

Vårdpersonalens upplevelser av att samtala
om sexuell hälsa med patienter

En litteraturstudie

Erik Arvidsson
Elin Granberg

**Sjuksköterska
2017**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Vårdpersonalens upplevelser av att samtala om sexuell hälsa
med patienter

The health care professionals' perceived experience of talking
about sexual health with patients

Erik Arvidsson

Elin Granberg

Kurs: O0009H, Examensarbete
Termin 6
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Handledare: Anna Nygren Zotterman

Vårdpersonalens upplevelser av att samtala om sexuell hälsa med patienter
The health care professionals perceived experience of talking about sexual health
with patients

Erik Arvidsson

Elin Granberg

Intuitionen för hälsovetenskap

Avdelning för omvårdnad

Luleå Tekniska Universitet

Abstrakt

Sexuell hälsa är en mänsklig rättighet och tillfredsställande sexualliv har stor betydelse för människors välbefinnande. Behovet av att tala om sexuell hälsa är olika beroende på patienten. Sjuksköterskan har en nyckelroll när det gäller kommunikation och ska se till patientens behov både fysiskt, psykiskt och andligt. Syftet med denna studie var att beskriva vårdpersonalens upplevelser av samtal om sexuell hälsa med patienter. Genom en manifest kvalitativ innehållsanalys av elva vetenskapliga artiklar besvarades syftet och resultatet gav fyra kategorier: att kön, ålder, civilstånd och religion påverkar samtal, att arbetsmiljö försvårar möjligheten till samtal, att obekvämlighet och otydliga ansvarsroller påverkar samtal och att kunskap främjar trygghet. Resultatet visade på övergripande kunskapsbrist hos vårdpersonalen och med förbättrad utbildning och tydligare riktlinjer för vårdpersonalen kan detta förbättras. EX-PLISSIT modellen kan göra skillnad men även att verksamheterna måste ta del av forskningen för att komma ifrån problematiken med att samtala med patienter om sexuell hälsa.

Nyckelord: Sexuell hälsa, vårdpersonal, samtal, upplevelser, kvalitativ studie.

Denna litteraturstudie har fokus på att belysa vårdpersonalens upplevelser om sexuell hälsa i samtal med patienter. Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, mentalt, emotionellt och socialt välbefinnande som är relaterat till sexualitet och inte enbart frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Detta räknas som en definition av välbefinnande, god hälsa och mänsklig rättighet (World Health Organization, 2017). För människors välbefinnande är tillfredsställande sexualliv en betydande del (Folkhälsoinstitutet, 2012).

Att drabbas av sjukdom är en del av livet och när människan blir sjuk förändras livet. Drömmar om framtiden som fanns innan sjukdomen, blir avbrutet och förändrat. Energi och livsstyrka är några av de upplevelser människor kan känna att de förlorar när de drabbas av sjukdom (Öhman, Söderberg, Lundman, 2003). Sjukdom påverkar även människans kropp vilket Toombs (1993) beskriver om hur kroppen ses som ett objekt av patienten. Objektet beskrivs som en icke fungerande fysiologisk organism och ett trasigt hinder. Människan blir mer medveten om sin trasiga kropp i samband med sjukdom vilket påverkar vardagen vilket det inte gjorde i samma utsträckning när kroppen fungerade (ibid.). Till följd av livets påfrestningar är trötthet ett universellt naturligt symtom både vid närvaro och frånvaro av sjukdom och detta kan hjälpas genom sömn och vila eller utförandet av någon positiv aktivitet. När människan inte får eller kan vila uppstår utmattning vilket innebär en oerhörd trötthet som påverkar hela kroppen både fysisk och psykisk påverkan (Eilertsen et al., 2014). Utmattning är ett vanligt symtom vid sjukdom hos människor och påverkar välbefinnandet och den sexuella hälsan. Sjukdomar och behandlingar kan göra att en människa hämmas i sin sexualitet på det sätt hon vill göra och önskar. Detta kan på längre sikt skada självförtroendet och därmed en persons självbild men även orsaka sorg. Det i sin tur skapar ett negativt inflytande på livet, både det sociala och sexuallivet (Folkhälsoinstitutet, 2012).

Sjuksköterskans omvårdnad bygger på holism, en helhetssyn. Holism betyder helhet och kommer från grekiskans "holos". Traditionen för omvårdnaden bygger på denna helhet och där människan är i ett större perspektiv till både människans kropp, sinne och själ (McEvoy & Duffy, 2008).

I ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor står det skrivet om hur vårdens natur bygger på rätten till liv, värdighet, mänskliga rättigheter och behandling med respekt. Omvårdnaden bör visa hänsyn till människor och deras ålder, etnicitet, kön, sexuell läggning,

nationalitet, politisk åsikt, social status eller funktionsnedsättning. En av koderna beskriver även om hur sjuksköterskan i sitt vårdarbete främjar miljön för mänskliga rättigheter (ICN, 2005). Sjuksköterskor har uppgiften och förmågan att hjälpa människor med att främja hälsa och lindra sjukdomar (Keighley, 2012). Likaså måste sjuksköterskor ta hand om personer som befinner sig i transition och det innebär att en människa befinner sig i ett odefinierat tillstånd där personen måste anpassa sig till en ny situation från de gamla och sjuksköterskor måste omfamna de potentiella sociala risker som medföljer en sjukdom hos en patient. Det är en svår situation att ta hand om på grund av att dessa patienter befinner sig i transition. Dessa transitioner kan innehålla tabubelagda ämnen och därav vara svåra att hantera. Personer i transition är utsatta för fara då de får ett nytt jag samt att de offentligt ska tillkännage sitt nya jag (ibid.).

När människan drabbas av sjukdom finns det olika fakta som kan visa på vad som är fel. Till exempel genom att utföra blodtrycksmätning, undersöka syresättningen i blodet eller analysera hemoglobinnivåer i blodet. Det finns inga prover eller mätinstrument som visar hur en människa mår inombords och eller hur den känner sig (Wainwright & Rapport, 2005). Inom sjuksköterskan kompetensområde ingår det att tillgodose patientens omvårdnadsbehov både fysiska som psykiska och sociala behov (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan anses ha en nyckelroll för kommunikation mellan vårdpersonal och patienter samt att de spenderar mest tid med patienterna (Ghiyasvandian, Zakerimoghadam & Peyravi, 2014). Sjuksköterskan är en medlare av kommunikation och detta skapar mindre risk för medicinska misstag, ökar patientsäkerheten samt att det förbättrar vårdkvaliteten. En studie visar att patienter sällan själva tar upp sexuell hälsa med vårdpersonal utan väntar på att vårdgivaren ska initiera till samtal om olika sjukdomsaspekter som påverkar den sexuella hälsan (Albright & Fair, 2014). Arbetslivserfarenhet inom vårddyrket har beskrivits som en bidragande faktor för att vårdpersonal lättare ska kunna prata om sexuell hälsa med patienterna och sjuksköterskan är den som patienter lättast kan prata med om ämnet (Oskay, Can & Basgol, 2014).

Att kommunicera med patienten är en stor del av sjuksköterskans yrke och är en byggsten i relationen till patienten (Sheldon, Barrett & Ellington, 2006). Sjuksköterskan spenderar mycket tid med patienter och genom samtal ger sjuksköterskan information och lyssnar på patientens problem, oro, känslor och behov. Ibland kan dessa samtal vara svårare för sjuksköterskan då det kan handla om dödsbesked, familjeproblem, patienter med metastaser eller rehabilitering vid

långvariga huvudskador. Sjuksköterskor kan hantera situationerna olika och ledsamhet, hopplöshet och hjälplöshet har en negativ inverkan på kommunikationen. Svåra samtal kan innebära att personalen har svårt att hantera sina egna känslor och vara ärliga men att inte släcka hoppet för patienter. Sjuksköterskan har sina egna erfarenheter och även sin personlighet till varje situation. Patienter har även sina personliga erfarenheter och kommer med en viss rubbning i deras normala livsfunktion som kräver anpassning och läkning. Därmed blir kommunikationen en interaktion mellan patienten och sjuksköterskans relation multidimensionell och komplicerad på grund av den mänskliga responsen personerna ger. Det kan även uppstå svårigheter mellan läkare, sjuksköterskor och patienter då information som ges ut kan vara inkonsekvent samt att det kan uppstå konflikter mellan vårdyrkena. Detta kan bero på att olika vårdyrken har olika metoder att kommunicera med patienter (ibid).

