



Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för
Kandidatexamen i omvårdnad
HT 2019

Det obekväma samtalet

-en litteraturöversikt om sjuksköterskors
kommunikation kring sexualitet

Emelie Löfstedt och Elin Mårtensson

Författare

Emelie Löfstedt och Elin Mårtensson

Titel

Det obekväma samtalet

-en litteraturöversikt om sjuksköterskors kommunikation kring sexualitet

Engelsk titel

The uncomfortable conversation

-a literature review about nurses communication about sexuality

Handledare

Pernilla Ny

Examinator

Pernilla Garmy

Sammanfattning

Bakgrund: Sexualitet är en grundläggande del av att vara människa som innefattar allt från kön och könsidentiteter till intimitet och reproduktion. Sexualitet i relation till hälsa, alltså sexuell hälsa, är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Enligt kompetensbeskrivningen för en legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan kunna kommunicera med patienter med ett respektfullt och lyhört förhållningssätt. Denna kommunikation om sexualitet kan ske via PLISSIT-modellen. **Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av kommunikation om sexualitet med patienter. **Metod:** En litteraturöversikt med mixad metod baserad på åtta vetenskapliga artiklar. Databaserna Cinahl Complete och PubMed användes för att hämta artiklar. Granskning gjordes enligt Högskolan Kristianstads granskningsmall samt analyserades utifrån Fribergs (2017) analysmodell. **Resultat:** Resultatet grundas på fyra huvudfynd: *Samtalet om sexualitet prioriteras inte, Kunskapen om sexualitet är bristande, Ingen vill ta på sig ansvaret att samtala om patienters sexualitet och När det klaffar blir det bra.* **Diskussion:** Styrkor och svagheter med studien bedömdes utifrån Shentons (2004) trovärdighetsbegrepp. Två fynd diskuteras från resultatet kring hur sjuksköterskors brist på kunskap kan drabba patienten samt det bristande nyttjandet av en arbetsmodell. Kunskap är en kvalifikation för att sjuksköterskor ska kunna kommunicera om sexualitet med patienter. Det är även en grundläggande faktor för att sjuksköterskor ska kunna känna en trygghet i sin profession. PLISSIT-modellen kan vara ett verktyg för sjuksköterskor att bedriva en personcentrerad vård. Detta kan i sin tur leda till en avdramatisering av sexualitet på en samhällsnivå.

Sökord

Sexualitet, Kommunikation, Sjuksköterska-patientrelationer, Ledarskap

Innehåll

Inledning	5
Bakgrund.....	5
Syfte	7
Metod	8
Design	8
Sökvägar och Urval	8
Granskning och Analys.....	9
Etiska överväganden	10
Förförståelse	10
Resultat	10
Samtalet om sexualitet prioriteras inte.....	11
Kunskapen om sexualitet är bristande	12
Ingen vill ta på sig ansvaret att samtala om patienters sexualitet.....	13
När det klaffar blir det bra.....	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Slutsats	20
Referenser	22
Bilaga 1, Sökschema.....	27
Bilaga 2, Sökschema.....	28
Bilaga 3, Artikelöversikter Kvalitativa	29
Bilaga 4, Artikelöversikter Kvantitativa	32
Bilaga 5, HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier	34

Bilaga 6, HKR:s granskningsmall för kvantitativa studier	37
--	----

Inledning

Sexuell hälsa bör vara en naturlig del i den personcentrerade vården och bör vara ett prioriterat ämne för sjuksköterskan att kommunicera med patienter. Sexualitet, som är en del av människan, kan bli påverkat av exempelvis olika sjukdomstillstånd, behandlingar eller läkemedel. Kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap inom omvårdnad. Genom att belysa sjuksköterskans ansvar och förhållningssätt till kommunikation om sexualitet med patienter kan eventuella hinder och möjligheter uppmärksammas.

Bakgrund

Sexualitet beskrivs som en grundläggande del av att vara människa och enligt Hultén (2014) involverar det kön, könsidentiteter och roller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Vidare beskriver Hultén (2014) att sjuksköterskan har en viktig roll i att identifiera och bedöma patientens resurser samt kunna stödja och undervisa patienter i deras egen hälsa. Enligt Nay, McAuliffe och Bauer (2007) upplevs sexualitet som en fysisk tillfredsställning men även som en del av ett komplext samband mellan fysiska, psykiska, religiösa och känslomässiga faktorer. Sexuell hälsa innefattar ett tillstånd av fysiskt, psykiskt, emotionellt och socialt välbefinnande i förhållande till alla perspektiv av sexualitet och reproduktion. Det innebär alltså inte enbart att det finns en frånvaro av sjukdom. För att en god sexuell hälsa ska uppnås krävs det att individen blir respekterad samt att det finns ett positivt närmande till sexualitet och sexuella relationer (WHO, 2002).

Enligt WHO (World Health Organization) är hälsa en mänsklig rättighet där alla har rätt till lika värde, rätt till liv, frihet och personlig säkerhet samt rätt till både fysisk och psykisk hälsa. Vården som ges ska även ges till alla på lika villkor (World Health Organization, 2017). Enligt Willman (2009) kan hälsa beskrivas utifrån två perspektiv. I det ena perspektivet kännetecknas hälsa som motsats till sjukdom och i det andra perspektivet beskrivs hälsa ur ett humanistiskt perspektiv där ett holistiskt synsätt på

människan används. Begreppet hälsa är ett centralt begrepp som inom omvårdnadsvetenskapen beskrivs som ett filosofiskt begrepp (Willman, 2009). Det är individen själv som upplever sin egna hälsa i sitt vardagliga liv och den kan påverkas av olika faktorer såsom sjukdom, smärta men även socioekonomiska faktorer som fattigdom och avsaknad av arbete. Hälsan är relaterad till hela människan och utgår från människans livsvärld och välbefinnande. Välbefinnande är enligt Antonovsky (1991) relaterat till en känsla av sammanhang som är ett sätt att begripa, hantera och se en meningsfullhet i olika kontexter. Detta synsätt innebär att en förståelse för ett sammanhang kan öka möjligheter till en bättre hälsa och för att få en ökad förståelse kan kommunikation mellan sjuksköterska och patient vara till stor hjälp.

Enligt Linell (2011) är kommunikation ett brett begrepp som innefattar överförbarhet av information mellan människor. Det är ett möte mellan personer där det sker ett utbyte av olika signaler. Dessa signaler tas emot och tolkas och sänds sedan vidare till personerna som ingår i kommunikationen. Två olika perspektiv av kommunikation brukar diskuteras skriver Leonard, Graham & Bonacum (2004), och dessa är överförbarhetsmodellen och den dialogiska modellen. Den förstnämnda handlar om att själva informationen eller budskapet överförs från en sändare till en mottagare. Den är strukturerad och används ofta för att undvika missförstånd. Den dialogiska modellen handlar mer om att det sker en samverkan mellan personerna i ett möte och det bildas gemensamma uppfattningar och förståelser. Det som är gemensamt för dessa modeller är att personerna som är delaktiga i kommunikationen behöver ge varandra uppmärksamhet och ha ett fokus på mötet (Linell, 1998; 2011). När kommunikation sätts i samband med vård och omsorg är fokus på personerna som söker vård och socialt stöd. Oavsett om det rör sig om en behandling eller sociala insatser kan dessa inte genomföras utan en kommunikation mellan parterna. I en vårdkommunikation är det därför grundläggande att ta reda på vilka det är som deltar, vad de har för roller och vad det är som ska diskuteras (Stål, 2008). Enligt kompetensbeskrivningen ska sjuksköterskan kunna kommunicera med patienter och närstående med ett respektfullt, empatiskt och lyhört förhållningssätt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017a).

En samtalsmetodik som är lämplig att använda vid kommunikation om sexualitet är PLISSIT-modellen (Annon, 1976). Denna modell kan vara till hjälp för yrkesverksamma sjuksköterskor samt blivande sjuksköterskor att öppna upp till frågor kring sexualitet. PLISSIT-modellen utformas i olika nivåer. Första nivån handlar om att det ska kännas tryggt att prata om sexualitet och detta kan uppnås med hjälp av inbjudande broschyrer eller affischer. Detta ska bidra till en öppen miljö där alla frågor är välkomna. Andra nivån handlar om att ge relevant information samt kunna svara på specifika frågor. Här är det även viktigt att kunna avgöra om mer kompetens och fördjupad kunskap behövs vilket leder vidare till nivå tre och fyra i PLISSIT-modellen (Annon, 1976).

