

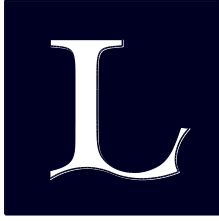
Sjuksköterskors bemötande gentemot patienters behov av sexualitet

En litteraturoversikt

Therese Bodin
Ida-Maria Hannu

Sjuksköterskeexamen
Sjuksköterska

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Sjuksköterskors bemötande gentemot patienters behov av
sexualitet
- En litteraturöversikt

Nurses ways of addressing patients' needs of sexuality
- A literature review

Therese Bodin
Ida-Maria Hannu

Kurs: Examensarbete 15 hp
Vårterminen 2012
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Handledare: Sandra Hermansson

Sjuksköterskors bemötande gentemot patienters behov av sexualitet
- En litteraturöversikt

Nurses ways of addressing patients' needs of sexuality
- A literature review

Therese Bodin

Ida-Maria Hannu

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsovetenskap
Luleå tekniska universitet

Abstrakt

Människors sexualitet är en stor del av livet och innebär olika saker för olika människor. Sexualitet är en grund för människors känsla av hälsa och välmående och är förknippat med att känna samhörighet till andra. Vid sjukdom och behandling kan självbilden förändras och därmed även sexualiteten. För att utöva holistisk vård krävs ett engagemang från sjuksköterskor där patienters behov av sexualitet inkluderas i omvårdnaden. Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva hur sjuksköterskor bemöter patienters behov av sexualitet. En litteraturöversikt genomfördes och 19 vetenskapliga artiklar analyserades. Resultatet visade att sexualitet sällan eller aldrig bemöttes. Det bristande bemötandet berodde på olika faktorer och trots sjuksköterskors kunskap om vikten av sexuell hälsa hos patienter prioriterades inte behovet. Ämnet skapade känslor av osäkerhet och genans hos sjuksköterskor och ett behov av mer utbildning i sexualitet, bemötande och samtalsteknik uttrycktes.

Nyckelord: Sexualitet, bemötande, holistisk omvårdnad, sjuksköterska, systematisk översikt

Genom hela livet är sexualitet en central aspekt av att vara människa. Begreppet sexualitet innefattar könsidentiteter och roller, sexuell orientering, intimitet och reproduktion. Människors sexualitet kan ges uttryck genom tankar, värderingar, roller och relationer. Hur individer uttrycker sin sexualitet är unikt för varje person och påverkas av biologiska, psykologiska, sociala, kulturella och religiösa faktorer (WHO, 2011). Sexualitetens betydelse för människor ser olika ut och kan skilja sig åt under olika faser i livet och är något som aldrig går förlorat (Redelman, 2008). Upplevelsen av självkänsla och att vara människa beskriver Shell (2008) som något nära förknippat med sexualitet. Känslan av att höra ihop och bli accepterad av andra är också något som upplevs genom sexualitet. Den sexuella aktiviteten beskrivs som en viktig komponent i upplevelsen av hälsa (Waxman, 1996). För att människor ska uppleva hälsa är även närheten till andra människor en nödvändighet. Människors sexualitet ses inte enbart som något kroppsligt, den sexuella relationen kan även innefatta behovet av intimitet. Ömsesidigheten som sexualitet och intimitet kan innebära, betyder att ge uppmärksamhet till någon och att få uppmärksamhet, detta bidrar till en känsla av samhörighet. Tillsammans utgör sexualitet och intimitet en grund för människors livskvalitet (Robinson & Molzahn, 2007).

Kroppsuppfattning är det sätt man ser på sig själv, den attityd man har till sin egen kropp. Under livstiden förändras kroppen gradvis och människor lär sig vanligtvis att acceptera de förändringar som sker (Weerakoon, 2001). När människor genomgår fysiska och psykiska förändringar på grund av sjukdom eller skador kan även den sexuella hälsan påverkas (Southard & Keller, 2009). Olika mediciner och behandlingar kan påverka kroppen och därmed även den sexuella funktionen. Symtom och biverkningar från sjukdomar och behandlingar som exempelvis fatigue, smärta, depression och viktne- eller uppgång är några orsaker som kan påverka sexualiteten negativt (Blagbrough, 2010; Schwartz & Plawecki, 2002). Fysiska och psykiska förändringar är ofta oönskade och förändrar kroppsliga funktioner som normalt tas för givet. Ett förändrat yttre kan leda till att personer känner sig oattraktiva och fula, detta bidrar ofta till oro och minskat självförtroende. Depression, ilska, skuld och rädsla till följd av sjukdom kan minska patienters självförtroende, känsla av värdighet och på så vis även sexualiteten (Cort, Monroe & Oliviere, 2004; Weerakoon, 2001). Den kroppsbild patienter har under och efter sjukdomstiden spelar stor roll i hur de uppfattar sin sexualitet. Trots en förändrad utsida kan patienter uppleva att insidan är den samma. Detta innebär en konflikt i bilden av sig själv och förståelsen och attityderna till sexualiteten kan förändras (Southard & Keller, 2009). När dessa förändringar uppstår kan problem i en

eventuell relation uppkomma som en direkt eller indirekt konsekvens av detta (Cort et al. 2004). Till exempel kan ett par som brukat uppskatta en ömsesidig sexuell relation upptäcka att det inte längre är möjligt, vilket ofta leder till osäkerhet och funderingar kring deras framtida förhållande och sexuella aktivitet (Crouch, 1999). Vid långvarig sjukdom kan intimitet bli en större del av patienters sexualitet och lusten till sexuell aktivitet minskar. Sexualiteten mellan patienten och dennes partner kan då uttrycka sig genom kramar och nära kroppskontakt men även ögonkontakt, det vill säga ett icke fysiskt uttryck för närhet. Den minskade lusten till sexuell aktivitet hos patienter kan även bero på rädsla. Denna rädsla grundar sig ofta i oro över smärta eller att sjukdomen eller skadan ska försämrans. Rädslan kan även innebära tankar om att smitta eller skada sin partner. Information om sjukdomar, behandlingar och mediciners påverkan på individen och sexualiteten kan förhindra onödigt lidande (Lemieux, Kaiser, Pereira & Meadows, 2004).

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2005) ska patienters fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga omvårdnadsbehov tas hänsyn till av sjuksköterskor. Hälsofrämjande vård är planerade åtgärder som ska tillgodose behoven hos individer, familjer och samhället. Vården ska bygga på ett holistiskt synsätt, vilket innebär att människan ses som en helhet där även de sexuella behoven hos patienten ska inkluderas. Den holistiska vården fokuserar på individens autonomi, identitet, integritet och självkänsla. Vårdpersonal och patienter kan komma från olika religiösa och kulturella bakgrunder, om holistisk vård ska tillämpas måste sjuksköterskor ha kunskap om patienters tro och värderingar. Sjuksköterskor ska ta hänsyn till enskilda patienters önskingar och behov (Berg & Sarvimäki, 2003; Denier, Gastmans, De Bal & Dierckx de Casterle, 2010; McEvoy & Duffy, 2008).

I sjuksköterskans profession ingår det att ha god förmåga att bemöta människor, ge information och undervisa patienter och anhöriga (Socialstyrelsen, 2005). För att bemötandet mellan sjuksköterskor, patienter och närstående ska bli bra bör sjuksköterskor kommunicera på ett sätt där empati och respekt ingår. I kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter är det av vikt att sjuksköterskor ger utrymme för patienter att själv bestämma innehållet och takten på samtalet (Higgins, Barker & Begley, 2006). En bra kommunikation mellan patienter och sjuksköterskor kan även leda till en positiv effekt på patienters välmående (Southard & Keller, 2009).

Enligt Hordern och Street (2007) finns det en förväntan hos patienter att kommunikationen mellan patient och vårdpersonal ska vara individuellt anpassad och centrerad till patienten. Patienter önskar att sexuell information ska vara en del av deras vård (Lemieux, et al. 2004; Stead, Brown, Fallowfield & Selby, 2002). Horden och Street (2007) beskriver att patienter vill veta om deras situation är normal och hur andra patienter i samma situation handskas med intimitets- och sexualitetsproblem. När patienter får sexuell information upplever de att fokus oftast ligger på klimakteriet, fortplantning och erektionsbesvär. Information och praktiska råd om hur de ska leva med förändringar som sjukdom medför är något patienter efterfrågar. Redelman (2008) skriver att patienter vill bli behandlade som individer och att sjuksköterskor ska ha förmågan att möta patienter där de är i livet. Olikheter ska bekräftas och behandlas med respekt. Sexualitet och intimitet är en viktig del i människors liv trots sjukdom och det är viktigt att bemöta problem och funderingar kring ämnet. Att tydliggöra bemötandet av detta, både hinder och möjligheter till utveckling, är därför av stor vikt.