Den sexuella hälsan är något som inte bara berör det fysiska utan även känslor, intimitet, kroppsuppfattning, passion och känslan av att känna sig sexuell (Southard & Keller, 2009). Patienter kan trots sjukdom prioritera att se bra ut samt att vara attraktiv för sin partner. Patienter har också ett behov av att ställa frågor till vårdpersonal angående sexliv och känslomässiga förändringar men de upplever att vårdpersonalen bör ha kunskap för att kunna vägleda dem i detta (ibid.). Southard och Keller (2009) beskriver även att det är ett ämne som patienter helst vill prata om i privat miljö utan att bli dömda på grund av deras frågor. Behovet av att prata med vårdpersonal skiljer sig åt hos patienter då en del upplever att ingen har tid att sätta sig ner och samtala. Många patienter önskar att någon av vårdpersonalen ska ta upp ämnet för att därmed visa att det är accepterat att prata om. Vårdpersonal definieras i denna studie till personer som arbetar patientnära inom vården.

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vårdpersonals upplevelser av samtal om sexuell hälsa med patienter.

Metod

Denna litteraturstudie utfördes ur ett inifrånperspektiv genom en kvalitativ manifest innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys är en djup dataanalys där man från narrativdata kan finna kategorier och även samband mellan dessa (Polit & Beck, 2012, s. 564). Narrativdata

innebär text ifrån intervjuer, konversationer och erfarenheter. Analysen utgick ifrån Graneheim och Lundman (2004) metodartikel med induktiv ansats och menas med att information samlas in, analyseras och sedan dras slutsatser utifrån det.

Litteratursökning

Databaser som valdes för denna litteratursökning var PubMed och Cinahl. Systematiska sökningar gjordes och innebär användning av specifika sökord och booleska söktermer för att optimera sin sökning. Booleska söktermer menas *and*, *or*, *not* som läggs till och kombinerar samt optimerar litteratursökningen (Karlsson, 2012, s. 106). Författarna i denna dataanalys använde både sökord och fritextsökning. De sökord som användes var: *sexuality, reproductive health, reproductive medicine, neoplasms, attitude of health personnel, experience, communication, professional-patients relations, nurse patient relations*. Databaser är uppbyggda på olika sätt och därmed måste sökningen anpassas efter databaserna för att få fram rätt information. För att få fram väsentliga artiklar i databasen för just det området författarna i denna studie letar efter är det bra att använda relevanta sökord i databassökningen. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s. 69–70) beskriver att sökord även kallas thesaurus vid användning att dessa korrekta sökord. I PubMed kallas det för MeSh termer och står för *Medical Subject Headings* och i Cinahl kallas det för *Cinahl Headings*. Fritextsökning kan också användas i en databassökning för att inte begränsa sig och kunna fånga upp allt material inom ett visst område. Författarna av denna dataanalys använde både thesaurus och fritextsökning. Det utfördes även manuella sökningar av artiklar från andra vetenskapliga artiklars referenslistor. Begränsningar som användes var inga studier äldre än 17 år, engelsk text och vetenskapligt granskade studier. Inklusionskriterier i litteraturstudien var studier utifrån vårdpersonals perspektiv där kravet var att sjuksköterskor skulle vara deltagare i studien.

Litteratursökningarna resulterade i elva artiklar varav åtta stycken artiklar är från två olika sökningar i PubMed och en artikel från Cinahl. En artikel hämtades från en referenslista och den sista artikeln är från en rekommenderad artikel från Cinahl (Tabell 3). De artiklar som valdes ut sorterades först efter titeln på artikeln för att sedan läsa abstraktet och se efter att det överensstämde med syftet med denna studie. Det var viktigt att samtliga artiklar var kvalitativa studier då denna dataanalys bygger på ett inifrånperspektiv.

Syfte med sökning: Beskriva vårdpersonals upplevelser av samtal om sexuell hälsa med patienter.

Tabell 1. Översikt av systematisk litteratursökning i PubMed 2016-02-07. Begränsningar: English language, publication date 2000–2017. Major headings: Reproductive medicine, Sexuality, Reproductive health, Attitude of health personnel, Professional patients relations.

Söknr	*)	Söktermer	Antal träffa	Antal valda
1	MSH	Reproductive medicine	15 855	
2	MSH	Sexuality	23 101	
3	MSH	Reproductive health	1236	
4	FT	Experience	529 231	
5	MSH	Attitude of health personnel	71 192	
6	MSH	Communication	416 304	
7	MSH	Professional patients relations	61 200	
8		1 OR 2 OR 3	40 010	
9		5 OR 7	112 095	
10		4 OR 6	803 306	
11		8 AND 9 AND 10	192	3

Tabell 2. Översikt av systematisk litteratursökning i PubMed 2017-01-30. Begränsningar: English language, publication date 2000–2017. Major headings: Sexuality.

Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
1	MSH	Sexuality	23 101	
2	MSH	Reproductive health	1799	
3	MSH	Reproductive medicine	20 299	
4	MSH	Attitude of health personnel	136 196	
5	MSH	Nurse patient relations	33 035	
6	MSH	Communication	416 304	
7		1 OR 2 OR 3	44 931	
8		4 OR 5 OR 6	557 143	
9	MSH	Neoplasms	2 507 829	
10		7 AND 8 AND 9	171	5

Tabell 3. Översikt av systematisk litteratursökning i CINAHL 27-01-2017. Begränsningar: English language, publication date 2000 – 2017. Vetenskapligt granskade artiklar.

Söknr	*)	Söktermer	Antalträffar	Antal valda
1	CH	Sexuality	11 315	
2	CH	Reproductive health	2 348	
3	CH	Sexual health	2 616	
4	CH	Communication	28 153	
5	CH	Nurse- Patients relations	11 554	
6		1 OR 2 OR 3	15 028	
7		4 OR 5	37 800	
8		6 AND 7	697	
9		6 AND 4	561	
10		6 AND 5	165	1

*) MSH = Medical Subject Headings

CH= Cinahl Hedings

FT = Fritextsökning

Kvalitetsgranskning

Under kvalitetsgranskningen användes bilaga 5 från Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (SBU, 2014). Mallen användes för att noggrant kunna kvalitetsgranska de valda artiklarnas olika delar på ett korrekt sätt. Mallens innehåll fungerar som kriterier för varje fråga och ger läsaren en tydlig och bra mall att gå från vid kvalitetsgranskningen. Frågorna för granskning av artiklarna kunde besvaras med antingen *ja*, *nej*, *oklart* eller *ej tillämpligt*. Vid beslut om bedömningen av vetenskaplig kvalitet av studierna, användes tabell 8.5 i SBU:s handbok som komplement och innehåller kriterier för bedömningen. Ifall studien innehöll flest kriterier utifrån kolumnen *hög* blev kvaliteten för studien *hög*. Samma tillvägagångssätt användes för att bedöma *medel* samt *låg*.

Tabell 4. Översikt av valda studier (n=11).

