

EXAMENSARBETE

Våren 2010

*Sektionen för Hälsa och Samhälle
Omvårdnad*

Kommunikation om sexuell hälsa

– Ur ett sjuksköterske- och patientperspektiv

Författare

Anette Widén

Pierre Nyborg

Handledare

Birgitta Johansson

Examinator

Gerth Hedov

Kommunikation om sexuell hälsa

– Ur ett sjuksköterske- och patientperspektiv

Författare: Anette Widén och Pierre Nyborg

Handledare: Birgitta Johansson

Litteraturstudie

Datum 2010-05-22

Sammanfattning

Bakgrund: Sexualiteten är en viktig del av att vara människa men den är också sårbar vid sjukdom. Hälso- och sjukvården bör ha ett holistiskt synsätt på människan vilket även innefattar att ta hänsyn till den sexuella hälsan. **Syftet** med studien var att belysa sjuksköterskans respektive patientens perspektiv på kommunikationen om sexuell hälsa vid sjukdom. **Resultatet** baserades på 13 vetenskapliga artiklar publicerade mellan 2000–2010 och visade att patienterna var missnöjda samt hade ett större behov av kommunikation än vad som gavs. De ville att sjuksköterskan skulle ta initiativet till kommunikation om sexuell hälsa. Sjuksköterskan däremot upplevde en rad hinder för kommunikation och prioriterade patientens sexuella hälsa mycket lägre än patienten. Hindren var genans, attityd och resursbrist såsom tidsbrist och kunskapsbrist. **Diskussion:** Det är sjuksköterskans ansvar att ta initiativ till kommunikation om sexuell hälsa och bristen på kommunikation får konsekvensen att patientens omvårdnadsbehov inte tillgodoses. Genansen var den största orsaken till att sexuell hälsa inte adresserades av sjuksköterskan. **Slutsatsen** var att kommunikation om sexuell hälsa var viktigare för patienten än vad sjuksköterskan antog. För att utjämna detta förhållande och komma över genansen behövs utbildning av sjuksköterskan i kommunikation och sexuell hälsa samt att sjuksköterskan bör prioritera sexuell hälsa högre.

Nyckelord: sexuell hälsa, kommunikation, patient, sjuksköterska,

Communication about sexual health

-A nurse and patient perspective

Author: Anette Widén and Pierre Nyborg

Supervisor: Birgitta Johansson

Literature review

Date 2010-05-22

Abstract

Background: Sexuality is an important part of being human, but it is also vulnerable to disease. Health services should have a holistic view of man which also includes taking account of the sexual health. **The purpose** of this study was to illuminate the patient's and nurse's perspective on communication about sexual health during sickness. **The result** were based on 13 peer reviewed articles published during 2000-2010 and showed that the patients were dissatisfied with the communication, and had a greater need for it than they were given. The patients wanted the nurse to initiate communication about sexual health. The nurse however experienced a number of barriers to communication and prioritised patient's sexual health much lower than the patient did. Barriers were embarrassment, attitude and lack of resources such as time constraints and lack of knowledge. **Discussion:** It is the nurse's responsibility to communicate about sexual health and the lack of communication affects the patient's care needs which therefore are not met. Embarrassments were the major cause why not the nurse addressed the sexual health. **The conclusion** was that communication about sexual health was more important for the patient than the nurse supposed. To compensate such a relationship there is a need to educate the nurse in sexual health communication to overcome embarrassments and that the nurse should give higher priority to sexual health.

Keywords: sexual health, communication, patient, nurse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Datainsamling	8
Urval.....	8
Analys	9
Etiska överväganden och undersökningens betydelse	9
RESULTAT	10
Behovet av kommunikation om sexuell hälsa	11
Hinder för kommunikation om sexuell hälsa.....	11
Förförståelse och attityder	11
Genans	12
Prioritet och Resursbrister	13
Möjligheter till kommunikation om sexuell hälsa	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats.....	20
REFERENSER	22

Bilaga 1 Artikelöversikt

Bilaga 2 Checklista

Bilaga 3 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

BAKGRUND

Sexuell nedsättning rörande lust och förmåga kan inom vården benämnas som sexuell dysfunktion och kan vara både psykologiskt, fysiologiskt eller medicinskt orsakad (Lundberg, 2002). När denna dysfunktion utgör ett problem så kan det orsaka patienten lidande. Därför är det viktigt att i vården även uppmärksamma patientens sexuella hälsa och att sjuksköterskan vågar kommunicera kring problemet (Hulter, 2004). Sexualitet är en central del av att vara människa och innefattar förutom identitet, kön och roller även aspekter som; sexuell läggning, erotik, intimitet, njutning och reproduktion. Sexualiteten påverkas av ett samspel mellan psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, biologiska, etiska, juridiska, religiösa, historiska och andliga faktorer och genom tankar, fantasier, önskningar, rutiner och genom roller i relationer så upplevs och uttrycks sexualiteten (WHO 2006). Komplexiteten i sexualiteten gör den således sårbar vid sjukdom och det finns många sjukdomar, mediciner och trauman som kan påverka sexualiteten. Exempel på detta kan vara hjärt-kärlsjukdom, diabetes, cancer, hjärnskador, ryggmärgsskada, antidepressiva läkemedel, hormoner och antihypertensiva läkemedel (Hulter, 2004). Definitionen av sexuell hälsa är enligt WHO;

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled (WHO 2006, s.5).

Hälso- och sjukvården bör ha ett holistiskt synsätt på människan. Att se hela människan i hans/hennes hela livssituation innefattar då också att se till personens sexuella hälsa, vilket i sin tur ställer krav på sjuksköterskan att respektera patientens integritet då sexuell hälsa kan vara ett känsligt ämne att ta upp. Det kan dock behövas mer kunskap inom området sexologi då många sjuksköterskor känner att de har otillräckliga kunskaper och därmed känner sig osäkra att ta upp ämnet med patienter (Hulter, 2004).

Tidigare forskning antyder att det även finns andra hinder för att ta upp ett känsligt ämne såsom sexuell hälsa. Hinder för en inkännande och öppen kommunikation kring sexuell hälsa var patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande, kommunikativ förmåga, miljön i vilken frågan tas upp samt om sjuksköterskan var en man eller en kvinna (Nobis, Elofsson & Sandén, 2007). För att underlätta kommunikationen borde sjuksköterskan visa ödmjukhet, ha ett öppet förhållningssätt gentemot patienten, ställa öppna frågor och låta patienten vara delaktig i vilken vård som de ska få (Charlton et al., 2008; Nobis, Elofsson & Sandén, 2007). Andra sätt att underlätta kommunikationen var att visa ett genuint intresse för patienten och engagerat lyssna. Vidare underlättade det om sjuksköterskan uppmuntrade och stöttade patienten samt betonade vikten av att våga samtala om sin sexuella hälsa (Nobis, Elofsson & Sandén 2007).

Vården ska så långt som möjligt anpassas och ske i samråd med patienten och informationen som ges ska vara individuellt anpassad (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763) Sjuksköterskan bör också ha kunskap om att alla patienter inte upplever en sexuell dysfunktion som ett problem utan att det kan vara sjuksköterskans uppfattning att det är ett problem (Fugel-Meyer, 2002). Därför bör patienten få möjlighet att beskriva sin situation för att undvika att sjuksköterskans förförståelse ligger till grund för omvårdnaden och informationen som ges till patienten (Nobis, Elofsson & Sandén 2007).

Personalen inom hälso- och sjukvården har också krav på sig att främja goda kontakter med patienten enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee (2002) beskriver hur viktig kommunikationen är för att skapa mellanmännsliga relationer i omvårdnaden. En god kommunikation mellan sjuksköterskan och patient är en förutsättning för att vården ska kunna bedrivas utifrån patientens behov och ge omvårdnad utifrån det behovet och i sjuksköterskans arbete är kommunikation således ett verktyg för att skapa en mellanmännslig relation som all omvårdnad utgår ifrån. Sjuksköterskans kommunikation med patienten bör syfta till att skapa en förståelse och en acceptans för sjukdomen som patienten drabbats av. Att utgå ifrån Travelbees teori innebär att alla människor ska betraktas som enskilda unika varelser med subjektiva känslor som trots vissa allmänmännsliga erfarenheter såsom lidande, hopp och sjukdom har ett eget och personligt förhållande till dessa ofrånkomliga erfarenheter. Det är patientens upplevelse av sin sjukdom

och lidande som ska vara det centrala; en patient kan enligt sjukvården uppfattas som frisk medan patienten själv känner sig sjuk. Sjuksköterskan ska i detta fall gå efter patientens upplevelse och ge omvårdnad utifrån denna upplevelse. Lidandet är ofrånkomligt i en människas liv och inget som går att undvika. Däremot finns det olika sätt att förhålla sig till lidandet. Lidande är en känsla av obehag som varierar i intensitet, varaktighet och djup, men även en subjektiv känsla som kan variera från lätt obehag till att känna sig hopplös inför framtiden. Lidandet kan enligt Travelbee lindras genom att patienten finner en känsla av hopp inför framtiden som gör svåra situationer hanterbara. Sjuksköterskans roll blir därmed att hjälpa patienten att finna hopp. Hopp är ett mentalt tillstånd, en önskan att uppnå ett mål och en känsla av att det är möjligt (a.a.).