Syftet med denna litteraturoversikt var att sammanställa kunskap om sjuksköterskors bemötande gentemot patienters behov av sexualitet.

De frågeställningar som denna översikt utgick från var:

1. Hur bemöter sjuksköterskor patienters behov av sexualitet?
2. På vilka sätt kan sjuksköterskor stärkas i sitt förhållningssätt att bemöta patienters behov av sexualitet?

Metod

En litteraturoversikt ger en översikt av samlad kunskap över ett specifikt område. Metoden för integrativ översikt tillåter användandet av kvalitativ och kvantitativ forskning. Detta leder till att studien bidrar med olika perspektiv på det fenomen som studerats. Resultatet i en välgjord litteraturoversikt kan ofta generaliseras och användas i evidensbaserad omvårdnad (Whittemore & Knafl, 2005).

Litteratursökning

En pilotsökning genomfördes för att kontrollera tillgången av vetenskaplig litteratur inom det valda ämnet (jfr. Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006, s. 55). Vid den systematiska sökningen användes databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Enligt Polit & Beck (2008, s. 111)

är dessa databaser mest användbara vid omvårdnadsforskning. Sökorden som användes i litteratursökningen var: *sexuality, intimacy, nurse, nurses, nurse*, nursing staff, attitude, attitudes, attitude*, attitudes to sexuality, attitudes of health personnel, nurses perception, views of health professionals, communication*. Sökningen skedde genom att använda MeSH-termer och fritext i olika kombinationer (se tabell 1). När MeSH-termer används minimeras antalet träffar på artiklar med irrelevant innehåll, detta eftersom artiklarna i de olika databaserna har tilldelats katalogiseringsord (Willman et al., 2006, s. 63). Sökningarna i databaserna kompletterades med manuella sökningar vilket inte gav något resultat. En manuell sökning sker via genomgång av artiklars referenslistor (Willman et al., 2006, s. 80). Inklusionskriterier för studien var kvantitativa och kvalitativa artiklar skrivna på engelska och publicerade mellan 1998-2012. Artiklarna skulle vara Peer reviewed. Enligt Polit och Beck (2008, s. 55-56) innebär detta att studierna granskats av experter innan publicering. Exkluderades gjorde artiklar där deltagarna var under 18 år, innefattade annan vårdpersonal än sjuksköterskor samt artiklar med låg kvalitet. För att undvika risken för cirkelresonemang uteslöts även översiktsartiklar.

Tabell 1. Systematisk sökning

PubMed 2012-01-23				
Söknr	**)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
1	MSH	Sexuality	40945	
2	MSH	Nurses	39741	
3	MSH	Communication	201956	
4	MSH	Nursing staff	30418	
5	MSH	Attitudes	231883	
6	MSH	Attitudes of health personnel	0	
7	FT	Attitudes of health personnel	80336	
8	FT	Intimacy	1454	
9	FT	Views of health professional	5849	
10	FT	Nurses perceptions	2856	
11	FT	Attitudes to sexuality	9602	
12	MSH	1 AND 5 AND 4 OR 2	39812	
13	MSH	1 AND 5 AND 4	80	1
14	MSH	1 AND 5 AND 2	104	4
15	MSH	1 AND 2	258	
16	FT	1 (MSH) AND 7 OR 9	6772	
17	FT	1 (MSH) AND 7	962	
18	FT	1 (MSH) AND 9	60	1
19	FT	1 (MSH) AND 8	458	
20	FT	1 (MSH) AND 8 AND 2	8	
21	FT	1 (MSH) AND 8 AND 7	23	
22	MSH	1 AND 3	2337	
23	MSH	1 AND 3 AND 10 (FT)	13	1
24	MSH	1 AND 3 AND 2	8	

* Trunkering

**MSH – MeSH termer i databasen PubMed och PsycINFO, MW – Word in subject heading i databasen CINAHL, FT – fritextsökning.

Forts. tabell 1. Systematisk sökning

PubMed 2012-01-23				
Söknr	**)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
25	MSH	1 AND 10 (FT)	73	
26	FT	11 AND 2 (MSH)	415	5
27	FT	11 AND 4 (MSH)	139	
CINAHL 2012-01-23				
1	MW	Sexuality	10580	
2	MW	Nursing staff	6648	
3	MW	Nurse	49246	
4	MW	Nurses	62851	
5	MW	Communication	28862	
6	MW	Attitude	49028	
7	MW	Attitudes	63080	
8	FT	Attitudes of health personnel	20	
9	FT	Views of health professional	222	
10	FT	Nurses perceptions	507	
11	FT	Attitudes to sexuality	60	1
12	MW	1 AND 3	296	1
13	MW	1 AND 7	878	
14	MW	1 AND 6 AND 4	27	1
15	MW	1 AND 2 AND 7	5	
16	MW	1 AND 4 AND 5	7	
17	MW	1 AND 8 (FT)	0	
18	MW	1 AND 9 (FT)	1	
19	MW	1 AND 10 (FT)	14	3
PsycINFO 2012-01-23				
1	MSH	Sexuality	7471	
2	MSH	Nurse*	13725	
3	MSH	Attitude*	236300	
4	MSH	1 AND 2 AND 3	101	1

* Trunkering

**MSH – MeSH termer i databasen PubMed och PsycINFO, MW – Word in subject heading i databasen CINAHL, FT – fritextsökning.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av de funna artiklarna (se tabell 2) genomfördes med stöd av två olika instrument för kvalitetsbedömning av studier. Dessa instrument används för granskning av kvalitativa och kvantitativa studier (Willman et al., 2006, s. 155-156). Instrumenten modifierades för att passa de aktuella studierna. För att tolka och värdera kvaliteten på studierna granskas urvalsförfarande, deltagarantal, metod, analys och resultat (Willman et al., 2006, s. 92-95). Kvalitetsgraderingen skedde genom att studierna tilldelades ett poäng för varje positivt svar och noll poäng för negativt eller inadekvat svar. Antal poäng konverterades sedan om till procent beräknat på den totala poängsumman och delades därefter in i en kvalitetsgradering. Författarna till denna studie utförde granskningen av samtliga artiklar enskilt för att sedan sammanföra resultatet av kvalitetsgraderingen. På detta sätt får granskningen en högre tillförlitlighet (Willman et al., 2006, s. 83). Kvalitetsgraderingen utfördes enligt en tregradigskala (se tabell 3) (Willman et al., 2006, s. 96).

Tabell 2. Översikt av artiklar ingående i analysen (n=19)

Författare (År) Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling /analys	Huvudfynd	Kvalitet (hög, medel, låg)
Akinci (2011) Turkiet	Kvantitativ	141 sjuksköterskor	Enkätstudie/ SPSS	Sjuksköterskor kände sig obekväma i att prata om sexualitet och upplevde att mer utbildning skulle göra dem säkrare.	Hög
Cort (1998) Storbritannien	Kvalitativ/ Kvantitativ	33 sjuksköterskor	Enkätstudie, Intervjuer/ Deskriptiv statistik	Sjuksköterskor ansåg att sexualitet var viktigt i vården och att det ingick i sjuksköterskors roll att tala om det. Viss osäkerhet att ta upp ämnet fanns ändå.	Medel
Cort, Attenborough & Watson (2001) Storbritannien	Kvantitativ	122 sjuksköterskor	Enkätstudie/ SPSS	Sjuksköterskor tyckte att patienter skulle uppmuntras att ha intima förhållanden. Attityden till att ta sexuell historia som del i anamnesen varierade.	Hög
Guthrie (1999) Storbritannien	Kvalitativ	10 sjuksköterskor	Intervjuer/ Grounded theory	Sjuksköterskor ville inte tala om sexuella problem med patienter. Olika copingstrategier användes för att bemöta pinsamma situationer.	Medel
Hautamäki, Miettinen, Kellokumu- Lehtinen, Aalto & Lehto (2007) Finland	Kvantitativ	181 sjuksköterskor 34 andra professioner	Enkätstudie/ SPSS	Sjuksköterskor diskuterade sällan sexuella problem utan hänvisade till andra professioner. Orsakerna var brist på utbildning och att sexualitet ansågs vara ett svårt ämne att tala om.	Hög
Higgins, Barker & Begley (2008) Irland	Kvalitativ	27 sjuksköterskor	Intervjuer/ Grounded theory	Sjuksköterskors största oro angående sexualitet handlade om personlig och professionell sårbarhet pga. bristande kompetens, bekvämlighet och lågt självförtroende inom området.	Hög
Jaarsma et al. (2010) Sverige	Kvantitativ	157 sjuksköterskor	Enkätstudie/ SPSS	Sjuksköterskor ansåg att det var deras ansvar att tala om sexualitet med patienter. Det var dock inte vanligt att de pratade om det. Orsakerna till det ansågs vara brist på kunskap och rädsla.	Hög