Författare/ År/ Land	Typ av studie	Syfte	Metod Datainsamling/Analys	Deltagare (bortfall)	Huvudfynd	Kvalitet
Ferreira, Gozzo, Panobianco, Santos & Almeida. 2015. Brasilien.	Kvalitativ	Identifiera hinder som påverkar omvårdnadspraktik relaterat till kvinnors sexualitet med gynekologisk och bröstcancer.	Semistrukturerade intervjuer/kvalitativ innehållsanalys.	16 vårdpersonal.	Tre teman framkom: Hinder relaterade till biomedicinsk modell, hinder relaterade till elementär dynamik samt hinder relaterade till sociala uppfattningar kring sexualitet.	Medel
Hordern & Street. 2007, Australien.	Kvalitativ	Visa strukturer för sexualitet och intimitet inom cancer och palliativ vård från både patient och vårdgivares perspektiv.	Semistrukturerade intervjuer, respons från cancer- och palliativa patienter samt textanalys av riktlinjer.	32 vårdpersonal.	Visade på motsägelse mellan patienter och hälsopersonal hur de tog upp sexualitet och intimitet. Att använda sin egen sårbarhet vid kommunikation av dessa problem i den kliniska verksamheten är av stor betydelse.	Hög
Lavin & Hyde. 2006. Irland.	Kvalitativ	Undersöka sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av att ta itu med sexuell hälsa i vården för cytostatikbehandlade bröstcancerpatienter.	Djupa intervjuer/ Grounded Theory	10 sjuksköterskor	Fem teman: deltagarnas konstruktioner av sexualitet, effekter av cytostatika på sexualitet, sexualitet: viktigt men undvikit, oförberedelse från utbildning samt kulturens påverkan på det sexuella.	Låg
Lindau, Surawska, Paice & Baron. 2011. USA.	Kvalitativ	Utforska hur vårdpersonal, patienter och anhöriga samtalar om intimitet och sexualitet.	Semistrukturerade intervjuer/Grounded Theory	8 vårdpersonal.	Samtal om sexuella problem bör tas upp i privat kontext, individuella samtal, i början av en sjukdom.	Medel

Författare/ År/ Land	Typ av studie	Syfte	Metod Datainsamling/Analys	Deltagare (bortfall)	Huvudfynd	Kvalitet
Nakopoulou, Papaharitou, & Hatzichristou. 2009. Grekland.	Kvalitativ	Utforska synen på problem om sexuell hälsa och hur dessa kan hindra/underlätta grekiska sjuksköterskors förmåga att införliva bedömningar för sexuell hälsa för vardagligt bruk.	Fokusgrupper/Grounded Theory	44 sjuksköterskor.	Tre huvudsakliga orsaker framkom: subjektiva uppfattningar av sexuell hälsa, diskutera om sexuella problem samt utbildningsbehov.	Medel
Olsson, Berglund, Larsson & Athlin. 2012. Sverige.	Kvalitativ	Syftet var att beskriva sjuksköterskors uppfattning av dialoger om sexualitet med cancerpatienter.	Öppna intervjuer/ Phenomenografi	10 sjuksköterskor.	Resultatet visade en övergripande kategori "Vi borde tala om sexualitet - men det gör vi inte".	Medel
Quinn, Happell & Welch. 2013. Australien.	Kvalitativ	Presentera om de följde 4-veckors modellen att inkludera sexuella frågor i deras vård och varför de gjort så.	Öppna intervjuer/Tematisk analys	14 sjuksköterskor (4)	Deltagarna följde programmet och diskuterade om att desto mer de inkluderade sexuella frågor i bedömningar, desto enklare blev det för dem och de började utveckla en talang.	Medel
Stead, Brown, Fallowfield & Selby. 2003. Storbritannien.	Kvalitativ	Undersöka attityder och beteenden hos sjuksköterskor som behandlar kvinnor med ovarialcancer och om diskussioner angående sexuella besvär och dess kommunikation.	Semistrukturerade intervjuer/ Datainsamling och analys ej redovisat.	27 sjuksköterskor.	Sjuksköterskor upplevde att det inte var deras ansvar, de upplevde skam. Brist på erfarenhet, kunskap och resurser utgjorde även kommunikationshinder.	Låg

Författare/ År/ Land	Typ av studie	Syfte	Metod Datainsamling/Analys	Deltagare (bortfall)	Huvudfynd	Kvalitet
Traa, Vries, Roukema, Rutten & Oudsten. 2013. Nederländerna.	Kvalitativ	Undersöka sexuella vårdbehov hos patienter med kolorektalcancer efter behandling enligt vårdpersonal.	Fokusgrupper och intervjuer/Grounded Theory	10 vårdpersonal.	Stereotypiska antaganden om patienters upplevelse av behov grundat på ålder, kön och civilstånd. Underlättade att ge patienter individ- baserad information och be om lov att diskutera om sexuella frågor.	Medel
Ussher, Perz, Gilbert, Wong,, Mason, Hobbs & Kirsten. 2013. Australien.	Kvalitativ	Undersöka vårdpersonals tolkningar av sexualitet post-cancer beträffande kommunikation och hur samtalen påverkar informationsflödet och kommunikationen om sexualitet.	Semistrukturerade intervjuer/ Tematisk innehållsanalys	38 vårdpersonal	Fann flera hinder för att kunna diskutera om sexualitet ex. okunskap, brist på självförtroende och bekvämlighet.	Medel
Vieira, Ford, Antonio dos Santos, Junqueria & Giami. 2013. Brasil.	Kvalitativ	Förstå om sexualiteten hos kvinnor med bröstcancer som genomgår behandling blir förstådda av sjuksköterskorna som har ansvaret över dem och deras vård.	Intervjuer/Kvalitativ innehållsanalys.	28 sjuksköterskor.	Sex olika kategorier kom forskarna fram till som beskrev sjuksköterskans förståelse för kvinnorna.	Hög

Analys

De artiklar som inkluderades till analysen bestod av samtliga artiklar som valdes ut från databaserna och som alla innehöll delar med vårdpersonals upplevelser. Samtliga artiklar hade med stycken i texten som tog upp sjuksköterskans upplevelser av att samtala om sexuell hälsa i patientkontakt. Artiklarna lästes igenom upprepade gånger för att få en uppfattning av innehållet. Från dessa togs 296 textenheter ut och skrevs in i en tabell där textenheterna kondenserades samtidigt som de översattes till svenska. Författarna av denna litteraturstudie använde sig av siffor för att lättare kunna gå tillbaka till varje textenhet. Alla artiklar fick ett varsitt nummer och textenheterna fick därefter ett nummer i ordningsföljd. Exempelvis artikel 1 och textenhet 1 blev 1:1. Graneheim och Lundman (2004) menar att en kondensering ska korta ner innehållet men inte ändra på kärnan och föredrar detta framför en reducering av textenheterna som inte förklarar något om kvaliteten som kvarstår. Textenheterna som blivit kondenserade lästes igenom igen för att få en större uppfattning om vad de handlade om och kodades (jmf. Graneheim & Lundman, 2004). Att koda innebar att kortfattat beskriva textenheten innehållande några enstaka ord för att lättare kunna kategorisera men samtidigt inte utesluta kärnan. Textenheterna, kondenseringen samt koderna skrevs in i tabellen i varsin kolumn för att lättare kunna se utvecklingen av den ursprungliga textenheten. När koderna blivit framtagna klipptes textenhet, kondensering samt kod ut från tabellen och delades upp i samhöriga grupper på ett stort bord för att lättare kunna överskåda alla grupper.

De textenheter som inte kategoriserades, lades undan och kunde passa in vid nästa kategorisering. När första kategoriseringen blivit avklarad, hade det bildats 82 kategorier med liknande innehåll som speglade varandra inom kategorin men mellan de olika kategorierna skilde dem sig åt (jmf. Graneheim & Lundman, 2003). Dessa 82 kategorier ledde till att kategorisera vidare ner till 32 kategorier. I ständigt samtal och resonemang med varandra försöktes det att korta ner kategorierna ytterligare, vilket ledde till att 11 subkategorier framkom. I det sista steget bildades fyra huvudkategorier. Under hela kategoriserings-processen återgick vi till kondensering, textenhet samt artiklar för att lättare kunna förstå sammanhanget och eventuellt göra små ändringar vad gällande kodning så att vi inte vinklade resultatet, vilket är det rätta tillvägagångsättet för en manifest innehållsanalys (jmf. Graneheim & Lundman, 2003). I slutändan hade en

överenskommelse mellan de undertecknade skapats genom kontinuerligt samtal och reflektioner för att se till att bägge förstod sammanhanget i texterna och kunde se en utveckling av kategorierna.

Resultat

Tabell 5. Översikt av huvudkategorier (n=4)

Att kön, ålder, civilstånd och religion påverkar samtal
Att arbetsmiljö försvårar möjligheten till samtal
Att obekvämlighet och otydliga ansvarsroller påverkar samtal
Att kunskap främjar trygghet

Att kön, ålder, civilstånd och religion påverkar samtal

Vårdpersonalen i studierna (Olsson, Berglund, Larsson & Athlin, 2012; Stead, Brown, Fallowfield & Selby, 2003; Ussher et al., 2013; Vieira, Ford, dos Santos, Junqueira, & Giami, 2013) beskrev att det var lättare att prata med yngre patienter än äldre patienter. Vårdpersonalen upplevde det mer prioriterat att tala med yngre patienter om sexuell hälsa än äldre då yngre lättare beskrev sin oro än de äldre kvinnorna (Vieira et al. 2013). Vårdpersonalen beskrev även hur viss personal hade en uppfattning om att sexualitet har ingen ålder (Ussher et al., 2013).