Genom att få mer kunskap om hur kommunikationen fungerar vid samtal kring sexuell hälsa kan detta förhoppningsvis motivera sjukvården att på ett mer naturligt sätt integrera sexuell hälsa som en del i omvårdnaden av patienten (Hulter, 2004). Sjuksköterskan är i många fall den vårdpersonal som träffar en patient flest gånger (a.a.), och patienterna har lättare att ta upp frågor kring sexuell dysfunktion om det är samma person vid varje vårdmöte eftersom kontinuiteten skapar en känsla av tillit (Nobis, Elofsson & Sandén, 2007). Sålunda finns det kanske en större möjlighet att ta upp känsliga ämnen som sexualitet när det har skapats en relation mellan sjuksköterska och patient. Det handlar också om att sjuksköterskan måste ha mod att våga ta upp frågan (Hulter 2004).

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskans respektive patientens perspektiv på kommunikationen om sexuell hälsa vid sjukdom.

METOD

Detta examensarbete är en så kallad allmän litteraturstudie. En allmän litteraturstudie kan också benämnas som en overview, litteraturöversikt eller en forskningsöversikt. Dock var ambitionen att denna litteraturstudie skulle ha en så systematisk litteraturstudieansats som

möjligt. Metoden var att genom sökningar i databaser hitta adekvata artiklar till syftet (Forsberg & Wengström, 2008).

Datainsamling

Arbetet började med att lämpliga sökord som motsvarade syftet identifierades genom testsökningar som gjordes i databaser relevanta till ämnet (Polit & Beck, 2008). De databaser som användes var PubMed, CINAHL, Academic Search Elite samt PsykInfo. Sökorden var nurs*, nursing, sexual(*), communicat*, patient(*), counsel* samt dysfuncti*. Sökorden kombinerades på olika sätt och antalet träffar vid varje söktillfälle i den specifika databasen redovisas i sökschemat (se bilaga 3). Dysfuncti* (dysfunction) valdes för att det gav träffar som bättre motsvarade syftet än sökningar utan detta sökord, då syftet berörde patienter som har sjukdom som kan påverka den sexuella hälsan negativt, det vill säga sexuell dysfunktion eller sexuell ohälsa. Även manuell sökning i relevanta artiklars referenslistor gjordes för att ge ett så heltäckande material som möjligt, men denna metod gav endast en artikel som var relevant till syftet (se bilaga 3) (Axelsson, 2008).

Urval

Urvalet avgränsades genom att en tidsavgränsning gjordes mellan år 2000 och 2010 för att litteraturstudiens resultat inte skulle byggas på föråldrad fakta. Vidare exkluderades, dels alla barn och ungdomar under 18 år då vi valt att fokusera på vuxna, dels artiklar som rörde sexuellt överförbara sjukdomar. Alla artiklar som rörde kommunikationen kring sexuell hälsa vid sjukdom och/eller sjukdomsbehandling som kan påverka den sexuella hälsan valdes ut. Exempel på sjukdomar var cancer, MS och psykisk sjukdom. För att inkluderas i resultatet skulle artiklarna vara skrivna på svenska, danska, norska eller engelska (Forsberg & Wengström, 2008). Artiklarna som framkom vid sökningarna granskades genom att abstrakten lästes och 25 artiklar som svarade mot syftet valdes ut. Efter att artiklarna lästs i sin helhet valdes 13 artiklar bort för att de inte motsvarade syftet och/eller var av låg kvalitet (Polit & Beck, 2008). Kvaliteten på artiklarna bestämdes utifrån en checklista av Forsberg och Wengström (2008) och graderades till låg, medel eller hög kvalitet. Ju fler antal jakande svar utifrån checklistan desto högre värderades kvaliteten i artikeln som granskades. För att uppnå medelkvalitet sattes gränsen vid att 60 % av frågorna skulle besvaras med jakande svar eller besvaras tillfredsställande och 80 % krävdes för att hög kvalitet skulle uppnås.

Dock värderades vissa kriterier i checklistan som viktigare än andra vilket också Forsberg och Wengström (2008) beskriver. När helheten av artikeln bedömdes gavs vissa frågor i checklista större vikt än andra. Frågor som till exempel om urvalet var väl beskrivet och var representativ för det som studerades samt om resultatet var trovärdigt krävde jakande svar eller att frågorna kunde besvaras på ett tillfredsställande sätt för att värderas till medel eller hög kvalitet (a.a.). Dessutom krävdes att minst hälften av frågorna under varje kategori i checklistan besvarades jakande eller på ett tillfredsställande sätt för att medel eller hög kvalitet skulle uppnås (se bilaga 3). Samtliga artiklar som fick medel eller hög kvalitet valdes ut till resultatet och finns markerade med en * framför referensen i referenslistan och redovisas i ett sökschema (bilaga 3).

Analys

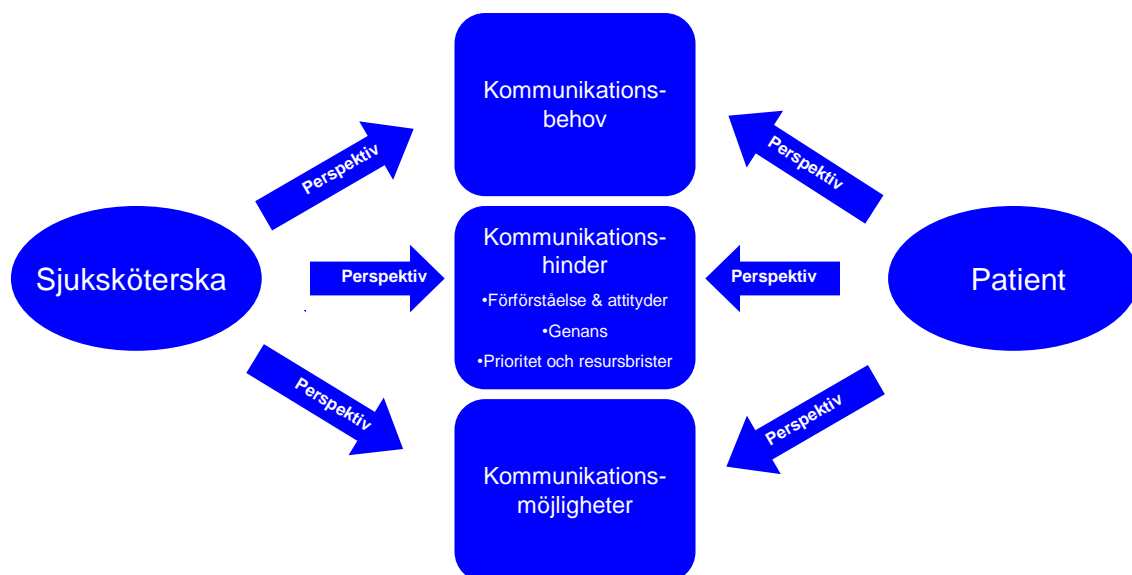
De inkluderade artiklarna lästes flera gånger av båda författarna för att få en överblick av artiklarnas innehåll. Nyckelfynd i varje enskild artikels resultat sammanfattades och sammanställdes i en artikelöversikt för att åskådliggöra dem både för läsaren och för författarna själva (bilaga 1). Utifrån studiernas resultat identifierades likheter och skillnader vilka i sin tur organiserades i nya kategorier som användes för att kunna förklara och förstå de insamlade resultaten. Materialet delades in i tre huvudkategorier och i en huvudkategori identifierades underkategorier vilka redovisas i resultatet (Friberg, 2006; Polit & Beck, 2008)

Etiska överväganden och undersökningens betydelse

Det finns en medvetenhet om att viss förförståelse för ämnet har förekommit och därför ställdes forskningsfrågorna så öppet som möjligt för att undgå att förförståelsen skulle leda fram till ett resultat som överensstämmer med förförståelsen. De artiklar som användes till resultatet har haft ett etiskt övervägande och/eller varit granskade av etisk kommitté. Intentionen har varit att litteraturstudien ska presentera alla resultat som framkommit utan att undanhålla några resultat som kan motsäga författarnas förförståelse (Forsberg & Wengström, 2008).

RESULTAT

Nedan följer resultatet som bygger på 13 artiklar. Under analysprocessen utkristalliserades tre huvudkategorier; *Behovet av kommunikation om sexuell hälsa*, *Hinder för kommunikation om sexuell hälsa* och *Möjligheter till kommunikationen om sexuell hälsa* (Se figur 1). *Hinder för kommunikation om sexuell hälsa* har subkategorier för att tydliggöra resultatet. Kategorierna innehåller både sjuksköterskans och patientens perspektiv som har integrerats i en löpande text för att göra det så intressant och lättläst som möjligt och för att skillnaderna skulle bli tydliga mellan de olika perspektiven. Figuren nedan beskriver sjuksköterskans respektive patientens perspektiv på kommunikationen om sexuell hälsa vilket representeras av pilarna. I mitten visas de tre huvudkategorierna som framkom under analysen och ska representera de bådas perspektiv gällande behovet av kommunikation, de hinder som de kände till kommunikation samt vilka möjligheter som de såg gällande kommunikationen.