Det är sjuksköterskans uppgift att vara omvårdnadsansvarig, vilket är ett arbete som innefattar ett holistiskt arbete med ett etiskt förhållningssätt. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2017a) ska all omvårdnad genomföras med respekt för mänskliga rättigheter, hänsyn till individers värderingar, tro och integritet. Sjuksköterskan har även ett ansvar som innefattar att konsultera andra professioner om behov av kompletterande kompetens finns. Professionen styrs även utifrån lagar och författningar. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska vården vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, byggas på patientens självbestämmande samt främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Sundbeck (2013) beskriver att oavsett vård eller behandling ska lagen följas, även när det berör patientens sexualitet.

Sexualitet är en stor del av patientens hälsa och bör vara en väsentlig del inom personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Det är därför av stor vikt att undersöka hur sjuksköterskor upplever kommunikationen om sexualitet med patienter för att utreda eventuella hinder eller möjligheter så att patienten får den vården den har rätt till.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av kommunikation om sexualitet med patienter.

Metod

Design

En litteraturoversikt som baseras på kvalitativa och kvantitativa artiklar, även kallad mixad metod, genomfördes för att svara på studiens syfte. Enligt Forsberg och Wengström (2015) innebär en litteraturoversikt att en sammanställning görs av redan befintlig forskning för att ge en ökad förståelse kring det valda fenomenet. Genom att använda sig av mixad metod kan en mer omfattande analys och förståelse skapas (Forsberg & Wengström, 2015). Denna metod valdes för att belysa ett fenomen som beskriver sjuksköterskors upplevelser kring kommunikation om sexualitet med patienter.

Sökvägar och Urval

Databaserna som användes var Cinahl Complete och PubMed vilket är databaser som är inriktade inom omvårdnad och medicin, och innehåller omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2015). Det gjordes först en sökning i databasen Cinahl Complete. Nyckelord valdes utifrån syftet för att finna relevanta artiklar. En boolesk sökning med operatorer används där ordet "OR" används mellan blocken för att få en bredare sökning och slutligen används ordet "AND" för att addera blocken och därmed hitta mer specifika artiklar (Karlsson, 2012). Nyckelorden som användes som sökord var "sjuksköterska", "kvalitativ undersökning", "kommunikation" och "sexualitet". Sökorden översattes till engelska som blev följande: "Nurses", "Qualitative research", "Communication" och "Sexuality". De orden användes som ämnesord i Cinahl Headings. Sedan gjordes en likadan sökning i PubMed där samma sökord användes som Mesh termer. Orden formades till olika synonymer och blev fyra sökblock i vardera databaser (se Bilaga 1&2) med hjälp av Svenska MeSH (Karolinska institutet). Sökblocket "Communication" gav irrelevanta artiklar och istället lades "Nurse-patient relations" till i efterhand för att fånga kommunikationen mellan sjuksköterska och patient. Sökblocket "Nurse-patient relation" kombinerades sedan med sökblocket "sexuality" (se Bilaga 1&2). Trunkering (*) användes sedan vid ordet "interview". Inklusionskriterier för studien var artiklar som berörde sjuksköterskans upplevelser av kommunikation om sexualitet med patienter.

Artiklarna skulle även vara peer-reviewed, skrivna på engelska och publicerade år 2010–2019. Artiklar som handlade om sexualitet och sexuell hälsa men som inte svarade på syftet exkluderades.

Granskning och Analys

Befintliga kvalitativa och kvantitativa artiklar har granskats och analyserats. För att undersöka om artiklarna är vetenskapliga och trovärdiga användes två granskningsmallar (Bilaga 4&5) från Högskolan Kristianstad med trovärdighetsbegrepp för att redovisa styrkor och svagheter (Blomqvist, Orrung Wallin & Beck, 2016; Beck, Blomqvist & Orrung Wallin, 2016). Trovärdighetsbegreppen för kvalitativ granskning är tillförlitlighet, där en metodbeskrivning tydligt visar hur författarna gått tillväga. Verifierbarhet, visar om studien kan få ett liknande resultat av oberoende person. Pålitlighet, beroende på om förståelsen är tydligt beskriven. Överförbarhet, där miljön är väl beskriven så att nästkommande forskare kan utföra liknande studie (Shenton, 2004). De kvantitativa trovärdighetsbegreppen är intern validitet, som berör resultatet och om det kommer överens med verkligheten. Reliabilitet, som ifrågasätter om själva mätinstrumentet är relevant och om det hade gått att få liknande resultat om studien gjorts om. Objektivitet, som avgörs om studien görs utan forskarnas egna uppfattningar och tolkningar. Det sista trovärdighetsbegreppet är extern validitet, som innebär huruvida det går att generalisera studiens resultat till andra kontexter (Mårtensson & Fridlund, 2017). Båda författarna läste 509 titlar från Cinahl Complete och PubMed. Därefter uteslöts de artiklar vars titlar inte svarade på studiens syfte. Sedan lästes 72 abstract individuellt och 18 artiklar granskades tillsammans. De artiklar som uteslöts svarade inte på syftet, hade ett annat perspektiv eller innehöll inte vetenskapligt material. Artiklar uteslöts om de var skrivna på andra språk än engelska och om de inte matchade våra inklusionskriterier. Under granskningen exkluderades ytterligare tio artiklar som inte besvarade syftet. Under analysprocessen som inspirerades av Friberg (2017) lästes de åtta kvarstående artiklar överskådligt för att sedan analyseras tillsammans. Likheter och olikheter som svarade på studiens syfte identifierades i samtliga artiklar för att sedan delas upp i olika kategorier. Detta sammanfattades sedan i artikelöversikter för att få en förståelse över helheten (Se Bilaga 3).

Etiska överväganden

Artiklarna som utgör denna litteraturstudie är godkända av etiska kommittéer eller innehåller etiskt resonemang. Enligt Friberg (2017) kan forskningsetiskt resonemang redovisas genom att artiklarna avgränsas med peer-reviewed vilket innebär att artiklarna har granskats innan de publicerats. Även forskningsetiska principer som informationskrav och konfidentialitetskrav har uppnåtts vilket menas med att deltagarna i respektive studier har fått information om vardera studie samt att deltagarna utlovats anonymitet (Sandman & Kjellström, 2013). Författarna har försökt att hålla sig objektiva genom att redovisa sin förförståelse samt försöka sätta den åt sidan för att inte låta resultatet påverkas. Enligt World Medical Association Declaration of Helsinki (2018) finns det en etisk skyldighet där författarna presenterar negativa samt positiva resultat. Eventuella risker med forskningen får inte överstiga nyttan. Genom studiens gång har författarna även deltagit och diskuterat i grupphandledning för att få fram ett så objektivt resultat som möjligt.

Förförståelse

Förförståelsen grundar sig på författarnas erfarenheter från tidigare VFU platser samt tidigare arbetsplatser inom vården. Den generella attityden kring att samtala om sexualitet med patienter uppfattas som att det finns en osäkerhet hos sjuksköterskorna och kanske även en brist på kunskap. Det är sjuksköterskans ansvar att prata om sexualitet med sina patienter, men det upplevs vara en del av ansvaret som hamnat i skymundan.

Resultat

Resultatet är baserat på åtta artiklar och baseras på studier gjorda i Thailand, Australien, Sverige, Storbritannien, Irland och Nederländerna. Sjuksköterskorna som deltog i studierna var både kvinnor och män med åldersspannet 19–64 år. Resultatet kommer att beskrivas i fyra kategorier: *Samtalet om sexualitet prioriteras inte*, *Kunskapen om sexualitet är bristande*, *Ingen vill ta på sig ansvaret att samtala om patienters sexualitet* och *När det klaffar blir det bra*. En generell uppfattning av deltagarna i de utvalda studierna var att det krävdes en god relation mellan sjuksköterska och patient för att

kommunicera om sexualitet. En god kommunikation om sexualitet grundas i att sjuksköterskan inte prioriterar bort ämnet i det dagliga arbetet, att sjuksköterskan upplever sig ha kunskap om ämnet samt att sjuksköterskan tar ansvar för att patienters sexualitet är en del av den personcentrerade vården.

Samtalet om sexualitet prioriteras inte

Att kommunicera om sexualitet med patienter var något som sjuksköterskor upplevde prioriteras bort av olika anledningar. Dagliga rutiner och tidsbrist ledde till att andra områden ansågs vara viktigare vilket medförde att de prioriteras högre.

Många sjuksköterskor arbetade med olika bedömningsformulär som används som riktlinjer i det dagliga arbetet och i deras kommunikation med patienter. När det gällde frånvaro av kommunikation om sexualitet i den dagliga rutinen handlade det om brister i frågeformulären där inga frågor fanns att fylla i angående patienters sexualitet eller sexuella hälsa. Detta ledde till att patienters sexualitet inte prioriterades i den dagliga rutinen för sjuksköterskor (Ussher et al., 2013; Baker-Green, 2015).