Old ladies have more barriers to talk about sex...I think so...with young people it is different. (Vieira et al. 2013, s. 2052).

Vårdpersonalen beskrev hur de hade olika upplevelser av att prata om sexualitet med motsatt och samma kön (Quinn, Happell & Welch, 2012; Ussher et al., 2013). Vårdpersonalen beskrev hur de hade börjat få ökat tilltro med att våga prata med båda könen (Quinn et al., 2012).

I talk to both sexes. I'm not concerned about any gender issues, not in a general assessment. (Quinn et al., 2012, s. 235).

Vårdpersonalen i studierna (Hordern & Street, 2007; Olsson et al., 2012; Ussher et al., 2013) beskriver hur civilstånd på patienterna har en inverkan på samtalen om sexuell hälsa. Vårdpersonalen tog upp hur det kändes mer relevant att prata med unga ensamstående om sexuell

hälsa än med patienter som var äldre och gifta. Det togs även upp av vårdpersonalen att de kunde känna sig obekväma och tro att de närmar sig patienterna för mycket vid samtal om sexuell hälsa (Hordern & Street, 2007; Ussher et al., 2013).

Not wanting to rub it in their face when they assumed a patient was single as well as expressing concerns about "being seen as coming on to my patients". (Hordern & Street, 2007, s. 1713).

Vårdpersonalen beskrev hur religion och andra kulturer hade en negativ inverkan på samtal om sexuell hälsa (Hordern & Street, 2007; Lavin & Hyde, 2006). Vårdpersonalen berättade om en viss osäkerhet och en känsla av att bli missförstådda.

It probably has a lot to do with religion and our Catholic upbringing, and em... an awful lot of Irish people would not have talked about those things. (Lavin & Hyde, 2006, s. 15).

Att arbetsmiljö försvårar möjligheten till samtal

Vårdpersonalen upplevde att tidsbrist invercade negativt för att samtala med patienterna om deras sexuella hälsa (Ferreira et al., 2015; Hordern & Street, 2007; Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Olsson et al., 2012). Det fanns brist på lämplig plats att samtala på och avskildhet (Ferreira et al., 2015; Hordern & Street, 2007; Olsson et al., 2012; Ussher et al., 2013). Vårdpersonalen upplevde att det organisatoriska arbetet, exempelvis arbetsrutiner, på avdelningarna hade inverkan på hur de samtalade med patienterna (Ferreira et al., 2015; Olsson et al., 2012). Vårdpersonalen i studierna (Hordern & Street, 2007; Nakopoulou et al., 2009) ansåg att kollegor tyckte att man inte arbetade om man pratade om sexualitet med patienterna. Det ansågs även att det inte var en arbetsuppgift att prata med patienterna om sexualitet utan man skulle verka upptagen med den fysiska vården (Lavin & Hyde, 2006). Vårdpersonalen från studierna (Olsson et al., 2012; Traa, Vries, Roukema, Rutten, & Oudsten, 2014) visade att när väl tillfälle gavs till samtal med patienter kunde den dåliga kommunikationen bero på att patienterna var ineliggande under korta tider. Vårdpersonalen tog enbart upp ämnet en gång innan och en gång efter operation (Stead et al., 2003).

The way it is here in the unit, there is no natural place to sit down and talk with the patient, you can't stand here in the corridor and talk about it either. If you are lucky you might have some time after the treatment, but you can't count on it. (Olsson et al., 2012, s. 429).

Vårdpersonalen upplevde att det byråkratiska i organisationen samt vårdtraditionen försvårade samtalen med patienterna då de inte kunde få ett givande samtal på grund av alla formulär samt att inom den medicinska traditionen så ställs inte sådana frågor om sexuell hälsa (Ferreira et al., 2015; Stead et al., 2003). Vårdpersonalen beskrev i en studie (Ferreira et al., 2015) att den höga arbetsbördan påverkade samtalet med patienterna på grund av för många patienter i förhållande till antalet personal samt byråkratiska aktiviteter som var tidskrävande. Det visade sig vara lättare att fokusera på det fysiska och medicinska vid ett sjukvårdsbesök och samtal om sexualitet prioriterades bort (Hordern & Street, 2007; Lavin & Hyde, 2006; Nakopoulou et al., 2009; Ussher et al., 2013). Ett fåtal vårdpersonal tog upp det positiva om att rutinmässigt alltid fråga om patienters sexuella hälsa för att vara säker på att ämnet inte glöms bort (Quinn et al., 2013) som till exempel att fråga om sexuella relationer då detta påverkas av fysiska och psykiska konsekvenser av sjukdomar och behandlingar (Olsson et al., 2012). Det ansågs viktigt att visa patienterna att det inte fanns fysiska risker eller problem med sjukdomar för patienternas sexualitet (Ussher et al., 2013).

When there is a severe illness or a life threatening disease, sexual problems are not considered a priority. (Nakopoulou et al., 2009, s. 2128).

Anledningar till ett undvikande av samtal om sexuell hälsa kunde bero på att vårdpersonalen inte var tillräckligt förberedd, att vårdpersonalen lyssnade mer än vad man instruerade patienter eller att sexualitet inte fanns med som rutin på checklistan. Samtal om sexuell hälsa prioriterades inte i det vardagliga arbetet och togs upp väldigt ytligt (Ussher et al., 2013). Om samtalen togs upp av vårdpersonalen kunde patienterna lättare prata ut och att det även ansågs borde inkluderas i det vardagliga arbetet då sexuell hälsa fanns i alla människors natur (Lindau, Surawska, Paice, Baron, 2011).

Att obekvämlighet och otydliga ansvarsroller påverkar samtal

Vårdpersonalen från studierna (Lavin & Hyde, 2006; Olsson et al., 2012) tog upp det komplexa med att tala om sexualitet och att det var något som var svårt att sköta i praktiken. Det var tydligt för vårdpersonalen att sexuell hälsa var ett tabubelagt ämne som var svårt att tas upp på grund av den intima innebörden hos patienterna (Ferreira et al., 2015; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Ussher et al., 2013; Vieira et al., 2013). Vårdpersonalen i studierna (Olsson et al., 2012; Ussher et al., 2013; Hordern et al., 2007) var inte säkra utan antog olika saker om patienterna som att de kunde vara asexuella eller inte var bekväma med att prata om sexuell hälsa på grund av omständigheterna. När väl samtalet togs upp fanns det svårigheter för vårdpersonalen (Lindau et al., 2011; Hordern & Street, 2007; Lavin & Hyde, 2006) att tala klarspråk eller sätta rätt ord på sin upplevelse som resulterade i att det blev svårt att prata om. Vårdpersonalen ansåg att de inte pratade med patienterna utan snarare enbart till dem (Hordern & Street, 2007).

Sometimes it's frustrating for me, not that talking about sex is that hard for me, but that I don't really know the answers. (Lindau et al., 2011, s. 182).

Vårdpersonalen i studierna (Lavin & Hyde, 2006; Traa et al., 2015; Ussher et al., 2013) talade om olika rädslor för att ta upp ämnet med patienten och oftast rädslan för att säga fel saker men också att undvika konsekvenser som att bli stämd eller att kränka andra (Hordern & Street, 2007; Olsson et al., 2012). Vårdpersonalen tyckte att det var obekvämt att prata om sådant och de var även obekväma i sig själva bland annat på grund av dålig relation med patienterna (Hordern et al., 2007; Lavin & Hyde, 2006; Ussher et al., 2013). Vårdpersonalen i studierna (Traa et al., 2013; Ussher et al., 2013) upplevde att det fanns en medvetenhet kring egna brister och hinder för samtalen och att de inte var tillräckligt lämpade för att prata om sådant (Traa et al., 2013). Det fanns osäkerhet om vem som pratade om sexuell hälsa med patienterna (Olsson et al., 2012) och likaså om hur långt man vågade gå i samtalet (Lavin & Hyde, 2006). Det framkom även från vårdpersonalen att det inte fanns någon förebild att följa i samtal om sexuell hälsa (Stead et al., 2003).