Figur 1: Sjuksköterskans och patientens perspektiv på kommunikation om sexuell hälsa.

Behovet av kommunikation om sexuell hälsa

Sjuksköterskor ansåg att sexuell hälsa var en del av omvårdnaden samt en viktig del i många människors liv. Därför ansåg de att alla aspekter inom sexuell hälsa borde uppmärksammas och vara en viktig del i det holistiska tankesättet i omvårdnaden av patienten (Gott et al., 2004; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Haboubi & Lincoln, 2003; Stead et al., 2003). Många patienter upplevde däremot att informationen rörande sexuell dysfunktion vid annan sjukdom som påverkar den sexuella hälsan var bristfällig eller att sjuksköterskan inte alls berörde ämnet (Rasmusson & Thomé, 2008; McMurray & Davies, 2006; Stead et al., 2003; Takahashi et al., 2008; Hordern & Street, 2007; Mosack & Steinke, 2009; Burns et al., 2007). Patienterna tyckte att deras sexuella hälsa var viktig även då de led av livshotande sjukdomar (Stead et al., 2003; Hordern & Street, 2007; Burns et al., 2007; Rasmusson & Thomé, 2008; Christopherson et al., 2006; Takahashi et al., 2008; Cox et al., 2008) och de hade ett stort behov av att samtala och kommunicera kring sexuella problem som uppstått eller kunde uppstå på grund av annan sjukdom/sjukdomsbehandling (Rasmusson & Thomé, 2008; McMurray & Davies, 2006; Cox et al., 2008; Stead et al., 2003; Christopherson et al., 2006; Hordern & Street 2007). Patienterna önskade att få all information som fanns tillgänglig kring sexuell hälsa (Rasmusson & Thomé, 2008; Burns et al., 2007; Stead et al., 2003; Christopherson et al., 2006; Takahashi et al., 2008), och den brist på information som de upplevde gjorde att de kände sig svikna och ignorerade av sjuksköterskorna när de sökte hjälp och stöd i sin situation (Hordern & Street, 2007).

Patienterna hade olika behov angående kommunikationen om sexuell hälsa. De ville gärna veta om förändringar i sexuell funktion kunde förväntas och andra undrade när de kunde återuppta sin tidigare sexuella aktivitet och i vilken utsträckning efter behandlingen av sin sjukdom (Mosack & Steinke, 2009). Det fanns även patienter som uttryckte behovet av att få prata med andra i samma situation (Rasmusson & Thomé, 2008).

Hinder för kommunikation om sexuell hälsa

Förförståelse och attityder

Patienterna ansåg att den sexuella hälsan var viktig trots livshotande sjukdom i motsats till sjuksköterskorna som trodde att patienterna inte upplevde den sexuella hälsan som något viktigt då patienterna led av allvarliga sjukdomar som cancer och MS (Stead et al., 2003; Gott

et al., 2004; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Hordern & Street, 2007). Sjuksköterskor tog därför mycket sällan initiativ till samtal kring sexuell hälsa (Gott et al., 2004; Stead et al., 2003; Higgins, Barker & Begley, 2006a; Haboubi & Lincoln, 2003) vilket stod i kontrast till patienterna som ville att det var sjuksköterskan som skulle ta upp ämnet (Rasmusson & Thomé, 2008; McMurray & Davies, 2006; Cox et al., 2008; Stead et al., 2003; Christopherson et al., 2006; Hordern & Street, 2007). Däremot diskuterade en del sjuksköterskor gärna ämnet om patienten själv tog upp det (Gott et al., 2004; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009).

Etniskt ursprung uppgavs också kunna utgöra ett hinder. Sjuksköterskorna upplevde att det existerade attitydskillnader mellan sjuksköterskan och patienten utifrån etnisk härkomst vilket upplevdes som ett hinder till diskussion. Andra etniciteter ansågs inte var lika liberala och öppna som den västerländska (Gott et al., 2004);

There was a common perception that sex was something that was less openly discussed by people from certain Black and ethnic minority groups (Gott et al., 2004 s. 532).

En del sjuksköterskor ansåg att de flesta patienter ändå var för gamla för att vara sexuellt aktiva att det inte var någon idé att föra diskussioner kring ämnet (Stead et al., 2003) Vissa sjuksköterskor såg inte sina patienter som människor med sexuella behov (Higgins, Barker & Begley, 2006a; Hordern & Street, 2007). Det fanns också en attityd att det inte var sjuksköterskans ansvarsområde utan de hänvisade till andra professioner (Stead et al., 2003; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009). Inom psykiatri så undanhöll sjuksköterskor information om den negativa effekt som neuroleptisk medicin har på patientens sexuella hälsa för att få en bättre följsamhet till behandlingen. Sexuella negativa bieffekter av mediciner prioriterades lågt i förhållande till följsamheten som ansågs betydligt viktigare (Higgins, Barker & Begley, 2006a)

Genans

Sjuksköterskor ansåg att det var genant att prata om sexuell hälsa (Stead et al., 2003; Haboubi & Lincoln, 2003; Higgins, Barker & Begley, 2006a; Hordern & Street, 2007). Sexuell hälsa beskrevs av sjuksköterskor som ett tabubelagt ämne att kommunicera kring

(Stead et al., 2003; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Higgins, Barker & Begley, 2006a). Sjuksköterskorna menade att patienten kunde uppfatta det som erotiskt att föra upp sexuell hälsa till diskussion och därmed försätta både sjuksköterskan och patienten i obekvämlig situation (Higgins, Barker & Begley, 2006a). Sjuksköterskorna uppgav att det var mer generande att ta upp frågan om sexuell hälsa om patienten var av annat kön än sjuksköterskan själv (Gott et al., 2004; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou 2009). Likaså ansåg sjuksköterskorna att det var mer generande ju äldre patienten var. Dessutom inverkade ålderskillnaden mellan sjuksköterskan och patienten: ju större ålderskillnaden mellan patienten och sjuksköterskan var, desto svårare upplevde sjuksköterskan det vara att lyfta fråga (Stead et al., 2003; Haboubi & Lincoln, 2003; Gott et al., 2004; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009). Om det ändå fanns en risk att ämnet togs upp av patienten så försökte sjuksköterskan att kringgå eller byta ämne och/eller uttrycka sig i vaga ordalag (Hordern & Street, 2007).

We are comfortable talking about dry mouth, we are not comfortable when we are talking about dry vaginas, let's face it . . . so we are not going to talk to them about problems in terms of side effects of their medication .
(Higgins, Barker & Begley, 2006a s.440)

Prioritet och Resursbrister

Kommunikation om sexuell hälsa prioriterades lågt för att sjuksköterskan upplevde att sådana samtal kunde ta för mycket tid i anspråk (Gott et al., 2004; Stead et al., 2003; Haboubi & Lincoln, 2003; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Hordern & Street, 2007) och att andra medicinska problem hade högre prioritet (Stead et al., 2003; Gott et al., 2004; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009).

En av orsakerna till att sjuksköterskan inte initierade till samtal om sexuell hälsa uppgavs vara att om problem identifierades så fanns ändå inte tillräckligt med resurser för stöd och hjälp till patienten (Stead et al., 2003; Gott et al., 2004) och ett annat skäl var att de upplevde sin arbetsbelastning allt för hög för att hinna med problem rörande den sexuella hälsan (Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009). Patienterna upplevde också att sjuksköterskan inte hade tid vilket fick till följd att de undvek att ställa frågor kring sin sexuella hälsa (Rasmusson & Thomé, 2008; Burns et al., 2007).

Sjuksköterskorna uppgav att deras kunskap om sexuell hälsa var bristfällig. De ansåg sig inte ha tillräckliga kunskaper och/eller erfarenheter, vilket fick till följd att de kände sig osäkra, både gällande den somatiska kunskapen om sexuell hälsa och kommunikationsförmågan (Stead et al., 2003; Haboubi & Lincoln, 2003; Gott et al., 2004; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009).

Patienterna ville ha ett personligt möte med sjuksköterskan för att samtala och kommunicera om sexuell hälsa då de hade en sjukdom som kunde påverka den sexuella hälsan (Mosack & Steinke, 2009), men både sjuksköterskor och patienter upplevde sjukhuset som en negativ miljö för att diskutera sexuell hälsa i. Bristen på enskildhet/avschildhet som förekommer inom ett sjukhus upplevdes som negativ (Hordern & Street, 2007; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Burns et al., 2007).