En annan faktor till att sjuksköterskorna prioriterade bort kommunikation om sexualitet med patienter var tidsbrist då sexualitet inte var något som pratades om i förbifarten. Därmed valdes kommunikation kring sexualitet bort (Moore, Higgins & Sharek, 2013; Ussher et al., 2013; Klaeson, Hovlin, Guvå & Kjellsdotter, 2016). Då det ansågs behövas en trygg relation mellan sjuksköterska och patient för att kunna öppna upp till samtal om sexualitet framkom det därför att det krävdes en längre period innan kommunikation om sexualitet var aktuellt. Detta ansågs väsentligt för att ingen av parterna ska känna sig obekväma (Ussher et al., 2013; Klaeson et al., 2016; Baker-Green, 2015; Yodchai, Hutchinson & Oumtanee, 2016).

Fysiska sjukdomar och bekymmer som var lättare att identifiera ansågs vara mer betydelsefull än den sexuella hälsan för majoriteten av sjuksköterskorna. Trots att

sjuksköterskorna var medvetna om att patienten kunde behöva bli informerad om den sexuella hälsan relaterat till patientens sjukdom eller behandling valde de att prioritera det lägre än andra symtom. Sexuella biverkningar och åkommor som ansågs vara mer fysiska såsom impotens hos män med diabetes var alltså en högre prioritering än att diskutera patientens sexualitet och sexuella hälsa (Frid Annerstedt & Glasdam, 2019; Yodchai et al., 2016). En generell upplevelse från sjuksköterskorna var att de redan kände att de gav en stor mängd information till patienten, och sexualitet och sexuell hälsa prioriteras bort då de ansåg att det inte tillhörde den mest nödvändiga information. De gånger som sexuella besvär blev något som diskuterades visade det sig att sjuksköterskor upplevde att det blev ett fysiskt problem som kunde återställas med hjälp av läkemedel (Frid Annerstedt & Glasdam, 2019; Klaeson et al., 2016).

Kunskapen om sexualitet är bristande

Bristen av kunskap om sexualitet ledde till att sjuksköterskor upplevde samtalet som obekvämt och rädslan av att inte kunna svara på patienters frågor ledde till att ämnet inte blev diskuterat. Även fördomar om patienters ålder blev ett resultat av bristande kunskap.

Majoriteten av sjuksköterskor undvek att kommunicera om sexualitet med patienter eftersom de inte kände sig bekväma nog då deras kunskap inte var optimal (Yodchai et al., 2016; Moore et al., 2013; Baker-Green, 2015; Ussher et al., 2013, Hoekstra et al., 2012). Vidare beskrev Yodchai et al. (2016) och Baker-Green (2015) att en del sjuksköterskor kände en oro över att informationen som gavs till patienterna inte innehöll korrekt information då sjuksköterskorna själva hade sökt svar via internet eller hos kollegor då de inte fick kunskap via böcker eller andra pålitliga källor (Yodchai et al., 2016; Baker-Green, 2015). Brist på utbildning och träning gjorde att sexualitet och sexuell hälsa inte blev en del av sjuksköterskornas arbete då de inte kände sig självsäkra nog att leda in på det ämnet. De ville inte ställa frågor till patienterna om de inte kunde ge korrekta svar. Detta var ett övergripande problem men de uppgav att de hade velat mottaga utbildning om kommunikation om sexualitet med patienter (Baker-Green, 2015; Klaeson et al., 2016). De sjuksköterskor som pratade om sexualitet med patienter

upplevde sig mer självsäkra inom ämnet på grund av utbildning och tidigare erfarenheter på arbetsplatser där de fokuserat mer på sexualitet och sexuell hälsa (Hoekstra et al., 2012; Yodchai et al., 2016; Saunamäki, Andersson, & Engström 2010; Ussher et al., 2013).

Fördomar blev ett resultat av bristande kunskap och patientens ålder hade en stor betydelse för sjuksköterskorna gällande samtalet kring patientens sexualitet. Majoriteten av sjuksköterskor ansåg att äldre patienter inte hade ett behov av att prata om sexualitet då sjuksköterskorna antog att äldre personer inte var sexuellt aktiva vilket medförde att de inte heller hade sexuella bekymmer (Frid Annerstedt & Glasdam, 2019; Ussher et al., 2013; Baker-Green, 2015; Hoekstra et al., 2012; Klaeson et al., 2016). Enligt Frid Annerstedt och Glasdam (2019), Baker-Green (2015) samt Klaeson et al. (2016) upplevde en del sjuksköterskor att det var lättare att kommunicera om sexualitet om patienten var ung. Det antogs att de som var unga hade ett aktivt sexliv och att de i större grad påverkades av behandlingar, sjukdomar och läkemedel.

Ingen vill ta på sig ansvaret att samtala om patienters sexualitet

Genom att inte ha en tydlig struktur kring hur patienters sexualitet ska hanteras resulterade det i att sjuksköterskor upplevde att ansvaret om patienters sexualitet flyttas runt.

Det råder delade meningar hos sjuksköterskor när det kommer till vem det är som bär på ansvaret kring kommunikation om sexualitet med patienten. En del ansåg att det bör ligga hos arbetsgivarna och att det är upp till dem att ge stöd till sjuksköterskorna i form av utbildning för att de skulle känna sig mer bekväma med att kommunicera om sexualitet. Brist på stöd begränsade sjuksköterskornas holistiska arbetssätt då det inte fanns tydliga riktlinjer och mål kring hur sexualitet och sexuell hälsa ska framföras och kommuniceras vilket resulterade till att patienten ofta fick remitteras till annan yrkesgrupp, till exempel sexolog. Detta trots att patientens besvär eller frågor inte alltid hade behövts remitteras vidare (Frid Annerstedt & Glasdam, 2019; Klaeson et al., 2016).

En annan uppfattning som framgick var att själva ansvaret om kommunikation om sexualitet skulle ligga hos patienten och att det är upp till patienten själv att ställa frågor om den önskar (Frid Annerstedt & Glasdam, 2019; Baker-Green, 2015; Ussher et al., 2013). Detta grundade sig i att sjuksköterskorna antog sig veta att patienten själv inte prioriterade att prata om sexualitet och sexuell hälsa när den hade andra kroppsliga symtom och besvär att tänka på. En metod som därför användes var att dela ut en broschyr med information om sexualitet vilket gjorde att patienten själv fick en chans att ställa frågor utefter den skriftliga informationen. Genom att lägga över ansvaret på patienten undvek man att det skulle bli jobbigt och pinsamt för patienten samt att det blev mindre obekvämt för sjuksköterskan. När patienten hade ansvaret och styrde samtalet ledde detta till att de inte behövde prata om något som var privat och som patienten kanske inte var bekväm med att prata om (Frid Annerstedt & Glasdam, 2019; Baker-Green, 2015; Ussher et al., 2013).

När det klaffar blir det bra

De sjuksköterskor som upplevde sig ha kunskap om ämnet och tog sitt ansvar att kommunicera om sexualitet med patienter visade positiva resultat för både patient och sjuksköterska.

Det framgick att en stor del av sjuksköterskorna upplevde att det var deras ansvar att det sker en kommunikation om sexualitet med patienterna. Detta ansvar innebär att man i sin profession är den som ska leda in till samtalet samt leda det framåt. Det handlar om att fånga upp och att uppmuntra patienten (Hoekstra et al., 2012; Saunamäki et al., 2010; Frid Annerstedt & Glasdam, 2019; Yodchai, 2016). En del kände att det var deras ansvar, men att de kände sig tvingade att beröra ämnet sexualitet med patient. Det framgick dock att majoriteten av sjuksköterskor som upplevde sig vara ansvariga tog sig mer tid till att kommunicera om sexualitet och detta ledde till ökat självförtroende där de vågade ta upp ämnet med fler kommande patienter (Hoekstra et al., 2012; Saunamäki et al., 2010; Frid Annerstedt & Glasdam, 2019). Det var däremot inte alltid självklart när det var lämpligt

att leda in på ämnet sexualitet och därför var det viktigt att våga fråga samt leta efter tecken från patienten. Dessa tecken kunde vara både verbala och visuella. Öppnade sjuksköterskorna upp till samtal, men att det visade sig att patienten själv inte ville, ledde det ändå till att det blev lättare för båda parterna att återuppta samtalet i framtiden (Baker-Green, 2015; Klaeson et al., 2016). Att kommunicera om sexualitet med patienter visade positiva resultat. Genom att sjuksköterskan gjorde sitt jobb bidrog det till att patienter, och även deras partner fick en ökad förståelse om varandra genom att kommunicera om sexualitet vilket ledde till en förbättrad relation. Även relationen mellan sjuksköterska och patient förbättrades (Ussher et al., 2013; Yodchai et al., 2016; Baker-Green, 2015).