I suppose there was a bit of fear that you won't want to say the wrong thing. You try to say the right thing. But you don't want to make a mistake or say something

that is not going to help, you know. You would have to really test the water to see how you were doing. Then you don't want to offend... (Lavin & Hyde, 2006, s. 14).

Vårdpersonalen undvek ofta medvetet att ta upp samtalsämnet för att slippa undan det obekväma (Ferreira et al., 2015; Hordern & Street, 2007; Lavin & Hyde, 2006; Lindau et al., 2012; Olsson et al., 2012; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013). Samtalet undveks medvetet (Stead et al., 2003) och likaså att undvika detaljer (Ussher et al., 2013) men att det egentligen borde tas upp med patienten (Stead et al., 2003).

I would openly admit that I would talk about all the other side effects of chemotherapy to women before I would refer to sexuality and that is really a reflection on that lack of openness of where I trained. (Lavin & Hyde., 2006, s. 14).

Enstaka sjuksköterskor från studier (Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013) ansåg sig vara de lämpligaste för denna uppgift samtidigt som vissa av vårdpersonalen (Olsson et al., 2012) tyckte att specialistsjuksköterskorna borde ta mer ansvar. Vårdpersonal från studierna (Hordern & Street, 2007; Olsson et al., 2012; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013) upplevde att det var någon annans ansvar. Vissa (Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Ussher et al., 2013) ansåg att det låg på läkarnas ansvar medan andra (Hordern & Street, 2007; Stead et al., 2003) inte kunde specificera mer än att det var någon annans ansvar. Vårdpersonalen ansåg även att patienterna skulle ta upp ämnet om de själva ville samtala om det (Olsson et al., 2012; Lavin & Hyde, 2006; Stead et al., 2003; Hordern & Street, 2007). Vårdpersonalen kunde säga att det inte ingick i deras yrkesansvar (Stead et al., 2003; Traa et al., 2014; Ussher et al., 2013) och att man helt enkelt inte visste säkert vem som faktiskt var ansvarig (Traa et al., 2014).

Talking about sexual health issues is beyond my duties..., physicians should provide information. (Nakopoulou et al., 2009, s. 2128).

Vårdpersonalen upplevde att de var tvungna att acceptera obekväma situationer de kan ställas emot för att kunna bli bekväma i det (Quinn et al., 2013; Traa et al., 2014) samt att ha vetskap

om möjliga problem gällande samtal om sexuell hälsa och att dessa måste tas upp med patienterna (Quinn et al., 2013).

Being aware that it is such a big problem, it becomes part of your job to talk with them about these issues. (Quinn et al., 2013, s. 234).

Att kunskap främjar trygghet

Vårdpersonalen berättade om vikten av att få träffa samma patienter upprepade gånger och genom det kunna skapa en god kontakt med patienten (Ferreira et al., 2015; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Quinn et al., 2013). Detta beskrevs som en viktig del för vårdpersonalen för att lättare närma sig patienten och ta upp ämnet om sexuell hälsa. Vårdpersonal (Olsson et al., 2012; Traa et al., 2015) förklarade hur viktigt det var att få patienten att själv kunna känna sig trygg med att ta upp ämnet om sexuell hälsa under hela sjukhusvistelsen och även efteråt.

It (dialogues about sexuality) is not something you can come barging in with at the (patient's) first visit... you need to have met some times... you need to have established contact... (Olsson et al. 2012, s. 429).

Vårdpersonalen beskrev vikten av att ha kunskap om sexuell hälsa och att många upplevde att de saknade den kunskapen (Lavin & Hyde, 2006; Lindau et al., 2011; Ussher et al., 2013). Genom att sakna kunskap om ett ämne innebar det att vårdpersonal inte inkluderade ämnet i kliniska verksamheten och att det inte blev normaliserat (Quinn et al., 2013; Ussher et al., 2013). I en studie (Stead et al., 2003) beskrev tio vårdpersonal om att man inte behövde vara specialiserad inom ämnet sexuell hälsa då det räckte med god grund kunskap, kontakt och kommunikation med patienten. Vårdpersonal berättade om att de inte hade problem att prata om sex samt att ha vetskapen om hur viktigt sexualitet var i en persons liv (Lindau et al., 2011; Vieira et al. 2013). Problemet ansågs vara att vårdpersonalen inte hade svar på patienternas frågor. Vårdpersonalen såg sig själva som de bäst lämpade att ta upp detta då de var utbildade och professionella (Lindau et al., 2011).

If you don't know about the importance of something you simply don't include it.
(Quinn et al., 2013, s. 234).

Vårdpersonalen upplevde att egenskaper såsom egen mognad, personlig bekvämlighet och självkänedom var egenskaper som vårdpersonalen ansåg var viktiga för att kunna närma sig ett bra samtal med patienterna (Hordern & Street, 2007; Stead et al., 2003; Traa et al., 2014; Olsson et al., 2012; Ussher et al., 2013). Likaså upplevde vårdpersonalen även att det underlättade personlig utveckling när de kunde se vad de saknade och hur situationen kunde förbättras (Traa et al., 2014; Ussher et al., 2013). En del relaterade till sin egen uppfattning om sexuell hälsa från privatlivet och satte detta i relation till arbetet med patienter för att bygga förtroende inför samtal (Hordern & Street, 2007; Olsson et al., 2012). Vårdpersonalen vågade gå rakt på sak vilket uppskattades av patienterna (Quinn et al., 2013).

Some health professionals within this cluster were able to recognise they drew upon life experiences to give them the confidence to communicate with patients more openly. (Hordern & Street, 2007, s. 1713).

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vårdpersonals upplevelser av att tala om sexuell hälsa med patienter. Resultatet blev följande fyra kategorier: *att kön, ålder, civilstånd och religion påverkar samtal, att arbetsmiljö försvårar möjligheten till samtal, att obekvämlighet och otydliga ansvarsroller påverkar samtal och att kunskap främjar trygghet.*

Resultatet i vår litteraturstudie visade att samtal om sexuell hälsa påverkades av bland annat patientens kön, ålder, civilstånd och religion. Vårdpersonal upplevde det lättare att prata om sexuell hälsa med yngre personer än äldre då det kändes mer prioriterat med yngre personer än äldre. En del vårdpersonal påpekade att sexualitet inte har någon ålder och detta borde vårdpersonal ta vara på och inte anta att äldre personer inte har något sexualliv bara för att man är gammal. Wilmoth (2006) visar att våra egna attityder om sexualitet ofta är baserade på just ålder. Sexualiteten försvinner inte bara för att man är i en viss ålder och sexualitet uttrycks i så mycket mer än det fysiska som till exempelvis tankar, hur man klär sig och relationer. Under denna

litteraturstudie var det mycket återkommande texter med just ålder, kön, civilstånd och religion. I en artikel skriven av Bucknor-Ferron och Zagaja (2016) visar att vårdpersonal uppfattar sig i allmänhet med att inte ha fördomar om patienter utan att vården ges på lika villkor och vård på samma grunder. Trots det skriver författarna om att vårdpersonal också är människor och att i beslut gällande vård läggs fördomar omedvetet in i beslutsfattanden. Ofrivilligt övervägs patientens etnicitet, kön, socioekonomisk status in. Detta kan även resultatet av i denna litteraturstudie vara till följd av då vårdpersonal beskriver om hur både kön och civilstånd påverkar samtal om sexuell hälsa. Omedvetet gör vårdpersonalen val på grund av sina uppfattningar och tankar om människor. Wilmoth (2006) beskriver också hur sjuksköterskestudenter kan närma sig detta och bli bekvämare i kommunikationen. Studenterna ska göra en bedömning av patienters sexualitet, helst med någon av annan sexuell läggning än sin egen för att utmana studenternas förutfattade meningar, med hjälp av egna frågor. Detta avslutas med en diskussion om vad de lärt sig och trots viss ångest inför uppgiften ger detta studenterna en utveckling av sig själva samt att de får utforska sina egna värderingar. Detta tycker vi är något alla sjuksköterskor, oavsett verksamhet, bör se över. Sjuksköterskan bör granska sig själv genom att se över sina värderingar och som vår studie tar upp hur man förhåller sig till sin egen uppfattning av sexualitet med patienter. Då kan en diskussionsgrupp vara ett hjälpmedel om man upplever det svårt att granska sig själv på egen hand. Vi människor har egna uppfattningar och värderingar om både människor och sexualitet. Därmed anser vi vikten av att inte ha förutfattade meningar, utan att vi som sjuksköterskor måste våga fråga först och därefter kunna förhålla sig utefter det.