Forts. tabell 2. Översikt av artiklar ingående i analysen (n=19)

Författare (År) Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/ analys	Huvudfynd	Kvalitet (hög, medel, låg)
Julien, Thom & Kline (2010) USA	Kvantitativ	576 sjuksköterskor	Enkätstudie/ SPSS	Sexualitet sågs inte som för privat för att talas om. Sjuksköterskor trodde dock inte att patienter förväntade sig att sjuksköterskor skulle tala om det.	Hög
Lavin & Hyde (2006) Irland	Kvalitativ	10 sjuksköterskor	Intervjuer/ Konstant jämförelse analys	Sjuksköterskor undvek att ta upp sexualitet med patienter trots att de kände till den medicinska behandlingens negativa effekter på sexualiteten.	Hög
Magnan & Reynolds (2006) USA	Kvantitativ	302 sjuksköterskor	Enkätstudie/ SPSS	Största hindret till att ta upp sexuella frågor var att sjuksköterskor trodde att patienter inte förväntade sig det. Andra orsaker var brist på självförtroende, tid och att sjuksköterskor kände sig obekväma.	Hög
Magnan, Reynolds & Galvin (2005) USA	Kvantitativ	148 sjuksköterskor	Enkätstudie/ SPSS	Sjuksköterskorna trodde inte att patienter förväntade sig samtal om sexualitet. Sjuksköterskor tog sig inte tid att diskutera sexualitet och kände sig obekväma.	Medel
Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou (2009) Grekland	Kvalitativ	44 sjuksköterskor	Intervjuer/ tematisk analys, grounded theory	Sjuksköterskor kände ovilja att prata om sexualitet. Orsakerna till detta var personliga och bundna till sammanhanget de befann sig i.	Hög
Quinn, Happell & Browne (2011) Australien	Kvalitativ	14 sjuksköterskor	Semi- strukturerade intervjuer/ Framework method	Sjuksköterskor tyckte att sexualitet var viktigt men brukade ignorera problemet eller hänvisa till någon annan profession.	Hög
Saunamäki, Andersson & Engström (2010) Sverige	Kvantitativ	88 sjuksköterskor	Enkätstudie/ SPSS	Sjuksköterskor hade kunskap om sjukdomar och behandlingars påverkan på sexualiteten. Få sjuksköterskor tog sig tid att prata om sexualitet trots att de ansåg att det var deras ansvar.	Hög

Forts. tabell 2. Översikt av artiklar ingående i analysen (n=19)

Författare (År) Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/ analys	Huvudfynd	Kvalitet (hög, medel, låg)
Steinke & Patterson-Midgley (1998) USA	Kvalitativ/ kvantitativ	171 sjuksköterskor 96 patienter	Enkätstudie, öppna frågor/ Innehållsanalys	Sjuksköterskor uttryckte behov av verktyg för att kunna ge sexuell rådgivning.	Medel
Stokes & Mears (2000) Storbritannien	Kvantitativ	234 sjuksköterskor	Enkätstudie/ SPSS	Sjuksköterskor var mer bekväma med att prata om sexuella problem med kvinnor och ungdomar än men män och personer med annan sexuell orientering.	Medel
Tsai (2004) Taiwan	Kvantitativ	391 sjuksköterskor	Enkätstudie/ Deskriptiv statistik	Sjuksköterskor undvek att tala om sexualitet om det inte var relaterat till patienters sjukdom eller behandling. Om patienten själv tog initiativet till diskussion bemötte man problemet.	Medel
Zeng, Li, Wang, Ching & Loke (2011) Kina	Kvantitativ	199 sjuksköterskor	Enkätstudie/ SPSS	Sexualitet sågs som något för privat för att tala om. Sjuksköterskor ansåg att cancerpatienter inte hade något intresse för sexualitet. De flesta sjuksköterskor kände sig inte säkra eller bekväma i att tala om sexualitet	Hög
Zeng, Liu & Loke (2012) Kina	Kvantitativ	202 sjuksköterskor	Enkätstudie/ SPSS	De flesta sjuksköterskor tyckte att sexualitet var för privat för att tala om. En tredjedel tog sig inte tid att diskutera problem med patienter.	Hög

Tabell 3. Kvalitetsgradering

Kvalitetsgradering	Procentindelning
Hög	80-100 %
Medel	70-79 %
Låg	60-69 %

Analys

Analysen av funna artiklar genomfördes utifrån Whitemore och Knafl (2005). För att analysen skulle utföras i logisk ordning sorterades artiklarna utifrån metodologisk ansats. Varje artikel fick en unik märkning så att textenheterna kunde härledas tillbaka till rätt källa. Därefter extraherades huvudfynden ur artiklarna och sammanställdes i en matris. Ur huvudfynden utvecklades frågeställningar till studien. När frågeställningarna hade definierats plockades textenheter som svarade på frågeställningarna ut ur de kvalitativa studiernas resultat och de kvantitativa studiernas resultat samt diskussion. Under analysen av de utvalda studierna extraherades 265 textenheter. Textenheterna markerades med en färgkod beroende på vilken frågeställning de svarade på. En tabell med textenheterna utformades för att få en tydlig översikt. Textenheterna kondenserades, vilket innebär en process där texten förkortas utan att innebörden förloras. Varje kondensering fick samma kod som textenheten och kunde därmed härledas tillbaka till ursprungsartikeln. Detta är enligt Whitemore och Knafl (2005) ett sätt att uppnå reliabla och valida kodningar och därmed säkerställa metodologisk stabilitet. Vidare sammanfogades de kondenserade textenheterna med liknande innehåll till en kategori. Kategorier med likartat innehåll sammanfogades sedan i två steg och tills inga fler sammanfogningar kunde genomföras. Under hela analysprocessen kontrollerades att inga egna tolkningar eller värderingar påverkat arbetet. Kontrollerna utfördes genom att ständigt återgå till ursprungsartiklarna. Detta görs enligt Whitemore och Knafl (2005) även för att undvika att slutsatser dras för tidigt i arbetet och att viktig data exkluderas. De olika kategorierna sammanställdes i synteser. Detta skapar en ny översikt av ursprungsdata och ger en heltäckande bild av ämnet. En syntes innebär en beskrivning av de slutsatser som gjorts efter en kritisk granskning av de delar av resultatet som besvarar frågorna (Whitemore & Knafl, 2005).

Resultat

Analysen av de studier som svarade på syftet resulterade i fem kategorier. Fyra av dessa kategorier svarade på den första frågeställningen och en kategori svarade på den andra frågeställningen (se tabell 4 & 5).

Hur bemöter sjuksköterskor patienters behov av sexualitet?

Tabell 4. Översikt av studier i respektive kategori

Hur bemöter sjuksköterskor patienters behov av sexualitet?				
Studier som ingår i analysen	Sexualitet är viktigt men bemöts inte	Att känna osäkerhet i bemötandet	Att inte ha tillräcklig kunskap om sexualitet	Arbetsmiljön och kulturens påverkan på bemötandet
Akinci, 2011	X	X	X	X
Cort, 1998	X	X	X	
Cort et al., 2001	X			
Guthrie, 1999	X	X		X
Hautamäki et al., 2007	X		X	
Higgins et al., 2008	X	X	X	X
Jaarsma et al., 2010	X	X	X	
Julien et al., 2010	X	X	X	
Lavin & Hyde 2006	X	X	X	X
Magnan & Reynolds, 2006	X	X		X
Magnan et al., 2005	X	X	X	
Nakopoulou et al. 2009	X	X	X	X
Quinn et al., 2011	X	X	X	X
Saunamäki et al., 2010	X	X	X	
Steinke & Patterson-Midgley, 1998	X			X
Stokes & Mears, 2000	X		X	X
Tsai, 2004	X	X	X	X
Zeng et al., 2011	X	X		
Zeng et al., 2012	X	X	X	X

Sexualitet är viktigt men bemöts inte

Flera studier beskrev att sjuksköterskor sällan eller aldrig bemötte patienters behov av sexualitet (Cort, Attenborough & Watson, 2001; Guthrie, 1999; Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto & Lehto, 2007; Jaarsma et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Quinn, Happell & Browne, 2011; Stokes & Mears, 2000; Zeng, Li, Wang, Ching & Loke, 2011; Zeng, Lui & Loke, 2012). Dock ansåg sjuksköterskor att sexualitet var viktigt för patienters hälsa och för att kunna tillämpa en holistisk omvårdnad (Cort, 1998; Cort et al., 2001; Higgins, Barker & Begley, 2008; Lavin & Hyde, 2006; Magnan & Reynolds, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Steinke & Patterson-Midgley, 1998; Zeng et al., 2011; Zeng et al., 2012). I fyra studier framkom att sjuksköterskor såg på sexualitet som oviktigt för patienters välmående (Magnan & Reynolds, 2006; Magnan, Reynolds & Galvin, 2005; Nakopoulou et al., 2009; Saunamäki, Andersson & Engström, 2010).