Diskussion

Metoddiskussion

I metoddiskussionen presenteras metodens styrkor och svagheter med hjälp av de fyra olika trovärdighetsbegreppen för kvalitativ forskning: tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet (Shenton, 2004).

Enligt Shenton (2004) stärks tillförlitligheten genom att resultatet svarar på studiens syfte. Studien hade en utgångspunkt där endast kvalitativa artiklar skulle beskriva upplevelser på bästa sätt men under arbetets gång upplevde vi att det inte fanns tillräckligt med material att tillgå vilket ledde till att tre stycken kvantitativa artiklar fick ingå i studien. Resultatet blev därför en mixad metod. Det kan vara en utmaning att jämföra kvalitativa och kvantitativa studier men det kan dock ses som en styrka då upplevelser kan undersökas med både en kvalitativ och kvantitativ ansats, men från olika perspektiv (Borglin, 2017). Trots val av mixad metod uppkom det svårigheter att hitta artiklar som svarade på studiens syfte. Vi fann endast två artiklar från Cinahl och PubMed som ansågs vara användbara. Detta kan ha sänkt tillförlitligheten något men efter att ha tagit bort blocket om kommunikation, som troligen är ett för brett och komplext block, kunde ett större antal relevanta artiklar väljas ut. En ny blocksökning gjordes där ytterligare sex artiklar adderades och detta anses vara en styrka i tillförlitligheten till studiens

datainsamling. Vi valde även att begränsa artikelsökningen med artiklar från år 2010–2019 för att få fram den senaste forskningen kring det valda ämnet vilket kan anses vara en styrka (Shenton, 2004). Begränsningen med årtal kan ha bidragit till färre artiklar, men beslutet att avgränsa åren togs då det är ett ämne som har blivit mer aktuellt på senaste tid. Då ett av inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska kan det ha bidragit till att relevanta artiklar som var skrivna på andra språk exkluderats vilket sänker tillförlitligheten. Studien granskades och opponerades på vid handledningstillfällen av kurskamrater och handledare. Detta ledde till diskussion och vägledning, som enligt Shenton (2004) stärker tillförlitligheten. Kategorierna i resultatet svarar på syftet vilket även detta stärker tillförlitligheten (Shenton, 2004).

Om studien är väl beskriven och kan göras om av andra med likvärdiga resultat innebär det att det finns en verifierbarhet (Shenton, 2004). Det är en styrka att vi har använt oss av två olika databaser (Cinahl Complete och PubMed) då de har olika inriktningar som har varit lämpliga för syftet. Sökscheman med sökord och block för respektive databaser som använts finns redovisade som bilagor och därmed kan en liknande sökning vara möjlig vilket även stärker verifierbarheten (Shenton, 2004). De åtta artiklar som slutligen valdes ut kvalitetsgranskades med hjälp av en granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa studier som erhållits från Högskolan Kristianstad (Blomqvist et al., 2016) och även dessa finns redovisade som bilagor vilket stärker verifierbarheten. Analysprocessen är beskriven väl enligt Fribergs (2017) modell, vilket också stärker verifierbarheten.

Pålitlighet handlar om förförståelsen och om den har påverkat resultatet (Shenton, 2004). För att inte låta förförståelsen spegla resultatet för mycket skrevs den ner individuellt när projektplanen för studien skrevs och diskuterades tillsammans för att sedan skriva en gemensam förförståelse. Det är dock svårt att inte låta förförståelsen spela in överhuvudtaget, och detta sänker pålitligheten något. Shenton (2004) menar att pålitligheten stärks om analysprocessen gjorts av båda författarna, vilket den har. Oberoende personer som var insatta i omvårdnadsområdet läste och granskade studien under grupphandledning och seminarier. Detta gör att pålitligheten stärks. Att artiklarna

var skrivna på engelska kan ha gjort att översättningar inte blivit helt korrekta då det inte är författarnas modersmål. Detta kan sänka pålitligheten (Shenton 2004).

Shenton (2004) menar att överförbarheten handlar om hur studiens resultat går att använda samt studiens kontext. Artiklarna som inkluderats i studien kommer från Thailand (1), Australien (1), Sverige (3), Storbritannien (1), Irland (1) och Nederländerna (1), vilket kan vara en styrka då det ger ett brett resultat. Det kan dock även sänka överförbarheten då det är svårt att veta om de går att jämföra med varandra. Överförbarheten sänks av att en del av artiklarna inte har redovisat uppdelningen av deltagarna i studien. Detta gör att det inte går att redogöra för om resultatet skiljer sig mellan kön, eller ålder till exempel. Shenton (2004) menar vidare att kvalitativa studier ofta representerar ett litet urval med en smal kontext vilket gör att det kan vara svårt att överföra och generalisera till något större. Studierna som inkluderats är dock inriktade på flera olika vårdenheter, bland annat njuravdelning, vårdcentral och onkologavdelning. Detta ger en relativt hög abstraktionsnivå, och kan stärka överförbarheten.

Resultatdiskussion

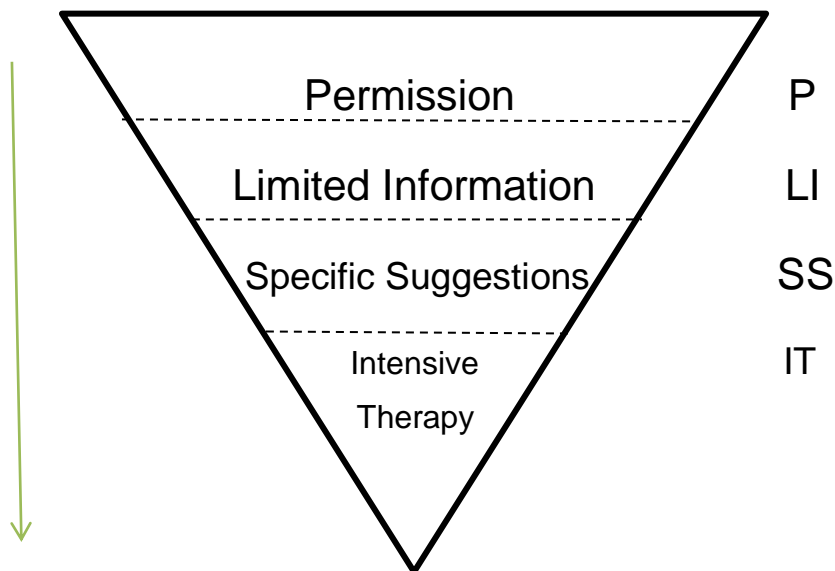
I resultatdiskussionen har vi valt att belysa två huvudfynd utifrån resultatets kategorier. En diskussion kommer hållas kring hur sjuksköterskors brist på kunskap kan drabba patienten samt det bristande nyttjandet av en arbetsmodell. Omvårdnadsteorier, samhällsperspektiv och etiska aspekter kommer att diskuteras i relation till fynden.

Sjuksköterskors upplevelse av brist på kunskap drabbar patientens rättigheter till personcentrerad vård. Studiens resultat visar att majoriteten av sjuksköterskor upplevde att de saknade kunskap om dels sexualitet som ämne men även hur kommunikationen om sexualitet ska framföras och genomföras med patienter. Bristen på kunskap ledde till att sjuksköterskor undvek att ställa frågor för att räddslan av att inte ha möjlighet att svara på patientens frågor var stor. Detta resulterade i att sexualitet blev ett ämne som inte diskuterades om med patienter trots att det var aktuellt. Enligt Rasmusson, Plantin och Elmerstig (2013) finns det en vilja hos patienter att kommunicera om deras sexualitet i relation till exempelvis sjukdomstillstånd, behandlingar eller läkemedel. Att få en

förståelse om hur ens sexualitet kan bli påverkad av exempelvis cancer kan vara avgörande för patientens livskvalité. Även relationer kan bli drabbade och därför är det av största vikt att även partnern till patienten får information om hur sexualiteten kan bli påverkad för att kunna få en ökad förståelse. I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017a) står det att en del av sjuksköterskans ansvar är att ha kunskap och förståelse för patientens omvårdnad samt att hålla sig uppdaterad och påläst i sin profession. Detta för att patienten ska få så bra livskvalité som möjligt. Det är även sjuksköterskans ansvar att analysera sina egna styrkor och svagheter för att kontinuerligt utveckla och uppdatera sin kunskap utifrån forskning och utbildning, vilket är en del av den etiska koden för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017b). Att lindra lidande är även ett av sjuksköterskans primära ansvarsområden inom omvårdnad och detta är relevant när det sätts i relation till den bristande kommunikationen om sexualitet med patienter. De ska inte behöva lida i tystnad för att sjuksköterskor upplever att de saknar kunskap inom ett visst område.

