstetrik var mer komfortabla då de diskuterade sexualitet vilket antogs bero på att de var i en sådan kontext som tillät det och att de oftare stötte på sexuella frågor i sitt arbete.

Att ha direktiv och generella vårdplaner för hur sjuksköterskan ska bemöta patienters sexualitet kan kanske leda till ökad öppenhet och kommunikation om sexualitet både mellan sjuksköterska och patient och mellan sjuksköterskan och andra professioner. Dessa direktiv skulle också möjligtvis kunna göra att den tidsbrist som upplevdes underlättas.

Ett återkommande hinder för kommunikation om sexualitet var den fysiska miljön som enligt sjuksköterskor inte tillät diskussion om känsliga ämnen såsom sexualitet (22, 25, 30). Att patienten eller sjuksköterskan inte vill diskutera sexualitet på en flerbäddssal är förståeligt vilket ställer krav på miljön på avdelningen. Det är av vikt att det finns avskilda utrymmen, till exempel samtalsrum eller att fler patienter får möjlighet till enkelrum samtidigt som sjuksköterskan måste se till att använda de utrymmen som finns tillgängliga.

Ansvar var ett återkommande tema i de hinder sjuksköterskor upplevde för att diskutera sexualitet med patienter. Sjuksköterskor var av uppfattningen att patienterna inte förväntade sig att de skulle prata med patienterna om sexualitet och vissa artiklar visade att det enligt sjuksköterskor var upp till patienten att ta upp frågor som rörde sexualitet (23, 26, 30).

Kasén (17) beskriver det ansvar som sjuksköterskan har i relationen till patienten och hur sjuksköterskan ska vara lyhörd inför patientens lidande. Sjuksköterskans ansvar för patienten är en grund i den vårdande relationen och patienten ska kunna förvänta sig att sjuksköterskan besitter den kunskap som behövs för att kunna kommunicera kring patientens lidande. Att som sjuksköterska förskjuta ansvaret kring diskussion om sexualitet till patienten kan inte anses rimligt. Istället kan det handla om en dissonans mellan att sjuksköterskan anser att sexualitet ingår i omvårdnad men att hon/han inte tillämpar det praktiskt vilket leder till undvikande som försvar.

Dokumentation under sökordet sexualitet/reproduktion utelämnades ofta enligt litteraturen vilket får anses som en bieffekt av att sexuella frågor ej tas upp (14). Att det inte dokumenteras sänder samtidigt en signal till annan vårdpersonal om att ingen tar upp ämnet i vården. Utebliven dokumentation leder också till att ingen kvalitetssäkring av vården görs och eftersom sexuella frågor inte syns så blir det heller inte någon vidareutbildning i ämnet. Ett steg i rätt riktning kan vara att ta upp ämnet sexualitet i ankomstsamtalen och dokumentera detta. Generella vårdplaner för specifika sjukdomsgrupper kan också leda till att synliggöra ämnet sexualitet inom vården.

En del av de artiklar som ingick i denna studie fann att bristen på utbildning är ett hinder för att kommunicera om sexualitet (25, 27). Att ha kunskap om sexualitet är en förutsättning för att kunna kommunicera om ämnet, till stor del för att kunna känna sig trygg i rollen som sjuksköterska, men det behövs också redskap i kommunikation, insikt i hur samhället ser på sexualitet och en stöttande miljö. Utbildning behöver också fokusera på sambandet som sexualitet har med hälsa och hur de sexuella problemen kan påverka människan. Att ha kunskap inom sexologi är en bas för sjuksköterskans kommunikation med patienter om sexuella frågor, vilket tydligt framgick i Rubins (31) studie där sjuksköterskorna undvek patienters sexualitet på grund av att de upplevde att de inte hade den kunskap som krävdes. Hulter (6) menar att sexologi som ämne behöver ingå i samtliga legitimeringsgrundande vårdutbildningar i Sverige. Att sexologi inte ingår som en del i grundutbildningen till sjuksköterska sänder ett meddelande till studenterna om att det inte anses som en viktig del av omvårdnad (29).