Möjligheter till kommunikation om sexuell hälsa

Det fåtal sjuksköterskor som öppet diskuterade sexuell hälsa med sina patienter, uppgav att de gjorde så för att det ingick i jobbet och att de var bekväma i situationen. Vidare så uppgav sjuksköterskor som öppet diskuterade sexuell hälsa med patienten att de såg sex som en kroppslig funktion som vilken annan som helst och kände sig självsäkra nog att ta upp frågorna (Stead et al., 2003). För patientens del var det viktigt att sjuksköterskan ingav förtroende och att de hade ett bra bemötande (Rasmusson & Thomé, 2008; Gott et al., 2004). Sjuksköterskorna ville ha mer tid till förfogande för att kunna etablera en god relation till patienten. En god relation ansåg de vara en grundförutsättning för att kunna kommunicera om sexuell hälsa (Gott et al., 2004; Stead et al., 2003; Haboubi & Lincoln, 2003; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009). De patienter som befunnit sig hemma och fått telefonrådgivning kände sig bekväma och ansåg att de fått en bra relation till sjuksköterskan och fann det lätt att prata om sexuell hälsa över telefonen (Cox et al., 2008).

Utbildning och träning i kommunikation om sexualitet var eftersökt av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal och de kände att det skulle göra dem mer benägna att ta upp frågor angående sexuell hälsa (Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Haboubi & Lincoln 2003; Moore Foley & Warren 2006; Gott et al. 2004). Något som kunde bryta isen

och göra samtalet om sexuell hälsa mindre genant var att ge patienten skriftlig information och utgå från den (Gott et al., 2004). Det var för patienterna viktigt vid vilken tidpunkt som informationen gavs och att det fanns tillräckligt med avsatt tid vid informationstillfället (Burns et al., 2007). Önskemål om när informationen skulle ges skiljde sig dock åt mellan patienterna, det vill säga före, under eller efter behandling (Burns et al., 2007; Rasmusson & Thomé, 2008).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som valdes var att genom sökningar i relevanta databaser finna ett material som kunde svara till syfte. Studien ska inte ses som ett komplett och fullständigt täckande av allt material som motsvarade syftet vid tidpunkten för insamlandet. Intentionen var dock inte att göra en heltäckande och systematisk litteraturstudie, utan att studien skulle vara en allmän litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2008). En del av sökstrategin utfördes genom att prova olika sökord och jämföra sökresultaten som dessa sökord gav med vårt syfte. Dessa sökord användes sedan för att finna relevant litteratur. Relevanta sökord valdes även ut genom att i artiklarna finna nyckelord (Polit & Beck, 2008).

Andra sökord såsom sexual health i kombination med övriga sökord provades också, men då blev resultatet att övervägande del av sökresultatet gav artiklar som inte svarade mot syftet så som AIDS, sexuell prevention och graviditet. Istället valdes ett sökordet sexual dysfunction vilket preciserade sökningsresultatet bättre i förhållande till vårt syfte då vi ämnade belysa kommunikation om sexuell hälsa vid sjukdom som kunde påverka den sexuella hälsan negativt, det vill säga, sjukdom som kan orsaka sexuell dysfunktion. I artiklarna användes oftast begreppet sexual health vid diskussion kring sexuell dysfunktion då detta innefattades i begreppet sexuell hälsa och vi kan då med sexual dysfunction eller en kombination med andra sökord eventuellt ha missat några artiklar som kunde ha svarat mot syftet. Vi kan även ha missuppfattat statistik i artiklarna och vårt modersmål är inte heller engelska varvid språkliga och statistiska missförstånd av artiklarna eventuellt kan ha skett. Dessa fel kan naturligtvis ha begåtts, men vi tror inte att sådana fel nämnvärt kan ha inverkat på resultatets giltighet.

Sexuell ohälsa drabbar både män och kvinnor vilka finns representerade bland patientgruppen i resultatet. Dock är kvinnor kraftigt överrepresenterade i sjuksköterskekategorierna vilket troligtvis beror på att de som arbetar som sjuksköterskor oftast är kvinnor. Sjuksköterskorna som grupp måste då ändå sägas vara representativt för populationen då de flesta inom denna yrkesgrupp ändå är kvinnor. I en del av artiklarna fanns ibland vissa andra professioner förutom sjuksköterskor representerade, såsom läkare, psykiatrer och socialarbetare. Andra yrken kan finnas representerade i artiklarna. Vi har dock inte använt oss av resultat som till största del bygger på andra professioners perspektiv på kommunikationen om sexuell hälsa, utan vi har integrerat resultat där populationen har varit till övervägande del (> 80 %) bestående av sjuksköterskor.

Artiklarna som användes till resultatet granskades utifrån Forsberg och Wengström (2008) granskningsmall. Olika graderingar sattes utifrån hur väl artiklarna svarade mot denna mall. Graderingarna var utifrån vår tolkning av hur väl frågorna i mallen kunde besvaras utifrån de enskilda artiklarna. Andra kan tolka samma artikel med samma granskningsmall på ett annat sätt. Graderingarna som användes var låg, medel och hög kvalitet vilket redovisas i artikelöversikten (se bilaga 1) (a.a.).

För att få en överblick och för att analysera materialet delades resultatet in i tre huvudkategorier: *Behovet av kommunikation*, *Hinder för kommunikation om sexuell hälsa* samt *Möjligheter till kommunikation om sexuell hälsa*. Inget av dessa kategorier är vattentäta skott utan resultat som analyserats kan passa in i alla dessa kategorier samtidigt eller falla mellan dessa kategorier. Detta problem skriver också Lundman och Granheim (2008) om som menar att när det gäller människors perspektiv och upplevelser så kan det vara svårt att finna data som endast kan passa in i en kategori och/eller material som inte faller mellan två kategorier.

Kulturella skillnader kan naturligtvis ha påverkat resultatet. Vi har inte artiklar från alla länder i världen, men att det kanske kan vara en förförståelse att det finns kulturella skillnader. Det kan vara så att sexualitet är generande eller ogenerade allmänmänskligt därför kan vi inte med säkerhet överföra resultatet till alla kulturer i världen och inte heller med säkerhet säga att det inte skulle gå att överföra resultatet. Kanske är resultatet överförbart i så kallade västerländska

länder på grund av att populationen som undersökts i artiklarna i stor utsträckning utförts i västerländska länder, som Storbritannien, USA, Grekland, Sverige, Irland och Australien. Det enda land som inte skulle kunna räknas till västerländskt var Japan där en av studierna gjordes. Oavsett i vilket land som studien utförts i var resultatet liknande och resultatet i artiklarna som motsvarade syftet med vår studie var samstämmigt, det vill säga att artiklarnas resultat i stort sätt var detsamma. Därför anser vi att reliabiliteten är förhållandevis hög med tanke på att den bygger på ett begränsat material.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskans, respektive patientens perspektiv på kommunikation om sexuell hälsa vid sjukdom. Ett övergripande fynd i studien var en tydlig bristande överensstämmelse mellan patient- och sjuksköterskeperspektiven på kommunikationen angående patientens sexuella hälsa vid sjukdom.

Sjuksköterskorna var inte så villiga att diskutera och ta upp patientens sexuella hälsa till skillnad från patienten som gärna ville att det skulle tas upp. Även om sjuksköterskorna delade patienternas syn på att den sexuella hälsan var en viktig del i en människas liv så tog sjuksköterskan sällan initiativ till kommunikation om sexuell hälsa. Patienterna däremot väntade sig att sjuksköterskan skulle initiera kommunikation. Brist på kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten var tydlig. Henson (2002) har genom en litteraturöversikt gällande kvinnor med bröstcancer påvisat samma resultat. I en artikel beskriver hon hur bröstcancer och behandlingen av den påverkade kvinnors sexualitet och hur viktig den sexuella hälsan var för kvinnorna själva trots sin svåra sjukdom. Även i denna studie var ett delresultat att patienterna gärna ville att sjuksköterskorna initierade samtal om sin sexuella hälsa på grund av sin bröstcancer (a.a.).

Sjuksköterskorna upplevde och uttryckte att det fanns ett antal hinder för kommunikation. De mest signifikanta hindren var att sjuksköterskan upplevde resursbrister, så som tid, kunskap och erfarenhet. Sjuksköterskorna, i studien av Gott et al. (2004), upplevde att det fanns för lite tid till att bygga upp en tillräckligt bra relation till patienten som de ansåg krävdes om de skulle kunna ta upp ett så känsligt ämne som sexuell hälsa. Likaså fanns stöd för påståendet i nedanstående citat;

“No. Look, we don’t have time and the workload does not allow us to think about these issues. In order to talk with the patient about sexual issues, you need time, personnel, privacy” (Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009 s. 2128)

Också patienterna kände av att sjuksköterskorna hade brist på tid till kommunikation kring sexuell hälsa;

“If I have a question, I have no idea to whom I shall direct it; everyone is so occupied with acute problems”. (Rasmusson & Thomé, 2008 s. 215)

Bristen på tid har även i andra studier uppgetts vara en signifikant faktor till varför den sexuella hälsan inte adresserats av sjuksköterskan. Ju mindre tid sjuksköterskans upplevde fanns till kommunikation, desto lägre prioriterades kommunikation om sexuell hälsa. (Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki, 2009; Henson, 2002; Green & Kodish, 2009)

Sjuksköterskor upplevde att de hade för lite kunskap om somatiska orsaker till sexuell ohälsa varvid de ansåg sig inte vara kompetenta nog att kunna ge råd och stöd till patienten i denna fråga. Inte heller ansåg de sig ha tillräckliga erfarenheter/kunskaper beträffande sin kommunikationsförmåga (Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki, 2009; Henson, 2002; Green & Kodish, 2009; Higgins, Barker & Begley, 2006b). Sjuksköterskorna ville ha konkreta tips hur de skulle kunna ta upp sexuell hälsa vid annan sjukdom (Green & Kodish, 2009). Det som eftersöktes av sjuksköterskorna var mer utbildning i olika tekniker för att kommunicera vilket kunde ge dem redskap till att diskutera och initiera samtal om sexuell hälsa med patienterna. Den positiva inverkan som utbildning i kommunikationsteknik har bekräftats i Charlton et al. (2008) studie om kommunikationsteknikers påverkan på patienter behandlingsresultat. Genom att utbilda sjuksköterskorna i kommunikationsteknik förbättrades omvårdnaden av patienterna. Patienterna kände sig mer nöjda med omvårdnaden och hade en bättre följsamhet i behandlingen och patienternas totala hälsa förbättrades (a.a.).