Det finns olika arbetsmodeller för sjuksköterskor att arbeta efter för att kommunicera om sexualitet med patienter. Anmärkningsvärt är att ingen i de inkluderade artiklarna i föreliggande studie använde någon specifik modell som tydligt visar hur kommunikation om sexualitet kan gå till och vilket ansvarsområde som är vems. Sjuksköterskor upplever att sexualitet inte prioriteras och att det hamnar i bakgrunden då andra frågor känns mer naturliga att prata med patienterna om. Genom att arbeta efter en specifik modell, som till exempel PLISSIT-modellen, bidrar det till en ökad förståelse hos sjuksköterskor om patientens sexualitet och dess individuella behov (Almeida et al., 2018). Detta kan skapa en implementering i sjuksköterskors dagliga arbete. PLISSIT-modellen tydliggör även hur ansvaret fördelas eftersom studiens resultat visade en viss ovisshet kring hur långt sjuksköterskans ansvar leder, alltså när sjuksköterskan behöver koppla in ytterligare kompetens. Modellen bygger på fyra nivåer: Permission, Limited information, Specific suggestions och Intensive therapy (Annon, 1976).

PLISSIT-modellen



Figur 1. PLISSIT-Modellen, utvecklad av Jack Annon (1976), tolkad av författarna.

Den första nivån handlar om att bekräfta patienten i dennes tankar och frågor samt att visa patienten att de befinner sig i en öppen och accepterande miljö. Detta kan exempelvis vara att vårdenheterna sätter upp planscher och information som rör sexualitet. Resultatet visar att sjuksköterskor anser att det kan vara svårt att inleda ett första samtal med patienter om sexualitet. Genom att vårdenheten sätter upp planscher med information kan det bidra till att sjuksköterskor upplever att det blir mer naturligt att starta ett första samtal om sexualitet med patienten. Andra praktiska saker som sjuksköterskan kan använda sig av är öppna frågor, som till exempel om det finns något kring sexualitet eller sexuell hälsa som patienten undrar över. Det kan även underlätta för sjuksköterskan att börja samtalet med att berätta att andra patienter i liknande situationer brukar ha frågor och funderingar kring sexuella bekymmer, och här kan exempel vara lämpligt att framföra. Som figuren ovan visar kan en del patienter falla bort från den första nivån till den andra nivån. Om det inte behövs eller är relevant att gå vidare till mer specifika råd går sjuksköterskan inte vidare till andra nivån. Andra nivån i modellen handlar mer om att kunna ge relevanta råd till patienten relaterat till just de besvär och funderingar som den har (Annon, 1976). Studiens resultat visar att majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att de inte hade

tillräckligt med kunskap för att kunna kommunicera om sexualitet med patienter. Sjuksköterskorna ville inte ställa frågor till patienten om de inte hade kunskap att ge korrekta svar. Resultatet visar alltså att sjuksköterskorna redan här inte kan ge patienten information eller relevanta råd, och skickar vidare patienten till annan yrkeskategori trots att detta kanske hade kunnat undvikas. Tredje nivån handlar om specifika förslag och specifik hjälp till patienten relaterat till dennes besvär. När patientens behov blir för specifikt och när det behövs ytterligare kompetens återstår modellens fjärde och sista nivå (Annon, 1076). Här kan sjuksköterskor koppla in till exempel en sexolog. Att förstå sin kompetens och sina begränsningar är ett av sjuksköterskans ansvarsområden (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a).

Genom att implementera PLISSIT-modellen på aktuella vårdenheter för att kommunicera om sexualitet med patienter kan en personcentrerad vård bedrivas av korrekt kunskap och ett väl fördelat ansvarsområde. Att som sjuksköterska ta ansvar i den individuella kommunikationen om sexualitet bidrar det till att förbättra samhälleliga och sociala förutsättningar för ökad sexuell och reproduktiv hälsa samt möjligheter för individen att profitera av sina rättigheter (Folkhälsomyndigheten, 2018). Det behövs därför redskap och en understödjande miljö på en individnivå för att sexualitet ska vara ett ämne för allmänheten att diskutera om. Omvårdnadsmodellen Person-centred nursing framework fastställd av McCormack och McCane (2006) visar hur personcentrerad omvårdnad med ett holistiskt förhållningssätt kan påverka på en samhällsnivå. Genom att arbeta personcentrerat och genom att sjuksköterskor använder sin kompetens utifrån patientens behov torde det bidra till en mer kostnadseffektiv vård. Studiens resultat visar även att samtal om sexualitet, sent på 2000-talet, är ett tabubelagt ämne att prata om. Vidare studier om hur implementering av arbetsmodeller, exempelvis PLISSIT-modellen, kan minska stigmatiseringen kring sexualitet rekommenderas.

Slutsats

Sammanfattningsvis visar studien att kunskap är en kvalifikation för sjuksköterskor för att de ska kunna kommunicera om sexualitet. Det är även en grundläggande faktor för att

sjuusköterskor ska kunna känna en trygghet i sin profession. Den bristande kunskapen hos sjuusköterskor leder till att fördomar och attityder om sexualitet fortfarande existerar. Ytterligare forskning behövs om faktorer som påverkar kommunikationen om sexualitet mellan sjuusköterskor och patienter för att uppmärksamma eventuella hinder och möjligheter. Det kan i sin tur leda till ett förbättringsarbete kring kommunikation för sjuusköterskor. Studien visar att efterfrågan om utbildning för sjuusköterskor är stor vilket leder vidare till ett förslag till förbättring, där sexologi bör ingå i grundutbildningen för legitimerade sjuusköterskor. Det hade ökat den grundläggande kunskapen om sexualitet för sjuusköterskor som hade gjort det möjligt att implementera PLISSIT-modellen. Denna modell kan vara ett verktyg för sjuusköterskor att bedriva en personcentrerad vård och även leda till en avdramatisering av sexualitet på en samhällsnivå. Vidare forskning behövs även kring personcentrerad vård där patientens behov i relation till sexualitet står i fokus för att belysa vikten av kommunikation om sexualitet och hur det kan påverka patienters hälsa och välbefinnande.

Förhoppningen med denna studie är att väcka diskussioner och reflektioner kring kommunikationen om sexualitet med patienter för blivande sjuusköterskor och yrkesverksamma sjuusköterskor. Författarnas önskan med denna studie är att sexualitet blir en självklar del för sjuusköterskor att kommunicera med patienter om samt att de ska börja känna sig mer självsäkra i sin profession för att det ska bli ett mer bekvämt samtal.

Referenser

*=ingår i resultatet

Almeida, N. G., Britto, D., Figueirado, J. F., Moreira, T.M.M., Cervalho, R.E.F.L., & Fialho, A.V.M. (2018). PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1109-1113. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0525>

Annon, J.S. (1976) *Behavioral Treatment of Sexual Problems: Brief Therapy*. Oxford: Harper & Row.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

*Baker-Green, R (2015). Nurses experiences discussing sexuality with urinary catheter patients. *International journal of urological nursing*, 11(1), 6-12. doi: 10.1111/ijun.12114

Beck, I., Blomqvist, K. & Orrung Wallin, A. (2016) *HKR:s granskningsmall för kvantitativa studier*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad

Blomqvist, K., Orrung Wallin, A., Beck, I (2016). *HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier* Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

Borglin, G. (2017). Mixad metod-en introduktion. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad (233–250)*. Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. (2018). Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Hämtad 2019-12-20 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/srhr/>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I A. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (3 ed., s. 129 - 140). Lund: Studentlitteratur.