Under författarens utbildning till sjuksköterska vid Sahlgrenska akademien 2005-2008 fanns ingen undervisning i sexualitet/sexologi på schemat. Om utbildningsansvariga inte inser vikten av utbildning i sexualitet är det svårt att förvänta sig att kommunikation om sexuella frågor ska kunna fungera vilket leder till lidande för patienter. Även utbildning på arbetsplatsen behövs för att lyfta ämnet. Temadagar eller utbildning i hur specifika sjukdomsgrupper påverkar patienters sexualitet skulle leda till att kommunikation om sexualitet skulle underlättas.

Det framkom i denna studies resultat att sjuksköterskor fann vissa patientgrupper svårare än andra att kommunicera om sexualitet med. Dessa inkluderade icke-heterosexuella, etniska minoriteter, hiv positiva samt äldre (28, 30).

Utbildning behöver därför även innehålla undervisning om fördomar och att behovet av kommunikation om sexualitet inte skiljer sig beroende på härkomst, ålder, utbildning eller sexuell läggning (21). Varför dessa föreställningar uppkom är inte klart men en sjuksköterska ska kunna vara professionell och i sin roll inte ta hänsyn till fördomar.

Framtiden och avslutande reflektioner

Det behöver forskas mer kring ämnet sexualitet inom svensk omvårdnad.

Tänkbara forskningsfrågor skulle kunna inkludera hur patienterna vill att sjuksköterskan ska bemöta deras sexualitet och hur svenska sjuksköterskor upplever kommunikation om sexualitet.

Denna litteraturuppgift har belyst sjuksköterskans kommunikation angående sexualitet och förhoppningen är att den väcker en diskussion om huruvida det kan göras bättre inom svensk omvårdnad för att minska patienters lidande.

REFERENSER

1. Sveriges riksdag. Svensk författningssamling Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) [Internetsida]. Sverige: Sveriges Riksdag; [senast tillgänglig 2008-03-11]. Tillgänglig på:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
2. Socialstyrelsen . Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Internetsida]. Sverige: Socialstyrelsen; [Senast tillgänglig 2008-03-11]. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm>
3. Öie K-E. Sexualitet – sykepleierens sorte hull? Tidsskriftet sykepleien 1996;84 (13) :59-60
4. Westgren N. Patientens frågor om sex, vem vill svara? Svensk Rehabilitering. 1999; (3) :15-6
5. Shell J. Including sexuality in your nursing practice. Nurs Clin North Am. 2007 Dec;42 (4) :685-96.
6. Hulter B. Sexualitet och hälsa – begränsningar och möjligheter. Lund: Studentlitteratur; 2004.
7. Nordqvist I. Handikapp och sexualitet. I Lundberg P-O. red. Sexologi. 2 uppl. Stockholm: Liber; 2002 sid. 352-60.
8. Thesleff-Lagerström B. Sexualiteten – det sårbara grundbehovet Vård i fokus 1994;6 (4) :15-8.
9. Ohlson U, Lexell J. Hur påverkas den kvinnliga sexualiteten av en ryggmärgsskada? Svensk Rehabilitering 1999; (3) :18-20.
10. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber; 1994.
11. Skeppner E. Att samtala om sexualitet – något för oss i vården? Uppdukat. 2006;18 (3) :16-7.
12. Aigner G. Sexologi i vården. Uppsala: Almqvist & Wiksell; 1991.
13. Ranch M. Sjuksköterskans dokumentation av patientens sexualitet – viktigt led i god omvårdnad Omvårdaren 1995;42 (4) :13-7.
14. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet; 2000.
15. Lundberg P-O. Läkemedel och sexualitet. I Lundberg P-O, red. Sexologi. 2 uppl. Stockholm: Liber; 2002. sid. 361-68.