Ytterligare hinder till kommunikationen var sjuksköterskorna attityder. En attityd var att det var någon annan professions ansvar att ta upp den sexuella hälsan till diskussion (Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki, 2009). Hulter (2004) anser dock att sjuksköterskan är bäst lämpad att ta upp sexualitet till diskussion då hon/han oftast har mest kontakt med patienten och därmed har bättre förutsättningar att skapa en bra relation som möjliggör en god kommunikation vilket i sin tur öppnar för samtal kring detta ämne. Patienterna som intervjuades i studien av Rubin (2005) ansåg också att det var sjuksköterskan som var bäst lämpad att kommunicera om sexuell hälsa då det var enklare att tala med en sjuksköterska än med andra professioner inom vården. Travelbee (2002) ansåg att sjuksköterskan måste kunna hantera alla omvårdnadssituationer. Det innebär inte att sjuksköterskan alltid är bäst lämpad att ta uti med patientens problem, men om sjuksköterskan hänvisar till en annan profession så ska sjuksköterskan genom uppföljning förvissa sig om att patienten fått adekvat hjälp (a.a.).

Alla människor har förförståelse vilket i sjuksköterskeyrket kan få negativa konsekvenser i omvårdnaden av patienten. Vårt resultat tyder på att förförståelse existerar hos sjuksköterskor angående patienternas sexualitet. Förförståelse att gamla människor inte är sexuellt aktiva, förförståelsen om människor från andra kulturer än sjuksköterskans egen inte diskuterar sexualitet och att patienten inte ansågs vara en människa med sexuella behov, framkom i många artiklar. Även andra studier än de som bildar vårt resultat styrker påståendet att attityder och förförståelse om patienters sexualitet finns hos sjuksköterskan och att dessa skapar hinder till kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan (Hordern, 2008; Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki, 2009; Magnan, Reynolds & Galvin, 2005). Attityden att äldre inte är sexuellt aktiva är troligtvis en förförståelse vilket också framkommer i studien av Bergmark et al. (1999) som baserade sin forskning på kvinnor mellan 26 år och 80 år med vaginal cancer. De fann att sexuell hälsa och sexualitet var viktigt och att äldre var sexuellt aktiva. Det fanns inte någon övre gräns beträffande ålder vid vilken sexualitet inte längre var viktig (a.a.). Ovanstående barriärer får konsekvensen att adekvat omvårdnad ej kommer till stånd i och med att kommunikation uteblir på grund av sjuksköterskans förförståelse.

Genansen att ta upp ett sådant ”känsligt ämne” är en annan röd tråd som framkommit i flera av studierna. Det är framförallt sjuksköterskor som har uppgett att genans är ett hinder för kommunikationen om sexuell hälsa. Frågan är om inte nästan alla hinder som

sjuksköterskorna uppger till stor del är ett sätt att slippa ta upp den generande frågan om patienternas sexuella hälsa. Alltså att dessa hinder troligtvis är ett försvar mot att ta upp det generande ämnet. Detta är vår tolkning av resultatet, men ett liknande resonemang förs av författaren Shirley Reveley (1999) som även gör tolkningen att många av hindren till kommunikation om sexuell hälsa som sjuksköterskorna uppger inte är annat än ett försvar mot att ta upp ämnet. Ett annat rimligt antagande är att patienterna troligtvis också känner en viss genans, men det är dock inget som framkommit tydligt i resultatet. Patienterna uttryckte att de ville kommunicera men tog inte upp ämnet. Kanske detta tyder på att även patienterna känner genans?

Den tydliga bristen på kommunikation om sexuell hälsa som alla hinder ger upphov till får konsekvensen att vården inte kan bedrivas utifrån patientens behov som det står i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som säger att vården ska ske i samråd med patienten och vara individanpassad. Travelbee (2002) betonar också vikten av en bra kommunikation för att skapa en mellanmänsklig relation och anser att kommunikationen är sjuksköterskans främsta verktyg för en god omvårdnad. Sjuksköterskans kommunikation med patienten har, förutom att skapa en mellanmänsklig relation, även ett annat syfte. Den ska också utröna behovet av omvårdnad. Bristen på kommunikation får konsekvenser att patientens omvårdnadsbehov inte tillgodoses och att en holistisk människosyn som sjuksköterskorna beskrivit som viktig i omvårdnaden uteblir. Sjuksköterskan ser inte patienten som en hel människa med känslor och behov. Travelbee (2002) beskriver detta som att sjuksköterskan avhumaniserar människan och objektifierar individen bakom begreppet patient vilket distanserar sjuksköterskan och patienten. Denna process kallar hon för människoreduktionsprocessen. Den mest vanliga känslomässiga responsen på avhumaniseringen är frustration och vrede vilket också patienterna i Hordern och Streets (2007) studie ger uttryck för, även i McMurray & Davies (2006) studie så uttrycker patienterna sin frustration över utebliven kommunikation.

Slutsats

Vems ansvar är det då att lyfta frågan? Vår slutsats är att det är sjuksköterskans ansvar, vilket vi finner stöd för i Socialstyrelsens *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor* (2005-105-1, s. 11). Sjuksköterskan ska: ”Ha förmåga att uppmärksamma patienter som ej själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov”

(Socialstyrelsen, 2005-105-1, s. 11). Det åligger således en sjuksköterska att uppmärksamma patientens behov och att ta initiativet till kommunikation. Troligtvis blir det lättare för sjuksköterskan att kommunicera om sexuell hälsa om hon/han känner sig väl utbildad i kommunikationstekniker och i sexologi. Vi tror att utbildning i kommunikationstekniker och sexologi under sjuksköterskeutbildningen och i vidareutbildning under anställning kan ge denna säkerhet. Å andra sidan är det kanske inte bara utbildning som behövs? Frågan är vad som skulle kunna få sjuksköterskan mer benägen att kommunicera om sexuell hälsa? Detta anser vi skulle vara intressant att forska vidare i och vi ser ett stort behov av ytterligare forskning.

REFERENSER

* = artiklar som ingår i resultatet

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

Bergmark, K., Åvall-Lundqvist, E., Dickman, P.W., Henningsohn, L. & Steineck, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 340(18), May 1999, pp. 1383-1389

*Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B. & Davidson, S. (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: An exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care*. Vol. 16(4), Jul 2007, pp. 364-372

Charlton, C.R., Dearing, K.S., Berry, J.A. & Johnson, M.J. (2008). Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: An integrated literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Vol. 20(7), Jul 2008, pp. 382-388

*Christopherson, J.M., Moore, K., Foley, F.W. & Warren, K.G. (2006). A comparison of written materials vs. materials and counselling for women with sexual dysfunction and multiple sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 15(6), Jun 2006, pp. 742-750

*Cox, A., Bull, E., Cockle-Hearne, J., Knibb, W., Potter, C. & Faithfull, S. (2008). Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: A psychosocial perspective. *European Journal of Oncology Nursing*. Vol. 12(5), Dec 2008, pp. 412-417

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur. S.115-123
- Fugel-Meyer, K.S. (2002). Samtalsbehandling vid nedsatt sexuell förmåga. I Lundberg, P-O. (Red.). *Sexologi*. Stockholm:Liber. S. 371-377
- *Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. & Elford, H. (2004). "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*. Vol. 21, No 5, pp. 528-535
- Green, R. & Kodish, S. (2009) Discussing a sensitive topic: Nurse practitioner's and physician assistants' communication strategies in managing patients with erectile dysfunction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. No. 21, pp. 698-705
- *Haboubi, N.H.J. & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*. Vol. 25(6), Mar 2003, pp. 291-296
- Henson, K.H. (2002). Breast cancer and sexuality. *Sexuality and disability*. Vol. 20(4), pp. 261-275
- *Higgins, A., Barker, P. & Begley, C.M. (2006a). Iatrogenic sexual dysfunction and the protective withholding of information: In whose best interest? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 13(4), Aug 2006, pp. 437-446
- Higgins, A., Barker, P. & Begley, C.M. (2006b). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*. No. 12, pp. 345-351
- Hordern, A., (2008). Intimacy and sexuality after cancer: a critical review of the literature. *Cancer Nursing*. Vol. 31(2), pp. 9-17