- *Frid Annerstedt, C., & Glasdam, S. (2019). Nurses attitudes towards support for and communication about sexual health- a qualitative study from the perspective of oncological nurses. *Journal of clinical nurses*, 28. 3556-3566. DOI: 10.1111/jocn.14949
- *Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M.F., Sanderman, R., & Jaarsma, T. (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart & Lung*, 41 (5), 492-499. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.04.009>
- Hulter, B (2014). Sexualitet. I A.K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa*. (upplaga 2:2. s. 677–710). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M, Henricsson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad*. (s.95–113). Lund: Studentlitteratur.
- *Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H., Kjellsdotter, A. (2016). Sexual health in primary health care—a qualitative study of nurses’ experiences. *Journal of clinical nursing*, 26, 1545-1554. doi: 10.1111/jocn.13454
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and safety in health care* 13(suppl 1), 85-90.
- Linell, P. (1998). *Approaching dialogue. Talk, texts and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam; John Benjamins Publishing Company.
- Linell, P. (2011). *Samtalskulturer. Kommunikativa verksamhetstyper i samhället*. Volym 1 och 2. Studies in Language and Culture No.18. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för kultur och kommunikation.
- McCormack, B., & McCance, T.V. (2006) *Journal of Advanced Nursing. Development of a framework for person-centred nursing* 56 (5), 472–479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- *Moore, A., Higgins, A., & Sharek, D. (2013). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European*

Journal of Oncology Nursing 17 (2013) 416-422. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.04.009>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod* (upplaga 2 s. 421–436). Lund: Studentlitteratur.

Nay, R., McAuliffe, L., & Bauer, M. (2007). Sexuality: From Stigma, Stereotypes and Secrecy to Coming Out, Communication and Choice. *International Journal of Older People Nursing*, 2, 76-80.

Rasmusson, E.M., Plantin, L., & Elmerstig, E. (2013). 'Did they think I would understand all that on my own?' - a questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care* 22, 361–369. DOI: 10.1111/ecc.12039

Sandman, L., & Kjellström, S (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

*Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010) Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing* 66 (6), 1308–1316. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x

SFS 2017:30. Hälso och sjukvårdslagen. Hämtad 2019-10-14 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Shenton, K. A. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22 (2004), 63–75.

Stål, R. (2008). Vårdkommunikation och dess fokus. I R. Stål (Red), *Vårdkommunikation I teori och praktik* (s.13–23). Lund: Studentlitteratur.

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

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård* [Broschyr]. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer->

svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-
publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.p
df

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [Broschyr]. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

*Ussher, J.M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, T.W.K., Mason, C., Hobbs, K., & Laura Kirsten, L. (2013). Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychology and Health*, 28 (12), 1370-1390. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.811242>

WHO, World Health Organization. (2002): *Definitions on sexuality*. International WHO Technical Consultation on Sexual Health (28–31 January).

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A.K. Edberg & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (s. 27–44). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2017). Human rights and health. Hämtad 2020-01-14 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

World Medical Association. (2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 2020-01-05 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

*Yodchai, K., Hutchinson, A.M., Oumtane, A. (2016). Nephrology nurses' perception of discussing sexual health issues with patients who have end-stage kidney disease.

Journal of Renal Care, 44 (4), 229-237.

<http://dx.doi.org.ezproxy.hkr.se/10.1111/jorc.12257>

Bilaga 1, Sökschema

Databas: Cinahl Complete			
Datum: 7 November 2019			
Syfte: Att beskriva sjuksköterskors upplevelse av kommunikation om sexualitet med patienter.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1. Sjuksköterska	MH nurses OR "registered nurse" OR "nurse perspective"	64,758	
2. Kvalitativ undersökning	MH "qualitative studies" OR attitude OR experience OR interview* OR perception	800,505	
3. Sexualitet	MH Sexuality OR intimacy OR "sexual function" OR "sexual health"	38,731	
4. Kombinerad sökning	S1 AND S2 AND S3	73	1
5. Sjuksköterska-patientrelation	MH "nurse-patient relations"	25,969	
6. Kombinerad sökning	S3 AND S5	380	
Begränsningar	S6 begränsning: År 2010–2019	156	4

Bilaga 2, Sökschema

Databas: PubMed Datum: 12 november 2019			
Syfte: Att beskriva sjuksköterskors upplevelse av kommunikation om sexualitet med patienter.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1. Sjuksköterska	nurses[MeSH Terms] OR registered nurse[Title/Abstract] OR nurse perspective[Title/Abstract]	88,806	
2. Kvalitativ undersökning	qualitative research[MeSH Terms] OR attitude[Title/Abstract] OR experience[Title/Abstract] OR interview[Title/Abstract] OR perception[Title/Abstract]	967,722	
3. Sexualitet	Sexuality[MeSH Terms] OR intimacy[Title/Abstract] OR sexual function[Title/Abstract] OR sexual health[Title/Abstract]	118,786	
4. Kombinerad sökning	S1 AND S2 AND S3	111	1
5. Sjuksköterska-patientrelation	"nurse-patient relations"[MeSH Terms]	34,962	
6. Kombinerad sökning	S3 AND S5	620	
Begränsningar	S6 begränsning: År 2010–2019	169	2

Bilaga 3, Artikelöversikter Kvalitativa studier

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Catharina Frid Annerstedt och Stinne Glasdam. Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health- A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. Sverige. 2019.	Att undersöka sjuksköterskors ledning av support och kommunikation kring sexuell hälsa med patienter.	7 kvinnliga sjuksköterskor, ålder 28–52 år. Intervjuades i semistrukturerad intervju. 21 blev tillfrågade. Inklusionskriterier var att de var grundutbildade sjuksköterskor.	Intervjun testades i en pilotintervju. Skedde i ett ostört rum på sjukhuset, under sjuksköterskans arbetstid under 50 och 90 minuter, medeltid på 60 min. Spelades in och transkriberades av båda författarna. En latent analys där teman och subteman bildades.	Sexuell hälsa var inte prioriterad på onkologavdelningen. Sjuksköterskorna uttryckte att det fanns en norm om att sex rörde unga, heterosexuella personer och att det inte diskuterades. Sjuksköterskorna skickade vidare ärendet till någon annan profession.	Tillförlitligheten stärks då resultatet svarar på syftet med en väl vald metod. Samt en pilotintervju gjordes. Verifierbarheten Stärks med en väl beskriven metod och analys. Stärks då intervjuerna är beskrivna så att de kan göras om. Pålitligheten Stärks för att båda författarna är med i analysprocessen. Sänks då förståelse inte är väl beskriven. Överförbarheten stärks då kontexten för studien är väl beskriven.
Jane M. Ussher, Janette Perz, Emilee Gilbert, W.K. Tim Wong, Catherine Mason, Kim Hobbs och Laura Kirsten. Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. Australien 2013.	Att undersöka hur sjukvårdspersonal kommunicerar med patienter om sex efter cancer	38 personer deltog i semi-strukturerade intervjuer. 9 läkare, 11 sjuksköterskor, 10 psykologer och 8 socialarbetare, varav alla hade en specialitet i cancervård.	Personliga intervjuer och telefonintervjuer gjordes, de spelades in och varierade mellan 45-90min. intervjuerna analyserades och teman valdes ut. Detta gjordes av två utomstående intervjuare.	Resultatet visar vikten av att ge rätt information till rätt patient, till exempel om det var en yngre person som behandlats för cancer, då prioriterade personalen att prata om fertilitet. Sexualitet är ett svårt ämne att ta upp och diskutera. Personalen tar upp att de inte känner sig rustade för att prata om det. Brist på utbildning och träning gjorde att sexualitet inte diskuterades.	Tillförlitligheten stärks då det svarar på syftet med väl vald metod. Sänks då det ej gjorts en pilotintervju. Verifierbarheten stärks då det finns en intervjuguide och en väl beskriven analys. Pålitligheten sänks då det är svårt att urskilja förståelse. Stärks då fler än en person deltagit i studien. Överförbarheten stärks då abstraktionsnivån är balanserad och kontexten är väl beskriven.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Kantaporn Yodchai, Alison M. Hutchinson, Areewan Oumtanee Nephrology nurses' perceptions of discussing sexual health issues with patients who have end- stage kidney disease Thailand 2016	Att undersöka nefrologi sjuksköterskor s upplevelser av att kommunicera om sexuell hälsa med patienter som genomgår dialysbehandli ng.	Randomiserat urval av 20 nefrologi ssk från 4 sjukhus. Semistrukturerad intervju och ett mätinstrument som mäter demografiska data. inklusionskriterier var att sjuksköterskorna skulle arbeta på en dialysavdelning, minst ett års erfarenhet som nefrologi sjuksköterska, kunna kommunicera på thailändska.	Individuella intervjuer som varade mellan 30–52 min skedde i enskilt rum. Intervjuerna spelades in samt transkriberades på thailändska som sedan översattes till engelska. Resultat från intervjuerna delades in delar som beskrev erfarenheter. 5 teman skapades.	Förbättra kunskapen hos sjuksköterskor för att öka självförtroendet. Få patientens tillit innan kommunikation om sexualitet. Hitta en lämplig tid och miljö att kommunicera om sexualitet. Känsla av uppskattning över att ha hjälpt patienter och deras partner med att komma över sina sexuella bekymmer	Tillförlitligheten stärks då resultatet svarar på syftet samt relevant metod för syftet. Stärks då analysprocessen är beskriven. Sänks då pilotintervju inte gjorts. Verifierbarheten stärks då metoden är väl beskriven. Pålitligheten stärks då alla författarna deltagit i analysprocessen. Sänks då förförståelsen inte går att urskilja. Överförbarheten stärks då kontexten är väl beskriven.
Kicki Klaeson, Lina Hovlin, Hanna Guvå, Anna Kjellsdotter. Sexual health in primary health care- a qualitative study of nurses' experiences. Sverige. 2016	Att belysa sjuksköterskor s erfarenheter och möjligheter att kommunicera om sexuell hälsa med patienter inom primärvården.	Ett bekvämligheturval på 16 vårdcentraler. 13 sjuksköterskor blev tillfrågade, 9 tackade ja. 8 kvinnor, 1 man. Ålder 41–63 år. En kvalitativ deskriptiv design, semi- strukturerade intervjuer. Inklusionskriterier var att samtliga deltagarna skulle ha en magisterexamen.	Intervjuerna spelades in och varade 20–45 minuter. En pilotintervju gjordes för att se om frågorna svarade på syftet. En kvalitativ kontentanalys gjordes, sedan transkriberades intervjun. Kategorier bildades utifrån likheter och skillnader.	Brist på tid och kunskap är en faktor till att det inte talas om sexualitet. Utbildning om ämnet önskades. De saknade riktlinjer från ledningen. Det var svårt att prata om sex med yngre personer då det kändes som att man gick in i en föräldraroll.	Tillförlitligheten stärks med lämplig metod och urval för syftet samt att resultatet svarar på syftet. Stärks då en pilotintervju gjorts. Verifierbarheten stärks då metod och analys är väl beskrivet samt en tabell för transkribering redovisats. Pålitligheten sänks då förförståelsen är svår att urskilja. Överförbarheten stärks då kontexten är väl beskriven.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Rachel Baker-Green Nurses experiences discussing sexuality with urinary catheter patients Storbritannien 2015	Att undersöka sjuksköterskor s upplevelse av kommunikatio n med patienter med kvarliggande urinkateter om sexuell livskvalité.	Ändamålsenligturval av 9 sjuksköterskor inom hemsjukvården. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle arbeta som distriktsjuksköterskor.	Semistrukturerade intervjuer som spelades in och analyserades. Intervjuerna varade mellan 20–40 minuter. Data samlades in under en period på 4 veckor. Tematisk analysmetod.	En relation mellan sjuksköterska och patient för att kunna kommunicera om sexualitet var enligt deltagarna betydelsefull. sjuksköterskorna uppgav att de saknade erfarenhet och kunskap för att ens kunna diskutera sexualitet. Ålder på patienten ansågs vara en barriär för sjuksköterskor att kommunicera om sexualitet	Tillförlitlighet stärks då resultatet svarar på syftet samt en lämplig metod och urval användes för att svara på syftet. Verifierbarhet stärks då metoden är väl beskriven. Stärks av att intervjuerna är beskrivna så att de går att göra om. Pålitlighet sänks då det endast är en författare och därmed en person som analyserat. Sänks då förförståelsen inte redovisats. Överförbarhet stärks då kontexten är väl beskriven.