Flera studier beskrev att sjuksköterskor ansåg att det hörde till deras ansvar att ge patienter utrymme att tala om sexuella problem (Cort, 1998; Jaarsma et al., 2010; Magnost et al., 2005; Saunamäki et al., 2010; Steinke & Patterson-Midgley, 1998; Zeng et al., 2011). Även rådgivning och information om sexualitet tillhörde sjuksköterskans roll (Cort, 1998). Quinn et al. (2011) beskrev att patienters upplevelser av symtom och bieffekter av sjukdom och behandling var viktigare för sjuksköterskor än patienters upplevelse av sin sexualitet. Flera studier beskrev även att sjuksköterskor hade en förförståelse om att patienter var för sjuka för att intressera sig av sexualitet och att patienter hade andra större problem att bekymra sig över (Lavin & Hyde, 2006; Magnost & Reynolds, 2006; Tsai, 2004; Saunamäki et al., 2010; Zeng et al., 2011; Zeng et al., 2012). Att tala om sexuella problem var därför något som sjuksköterskor inte ansåg ingick i det dagliga arbetet, patienters behov av sexualitet var inte prioriterat i omvårdnaden (Guthrie, 1999; Hautamäki et al., 2007; Jaarsma et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Magnost et al., 2005; Nakopoulou et al., 2009; Saunamäki et al., 2010; Zeng et al., 2011; Zeng et al., 2012). Magnost et al. (2005) beskrev dock att sjuksköterskor inte trodde att patienternas sjukdom hindrade dem från att tycka att sexualitet var viktigt.

Några studier beskrev att sjuksköterskor antog att patienter inte förväntade sig att sjuksköterskor skulle samtala om sexuella problem med dem (Julien, Thom & Kline, 2010; Magnost & Reynolds, 2006; Magnost et al., 2005; Saunamäki et al., 2010). Sjuksköterskor beskrev att det var lämpligt att samtala om sexualitet endast om patienter själva valde att ta upp ämnet (Akinci, 2011; Cort, 1998; Guthrie, 1999; Higgins et al., 2008; Julien et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Magnost et al., 2005; Quinn et al., 2011; Saunamäki et al., 2010; Steinke & Patterson-Midgley, 1998; Zeng et al., 2012). Två studier beskrev att initiativtagandet till att tala om sexuella problem sällan var sjuksköterskors, men om de tillfrågades eller fick indikationer att sexuella problem upplevdes av patienter bemöttes problemen (Quinn et al., 2011; Steinke & Patterson-Midgley, 1998). Dock visade två studier att om sexualitet nämndes av patienter försökte sjuksköterskor leda bort konversationen från ämnet eller endast samtala om de medicinska effekterna på patienters sexualitet (Jaarsma et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006). I några studier framkom att sjuksköterskor inte tyckte det hörde till deras uppgift att bemöta sexualitet, de lyssnade på patienten men valde att hänvisa frågorna vidare till andra professioner de ansåg mer lämpliga (Hautamäki et al., 2007; Julien et al., 2010; Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Steinke & Patterson-Midgley, 1998).

Sammanfattningsvis framkom att få sjuksköterskor bemötte patienters behov av sexualitet trots att de ansåg att det var viktigt för patienters hälsa. Sjuksköterskor ansåg även att det var patienters ansvar att inleda samtal om sexualitet och om ämnet kom upp hänvisade sjuksköterskor ofta patienter vidare till andra professioner.

Att känna osäkerhet i bemötandet

Enligt Julien et al. (2010) framkom ett samband mellan sjuksköterskors attityder gentemot sexualitet och hur de bemötte patienters behov av sexualitet. Sjuksköterskors personliga problem kring sin egen sexualitet och personliga värderingar bidrog till att det blev svårare att samtala om sexualitet (Akinci, 2011; Quinn et al., 2011). Brist på självförtroende var en faktor som hindrade sjuksköterskor att bemöta sexuella problem. De upplevde även en osäkerhet kring problem som de trodde berörde en person med specialistkompetens inom sexualitet (Cort, 1998; Quinn et al., 2011). Faktorer som att känna sig obekvämt och generad hindrade omvårdnad där samtal om sexualitet ingick (Akinci, 2011; Lavin & Hyde, 2006; Magnan & Reynolds, 2006; Magnan et al., 2005; Quinn et al., 2011; Zeng et al., 2012).

I bemötandet av sexualitet fanns en rädsla för att uppröra, oroa och generera patienter eftersom sjuksköterskor tyckte att sexualitet var ett känsligt ämne (Higgins et al., 2008; Jaarsma et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006). De ansåg även att sexualitet var för privat för att samtala om och det fanns rädsla för att kränka patienters privatliv, säga någonting fel och göra misstag. (Guthrie, 1999; Julien et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Magnan & Reynolds, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Tsai, 2004; Zeng et al., 2011; Zeng et al., 2012). I en studie framkom att sjuksköterskor upplevde rädsla för att patienter skulle missförstå motiven med frågor kring sexualitet (Nakopoulou et al., 2009). Enligt Tsai (2004) framkom att sjuksköterskor trodde att om de skulle påbörja ett samtal om sexualitet skulle patienter inte svara på deras frågor. Sjuksköterskor antog även att den egna åldern, kön, utseende och uppträdande kunde skapa en obekvämt känsla hos patienter, vilket gjorde att de inte bemötte behovet sexualitet (Nakopoulou et al., 2009). Detta trodde inte sjuksköterskor endast var ett problem för patienter, utan de upplevde även själva att patienters ålder och kön påverkade bemötandet. De visste till exempel inte hur de skulle samtala om sexualitet med det motsatta könet eller med patienter som tillhörde en annan generation (Lavin & Hyde, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Tsai, 2004).

Två studier beskrev att de flesta sjuksköterskor kände sig bekväma och inte fann det svårt eller genant att integrera sexualitet i omvårdnaden (Cort, 1998; Jaarsma et al., 2010).

Sjuksköterskor föreslog att det kunde vara deras erfarenhet som bidrog till att de kände lätthet och säkerhet i att ta upp sexuella problem med patienter (Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Saunamäki et al., 2010; Zeng et al., 2011; Zeng et al., 2012). En god relation med patienter bidrog till en känsla av bekvämlighet hos sjuksköterskor och var en underlättande faktor för att tala om sexualitet. Även en god kommunikationsförmåga hjälpte sjuksköterskor i bemötandet (Nakopoulou et al., 2009; Zeng et al., 2012).

Sammanfattningsvis framkom att brist på självförtroende, osäkerhet och rädsla för att genera eller kränka patienter gjorde att sjuksköterskor undvek samtal om sexualitet. Även personliga problem och värderingar om sexualitet påverkade bemötandet.

Att inte ha tillräcklig kunskap om sexualitet

Sjuksköterskor upplevde att deras kunskap om sexualitet inte var tillräcklig, detta gjorde att de kände sig osäkra att bemöta patienters frågor. Sjuksköterskor ansåg att bristande undervisning om sexualitet i grundutbildningen utgjorde ett hinder i bemötandet (Hautamäki et al., 2007; Higgins et al., 2008; Jaarsma et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Tsai, 2004; Zeng et al., 2012). Sjuksköterskor som ansåg att de fått för lite undervisning tyckte även att informationen de fått var teoretisk och mer riktad mot symtom kring sexuella sjukdomar (Higgins et al., 2008; Lavin & Hyde, 2006; Quinn et al., 2011; Zeng et al., 2012). I några studier framkom att sjuksköterskor hade kunskap om hur sjukdomar och behandling kunde påverka patienters förmåga att fungera sexuellt och i en relation (Cort, 1998; Julien et al., 2010; Magnan et al., 2005; Quinn et al., 2011; Saunamäki et al., 2010). Men de hade inte fått lära sig hur de skulle bemöta och samtala med patienter i vården (Higgins et al., 2008; Lavin & Hyde, 2006; Quinn et al., 2011; Zeng et al., 2012). På grund av brist på utbildning och kunskap uttryckte sjuksköterskor oro över att inte ha förmåga att lösa patienters problem, de var rädda att använda fel ord, ge felaktig information och förstöra den goda relationen (Akinci, 2011; Magnan et al., 2005; Nakopoulou et al., 2009; Stokes & Mears, 2000; Tsai, 2004; Zeng et al., 2012).