I resultatet av vår litteraturstudie framkom det att vårdpersonalen berättade om hur arbetsmiljön påverkar samtalet med patienter. Vårdpersonalen berättade om hur utformningen av arbetsplatsen hade betydelse och att de upplevde det viktigt med avskildhet vid samtal om sexuell hälsa. Persson och Määttä (2012) menar att sjuksköterskor upplevde det svårt att bevara enskilda patienters integritet då man hade vetskapen om att andra patienter i rummet kunde höra deras samtal. Vetskapen om att det fanns andra patienter i samma patientsal ökade stressen på vårdpersonalen. Även kollegor och dessa människors olika värderingar om vad som ska räknas in i yrkesrollen är faktorer som påverkar sjuksköterskors inställning till att samtala om sexuell hälsa. Dock var detta motsägande i jämförelse med vad en annan studie (Krouwel et al., 2015) kom fram till, som fann att det inte var vanligt att samtalen om sexuell hälsa hindrades på grund av att kollegorna ansåg

det olämpligt att prata om. Detta innebär att det finns många olika uppfattningar i arbetsmiljön som indirekt påverkar samtalen. Etiskt klimat innebär personers gemensamma uppfattningar av vad som kan tänkas vara etiskt acceptabelt beträffande uppförande samt hur man resonerar inom organisationen (Numminen, Leino-Kilpi, Isoaho & Meretoja, 2015). Detta genomsyrar organisationens handlingar, värderingar och rutiner. Sjuksköterskorna tystades ner på grund av bland annat hierarkin mellan dem och läkare (ibid.). Arbetsklimaten kan variera beroende på avdelning, typ av sjukhus samt hur ledarskap fungerar. En mer positiv syn på arbetsklimatet hörde samman med mindre erfarenhet av moralisk stress. Stressen som sjuksköterskor upplever i arbetet kan minskas om samarbetet mellan utbildning och yrkesutövning förbättras (Rudman, Gustafsson & Hultell, 2014) och denna minskade stress kan generera mer tid för att till exempel prata om sexuell hälsa med patienter. Vidare kan Galdikiene, Asikainen, Balčiūnas och Suominen (2014) påpeka att sjuksköterskor som arbetade med vuxna upplevde mindre stress än de som arbetade med yngre patienter och därmed kunna närma sig om samtal om sexuell hälsa. De organisatoriska faktorerna för att det allmänna arbetet och särskilt samtalen om sexuell hälsa med patienter hos vårdpersonal/sjuksköterskor påverkas indirekt av stress, patientsalar och personliga värderingar kollegor emellan. Men att påstå att det enbart resulterar i negativ inverkan för att ta upp samtal om sexuell hälsa, tycker vi inte det finns tillräcklig grund för. Inom organisationens ramar har Emold, Schneider, Meller och Yagil (2011) sagt att sjuksköterskor inom onkologi har ett uttalat behov av kommunikationsträning eftersom detta är en stor orsak till varför sjuksköterskor blir utbrända. Vi finner ett behov för tydligare instruktioner och bättre kommunikation mellan kollegor och ledning. Arbetsplatsen måste utgöra en grund för att vårdpersonalen ska kunna arbeta tillsammans med bland annat patienter samt för att kunna utveckla sina förmågor inom professionen. Det finns många organisatoriska faktorer som kan påverka kommunikationen med patienter och för att den sexuella hälsan inte ska fortsätta att bortses från måste det ges klara besked till vårdpersonalen för att visa hur värdegrunden ska implementeras i arbetet. En bra och tydlig struktur för hur arbetet ska genomföras är viktigt för varje sjuksköterska och borde innebära att det blir lättare att förstå hur man ska samtala om sexuell hälsa.

Resultatet av vår litteraturstudie visade att det fanns en obekvämlighet och otydliga ansvarsrollen hos vårdpersonalen vilket ledde till undvikande av samtal om sexuell hälsa men även rädslan att inte ha de rätta svaren på patienternas frågor eller rädsla av att säga fel. Jonsdottir et al. (2016) kan

tillägga att vårdpersonal ska ta ansvar för att samtala med patienter om sexuellt relaterade frågor men att enbart två procent av deltagarna i studien utförde detta i praktiken. Det finns mycket som tyder på att vårdpersonal i allmänhet vet att de är ansvariga att ta upp detta men att det av någon anledning inte finns tydliga instruktioner för hur det ska genomföras i praktiken. Socialstyrelsen (2005) skriver att sjuksköterskan har ett personligt ansvar att vara uppdaterad i sin profession och ansvara för att utveckla sin egna professionella kompetens. Sumner (2010) beskriver om hur det tar tid för sjuksköterskan att uppnå sin egna professionella moraliska mognad i yrket. Självkritik kräver mycket inre reflektion av sig själv och kan kännas obehagligt. Det räcker inte med att någon runt omkring dig tycker att du bör reflektera utan detta ska komma ifrån dig själv. Tid och erfarenhet gör att sjuksköterskan känner sig bekräftad och även blir mer bekväm av att reflektera över sig själv. Vidare skriver Sumner (2010) även om hur sjuksköterskan inträder olika nivåer av mognad under sin yrkeskarriär. En nyutbildad sjuksköterska är fokuserad på att göra rätt enligt regelboken och fokuset ligger på att klara av sina uppgifter. Senare efter mer erfarenhet kommer sjuksköterskan kunna göra dessa uppgifter utan att behöva fokusera på om hon gör rätt. Det är då sjuksköterskan kan börja reflektera över situationer och kunna utveckla sin professionella mognad. Denna mognad menar vi hänger ihop med resultatet från vår studie, det kan aldrig vara för tidigt att börja reflektera över sig själv och sina värderingar och tankar. Detta är något vi tycker att sjuksköterskor bör ha i åtanke under hela yrkeskarriären. Därmed anser vi även att om man upplever allmän osäkerhet och en känsla av okunnighet i sitt yrke, måste man våga ta upp detta för att behovet av utbildning och träning skall kunna mötas. Vi anser även att det viktigt att belysa ämnet så att tydligare riktlinjer finns och att det vågas tas upp. Därmed måste högre instanser ta till sig den forskning som finns och ändra i kompetensbeskrivningar, utbildning och eventuellt lagar så att det blir tydligt vem som ska ta ansvaret.

I litteraturstudien framkom det att vårdpersonal betonade att kunskap och avsaknad av kunskap kan göra samtalet obekvämt. Därför låter man bli att prata om sexuell hälsa på grund av att man inte känner sig tillräckligt kunnig inom området, även att sjuksköterskor ofta känner sig osäkra och rädda att bli missförstådda av patienter när sexuell hälsa tas upp. Det framkom även av vårdpersonal i litteraturstudien betydelsen av att känna sig trygg och hur det smittar av sig till patienten för att underlätta samtal om sexuell hälsa. Shafipour, Mohammad och Ahmadi (2014) menar att sjuksköterskans brist på kommunikation kan synas då denna hänvisar till en läkare

istället för att möta patienters behov och därav skapa en misstro till sjuksköterskans kunskap. Detta kan vara en stor orsak till varför vårdpersonal i allmänhet undviker att prata om särskilda saker med patienter, då det kan grunda sig i okunnighet. I en studie (Sung, Jiang, Chen, & Chao, 2016) framgick det att bland annat sjuksköterskor ansåg det vara svårt att samtala om sexuell hälsa på grund av bristfällig träning inom ämnet. Vårdpersonalen visste inte hur de skulle hantera de kliniska situationerna på grund av att de blev tvungna att läsa på om ämnet på internet och i böcker för sig själv. Okunnigheten att hantera patienters sexuella problem gjorde att sjuksköterskor blev osäkra och det påverkade deras självförtroende i saken, likaså att de inte visste var gränsen gick mellan professionen och det privata. Även Jolley (2001) understryker att för att kunna föra ett samtal med patienter om sexuell hälsa behövs det kunskap och information. Timmins och Astin (2009) förklarar att kontinuitet i vården innebär att relationen mellan patient och sjuksköterska blir bättre samt att kommunikationen blir av hög kvalitet men det innebär också en utmaning på grund av korta sjukvårdsbesök och inläggningar. Denna kontinuitet tror vi kommer skapa trygghet för vårdpersonalen likaså för patienterna som kommer känna sig bekväma med att prata och bygga upp en relation sinsemellan dessa.