Bilaga 4, Artikelöversikter Kvantitativa studier

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Annamarie Moore, Agnes Higgins och Danika Sharek. Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. Irland. 2013.	Att undersöka cancersjuksköterskors självuppfattad kunskap och bekvämlighet i relation till att kommunicera om sexuella bekymmer med män med testikelcancer samt att identifiera barriärer och underlättande faktorer för sådana diskussioner.	Randomiserat urval på 5 cancer center i Irland. 71 frågor som delats in i 4 kategorier. 200 sjuksköterskor tillfrågades, 105 deltog, 89 användes i studien. Egenkomponerad enkät med en deskriptiv design. Externt bortfall på 95, internt bortfall 16.	Ansökan skickades till respektive chefer för tillåtelse om tillgång. Ett brev innehållande enkät med en beskrivning av studien samt ett returkuvert gavs ut. Ett påminnelsebrev skickades ut till samtliga deltagare efter 2 veckor. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 17.0 användes som analysmetod. Mann Whitney U-test användes för att upptäcka signifikanta skillnader.	30% ansåg att de saknade kunskap för att kommunicera om de 12 kategorier som efterfrågats. Vikten av utbildning för att öka kunskap och bekvämligheten hos sjuksköterskor för att kunna kommunicera om sexualitet. Brist på privat miljö och tid var barriärer till att diskutera sexuella bekymmer.	Intern validitet stärks då resultatet svarar på endast syftet. Stärks då internt bortfall redovisats men sänks då beskrivning saknas. Reliabilitet stärks då rätt analysmetod använts. Objektivitet stärks då där finns en powerberäkning. Rätt statistiska analyser har använts. Extern validitet sänks då inga exklusionskriterier beskrivs. Sänks då det externa bortfallet är högt.
Nina Saunamäki, Matilda Andersson och Maria Engström. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. Sverige. 2010.	Att beskriva legitimerade sjuksköterskors attityder och åsikter om att diskutera/kommunicera om sexualitet med patienter med hjälp av Sexual Attitudes and Beliefs Survey.	Bekvämlighetsurval av 100 ssk, 88 ssk deltog. Externt bortfall på 12. Studien genomfördes i Sverige och all data insamlades år 2006. Sambandsstudier med en korrelation och komparativ design. Enkäten Sexual Attitudes and Beliefs Surveys användes.	Enkäter delades ut på ett sjukhus i Sverige, 5 medicinavdelningar och 5 kirurgavdelningar och återtog 2 veckor senare. Datan analyserades med hjälp av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS15.0).	2/3 av deltagarna kände sig bekväma med att kommunicera om sexualitet med patienter. Men bara 20% av deltagarna prioriterade tiden till att prata om sexualitet med patienter. De ssk med vidareutbildning kände sig mer bekväma med att kommunicera om sexualitet med patienter.	Intern validitet stärks då resultatet svarar på syftet. Sänks något då det en kvalitativ metod kunde varit lämpligare för att undersöka upplevelser. Reliabilitet stärks då rätt skalnivå och spridningsmått använts. Objektivitet stärks då en powerberäkning redovisats. Stärks då rätt analytisk metod använts. Extern validitet sänks då det externa bortfallet var 12% men inte redovisats.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Tialda Hoekstra, Ivonne Lesman-Leege, Margriet F. Couperus, Robbert Sanderman och Tiny Jaarsma. What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? Nederländerna. 2012	Att undersöka den nuvarande praxisen hos hjärt-sjukvårdssköt- skor om att diskutera sexuell hälsa.	Ändamålsenligt urval. 146 sjuksköterskor, 83% var kvinnor, 25– 61 år, majoriteten hade en kandidatexamen. Inklusionskriterier var att deltagarna arbetade på en hjärtsviktsklinik.	Ett introduktionsbrev om studien skickades ut till alla Heart failure kliniker i Nederländerna. Brevet beskrev studiens anonymitet. Två enkäter som använts i tidigare studier utformade grunden till enkäten som användes. data analyserades med SPSS. Deskriptiv analys användes.	75% höll med om att det är sjuksköterskans ansvar att diskutera sexualitet med pat. Av de sjuksköterskor som uppgav sig diskutera sexualitet hade många (41%) en utbildning inom det, jämfört med de som uppgav att de inte diskuterade det (22%) De finns barriärer, brist på riktlinjer från arbetsgivarna, brist på träning, kulturkrock, ålder på patienten.	Intern validitet stärks då resultatet svarar på syftet. Stärks då urvalet var mest lämpligt i relation till syftet. Stärks då inga interna bortfall redovisats. Reliabilitet stärks då rätt analysmetod använts. Objektivitet stärks då rätt statistisk analys använts. Stärks då en powerberäkning redovisats. Extern validitet sänks då inga exklusionskriterier redovisats. Stärks då inga externa bortfall redovisats.