Brist på erfarenhet gjorde att sjuksköterskor identifierade fler hinder i att bemöta patienters sexualitet (Julien et al., 2010; Nakopoulou et al., 2009; Saunamäki et al., 2010; Zeng et al., 2012). I en studie uttryckte sjuksköterskor med längre erfarenhet att de trodde att studenter

och mindre erfarna sjuksköterskor ser yttligare på sexualitet och att detta beror på mognad (Nakopoulou et al., 2009). Sjuksköterskor uttryckte bekymmer över brist på experter som kunde hjälpa dem och som patienter kunde hänvisas till för vidare konsultation.

Sjuksköterskor upplevde även brist på förebilder i vården som kunde stödja och visa hur de kan samtala om sexualitet med patienter (Higgins et al., 2008; Tsai, 2004).

Sammanfattningsvis framkom att sjuksköterskor ansåg att undervisningen de fått om sexualitet var bristande, vilket ledde till oro över att inte ha förmåga att bemöta och hjälpa patienter. Sjuksköterskor saknade experter och förebilder som kunde stödja dem i arbetet.

Arbetsmiljön och kulturens påverkan på bemötandet

Faktorer i arbetsmiljön bidrog till att sjuksköterskor inte hade möjlighet att utöva holistisk omvårdnad och sjuksköterskor uttryckte avsaknad av privata utrymmen för att samtala om sexualitet (Guthrie, 1999; Lavin & Hyde, 2006; Magnan & Reynolds, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Steinke & Patterson-Midgley, 1998; Tsai, 2004; Zeng et al., 2012).

I flera studier upplevde sjuksköterskor att den tunga arbetsbördan hindrade dem, de ansåg att brist på personal och tid var begränsande faktorer (Guthrie, 1999; Higgins et al., 2008; Lavin & Hyde, 2006; Magnan & Reynolds, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Steinke & Patterson-Midgley, 1998; Stokes & Mears, 2000; Zeng et al., 2012).

Sjuksköterskor beskrev även att kraven de hade på sig, till exempel det administrativa arbetet utgjorde ett hinder för bemötandet (Quinn et al., 2011). En annan studie menade att dessa hinder också begränsade sjuksköterskor från att skapa nära relationer med patienter, på detta sätt minskades möjligheterna att tala om sexualitet (Guthrie, 1999). Arbetsmiljön gav inte heller sjuksköterskor tillfällen att genom förebilder lära sig mer om ämnet (Tsai, 2004).

I en studie framkom att sjuksköterskor inte blivit uppmuntrade att samtala om sexuella problem (Quinn et al., 2011). Vissa sjuksköterskor hade även blivit avrådda eller tillsagda av deras chef att inte samtala om detta med patienter (Tsai, 2004). Beroende på sjuksköterskors skiftande arbetstider varierade möjligheterna att bemöta patienters behov av sexualitet. Sjuksköterskor som arbetade nattetid hade liten chans att kunna diskutera sexualitet med patienter (Steinke & Patterson-Midgley, 1998).

I några studier framkom att sjuksköterskor upplevde att deras uppfostran, uppväxt och den sociala miljön hade påverkat deras syn på sexualitet (Guthrie, 1999; Higgins et al., 2008; Lavin & Hyde, 2006; Nakopoulou et al., 2009). I vissa kulturer ansågs sexualitet som tabu där samhället fortfarande höll fast vid konservativa idéer om vilka diskussioner som var lämpliga (Akinci, 2011; Higgins et al., 2008; Lavin & Hyde, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Steinke & Patterson-Midgley, 1998). En studie beskrev att sjuksköterskors religiösa uppväxt kunde påverka hur de hanterade patienters sexuella problem (Lavin & Hyde, 2006).

Sammanfattningsvis framkom att brist på tid och avsaknad av privata utrymmen minskade möjligheterna att samtala om patienters sexualitet. Sjuksköterskors uppväxt, kultur och religion visade sig påverka bemötandet av patienters sexualitet.

På vilka sätt kan sjuksköterskor stärkas i sitt förhållningssätt att bemöta patienters behov av sexualitet?

Tabell 5. Översikt av studier i respektive kategori

På vilka sätt kan sjuksköterskor stärkas i sitt förhållningssätt att bemöta patienters behov av sexualitet?	
Studier som ingår i analysen	Kunskap och utbildning som grund för bättre bemötande
Akinci, 2011	X
Cort, 1998	X
Cort et al., 2001	X
Guthrie, 1999	
Hautamäki et al., 2007	
Higgins et al., 2008	X
Jaarsma et al., 2010	X
Julien et al., 2010	X
Lavin & Hyde 2006	X
Magnan & Reynolds, 2006	X
Magnan et al., 2005	X
Nakopoulou et al. 2009	X
Quinn et al., 2011	X
Saunamäki et al., 2010	X
Steinke & Patterson-Midgley, 1998	X
Stokes & Mears, 2000	X
Tsai, 2004	
Zeng et al., 2011	
Zeng et al., 2012	X

Kunskap och utbildning som grund för bättre bemötande

Enligt flera studier ansåg sjuksköterskor att sexualitet bör inkluderas i en större del av grundutbildningen (Akinci, 2011; Magnan & Reynolds, 2006; Magnan et al., 2005;

Nakopoulou et al., 2009; Steinke & Patterson-Midgley, 1998). Det framkom även att sjuksköterskor med mer utbildning och kunskap hade mer positiva attityder och var mer villiga att bemöta sexualitet (Akinci, 2011; Cort, 1998; Jaarsma et al., 2010; Julien et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Magnan et al., 2005; Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Saunamäki et al., 2010; Stokes & Mears, 2000; Zeng et al., 2012). Sjuksköterskor uttryckte behov av specialiserad utbildning, inte bara om problem relaterade till sexualitet utan även i samtalsteknik. Sjuksköterskor föreslog även specifika kurser där en medvetenhet om de egna attityderna kring sexualitet lyfts fram (Nakopoulou et al., 2009).

I tre studier framkom att genom rollspel och praktisk träning i tjänsten kunde sjuksköterskor utveckla bekvämlighet (Akinci, 2011; Magnan et al., 2005; Steinke & Patterson-Midgley, 1998). Sjuksköterskor föreslog att specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning mot sexualitet och mer erfaren vårdpersonal skulle agera som förebilder för yngre och mindre erfarna sjuksköterskor (Higgins et al., 2008; Magnan & Reynolds, 2006). Förebilderna skulle hjälpa sjuksköterskor att komma över hinder, exempelvis hur de kan starta en konversation, hur de kan uttrycka sina frågor och hur de kan svara på patienters frågor (Higgins et al., 2008).

Studierna av Cort (1998), Cort et al. (2001), Magnan och Reynolds (2006), Nakopoulou et al. (2009) och Steinke och Patterson-Midgley (1998) föreslog att utformning av tvärvetenskapliga villkor och riktlinjer som hanterade sexuella problem hos patienter skulle vara en fördel för sjuksköterskor för att rutinemässigt inkludera sexualitet i vården.

Sammanfattningsvis framkom att sjuksköterskor önskade mer kunskap om sexualitet och samtalsteknik för att utveckla bekvämlighet i bemötandet. I vården saknades även förebilder och riktlinjer för bemötande av sexualitet.

Diskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att sammanställa kunskap om sjuksköterskors bemötande gentemot patienters behov av sexualitet. Studien utgick från två frågeställningar: *Hur bemöter sjuksköterskor patienters behov av sexualitet samt på vilka sätt kan sjuksköterskor stärkas i sitt förhållningssätt att bemöta patienters behov av sexualitet?*

Mänskliga behov kan skifta för varje individ och detta är något sjuksköterskor bör ha i åtanke.

Behov som samhörighet, närhet och känslor kopplade till sexuella relationer kan för vissa individer ha stor betydelse för dennes välmående (Henderson, 1982, s. 13).