16. Paterson J & Zderad L. Humanistic nursing. New York: Wiley; 1976.
17. Kasén A. Den vårdande relationen. Åbo: Åbo Akademi; 2002.
18. Attree M. Patients and relatives experiences and perspectives of “good” and “not so good” quality care J Adv Nurs. 2001 Feb;33 (4) :456-66.
19. Eriksson K. Vårdprocessen. Stockholm: Liber; 2000.
20. Sveriges riksdag. Svensk författningssamling Patientjournalag (1985:562) [Internetsida]. Sverige: Sveriges Riksdag; [senast tillgänglig 2008-03-12]. Tillgänglig på:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1985:562>
21. Waterhouse J, Metcalfe M. Attitudes toward nurses discussing sexual concerns with patients. J Adv Nurs. 1991 Sep;16 (9) :1048-54.
22. Lewis S, Bor R. Nurses knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice. J Adv Nurs. 1994 Aug;20 (2) :251-59.
23. Magnan M, Reynolds K, Galvin E. Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. Medsurg Nurs. 2005 Oct;14 (5) :282-9.
24. Rana Y, Kanik A, Özcan A, Yuzer S. Nurses approaches towards sexuality of adolescent patients in Turkey. J Clin Nurs. 2007 Apr;16 (4) :638-45.
25. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Aalto P, Lehto J. Opening communication with cancer patients about sexuality related issues. Cancer Nurs. 2007 Sep-Oct;30 (5) :399-404.
26. Magnan M, Reynolds K. Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. Clin Nurse Spec. 2006 Nov-Dec;20 (6) :285-92.
27. Lavin M, Hyde A. Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish setting. Eur J Oncol Nurs. 2006 Feb;10 (1) :10-8.
28. 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 Oct;21 (5) :528-36.
29. Dattilo J, Brewer K. Assessing clients sexual health as a component of holistic nursing practice: Senior nursing students share their experiences. J Holist Nurs. 2005 Jun;23 (2) :208-19.
30. Guthrie C. Nurses perception of sexuality relating to patient care. J Clin Nurs. 1999 May;8 (3) :313-21.

31. Rubin R. Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis. *Nurs Stand.* 2005 Feb-Mar;19 (24) : 33-7.
32. Hordern A, Street A. Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer. *Cancer Nurs.* 2007 Nov-Dec;30 (6) :11-8.

BILAGA 1

Artikelsammanställning

Ref.nr: 21

Titel: Attitudes toward nurses discussing sexual concerns with patients

Författare: Waterhouse J & Metcalfe M

Tidskrift: Journal of advanced nursing 1991;16: 1048-54

Syfte: Undersöka attityder till att sjuksköterskor diskuterar sexualitet med patienter bland friska individer samt identifiera faktorer som påverkar dessa attityder.

Metod: En kvantitativ ansats med ett frågeformulär som var designat för att mäta individers attityder och funktioner kring sexualitet. Frågeformulär skickades ut med post och anonymitet garanterades.

Urval: 88 individer som arbetade eller var pensionerade från ett universitet, urvalskriterier var att dessa individer var mellan 25-75, kunna läsa och tala engelska samt uppleva sig ha god hälsa. 2400 kontaktades och 88 slumpvis utvalda deltog slutligen i studien. 15 deltagare ströks på grund av saknad data och 73 återstod.

Antal referenser: 48

Land: USA

Ref.nr: 22

Titel: Nurses' knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice

Författare: Lewis S & Bor R

Tidskrift: Journal of advanced nursing 1994;20(2):251-59

Syfte: Att utforska om sjuksköterskors kunskap och attityder till sexualitet förändrats över tid, att utforska om sjuksköterskor diskuterade sexualitet som en del av omvårdnaden, speciellt om en sexualhistoria/anamnes tog vid inskrivning och att betänka förhållandet mellan dessa.

Metod: Ett frågeformulär som inkluderade demografiska data, frågor om omvårdnad samt en del som mätte attityder och kunskap om sexualitet med hjälp av SKAT(35 frågor på likert-skala).

Urval: Frågeformulär (357 st) delades ut till registrerade sjuksköterskor som hörde samman med St. Marys sjukhus, London. 178 formulär returnerades och 161 inkluderades i studien. Svarefrekvens 50%. Ingen bortfallsanalys gjordes.

Antal referenser: 27

Land: Storbritanien

Ref.nr: 23

Titel: Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice

Författare: Magnan M, Reynolds K & Galvin E

Tidskrift: Medsurg Nursing 2005;14(5): 282-9

Syfte: Att få information om sjuksköterskors attityder och övertygelser om patienters sexualitet och jämföra detta mot ålder, arbetslivserfarenhet och vilken typ av avdelning sjuksköterskan jobbade på.