Resultaten från vår litteraturstudie visade att kunskap var viktigt för vårdpersonalen i hur de kan hantera de samtal som de ställs inför med patienterna. Evans, Pereira och Parker (2008) skriver att kunskapen som kan vara otillräcklig i vissa avseenden kan härleda till att man har en uppfattning om att det finns andra som har kunskapen och därav känner man inte samma press. Detta kan bli mer påtagligt om man är nervös och innebär att man på så vis förlitar mer sig på andra för att bli vägledad i arbetet. Denna syn försvårar situationen för den individuella sjuksköterskan som inte vågar ta sig an saker själv och att kommunikationen med patienterna blir lidande på grund av detta. Katz (2004) antyder att information om sexualitet undviks i patientmötet på grund av att det inte tas upp under varken medicin- eller vårdutbildningar. Vidare menar hon att vård lättare kan fokusera på att enbart bota och därför glöms det bort allt annat förutom symtomlindring. Det är viktigt att sjuksköterskor tar ansvar över sin egna kunskap och att försöka förbättra och bevara den sexuella hälsan hos varje patient. För att inte, som nyutexaminerade sjuksköterskor, bli förvånade att behöva prata om sexuell hälsa med en patient är det viktigt att detta övas under en längre tid så att sexuell hälsa vågas tas upp.

Intervention

EX-PLISSIT modellen (Taylor & Davis, 2007) är en uppgraderad version av PLISSIT-modellen som lanserades år 1976 och uppdaterades 30 år senare år 2006. Tanken med PLISSIT-modellen är att vårdpersonal ska ta upp det sexuella välbefinnandet hos patienter med antingen kronisk sjukdom eller förvärvad funktionsnedsättning. PLISSIT står för: *Permission* betyder att få ett godkännande att prata om sexualitet och även ge patienten godkännande om att få vara sexuell. *Limited Information* innebär att man går in närmare på detaljer om problemet om sexuell hälsa relaterat till patientens sjukdomstillstånd. *Specific Suggestions* menas med att sjuksköterskan tar reda på det specifika problemet och en grundlig anamnes om sexuell hälsa utförs. *Intensive Therapy* menas med hur sjuksköterskan antingen ger den information hon själv besitter men även se över behovet av att be en läkare remittera patienten vidare till mer professionella personer inom sexuell hälsa. *Ex* står för extended och innebär att man lägger mer vikt på att be patienten om lov vid varje steg i samtalet. Vårdpersonalen borde bli bekvämare att samtala om ämnet tas upp så att patienten kan känna igen sig men inte bli utsatt. Att ständigt be patienten om lov att nämna hur andra har upplevt liknande situationer samt att ge information kan ge vårdpersonal en tryggare upplevelse. Det är även viktigt att vårdpersonalen är medveten om sina kunskaper kopplat till patientens situation och att våga förmedla detta till patienten för att istället kunna vägleda till någon kunnigare inom ämnet. Att fråga patienten om man får lov att berätta saker är ett sätt att visa patienten att man är där för denne och att man inte säger mer än vad patienten vill höra. Sedan är det viktigt att utvärdera åtgärden och se om det hjälpte patienten eller om problemet kvarstår. Detta för att vårdpersonal ska bli bekväma i att ta upp ämnet och veta vad dem ska göra. Utvärderingen kan vara en form av uppföljning som kan tas upp vid ett återbesök eller att man ringer upp patienten efter en tid. Denna modell anser vi borde bli mer integrerad i vården och i samband med patientsamtal.

Metoddiskussion

Detta är en litteraturstudie som beskriver kunskapen om vårdpersonals upplevelser av att tala om sexuell hälsa med patienter. För att kunna påvisa studiens kvalitet har vi valt att diskutera detta utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet samt bekräftbarhet (Holloway och Wheeler, 2010, s. 302–303).

Författarna av denna studie har redovisat datainsamling, analysprocessen och kvalitetsgranskning på ett tydligt sätt att det går att upprepa. För att förbättra tydligheten under analysprocessen har tillfällen som opponering med andra studenter varit givande. Enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 302–303) kan pålitlighet uppnås om studierna är konsekventa och noggranna så att läsaren därav kan följa författarens beslutstagande under processen, vilket har gjorts i denna studie. Kontexten ska beskrivas i detalj för att låta läsaren överväga om studien kan göras om på samma vis.

Författarna av denna studie har hanterat data från artiklarna enskilt, vilket kan vara en svaghet för trovärdighet, men det har åter stärkts av att man har gått igenom varandras analys för att se till att inget misstolkas eller vinklas. Det har även varit en styrka för trovärdighet i litteraturstudien att återgå till primärdata under analysens gång för att se till att vårdpersonalens upplevelser inte tolkas. För att minimera risken för bias vid översättning och kondensering av den engelska texten sågs detta över flertalet gånger av båda författarna så att kategoriseringen inte skulle bli felaktig och tolkat. Trovärdighet är ett begrepp som används för att se till att det som tagits fram som resultat ska överensstämma med vad deltagarna från studierna har uttryckt. Deltagarna ska se äktheten i vad som framkommit i denna studie och att de ska känna igen sig den kontext som författarna här har skapat i resultatet (jmf. Holloway och Wheeler, 2010, s. 303).

I och med att alla studier förutom en som analyserades innehöll samtal med cancerdrabbade patienter kan vi anta att resultatet skiljer sig om man hade inkluderat flera olika sjukdomar, inga sjukdomar eller sammanhang. Studierna som togs med i den här litteraturstudien har kommit från länder som enligt författarna har många likheter och i detta avseende kan man dock styrka överförbarheten. Således har detta varit en svaghet enligt författarna men det var samtidigt aldrig påtänkt att resultatet skulle bli överförbart med tanke på tidsbristen som påverkade omfattningen av studien. Ytterligare en nackdel med denna studie beträffande överförbarhet, är att alla studier förutom en har utgått från vårdpersonalens samtal med cancerpatienter samtidigt den sista belyste mental ohälsa. Detta gör att det blir svårare att styrka överförbarheten. Enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 303) innebär överförbarhet ett begrepp som används istället för generaliserbarhet då fynd från studier ska kunna sättas i andra liknande sammanhang eller deltagare.

I denna litteraturstudie har bekräftbarhet stärkts med tanke på att korrekt referensteknik och citat från studier har använts kontinuerligt genom studien. Under kategoriseringen skrev författarna tydligt processen och vilka textenheter som grupperades vidare, men kunde göras ännu tydligare med hjälp av att till exempel ha en siffra för varje textenhet. Vidare har inte författarna i denna litteraturstudie varken förklarat eller hanterat sin förförståelse av ämnet, vilket kan ses som en svaghet. Bekräftbarhet innebär att fynden från studierna ska vara i enlighet med syftet och inte ett resultat av forskarnas tidigare antaganden. Därav ska man kunna spåra data tillbaka till originaltexten för att visa läsaren att det är korrekt med vad ursprungskällan säger, i detta fall vad vårdpersonalen upplever (jmf. Holloway och Wheeler, 2010, s. 303).