I denna litteraturöversikt framkom att patienters behov av sexualitet var något som sjuksköterskor sällan eller aldrig bemötte trots att det sågs som en viktig del av patienters hälsa. Enligt Rasmusson och Thomé (2008) anser patienter att sexualitet hör ihop med välmående och utgör en central del av hälsan. För att behålla en positiv bild av sig själv beskriver patienter att det är viktigt att få prata om sin sexualitet och kropp (Ekvall, Ternstedt och Sorbe, 2003). Hordern och Street (2007) beskriver att patienter tror att sjuksköterskor har kunskap för att avgöra om sexualitet är nödvändigt att samtala om och lämnar därmed ansvaret om samtal kring sexualitet till sjuksköterskor. Resultatet i denna litteraturöversikt visade dock att sjuksköterskor ansåg att det var patienters ansvar att inleda samtal om sexualitet och om ämnet kom upp hänvisade sjuksköterskor ofta patienter vidare till andra professioner. I studier av Ekvall et al. (2003) och Rasmusson och Thomé (2008) framkommer det att patienter anser det oväsentligt vilken yrkesgrupp som ger information kring sexualitet. Hendersons omvårdnadsteori beskriver att en person under normala förhållanden kan tillgodose sina behov själv, men i samband med sjukdom kan detta förändras. Det är då sjuksköterskors ansvar att ge patienter den kunskap och de möjligheter som krävs för att patienter ska kunna ta tillbaka sitt oberoende (Henderson, 1964).

I denna litteraturöversikt framkom att sjuksköterskors förförståelse hindrade dem från att inkludera sexualitet i vården. Sjuksköterskor antog att patienter var för sjuka för att intressera sig av sexualitet och att patienter inte förväntade sig frågor om deras sexualitet. I mötet med patienter bör sjuksköterskor ha en förståelse för att patienter aldrig kan förstås genom de tankar sjuksköterskor har om dem. Holistisk vård med patienters behov i fokus kan endast skapas genom att sjuksköterskor inkluderar patienter i vården utan en tidigare förståelse om dem (Lögstrup, 1994, s. 95-98). Henderson (1964) beskriver att patienten är den som bäst känner sina egna behov och bör därför ha en aktiv medverkan i sin omvårdnad. En förutsättning för att sjuksköterskor ska kunna tillgodose patienters behov och uppnå omvårdnadens mål är en god relation och bra kommunikation.

Resultatet i denna litteraturöversikt visade att brist på självförtroende och osäkerhet hos sjuksköterskor kunde utgöra ett hinder för att bemöta patienters behov av sexualitet. Det fanns även rädsla att göra fel och att kränka patienters privatliv. Respekt för den personliga

integriteten ses som kärnan i att ge vård ur ett etiskt perspektiv. Varje individ har en egen livsvärld med unika värderingar som formar den personliga känslan av integritet. Utan hänsyn till den personliga integriteten får vården en biologisk inriktning och förlorar det humanistiska synsättet (Tyreman, 2011). Patienter beskriver att de kan uppleva känslor av obekvämlighet och genans vid samtal om deras sexualitet. Trots dessa känslor beskriver patienter vikten av att ämnet tas upp av vårdpersonal och att de får chans att ställa frågor (Lemieux et al., 2004; Rasmusson & Thomé, 2008). Vid sjukdom kan patienters gränser för deras integritet behöva flyttas. I situationer där den privata integriteten upplevs hotad bör sjuksköterskor förstå vikten av att patienter känner sig respekterade genom att bli bekräftade och förstådda. När sjuksköterskor bekräftar och förstår patienter upplever de mer kontroll över sin situation och integriteten kan bevaras (Widäng, Fridlund & Mårtensson, 2008). Socialstyrelsens handbok, om vårdpersonalens skyldighet att ge information för att öka patienters delaktighet (2012), beskriver att mötet mellan patienter och vårdpersonal ska bidra till att patienters behov kan identifieras och att en adekvat vård kan utformas. För att detta ska vara möjligt krävs ett patientcentrerat arbetssätt och en miljö där patienter tillåts vara delaktiga (Socialstyrelsen 2012). Hur vårdpersonal förhåller sig i bemötandet är en viktig aspekt enligt patienter. Att personalen inger förtroende, har förmåga att lyssna och har god kompetens är faktorer som patienter värderar högt (Rasmusson & Thomé, 2008).

Crouch (1999) beskriver att sjuksköterskor ska vara kunniga och skickliga i att handskas med sexuella frågor, de ska utveckla åtgärder och utbilda patienter. Denna litteraturstudie visade att sjuksköterskor upplevde att utbildningen de fått hade brister och att undervisningen saknade anvisningar om hur de skulle bemöta patienters behov av sexualitet. Deras kunskap och erfarenhet om detta ansåg sjuksköterskor därför inte vara tillräcklig.

Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) beskriver att sjuksköterskor ska ha förmåga att kommunicera med patienter, ge stöd och vägledning. Sjuksköterskor ska även ständigt analysera och engagera sig i den personliga och professionella utvecklingen och kunna reflektera över styrkor och svagheter i den egna kompetensen (Socialstyrelsen, 2005). Sumner (2010) beskriver att med självförtroende som bygger på kunskap och utbildning kan sjuksköterskor bli bekväma i att reflektera över sina egna värderingar. I processen där sjuksköterskor reflekterar över sig själv kan fokuset på vad det innebär att vara människa breddas, och en medvetenhet och förståelse för andra människors upplevelser och erfarenheter ökar. Detta kan leda vidare till att sjuksköterskor blir stärkta och tryggare i sitt förhållningssätt gentemot patienter (Becker-Hentz & Steen-

Lauterbach, 2005; Sumner, 2010). Genom att sjuksköterskor utvecklar ett självförtroende och en trygghet i den egna professionen kan en god relation till patienten byggas (Becker-Hentz & Steen-Lauterbach, 2005). Även Henderson (1982, s. 15) menar att sjuksköterskors självkännedom och insikt i den egna förmågan och kunskapsnivå stödjer sjuksköterskor att bättre hjälpa och förstå patienters behov och därmed kunna utveckla en god relation. Resultatet i denna litteraturöversikt visade att relationen till patienten var en underlättande faktor för att kunna samtala om sexualitet. Återkommande självreflektion gör det möjligt för sjuksköterskor att ständigt upptäcka nya erfarenheter, känslor och värderingar och på så sätt kan sjuksköterskor börja reflektera över sina handlingar (Becker-Hentz & Steen-Lauterbach, 2005). Crouch (1999) beskriver vikten av att sjuksköterskor reflekterar över sina handlingar gentemot patienters behov av sexualitet och vilken påverkan dessa kan ha på patienters hälsa.

I denna litteraturöversikt framkom att arbetsmiljön påverkade sjuksköterskors möjlighet att utöva omvårdnad där sexualitet ingick. Det saknades privata utrymmen och även tidsbristen utgjorde ett hinder. Det framkom också att arbetsbördan försvårade för sjuksköterskor att skapa en relation med patienter. Resultatet i litteraturöversikt styrks av studier av DeCola och Riggins (2010) och Hemsley, Balandin och Worrall (2012) som visar att arbetsbördan och tidsbristen är en stor orsak till att kommunikation mellan sjuksköterskor och patienter blir lidande. Enligt Aiken et al. (2011) och DeCola och Riggins (2010) är en tillfredsställande arbetsmiljö en förutsättning för att kvaliteten på vården ska öka. En god arbetsmiljö är en miljö med öppen kommunikation, teamwork, tillräcklig personalstyrka med nog kunskap för att utföra god och säker vård. Även Henderson (1982, s. 10-11) betonar vikten av samarbete mellan olika yrkesgrupper för att patienter snabbare ska kunna återfå sitt oberoende.

I en studie av Gielen, van den Branden, van Iersel och Broeckabert (2009) framkommer att sjuksköterskors religion och världsåskådning påverkar deras värderingar och det praktiska arbetet. Detta kan jämföras med resultatet i denna litteraturöversikt där det framkom att sjuksköterskors uppväxt, kultur och religion påverkande synen och bemötandet gentemot patienters sexualitet.

Resultatet i denna litteraturöversikt visade att sjuksköterskor ville ha mer utbildning i sexualitet. Utbildningen skulle även innefatta samtalsteknik, praktisk träning i bemötande och självutvecklande kurser. Det uttrycktes även ett behov av förebilder på arbetsplatser och riktlinjer för hantering av sexuella problem. Henderson (1982, s. 19) beskriver att

sjuusköterskors utbildning har ett starkt samband med hur kvaliteten på vården utfaller. Har sjuusköterskor bristande kunskap kan det utgöra ett hinder för sjuusköterskor att göra adekvata bedömningar om patienters behov. Enligt Socialstyrelsen (2012) är det gemensamma målet att skapa rutiner, förutsättningar och praktisk handling för utvecklandet av god omvårdnad. Sjukvårdspersonal ska inneha både medicinsk och kommunikativ kompetens för att kunna bemöta patienters behov och tillämpa holistisk omvårdnad där patienters sexualitet ingår (Socialstyrelsen, 2012).