Metod: En deskriptiv korrelationsstudie som använde sig av frågeformulär med 12 st frågor. Högre poäng innebar mer barriärer för att diskutera sexualitet.

Urval: 148 sjuksköterskor som jobbade inom öppen och slutenvården var med i studien. Inget urval utan alla som tillfrågades kom med. Medelålder var 41 år och arbetslivserfarenheten varierade mellan 1 – 41 år.

Antal referenser: 37

Land: USA

Ref.nr: 24

Titel: Nurses' approaches towards sexuality of adolescent patients in Turkey

Författare: Rana Y, Kanik A, Özcan A & Yuzer S

Tidskrift: Journal of clinical nursing 2007;16:638-45

Syfte: Att fastställa syn och tillvägagångssätt angående sexualitet hos sjuksköterskor som vårdade unga patienter och att testa innehållsvaliditet och reabilitet hos instrument framtagna av Wall-Haas.

Metod: En kvantitativ ansats med ett frågeformulär utvecklat av Wall-Haas som innehöll tre delar med totalt 58 frågor användes. Formuläret översattes från engelska till turkiska och sen tillbaka till engelska för att säkerställa validitet. En pilotstudie med 25 sjuksköterskor gjordes för att prova ut formuläret.

Urval: 783 frågeformulär delades ut till sjuksköterskor som arbetade på avdelningar där unga patienter vårdades på de fem största sjukhusen i Turkiet. 571 st (72,9%) frågeformulär returnerades, ingen bortfallsanalys gjordes.

Antal referenser: 36

Land: Turkiet

Ref.nr: 25

Titel: Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues

Författare: Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Aalto P & Lehto J.

Tidskrift: Cancer nursing 2007;30(5):399-404

Syfte: Beskriva sjukvårdspersonals attityder och erfarenheter av att diskutera sexualitet med patienter.

Metod: En kvantitativ ansats med frågeformulär utformat för studien och som provades ut i en pilotstudie. Formuläret innehöll 19 frågor.

Urval: Formulär delades ut till 300 personer som jobbade inom onkologi, somatik, neurologi, urologi och gynekologi vid ett universitetssjukhus i Finland. 215 formulär samlades in efter tre veckor. Ingen bortfallsanalys gjordes.

Antal referenser: 23

Land: Finland

Ref.nr: 26

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

Författare: Magnan M, Reynolds K

Tidskrift: Clinical Nurse Specialist 2006;20(6):285-92

Syfte: Undersöka vilka barriärer som fanns för att kommunicera om sexualitet hos sjuksköterskor inom 5 olika specialiteter samt hur dessa förhåll sig i relation till faktorer som ålder, arbetserfarenhet och utbildning i sexualitet.

Metod: En deskriptiv korrelationsstudie med hjälp av frågeformulär.
Urval: 302 sjuksköterskor svarade på frågeformulär. Könsfördelning i urvalet matchade den nationella könsfördelningen.
Antal referenser: 38
Land: USA

Ref.nr: 27

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

Författare: Lavin M & Hyde A

Tidskrift: European journal of oncology nursing 2006;10(1): 10-8

Syfte: Att ta reda på vilken uppfattning och vilka erfarenheter det finns av att sjuksköterskor adresserar sexualitet som en del av omvårdnaden för kvinnor som undergår kemoterapi i Irland.

Metod: En kvalitativ ansats med djupintervjuer som ägde rum på arbetsplatsen. Den data som kom ur intervjuer lästes och teman bildades. Två deltagare i studien fick läsa analys för att säkerställa att resultatet var korrekt.

Urval: Tre onkologi avdelningar på tre sjukhus valdes ut och tre sjuksköterskor från två av dessa och fyra sjuksköterskor från det tredje ingick i studien. Urvalskriterier var att dessa tio hade tre års arbetslivserfarenhet, att de utbildad sig på Irland och att de arbetat med kemoterapi i minst ett år. Alla var kvinnor, åtta var 25-40 och två st 40-55.