- *Hordern, A.J. & Street, A.F. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives. *Social Science & Medicine*. Vol. 64(8), Apr 2007, pp. 1704-1718
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C. & Patiraki, P. (2009). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Support Care Cancer*. No. 17, Jan 2009, pp. 479-501
- Lundberg, P-O. (2002). Förändrad sexuell lust och förmåga. I Lundberg, P-O. (Red.). *Sexologi*. Stockholm: Liber (s.273-276)
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. S.159-172
- Magnan, M.A., Reynolds, K.E. & Galvin, E.A. (2005) Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg Nursing*. Vol. 14(5), Oct 2005, pp. 282-289
- *McMurray, M. & Davies, M. (2006). What do men with diabetes and erectile dysfunction think about the services they receive? *Practical Diabetes International*, Vol. 23(4), May 2006, pp. 153-156
- *Mosack, V. & Steinke, E.E. (2009). Trends in sexual concerns after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 24(2), Mar-Apr 2009, pp. 162-170
- *Nakopoulou, E., Papaharitou, S. & Hatzichristou, D. (2009). Patients' sexual health: A qualitative research approach on Greek nurses' perceptions. *Journal of Sexual Medicine*. Vol. 6(8), Aug 2009, pp. 2124-2132

- Nobis, R., Sandén, I. & Elofsson, K. (2007). Masculinity and urogenital cancer: Sensitive issues in health care. *Contemporary Nurse*. Vol. 24(1), pp. 79-88
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008) *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- *Rasmusson, E-M. & Thomé, B. (2008). Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Journal of Sexual Medicine*. Vol. 6(8), Aug 2009, pp. 2124-2132
- Reveley, S. (1999) Working with others: the nurse practitioner and role boundaries in primary health care. I Walsh, M., Crumbie, A. & Reveley, S. (red) *Nurse practitioner: clinical skills and professional issues*.
- Rubin, R. (2005). Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis. *Nursing Standard*. Vol. 19(24), Feb-Mar 2005, pp. 33-37
- *Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L. & Selby, P. (2003). lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*. Vol. 88(5), pp. 666-671
- *Takahashi, M., Ohno, S., Inoue, H., Kataoka, A., Yamaguchi, H., Uchida, Y., Oshima, A., Abiru, K., Ono, R. & Kai, I. (2008). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-Oncology*. No. 17, pp. 901-907
- Travelbee, Joyce (2002) *Mellammenneskelige aspekter i sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard Danmark.

WHO (2006) *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.* (Elektronisk) Tillgänglig:
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf> (2010-01-29).

Bilaga 1

Artikelöversikt

Artikel 1	
Författare	Gott, Galena, Hinnchiff & Eldford
Titel	”Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care
Syfte	Syftet var att identifiera barriärer som kan ligga ivägen för en god kommunikation mellan sjuksköterska/läkare - patient gällande patientens sexuella hälsa för att förbättra kommunikationen inom detta område
Urval Datainsamlingsmetod	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer med 22 (13 män 9 kvinnor) läkare och 35 (kvinnor) sjuksköterskor inom primärvården i och runt Sheffield Alla läkare och de 35 första sjuksköterskorna som var villiga att delta i studien inkluderades
Genomförande Analys	Intervjuerna varade 45 till 90 min och innehöll olika teman inom området sexuell hälsa i Intervjuerna transkriberades och ovanstående teman användes som kategorier
Land/År	Storbritannien. 2004
Resultat	Primärvårdens roll för vården av den sexuella hälsan identifierades. Sexualitet är ett känsligt ämne att ta upp till diskussion och studien fann en rad hinder/barriärer som ssk/läk kände som hinder för att diskutera den sexuella hälsan med patienterna. Möjliga strategier för att få en bättre kommunikation gällande den sexuella hälsan. Tar upp olika barriärer som ssk/läk känner inför att ta upp frågan om den sexuella hälsan samt olika strategier för att komma tillrätta med barriärerna.
Kvalitet	Hög

Artikel 2	
Författare	Haboubi, Lincoln
Titel	Views of health professionals on discussing sexual issues with patients
Syfte	Syftet var att undersöka vårdpersonalens syn på att diskutera sexuella frågor med patienterna.
Urval Datainsamlingsmetod	Kvantitativ studie. Personal inom vården fick svara på en enkät som skickats ut till dem och som de sedan fick returnera. Fyra veckor senare skickades en dubblett av enkäten ut till ett slumpmässigt urval av respondenter
Genomförande Analys	En pilotstudie med 30 deltagare genomfördes innan denna studie genomfördes. Totalt skickades 1323st enkäter ut via interposten. 824 svar mottogs, 11 av dem fick kasseras pga. kodningen blivit fel. Resterande 813st analyserades
Land/År	Storbritannien, 2003
Resultat	90 % av deltagarna ansåg att sexuella frågor var en viktig del av ett holistiskt synsätt gällande patienten, men 86 % ansåg att de var för dåligt utbildade att ta upp sådana frågor och 94 % ansåg att det var osannolikt att de skulle ta upp sexuella frågor med patienterna. Skillnader mellan manlig och kvinnlig personal samt mellan yngre och äldre när det gällde hur de såg på att diskutera sexuella frågor med patienter.
Kvalitet	Hög

Artikel 3	
Författare	Rasmusson & Thomé
Titel	Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease
Syfte	Syftet var att undersöka kvinnors behov och önskning gällande kunskap om sexualitet och relationer i samband med gynekologisk cancer.
Urval Datainsamlingsmetod	Kvalitativ studie. Intervjuer med kvinnor efter att deras behandling mot gynekologisk cancer genomförts utifrån ett kvalitativ metod. 22 kvinnor tillfrågades om att delta i studien varav 11 valde att delta. Populationen hade ett åldersspann mellan 35-70 år.
Genomförande Analys	En intervjuguide användes som framtagits genom en pilotstudie. Intervjuguiden användes för att kunna intervjua utifrån teman och öppna frågor ställdes. Intervjuerna ägde rum 6-8 veckor efter avslutad behandling och transkriberades efter inspelning. Deltagarna fick information om studien och att det var frivilligt att delta och att de behandlades konfidentiellt. Materialet lästes flera gånger och texten bröts ned i små enheter. Dessa enheter kategoriserades vidare i underkategorier som sammanställdes under huvudkategorier som sedan illustrerades i en tabell.
Land/År	Sverige, 2008
Resultat	Två huvudkategorier identifierades; Frånvaron av kunskap om den egna kroppen och konversationen kring sexualiteten. Den förstnämnda huvudkategorin innehöll subkategorier såsom; Oro rörande kroppslig förändring. Oro och förändrad syn på den egna kroppen. Välbefinnande och sexualitet. Tankar om framtiden. Subkategorier i den andra huvudkategorin var; Behovet av information. Relationen till partner. Slutsats; Behovet av information och kommunikationen gällande sexualiteten är av vikt och är för tillfället inadekvat Ur ett pat perspektiv. Dock inte direkt efter diagnostisering utan en tid efter
Kvalitet	Medel

Artikel 4	
Författare	Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou
Titel	Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions
Syfte	Att utforska uppfattningar om sexuell hälsa och hur dessa kan hämma eller förstärka grekiska sjuksköterskors förmåga att införliva sexuell hälsa i den dagliga verksamheten
Urval Datainsamlingsmetod	Kvalitativ undersökning genom fokusgrupper bestående av 44 grekiska sjuksköterskor som delades upp i 7 fokusgrupper med 6-8 deltagare i varje grupp i vilka det diskuterades .
Genomförande Analys	Sessionen varade 60-90 minuter. De spelades och transkriberades. För att analysera materialet användes "Ground Theory" varvid transkriptionerna lästes upprepade gånger för att få fram och definiera olika koder som sedan ordnas i olika kategorier. Materialet transkriberades, lästes och analyserades av två olika forskare.
Land/År	Grekland, 2009
Resultat	Resultatet resulterade i tre huvudkategorier där den första är den subjektiva perceptionen av sexuell hälsa. Sexuell hälsa är avhängigt av individuella behov och erfarenheter. Den andra huvudkategorin var Diskussionen kring sexuell hälsa och i denna kategori togs barriärer som ssk känner upp. Den tredje och sista huvudkategorin rör utbildningsbehovet och praktisk träningsbehovet
Kvalitet	Medel