Intervention

Denna litteraturstudie visade att kommunikation och relationen till patienter hade stor betydelse för att sjuusköterskor skulle inkludera sexualitet som en del av omvårdnaden. Sjuusköterskor saknade kunskap om hur de skulle kommunicera med patienter och de ville ha mer utbildning i samtalsteknik. För att en bra relation och god kommunikation ska kunna uppnås måste sjuusköterskor vara villiga att försöka kommunicera och försäkra patienter att tiden inte är ett hinder. Det är sjuusköterskors uppgift att tillgodose patienter med information och kunskap som de har behov av (Hemsley et al., 2012).

Sjuusköterskor kan använda sig av olika strategier och modeller för att lättare kunna bedöma och samtala om sexualitet i vården. De modeller som främst tas upp i studier är PLISSIT, ALARM och BETTER (Hordern, 2008; Kaplan & Pacelli, 2011; Krebs, 2006; Mick, 2007). BETTER är en sex stegsmodell för att uppmuntra till kommunikation om sexualitet mellan patienter och vårdpersonal. Verkytet används för att patienter ska bli medvetna om att vårdpersonal är öppna för att samtala om sexuella problem och visa för patienter att sexualitet är en viktig del av deras välmående. Modellen innebär även att vårdpersonal ska försäkra patienter om att resurser för deras sexuella problem finns tillgängliga. BETTER modellen betonar betydelsen av val av tidpunkt vid samtal om sexualitet. Enligt BETTER modellen ska sjuusköterskor utbilda patienter och deras partner om eventuella förändringar i sexualiteten påverkad av sjukdom och behandling. Dokumentation av samtal, bedömningar, interventioner och resultat av åtgärder i patientjournal framhåller BETTER modellen som en viktig del (Hordern, 2008; Kaplan & Pacelli, 2011; Krebs, 2006; Mick, 2007). Enligt Hordern (2008) är dokumentationen väsentlig för att främja kommunikation om sexualitet mellan vårdpersonal och patienter, det kan skapa en öppenhet som underlättar för sjuusköterskor att rutinmässigt inkludera sexualitet i vården.

För att patienter ska uppleva helhet i sin vård där respekt för den individuella integriteten tas, är BETTER modellen lämplig att använda vid samtal om sexualitet. Modellen har en bred syn på patienters sexualitet där inte enbart den sexuella aktiviteten ingår utan även betydelse, förståelse och utbildning, samt förslag på konkret hjälp (Hordern, 2008). Enligt Mick (2007) ska sjuksköterskors fokus ligga på livskvaliteten när de bedömer patienters sexualitet. I bedömningen ska sjuksköterskor inkludera patientens roll i sin familj, hur sjukdom och behandling påverkat patientens ansvar i hemmet och om medicin eller behandling påverkat deras känslor eller självbild. Vid samtal om sexualitet är det av vikt att sjuksköterskor lägger sina egna känslor och värderingar åt sidan för att kunna göra en objektiv bedömning och tillgodose patienters individuella behov (Mick, 2007).

Metoddiskussion

En systematisk litteraturöversikt ska inkludera all tillgänglig forskning inom ett visst område. För att en litteraturöversikt ska uppnå hög trovärdighet ska metoden för insamling av data ske på ett systematiskt sätt (Willman et al., 2006, s. 88-89). Sökningen till denna litteraturöversikt var systematisk och sökorden som författarna använt var specifika för ämnet. Enligt Willman et al. (2006, s. 62) innebär en hög specificitet i sökningen att relevant data hittas. Databaserna som användes vid litteratursökningen var PubMed, CINAHL och PsycINFO. Begränsningen till dessa databaser kan ha medfört att relevanta studier utelämnats. Dock skriver Polit och Beck (2008, s. 111) att dessa databaser är mest användbara inom omvårdnadsforskning. En styrka i denna litteraturöversikt är att författarna inkluderat avgiftsbelagda studier och på detta sätt ökat antalet relevanta studier. I urvalet är det acceptabelt att utifrån titel och abstrakt exkludera studier (Holopainen, Hakulinen-Viitanen & Tossavainen, 2008). Dock anser författarna att detta kan ha utgjort en nackdel för denna översikt eftersom det kan ha medfört att relevanta artiklar exkluderats.

Denna litteraturöversikt har ett tydligt beskrivet tillvägagångssätt, detta ger möjlighet för läsaren att förstå hur litteraturöversikten utformats. Ett klart beskrivet utförande av sökning och metod innebär att studien kan upprepas av andra, på detta sätt ökar trovärdigheten (Polit & Beck, 2008, s. 539). Att använda en relevant metod för studien ökar även det tillförlitligheten (Willman et al., 2006, s. 46). Analysmetoden författarna har använt i denna litteraturöversikt stödjer användandet av både kvalitativa och kvantitativa studier. Whittemore och Knafl (2005) beskriver att fördelarna med en litteraturöversikt är att den kan bidra med både förståelse och förklaring av det fenomen som studerats. Dock ger denna metod ej samma

djup i förståelsen som vid användandet av en kvalitativ metod (Whittemore & Knafl, 2005).

Författarna till denna studie har oberoende av varandra granskat, kvalitetsbedömt och analyserat de inkluderade studierna. Fynden jämfördes sedan mot varandra och sammanställdes. Detta är enligt Polit och Beck (2008, s. 671) och Willman et al. (2006, s. 50) en styrka för att en litteraturöversikt ska uppnå hög trovärdighet. Genom att författarna till denna studie ständigt återgått till originalkällorna för att undvika egna tolkningar under arbetets gång kan enligt Polit och Beck (2008, s. 539) hög bekräftbarhet uppnås och därmed ökar trovärdigheten. Överförbarhet innebär i vilken grad resultaten kan överföras till andra grupper, det är då värdefullt att ge en klar och tydlig beskrivning av studier och ursprungsländer (Polit & Beck, 2008, s. 754) Författarna anser att överförbarheten från denna litteraturöversikt till den svenska vården försvåras eftersom flera studier kommer från länder med andra kulturer än den svenska. Vilket kan innebära att sjuksköterskor har andra värderingar och upplever andra hinder för att inkludera sexualitet i vården.

Slutsatser

Resultatet i denna litteraturöversikt visar att orsaken till bristande bemötande gentemot patienters behov av sexualitet beror på många faktorer. Resultatet visar att bemötandet hindras då sjuksköterskor tror att patienter kan bli generade och upprörda om ämnet tas upp. Patienter bekräftar upplevelsen av dessa känslor men anser att sexualitet ändå bör tas upp av sjukvårdspersonal då det utgör en stor del av patienters välmående. Tillsammans med resultatet i denna litteraturöversikt kan det förstås att sjuksköterskor bör utveckla sin förståelse för de egna erfarenheterna och för patienter och deras behov för att kunna tillämpa holistisk omvårdnad. I denna litteraturöversikt framkommer det att sjuksköterskor anser att den egna kunskapen är bristande vilket leder till att de upplever osäkerhet i bemötandet av patienters sexualitet. Det finns även en rädsla hos sjuksköterskor att kränka patienters privatliv. Dessa faktorer leder till att sjuksköterskors initiativtagande till samtal om sexualitet hämmas. Många patienter önskar och förväntar sig att sjuksköterskor ska ta initiativet till samtal om sexualitet, samtidigt anser sjuksköterskor att det är patienters ansvar att inleda samtal om ämnet. Detta leder till ett resonemang där patienters behov av sexualitet sällan lyfts fram.

Resultatet i denna litteraturöversikt visar ett samband mellan de olika faktorerna vilka tillsammans leder till bristande bemötande och att sjuksköterskor inte inkluderar sexualitet i vården. Författarna till denna litteraturöversikt beskriver modellen BETTER som lämplig att använda vid samtal om sexualitet. Modellen bidrar till att patienter känner helhet i vården och respekten för patienters integritet kan bevaras. Författarna till denna litteraturöversikt anser att det är genom arbetet med sig själv och sina egna värderingar som sjuksköterskor kan börja utveckla vården mot en riktning där sexualitet blir ett prioriterat behov.