Bilaga 5, HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier

HKR:s granskningsmall för KVALITATIVA studier

1. Författare, titel, land och publikationsår	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vilka var författarna? Vad får vi veta om dem? b. Vad var titeln på artikeln? Vilka tankar ger titeln om vad studien kommer att handla om? c. I vilket land genomfördes studien? d. Vilket år publicerades artikeln? 	
2. Syfte (Aim)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vad var syftet med studien - översatt till svenska? b. Vilka centrala begrepp finns i syftet? 	
3. Bakgrund (Background/Introduction)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Finns de centrala begreppen i syftet definierade i bakgrunden? b. Finns det en problematisering tidigt i bakgrunden? En problematisering är ett stycke där forskarna ger sina motiv till varför denna studie behövs. c. Finns tidigare forskning inom området beskriven? Vad handlar denna forskning om? Någon forskning som saknas? d. Finns det en teori, modell eller något centralt begrepp i bakgrunden? Vilken/vilket? e. Kan du tänka dig någon teori/modell/centralt begrepp som hade passat att ta med i bakgrunden? 	
4. Metoden – Urval och datainsamling (Sample and Datacollection)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vilken typ av urval användes? Använd det vetenskapliga begreppet. b. Hur många personer ingick i studien? c. Hur många tillfrågades/hur stort var bortfallet? d. Hur såg urvalet ut? Antal, kön, ålder osv. e. I vilket kontext (sammanhang, miljö) genomfördes studien? 	

<ul style="list-style-type: none"> f. Vilka var inklusions- respektive exklusionskriterierna? g. Vilken slags datainsamling användes? Använd det vetenskapliga begreppet. 	
5. Metoden – Genomförande och analys (Procedure and Analysis)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vem rekryterade deltagarna? b. Var skedde datainsamlingen? Hur gick forskarna rent praktiskt tillväga vid datainsamlingen? Tidsaspekter? Utskrifter? c. Vilka frågor ställdes? d. Vilket slags kvalitativ analys användes? Vetenskapligt begrepp. e. Vem/vilka genomförde analysen? f. Redovisas forskarnas förförståelse? g. Hur gick analysen till? h. Vilka etiska överväganden gjordes? Fanns forskningsetiskt tillstånd? 	
6. Fynd (Findings)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vilka var de övergripande resultaten (kategorier & subkategorier alt. teman & subteman)? 	
7. Diskussion (Discussion/ Comprehensive interpretation)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vilka fynd väljer forskarna att fokusera i sin diskussion? b. Vilken ny forskning/vilka nya teorier för forskarna in i diskussionen? 	
8. Slutsats och kliniska implikationer (Conclusion, clinical implications)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vilka slutsatser drar forskarna? b. Vilka kliniska tillämpningar av fynden föreslås? c. Vilken ytterligare forskning föreslås? 	
9. Kvalitet (Se Shenton, 2004)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Hur bedömer du studiens tillförlitlighet ^{a)} (Credibility)? b. Hur bedömer du studiens verifierbarhet ^{b)} (Dependability)? c. Hur bedömer du studiens pålitlighet ^{c)} (Confirmability)? d. Hur bedömer du studiens överförbarhet ^{d)} (Transferability)? 	

- a) En kvalitativ studies tillförlitlighet bestäms framför allt av om studien svarar på syftet, om citaten som redovisas antyder att intervjuerna blivit djupa dvs. verkligen speglar deltagarnas upplevelser samt av urvalet.
- b) En kvalitativ studies verifierbarhet bestäms framför allt av om metoden (intervjuerna, genomförandet, analysen) är beskriven på ett sätt som gör att det skulle gå att göra om studien.
- c) En kvalitativ studies pålitlighet bestäms framför allt av om fler än en person har deltagit i analysen, om forskarna har beskrivit sin förförståelse, om de visar att de inte bara har sett det de trodde och hoppades att de skulle finna samt av vilken relation det finns mellan forskarna och deltagarna.
- d) En kvalitativ studies överförbarhet bestäms framför allt av urvalet, om sammanhanget där studien genomfördes (kontexten) är väl beskrivet och av kategorierna/temanans abstraktionsnivå.

Bilaga 6, HKR:s granskningsmall för kvantitativa studier

HKR:s granskningsmall för kvantitativa studier

10. Författare, titel, land och publikationsår	
<ul style="list-style-type: none"> e. Vilka var författarna? Vad får vi veta om dem? f. Vad var titeln på artikeln? Vilka tankar ger titeln om vad studien kommer att handla om? g. I vilket land genomfördes studien? h. Vilket år publicerades artikeln? 	
11. Syfte (Aim)	
<ul style="list-style-type: none"> c. Vad var syftet med studien - översatt till svenska? d. Vilka centrala begrepp finns i syftet? 	
12. Bakgrund (Background/Introduction)	
<ul style="list-style-type: none"> f. Finns de centrala begreppen i syftet definierade i bakgrunden? g. Finns det en problematisering tidigt i bakgrunden? Ett stycke där forskarna ger sina motiv till varför denna studie behövs. h. Finns tidigare forskning inom området beskriven? Vad handlar denna forskning om? Någon forskning som saknas? 	
13. Metoden – Urval och datainsamling (Sample and Datacollection)	
<ul style="list-style-type: none"> h. Vilken typ av urval användes? Använd det vetenskapliga begreppet. i. Hur många personer ingick i studien? j. Hur många tillfrågades/hur stort var bortfallet? k. Hur såg urvalet ut? Antal, kön, ålder osv. l. I vilket kontext (sammanhang, miljö) genomfördes studien? m. Vilka var inklusions- respektive exklusionskriterierna? n. Vilken slags datainsamling användes? Använd vetenskapliga begrepp. o. Användes några instrument (ex. frågeformulär)? I så fall vilka? 	
14. Metoden – Intervention (Intervention)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Är det en experimentell studie? Om nej, gå till punkt 6. Om ja, vad bestod interventionen av? Vem genomförde den? Hur ofta gavs den? Vad fick kontrollgruppen? 	

15. Metoden – Genomförande och analys (Procedure and Analysis)	
<ul style="list-style-type: none"> i. Vem rekryterade deltagarna? j. Hur gick datainsamlingen till? Hur gick forskarna rent praktiskt tillväga vid datainsamlingen? Tidsaspekter? k. Har författarna redovisat sina hypoteser? l. Användes beskrivande och/eller analytisk statistik? Vilka statistiska analyser användes? m. Vilka variabler undersöktes? n. Vilka etiska överväganden gjordes? Fanns forskningsetiskt tillstånd? 	
16. Resultat (Results)	
<ul style="list-style-type: none"> b. Vilka var huvudresultaten? c. Redovisas statistiska signifikanta skillnader? Ange signifikansnivå. 	
17. Diskussion (Discussion/ Comprehensive interpretation)	
<ul style="list-style-type: none"> c. Vilka fynd väljer forskarna att fokusera i sin diskussion? d. Vilken ny forskning/vilka nya teorier för forskarna in i diskussionen? 	
18. Slutsats och kliniska implikationer (Conclusion, clinical implications)	
<ul style="list-style-type: none"> d. Vilka slutsatser drar forskarna? e. Vilka kliniska tillämpningar av fynden föreslås? f. Vilken ytterligare forskning föreslås? 	
19. Kvalitet (Polit & Beck, 2012)	
<ul style="list-style-type: none"> e. Hur bedömer du studiens interna validitet ^{a)}? f. Hur bedömer du studiens reliabilitet ^{b)}? g. Hur bedömer du studiens objektivitet ^{c)}? h. Hur bedömer du studiens externa validitet ^{d)}? 	

^{a)} En kvantitativ studies interna validitet bestäms framförallt av om resultatet svarar på studiens syfte och om resultatet speglar uppfattningarna hos de som valde att delta i studien. Ett frågeformulär som inte överensstämmer med syftet eller där frågorna kan missförstås liksom ett internt bortfall på någon eller några av frågorna hotar den interna validiteten. För en interventionsstudie bestäms den interna validiteten framförallt av sannolikheten att resultatet (den beroende variabeln) kan förklaras av insatsen (den oberoende variabeln) och inte av andra faktorer. Selektionsfel, historiska händelser och internt bortfall är exempel på sådant som kan göra att det finns risk för att det är andra faktorer som kan förklara resultatet.

- b) En kvantitativ studies reliabilitet bestäms framförallt av mätnoggrannheten vid datainsamlingen ex om frågeformuläret är pålitligt och tillräckligt känsligt (sensitivt) för att upptäcka skillnader.
- c) En kvantitativ studies objektivitet bestäms framförallt utifrån sannolikheten att oberoende forskare skulle komma fram till liknande resultat. Har "rätt" statistisk metod använts i relation till skalnivå och fördelning? Finns det en beräkning av hur många deltagare som behövs för att upptäcka signifikanta skillnader (power beräkning)?
- d) En kvantitativ studies externa validitet (generaliserbarhet) bestäms framförallt utifrån i vilken grad urvalet i studien är representativt för populationen som resultatet avses att generaliseras till? Ett stort externt bortfall (ex. låg svarsfrekvens) riskerar att hota den externa validiteten.