Artikel 5	
Författare	Hordern & Street
Titel	Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives.
Syfte	Att presentera utformningen av intimitet och sexualitet i cancer och palliativ vård, ifrån patienten och hälso- och sjukvårdspersonal perspektiv, i ett försök att få insikt i skapande av detta tabu i den kliniska praktiken.
Urval Datainsamlingsmetod	Kvalitativ studie med en reflexiv ansats. Semistrukturerade intervjuer av 50 patienter och 32 vårdpersonal samt återkoppling från forumsgupper (7st pat-forumgrupper och 8st vårdpersonalsgrupper) gällande det preliminära materialet från intervjuerna och 33 st textanalyser av riktlinjer för palliativ och cancervård.
Genomförande Analys	Data analyserade med stöd och genom ett raster av Giddens teoretiska begrepp: reflexivitet, intimitet och sexualitet.
Land/År	Australien, 2007
Resultat	Patienternas förväntningar på vården beträffande hjälp, stöd och råd rörande sexualitet och intimitet efter diagnostiserad cancer uppfylldes inte. Vårdpersonalen var inte lika reflexiv beträffande sexualitet och intimitet som patienterna själv hade, utan hade en mer medicinsk syn på begreppen och patienten. Inkongruensen mellan patienten och vårdpersonal var signifikant i fråga om sexualiteten och intimiteten efter sjukdomsinträffandet.
Kvalitet	Hög

Artikel 6	
Författare	Christopherson et al.
Titel	A comparison of written materials vs. Materials and counselling for women with sexual dysfunction and MS.
Syfte	Syftet var att undersöka proaktiv och interaktivt behandling av SD hos kvinnor med diagnosen MS. Hypotes: Att stöd via rådgivning, litteratur, telefon- och personligt möte vid SD av MS-ssk ger bättre resultat än endast skriftlig info
Urval Datainsamlingsmetod	Kvantitativ studie av 62 kvinnor med multipel sclerosis som inbjöds att delta i studie och delades slumpmässigt in i två grupper. Grupp 1 fick skriftlig information om primär, sekundär och tertiär sexuell dysfunktion och grupp två fick förutom den skriftliga informationen även vid tre tillfällen rådgivning av en sjuksköterska.
Genomförande Analys	De två grupperna fick besvara enkät som mätte deras sexuella dysfunktion och de båda grupperna jämfördes sinsemellan och över tid
Land/År	Kanada, 2006
Resultat	Båda grupperna hade likvärdig och signifikant minskning av primär sexuell dysfunktion och kvinnorna välkomnade interventionen och fann det befriande att prata om sexuell dysfunktion.
Kvalitet	Medel

Artikel 7	
Författare	Higgins, Barker & Begley
Titel	Iatrogenic sexual dysfunction and the protective with-holding of informatio:In whose best interest?
Syfte	Syftet med denna studie var att undersöka hur psykiatriska sjuksköterskor svarade på frågor om sexualitet i praktiken. Detta paper rapporterar resultaten i relation till hur vårdpersonalen behandla biverkningar av läkemedel som påverkar den sexuella funktionen”
Urval Datainsamlingsmetod	Kvalitativ studie utifrån ”Grounded Theory” Djupintervjuer med 27 ssk som arbetade på psykiatrisk vårdavdelning. Intervjuerna varade 50 min till 2 timmar och transkriberades..
Genomförande Analys	De transkriberade texterna lästes och texterna kodades för att finna kategorier
Land/År	Irland, 2006a
Resultat	Sjuksköterskorna dolde för patienterna den sideffekt som neuroleptika har gällande den negativa effekten på den sexuella funktionen. Detta gjordes ur ett paternalistiskt synsätt då ssk ansåg att denna effekt på den sexuella funktionen var underordnat den positiva effekten på pat psyke som den var ämnat att verka på och detta för att få en så bra compliance som möjligt
Kvalitet	Medel

Artikel 8	
Författare	Cox et al.
Titel	Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: A psycho-social perspective
Syfte	Syftet var att utvärdera sjuksköterskeledd telefonrådgivning och telefonuppföljningen efter ovariecancer
Urval Datainsamlingsmetod	Kvantitativ studie. 46 kvinnor svarade på en enkät om hur de upplevt telefonrådgivningen
Genomförande Analys	Enkäterna analyserades genom SPSS
Land/År	Storbritannien, 2008
Resultat	De flesta var väldigt nöjda med telefonrådgivningen och 41 % tog upp frågor kring sexuella frågor och kände sig komfortabla med denna form av rådgivning.
Kvalitet	Medel

Artikel 9	
Författare	Takahashi et al.
Titel	Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients.
Syfte	Syftet var att studera bröstcancerpatienters förändring beträffande sexuella vanor efter att de genomgått ett kirurgiskt ingrepp och deras behov av information gällande deras sexualitet efter ingreppet
Urval Datainsamlingsmetod	Kvantitativ studie. En anonym, tvärsnittsundersökning medelst enkät av 85 patienter, som var utan återfall och rapporterades vara sexuellt aktiva innan operation, analyserades.
Genomförande Analys	Enkäterna analyserades genom SPSS där olika variabler testades mot varandra för att finna olika förhållanden och korrelationer.
Land/År	Japan, 2008
Resultat	86% hade återupptaget sexuell aktivitet efter det kirurgiska ingreppet. Dock varierade tiden för återupptagandet, men mediantiden var 3,5 månader. Beträffande behovet av information gällande sexualitet var den stor och informationen som de ville ha var; vilka sexuella förändringar behandling kunde orsaka och olika parkommunikationstrategier .
Kvalitet	Medel

Artikel 10	
Författare	McMurray & Davies
Titel	What do men with diabetes and erectile dysfunction think about the services they receive?
Syfte	Syftet var att ta upp två frågeställningar. Vad har män med diabetes i Nordirland upplevt för stöd när det gäller svårigheter med den sexuella hälsan? Hur skulle dessa män vilja att tjänster/stödet förbättrades?
Urval Datainsamlingsmetod	Kvantitativ studie. 2048 medlemmar (män över 18 år). i Diabetes UK (NI) fick erbjudande om att delta i undersökningen genom att svara på ett anonymt semistrukturerat frågeformulär. Som skickades med post. 435 svarade.
Genomförande Analys	Frågorna berörde demografisk information samt att deltagarna skulle beskriva sin erfarenhet av stöd gällande erektil dysfunction och diabetes. De skulle även bistå med sina tankar om hur nuvarande stöd/tjänster kunde förbättras. Tankarna om förbättringar delades upp i kategorier och överkategorier. Etiskt godkännande gavs från verket för Regional Ethics committees. Alla deltagare fick brev om studiens syfte och att de garanterades anonymitet.
Land/År	Northern Ireland, 2006
Resultat	Medelåldern var 61(19-88). 37% hade typ 1 diabetes, 60,2% typ 2. 2,8% visste ej. Majoriteten var gifta eller sambos (77,4%) 80,3% hade aldrig fått ngn info rörande sexuell hälsa. Övriga hade vid ngt tillfälle fått detta. Av de som fått info var majoriteten nöjda el mkt nöjda. Av de som inte fått info var majoriteten missnöjda. En fråga rörde vilken/vilka person/er de önskade skulle ge stöd o råd vid ED. majoriteteten svarade doktorn (77,1%) ssk(vanlig el specialist) 45,7% Förslag på förbättringar var främst förbättrad kommunikation och tydligare information. Möjlighet att få psykologiskt o emotionellt stöd.
Kvalitet	Medel

Artikel 11	
Författare	Mosack & Steinke
Titel	Trends in sexual concerns after myocardial infarction.
Syfte	Syftet var att undersöka hjärtinfarktpatienters sexuella problem och indetifiera mönster av sexuella problem vid tidig, mitt och sen period av återhämtning.
Urval Datainsamlingsmetod	Kvalitativ studie. Data från tre tidigare studier av sexuella problem vid hjärtinfarkt användes. Totalt 302 patienter, både män och kvinnor. Tidsperiod 1995-2002.
Genomförande Analys	De transkriberade narrativa datan analyserades genom tematisk innehållsanalys. Begreppet sexuell integritet användes som mall och de tre bestämningsfaktorerna var egen identitet (self-identity), kommunikation och miljö
Land/År	USA, 2009
Resultat	Under kategorin self-identity kom det upp rädsla för en ny hjärtinfarkt, sexuell dysfunktion, fortsatta hälsoproblem och symptom som påverkade den sexuella aktiviteten. Under kommunikation kom bristen på information fram. Av dem som fick information var flertalet män. Flera upplevde informationen som bristfällig. Många deltagare ville ha ett personligt möte med sjukvårdspersonal för att diskutera sexuella problem.
Kvalitet	Medel