Denna litteraturöversikt visar ett behov av mer forskning om hur sjuksköterskor kan stärkas i sitt förhållningssätt gentemot patienters behov av sexualitet och även ytterligare forskning om instrument som underlättar för sjuksköterskor att inkludera patienters sexualitet i omvårdnaden. Resultatet i litteraturöversikten kommer förhoppningsvis leda till att sjuksköterskor startar en tankeprocess där egna värderingar och förståelser om patienters sexualitet lyfts fram. Samhällets attityder till sexualitet förändras och vården måste följa med i dessa förändringar för att kunna tillgodose patienters behov. En medvetenhet om detta kan leda vidare till utveckling av konkreta omvårdnadshandlingar där patienters behov av sexualitet tillgodoses och en holistisk omvårdnad tillämpas.

Referenser

* artiklar som ingår i analysen

Aiken, L.H., Sloane, D., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finalyson, M., Kanai-Pak, M., & Aungurock, A. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23 (4), 357-364

* Akinci, A. C. (2011). The comfort levels of nurses during clinical experiences which include sexual topics. *Sexuality and Disability*, 29, 239-250. Doi: 10.1007/s11195-011-9208-6

Becker-Hentz, P., & Steen-Lauterbach, S. (2005). Becoming self-reflective: caring for self & others. *International Journal for Human Caring*, 9 (1), 24-28

Berg, G.V., & Sarvimäki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 384-391

Blagbrough, J. (2010). Importance of sexual needs assessment in palliative care. *Nursing Standard*, 24 (52), 35-39

* Cort, E. (1998). Nurses' attitudes to sexuality in caring for cancer patients. *Nursing Times*, 94 (42), 54-56

* Cort, E. M., Attenborough, J., & Watson, J. P. (2001). An initial exploration of community mental health nurses' attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 489-499

Cort, E., Monroe, B., & Oliviere, D. (2004). Couples in palliative care. *Sexual and Relationship Therapy*, 19 (3), 337-354. Doi: 10.1080/14681990410001715454

Crouch, S. (1999). Sexual health 1: sexuality and nurses' role in sexual health. *British Journal of Nursing*, 8 (9), 601-606

DeCola, P.R., & Riggins, P. (2010). Nurses in the workplace: expectations and needs. *International Nursing Review*, 57, 335–342

Denier, Y., Gastmans, C., De Bal, N., & Dierckx de Casterle, B. (2010). Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3372-3380. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03367.x

Ekvall, E., Ternestedt, B-M., & Sorbe, B. (2003). Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30 (2), 313-319. Doi: 10.1188/03.ONF.313-319

Gielen, J., van den Branden, S., van Iersel, T., & Broeckaert, B. (2009). Religion, world view and the nurse: results of a quantitative survey among Flemish palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 15 (12), 590-600

* Guthrie, C. (1999). Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 313-321

* Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Aalto, P., & Lehto, J. (2007). Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing*, 30 (5), 399-404

Hemsley, B., Balandin, S., & Worrall, L. (2012). Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (1), 116–126. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05722.x

Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *The American Journal of Nursing*, 64 (8), 62-68

Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. 3. uppl. Stockholm: LiberYrkesutbildning

Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice, 12*, 345-351. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00593.x

* Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2008). 'Veiling sexualities': a grounded theory of mental health nurses responses to issues of sexuality. *Journal of Advanced Nursing, 62* (3), 307-317. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04586.x

Holopainen, A., Hakulinen-Viitanen, T., & Tossavainen, K. (2008). Systematic review - a method for nursing research. *Nurse Researcher, 16*, 72-83

Hordern, A. (2008). Intimacy and sexuality after cancer. *Cancer Nursing, 31* (2), 9-17.

Hordern, A., & Street, A. (2007). Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer. *Cancer Nursing, 30* (6), 11-18

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. (2005). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

* Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P., Norekval, T. M., Smith, K., Steinke, E., & Thompson, D. R. (2010). Sexual counseling of cardiac patients: nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 9*, 24-29. Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.11.003

* Julien, O. J., Thom, B., & Kline, E. N. (2010). Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum, 37* (3), 186-190

Kaplan, M., & Pacelli, R. (2011). The sexuality discussion: Tools for the oncology nurse. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 15* (1), 15-17. Doi: 10.1188/11.CJON.15-17

Krebs, L. (2006). What should I say? Talking with patients about sexuality issues. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 10* (3), 313-315. Doi: 10.1188/06.CJON.313-315

* Lavin, M., & Hyde, A. (2006). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing*, *10*, 10-18. Doi:10.1016/j.ejon.2005.03.013

Lemieux, L., Kaiser, S., Pereira, J., & Meadows, L. M. (2004). Sexuality in palliative care: patient perspectives. *Palliative medicine*, *18*, 630-637. Doi: 10.1191/0269216304pm941oa

Lögstrup, K.E. (1994) *Det etiska kravet*. Göteborg: Daidalos

* Magnan, A. M., & Reynolds, K. (2006). Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clinical Nurse Specialist*, *20* (6), 285-292

* Magnan, A. M., Reynolds, E. K., & Galvin, A. E. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg Nursing*, *14* (5), 282-289

McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice - a concept analysis. *Nurse Education in Practice*, *8*, 412-419. Doi: 10.1016/j.nepr.2008.02.002

Mick, J.M. (2007). Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *11* (5), 671-675. Doi: 10.1188/07.CJON.671-675

* Nakopoulou, E., Papaharitou, S., & Hatzichristou, D. (2009). Patients' sexual health: a qualitative research approach on Greek nurses' perceptions. *Journal of Sexual Medicine*, *6*, 2124-2132. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01334.x

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

* Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2011). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, *20*, 21-28. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x

Rasmusson, E-M & Thomé, B. (2008). Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships on connection with gynecological cancer disease. *Sexuality and disability*, 26, 207-218. Doi: 10.1007/s11195-008-9097-5

Redelman, M. J. (2008). Is there a place for sexuality in the holistic care of patients in the palliative care phase of life? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 25 (5), 366-371. Doi: 10.1177/1049909108318569

Robinson, J. G., & Molzahn, A. E. (2007). Sexuality and quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*, 19-27

* 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

Schwartz, S., & Plawecki, M. (2002). Consequences of chemotherapy on the sexuality of patients with lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (4), 1-5. Doi: 10.1188/02.CJON.xxx-xxx

Shell, J. A. (2008). Sexual issues in the palliative care population. *Seminars in Oncology Nursing*, 24 (2), 131-134. Doi: 10.1016/j.soncn.2008.02.007

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Socialstyrelsens handbok för vårdgivare, chefer och personal. Stockholm: Socialstyrelsen

Southard, N. Z., & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13 (2), 213-217. Doi: 10.1188/09.CJON.213-217

Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L., & Selby, P. (2002). Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: a qualitative study. *Western Journal of Medicine*, 176, 18-19

* Steinke, E. E., & Patterson-Midgley, P. E. (1998). Perspectives of nurses and patients on the need for sexual counseling of MI patients. *Rehabilitation Nursing*, 23 (2), 64-70

* Stokes, T., & Mears, J. (2000). Sexual health and the practice nurse: a survey of reported practice and attitudes. *The British Journal of Family Planning*, 26 (2), 89-92

Sumner, J. (2010). Reflection and moral in a nurse's caring practice: a critical perspective. *Nursing Philosophy*, 11, 159-169

* Tsai, Y-F. (2004). Nurses' facilitators and barriers for taking a sexual history in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 17 (4), 257-264. Doi:10.1016/j.apnr.2004.09.011

Tyreman, S. (2011). Integrity: is it still relevant to modern healthcare? *Nursing Philosophy*, 12, 107-118

Waxman, B. F. (1996). Commentary on sexual and reproductive health. *Sexuality and Disability*, 14 (3) 237-244.

Weerakoon, P. (2001). Sexuality and the patient with a stoma. *Sexuality and Disability*, 19 (2), 121- 129

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546-553

Widäng, I., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2008). Women patients' conceptions of integrity within health care: a phenomenographic study. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (5), 540-548. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04552.x

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. 2., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur*

World Health Organization. (2011). *Sexual and reproductive health. Core competencies in primary care*, 1-65

* Zeng, Y-C., Li, Q., Wang, N., Ching, Y. S. S., & Loke, A. Y. (2011). Chinese nurses' attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients. *Cancer Nursing*, 34 (2), 14-20. Doi: 10.1097/NCC.0b013e3181f04b02

* Zeng, Y-C., Liu, X., & Loke, A. Y. (2012). Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (2), 280-292. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05732.x