Antal referenser: 40

Land: Irland

Ref.nr: 28

Titel: "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care

Författare: Gott M, Galena E, Hinchliff S & Elford H

Tidskrift: Family practice 2004;21(5):528-36

Syfte: Att hos läkare och sjuksköterskor identifiera upplevda hinder till att diskutera frågor relaterade till sexuell hälsa i primärvård samt att finna strategier för att underlätta kommunikation om sådana frågor.

Metod: En kvalitativ studie som använde sig av semi-strukturerade intervjuer med 22 läkare och 35 sjuksköterskor från olika mottagningar..

Urval: Potentiella deltagare identifierades från en lista över verksamma läkare och sjuksköterskor. Ett medvetet urval gjordes för att få båda yrkesgrupperna och jämn könsfördelning.

Antal referenser: 23

Land: Storbritanien

Ref.nr: 29

Titel: Assessing clients sexual health as a component of holistic nursing practice: Senior nursing students share their experience

Författare: Datillo J & Brewer K

Tidskrift: Journal of holistic nursing 2005;23(2):208-19

Syfte: Undersöka studenters erfarenheter och upplevelser av att diskutera patienters sexuella hälsa.

Metod: En kvalitativ deskriptiv fenomenologisk ansats med djupintervjuer av tio studenter. Intervjuer bandades och skrevs ut för att sedan analyseras genom inläsning av intervjuer och sedan identifiera återkommande teman.

Urval: 10 kvinnliga sjuksköterskestudenter, inklusionskriterier bestod i att de skulle studera till sjuksköterskor, ha förmåga att tala och skriva engelska samt vilja vara med på en bandad intervju.

Antal referenser: 15

Land: USA

Ref.nr: 30

Titel: Nurses' perception of sexuality relating to patient care

Författare: Guthrie C

Tidskrift: Journal of clinical nursing 1999;8(3):313-21

Syfte: Att konceptualisera fenomenet sexualitet ur sjuksköterskors perspektiv, att försöka förklara detta fenomen och att undersöka hur sjuksköterskors syn på sexualitet kan påverka omvårdnaden.

Metod: Inspelade djupintervjuer på avdelningen som analyserades med hjälp av grounded theory.

Urval: Tio stycken sjuksköterskor som fanns på plats då författaren anlände.

Antal referenser: 49

Land: Storbritanien

Ref.nr: 31

Titel: Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis

Författare: Rubin R.

Tidskrift: Nursing standard 2005;19(24): 33-7

Syfte: Att undersöka vilka svårigheter ett vårdteam upplevde i kommunikation om sexuella problem med manliga patienter som led av multipel skleros samt jämföra dessa med patienternas upplevelse.

Metod: Data samlades in från ett multidisciplinärt team med tio medlemmar som arbetade med rehabilitering för MS patienter genom fokus grupper. Semi-strukturerade intervjuer användes för datainsamling från elva manliga patienter. Alla diskussioner och intervjuer spelades in och skrevs ut för att analyseras genom induktiv och deduktiv teknik.

Urval: Tio medlemmar i ett multidisciplinärt team och elva patienter deltog i studien. Patienterna svarade på brev angående intresse att vara med i studien. Vårdpersonalens erfarenhet skilde sig från nyutexaminerad till 20 års erfarenhet.

Antal referenser: 13

Land: Storbritanien

Ref.nr: 32

Titel: Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer

Författare: Hordern A & Street A

Tidskrift: Cancer Nursing 2007;60(6):11-8

Syfte: Att undersöka uppfattningar om intimitet och sexualitet hos patienter och vårdpersonal som befann sig inom onkologi och palliativ vård.

Metod: En kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer av 50 patienter genomfördes och analysen av dessa data jämfördes med nationella och internationella riktlinjer.

Urval: 50 personer som hade erfarenheter av cancer valdes ut från två onkologiska avdelningar, en palliativ avdelning, en palliativ dag mottagning, en strålningsmottagning och öppenmottagningar. Ålder skilde sig från 22 till 85 år, tolv av patienterna var invandrade till Australien och alla hade genomgått någon slags behandling mot cancer.

Antal referenser: 45

Land: Australien