Artikel 12	
Författare	Burns, Costello, Ryan-Woolley & Davidson
Titel	Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an explorative study of women's sexuality
Syfte	Syftet var att undersöka kvinnors sexualitet två till tre år efter behandling av livmoderhalscancer
Urval Datainsamlingsmetod	Kvalitativ studie. Utfördes på ett sjukhus i nordvästra England 28 kvinnor över 18 som behandlats mot livmoderhalscancer två till tre år tidigare valdes ut från en databas med kvinnor från en tidigare studie. Av 28 tillfrågade deltog 13 i studien. Studien godkändes av lokal etisk kommitté.
Genomförande Analys	Semistrukturerade djupintervjuer utfördes med öppna frågor. Dessa varade mellan 25 och 55 min och spelades in och transkriberades. Fokus låg på kvinnornas subjektiva upplevelser. En deskriptiv Husserlian fenomenologisk design användes.
Land/År	Storbritannien, 2007
Resultat	Tre huvudteman kom fram. <i>*Kvinnorna upplevde fysiska effekter av behandlingen.</i> Så som blås- och tarmsymptom. <i>*Behandlingen hade negativ påverkan på sexualiteten.</i> Urinblåse- och tarmdysfunktion. Oro över sex. Minskad sexuell lust. Förändrad kroppsuppfattning. <i>*Majoriteteten klagade på bristande information när det gällde behandlingen och dess effekter.</i> Två huvudtema angående info. Långtidseffekter av beh på blås- o tarmfunktion. Samt kunskapen om behandlingens effekt på sexualiteten. Timing, miljö o relevans var tre huvudområden när det gällde informationsgivning. Bristande info angående sexualitet både före och efter behandlingen.
Kvalitet	Medel

Artikel 13	
Författare	Stead ML et al.
Titel	Lack of communication between health care professionals and women with ovarian cancer about sexual issues.
Syfte	Syftet var att identifiera nivån på tillgänglig information och sjukvårdspersonalens uppfattning om frågor rörande sexualitet samt personalens behov av utbildning.
Urval Datainsamlingsmetod	Kvalitativ studie. 27 sjuksköterskor och 16 läkare från tre olika sjukhus i England. 15 kvinnliga patienter från ett sjukhus.
Genomförande Analys	Semistrukturerade intervjuer. Svaren sammanfattades genom simple frequencies (enkla frekvenser) kvalitativa kommentarer sammanfattades. Data analyserades genom SPSS.
Land/År	Storbritannien, 2003
Resultat	Alla deltagare ansåg att frågor rörande sexualitet skulle diskuteras med patienterna. Majoriteten (81%) diskuterade dock inte detta med patienterna. Sjuksköterskornas ålder hade ingen betydelse. Majoriteten ansåg att det var någon annans ansvar att diskutera med pat. Deltagarna uppgav flera olika orsaker till varför de inte tog upp frågor kring sexualitet med patienterna. Majoriteten av pat. hade inte kommunicerat med sjukvårdspersonal om sexualitet. Majoriteten ville ha information och samtal med sjukvårdspersonal.
Kvalitet	Medel

Bilaga 2

Checklista

Kvalitativa artiklar

A. Syftet med studien?

- Vilken kvalitativ metod har använts?
- Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? Ja/Nej

B. Undersökningsgrupp

- Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? (Inklusions-och exklusionskriterier ska vara beskrivna) Ja/Nej
- Var genomfördes undersökningen?
- Urval: Finns det beskrivit var, när, och hur undersökningsgruppen kontaktades?
- Vilken urvalsmetod användes?
 - Strategiskt urval,
 - snöbollsurval,
 - Teoretiskt urval,
 - Ej angivet?
- Beskriv undersökningsgruppen(ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).
- Är undersökningsgruppen lämplig? Ja/Nej

C. Metod för datainsamling

- Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, vem, och i vilket sammanhang skedde datainsamlingen)? Ja/Nej
- Beskriv:
- Beskrivs metoderna för datainsamlingen tydligt (vilken typ av frågor som användes etc.)?
- Beskriv:
- Ange datainsamlingsmetod:
 - Ostrukturerade intervjuer
 - Halvstrukturerade intervjuer
 - Fokusgrupper

- Observationer
- Video-/bandinspelning
- Skrivna texter eller teckningar

- Är data systematiskt samlade? (finns intervjuguide/studieprotokoll) Ja/Nej

D. Dataanalys

-Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

-Ange om:

- Teman är utvecklade som begrepp
- Det finns episodiskt presenterade citat
- De individuella svaren är kategoriserade bredden på kategorierna är beskrivna
- Svaren är kodade.

Resultatbeskrivning:

- Är analys och tolkning av resultat diskuterade? Ja/Nej
- Är resultaten trovärdiga (Källor bör anges)? Ja/Nej
- Är resultaten pålitliga(undersökningens och forskarens trovärdighet)? Ja/Nej
- Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)? Ja/Nej
- Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? Ja/Nej
- Är de teorier och tolkningar som presenterades baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis gjorda för tolkningar)? Ja/Nej

E. Utvärdering

- Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? Ja/Nej
- Stöder insamlade data forskarens resultat? Ja/Nej
- Har resultaten klinisk relevans? Ja/Nej
- Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? Ja/Nej
- Finns risk för bias? Ja/Nej

Vilken slutsats drar författaren?

- Håller du med om slutsatserna? Ja/Nej

Om nej, varför inte?

- Ska artikeln inkluderas? Ja/Nej

Checklista för kvantitativa artiklar

A. Syftet med studien?

- Är frågeställningarna tydligt beskrivna? Ja/Nej
- Är designen lämplig utifrån syftet? Ja/Nej

B. Undersökningsgruppen

- Vilka är inklusionskriterierna?
- Vilka är exklusionskriterierna?
- Vilken urvalsmodell användes?
 - Randomiserat urval
 - Obundet slumpmässigt urval
 - Kvoturval
 - Klusterurval
 - Konsekutivt urval
 - Urvalet är ej beskrivet
- Är undersökningsgruppen representativ? Ja/Nej
- Var genomfördes undersökningen?
- Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

C. Mätmetoder

- Vilka mätmetoder användes?
- Var reliabiliteten beräknat? Ja/Nej
- Var validiteten diskuterat? Ja/Nej

D. Analys

- Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna? Ja/Nej
- Om nej, vilka skillnader fanns?
- Hur stort var bortfallet?
 - Fanns en bortfallsanalys? Ja/Nej
 - Var den statistiska analysen lämplig? Ja/Nej
- Om nej, varför inte?
- Vilka var huvudresultaten?

- Erhölls signifikanta skillnader? Ja/Nej

Om ja, Vilka variabler?

- Vilka slutsatser drar författaren?

- Instämmer du? Ja/Nej

E. Värdering

- Kan resultaten generaliseras till annan population? Ja/Nej

- Kan resultaten ha klinisk betydelse? Ja/Nej

- Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien? Ja/Nej

Motivera varför eller varför inte!

(Forsberg & Wengström, 2008)

Bilaga 3

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2010-01-28	PsycINFO	Nurs* (AB) AND communicat* (AB) AND sexual* (AB) AND patient	Peer reviewed, Engelska, 2000-2010		13	Motsvarade ej syftet (10) Review(1)	2 st (Artikel 1 och 4)
2010-03-09	PubMed	Sexual* AND Communicat* AND Dysfuncti* AND Nursing	English, Danish, Norwegian, Swedish 2000-2010	All fields	27	Motsvarar ej syftet (7 st), review (18 st) Låg kvalitet (1)	1st (Artikel 11)
2010-03-09	CINAHL	sexual* AND communicat* AND dysfuncti*	Abstract available, 2000-2010, English, Peer reviewed, All adult	All fields, Boolean/phrase	19	Motsvarar ej syftet (13 st), review (4 st)	2st (Artikel 9 och 10)
2010-03-09	PsycINFO	Nursing AND Nurs* (AB) AND Sexual (AB) AND Dysfuncti*	2000-2010, Peer reviewed, English, Danish, Norwegian, Swedish		18	Motsvarar ej syftet (6st), review (4st) och artikel redan utvald i tidigare sökning (2st) Låg kvalitet (1)	5st (Artikel 2, 3, 6, 7 och 8)
2010-03-10	PsycINFO	Nursing AND (Nurs* OR patient* (AB) AND Sexual (AB) AND Dysfuncti* AND (communicat* OR Councel*))	Peer reviewed, engelska, 2000-2010		31	Motsvarar ej syftet (16st), review (6st) och artikel redan utvald i tidigare sökning (5st) För låg kvalitet(1st)	2 st (Artikel 5 och 12)

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2010-03-10	PubMed	Sexual* AND (Communicat* OR Counsel*) AND Nursing AND Dysfuncti*	English, Danish, Norwegian, Swedish, Publication Date from 2000 to 2010	All fields	57	Motsvarar ej syftet (16 st), review (38 st) och artikel redan utvald i tidigare sökning (3 st)	0
2010-03-10	CINAHL	sexual* AND dysfuncti* AND (counsel OR communicat*) AND (patien* OR nurs*)	Abstract available, 2000-2010, English, Peer reviewed, All adult	All fields, Boolean/phrase	36	Motsvarar ej syftet (19 st), review (12 st) och artikel redan utvald i tidigare sökning (5 st)	0
2010-03-10	Academic Search Elite	sexual* AND communicat* AND dysfuncti* AND nurs*	2000-2010, English, Peer reviewed	All fields, Boolean/phrase	7	Motsvarar ej syftet (4 st) och artikel redan utvald i tidigare sökning (1 st) Låg kvalitet (2st)	0
Manuell sökning i artikarnas referenslistor			2000-2010, Peer reviewed, engelska, All adult				1 st (Artikel 13)