Slutsats

Vår slutsats av denna litteraturstudie är att det finns en okunnighet hos vårdpersonal gällande samtal om sexuell hälsa med patienter. Vårdpersonal är trots allt människor och lägger omedvetet värderingar vid patientsamtal och särskilt när sexuell hälsa tas upp som är ett komplext ämne och där det finns många saker som påverkar detta. Resultatet från denna litteraturstudie skulle kunna användas för att uppmärksamma vårdpersonal på vad det finns för övergripande upplevelser gällande samtal om sexuell hälsa med patienter. Denna studie tar upp olika upplevelser som kan påverka ett samtal och dessa handlar om bland annat arbetsmiljö där arbetskollegors attityder är inräknade. På grund av att sexuell hälsa inte tas upp i vård- och medicinutbildningar, undviks det därför också i patientmötet (Katz, 2004). Det behövs läggas ned arbete redan under utbildning och där kan Wilmoth (2006) bidra med sin forskning med att studenter får göra bedömningar av patienters sexualitet för att de ska hantera sina egna förutfattade meningar.

Vi poängterar betydelsen att få kontinuitet i vården och därmed få ett tryggare möte och få ömsesidig bekvämlighet i mötet mellan vårdpersonal och patient. Om det ska ske en positiv utveckling av samtal om sexuell hälsa i vården, förbättra vårdpersonalens och patienters upplevelser av samtal behöver vårdpersonal kunna reflektera över sina egna tankar och värderingar. Vidare forskning om hur vårdpersonalen kan hantera sina egna värderingar i patientkontakt behövs för att yrkesutövningen ska förbli professionell. Sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret över patienter och skulle det finnas ett tydligt beslut om att sjuksköterskan även har ansvaret över den sexuella hälsan skulle detta kunna förhindra missförstånd om vem som är ansvarig. Det kan

förhoppningsvis göra det lättare för sjuksköterskor att ta sig an uppgiften. Framtida forskning skulle kunna ta upp hur ett forskningsresultat kan implementeras och användas på effektivast sätt. Förslag på vidare forskning inom ämnet skulle kunna vara att se hur sjuksköterskor och annan vårdpersonal utvecklas av att få praktisk övning i att samtala om sexuell hälsa.

Referenslista

*= Studier som ingår i analysen

Albright, J. N., & Fair, C. D. (2014). Providers Caring for Adolescents with Perinatally-Acquired HIV: Current Practices and Barriers to Communication About Sexual and Reproductive Health. *AIDS Patient Care & Stds*, 28(11), 587–593. doi:10.1089/apc.2014.0162

Bucknor-Ferron, P. & Zagaja, L. (2016). *Nursing 2017. The Peer- Reviewed Journal of clinical excellence*. 46 (11), 61–62.

Eilertsen, G., Ormstad, H., Kirkevold, M., Mengshoel, A. M., Söderberg, S. & Olsson, M. (2014). Similarities and differences in the experience of fatigue among people living with fibromyalgia, multiple sclerosis, ankylosing spondylitis and stroke. *Journal Of Clinical Nursing*, 24, 2023–2034. doi: 10.1111/jocn.12774

Emold, C., Schneider, N., Meller, I., & Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal Of Oncology Nursing*, 15358-363.doi:10.1016/j.ejon.2010.08.001

Evans, A., Pereira, D., & Parker, J. (2009). Discourses of anxiety and transference in nursing practice: the subject of knowledge. *Nursing Inquiry*, 16(3), 251–260. doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00449.x

*Ferreira, S., Gozzo, T., Panobianco, M., dos Santos, M., & de Almeida, A. (n.d). Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(1), 82–89.

Folkhälsoinstitutet. (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Hämtad 3 mars 2017. Från *Folkhälsomyndigheten*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12779/R2012-01-Sex-halsa-och-valbefinnande.pdf>

Galdikienė, N., Asikainen, P., Balčiūnas, S., & Suominen, T. (2014). Do nurses feel stressed? A perspective from primary health care. *Nursing & Health Sciences*, *16*(3), 327–334.

doi:10.1111/nhs.12108

Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M., & Peyravi, H. (2015). Nurse as a facilitator to professional communication: a qualitative study. *Global Journal Of Health Science*, *7*(2), 294–303. doi:10.5539/gjhs.v7n2p294

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105–112.

Holloway, I. & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. (3., [updated] ed.) Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

*Hordern, A. J., & Street, A. F. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives. *Social Science & Medicine*, *64*, 1704–1718.

doi:10.1016/j.socscimed.2006.12.012

Jolley, S. (2001). Promoting teenage sexual health: an investigation into the knowledge, activities and perceptions of gynaecology nurses. *Journal Of Advanced Nursing*, *36*(2), 246–255.

doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01965.x

Jonsdottir, J., Zoëga, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G., & Fridriksdottir, N. (2016). Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital. *European Journal Of Oncology Nursing*, *(21)* 24-30.

doi:10.1016/j.ejon.2015.12.004

Karlsson, A-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 96 - 112). Lund: Studentlitteratur.

Katz, A. (2004). The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients. *Journal Of Clinical Oncology*, 23(1), 238–241.

Keighley, T. (2012). Globalization, decision making and taboo in nursing. *International Nursing Review* 59, 181–186.

Krouwel, E., Nicolai, M., van Steijn-van Tol, A., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R., & Elzevier, H. (2015). Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses. *European Journal Of Oncology Nursing*, 19, 707–715.

doi:10.1016/j.ejon.2015.05.005

*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

*Lindau, S. T., Surawska, H., Paice, J., & Baron, S. R. (2011). Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lungcancer and their clinical-care providers. *Psycho-Oncology*, 20(2), 179–185. doi:10.1002/pon.1787

McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice - A concept analysis. *Nurse Education in practice*. 8(6), s. 412–419.

*Nakopoulou, E., Papaharitou, S., & Hatzichristou, D. (2009). Original Research: Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions. *The Journal Of Sexual Medicine*, 6, 2124–2132. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01334.x

Numminen, O., Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., & Isoaho, H. (2015). Ethical climate and nurse competence – newly graduated nurses' perceptions. *Nursing Ethics*, 22(8), 845–859.

doi:10.1177/0969733014557137

*Olsson, C., Berglund, A., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?. *European Journal Of Oncology Nursing*, *16*, 426–431.

doi:10.1016/j.ejon.2011.10.003

Oskay, U., Can, G., & Basgol, S. (2014). Discussing Sexuality with Cancer Patients: Oncology Nurses Attitudes and Views. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, *15*(17), 7321–7326.

Persson, E., & Määttä, S. (2012). To provide care and be cared for in a multiple-bed hospital room. *Scandinavian Journal of Caring sciences* *26*, 663–670. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00976.x

Polit, D, F., & Beck, C, T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9. uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

*Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (n.d). Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. *International Journal Of Mental Health Nursing*, *22*(3), 231–240.

RFSU. (u.å). *Äldre och sex*. Hämtad 9 mars, 2017, från Riksförbundet för Sexuell Upplysning, <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Sex-genom-livet/Aldre-och-sex/>

Rudman, A., Gustavsson, P., & Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal Of Nursing Studies*, *51*, 612–624. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.09.012

Shafipour, V., Mohammad, E., & Ahmadi, F. (2014). Barriers to nurse-patient communication in cardiac surgery wards: a qualitative study. *Global Journal Of Health Science*, *6*(6), 234–244. doi:10.5539/gjhs.v6n6p234

Sheldon, K., L., Barrett, R. & Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal Of Nursing Scholarship*, *38* (2), 141–147.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 3 mars 2017, Från Barnmorskeförbundet. http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/2005-105-1_20051052-Leg-Ssk.pdf

Southard, N., & 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

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). Bilaga 5 - Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser. *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården - En handbok*. (2. uppl.). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning.

*Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L., & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal Of Cancer*, 88(5), 666.

Sumner, J. (2010). Reflection and moral maturity in a nurse's caring practice: A critical perspective. *Nursing Philosophy*, 11(3), 159–169. doi:10.1111/j.1466-769X.2010.00445.x

Sung, S., Jiang, H., Chen, R., & Chao, J. (2016). Bridging the gap in sexual healthcare in nursing practice: implementing a sexual healthcare training programme to improve outcomes. *Journal Of Clinical Nursing*, 25(19–20), 2989–3000. doi:10.1111/jocn.13441

Taylor, B., & Davis, S. (2007). The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sexuality and Disability*, 25(3), 135–139.

Timmins, F., & Astin, F. (2009). Patient-centred care: reality or rhetoric?. *Nursing in critical care*. 14(5), 219–221.

*Traa, M., De Vries, J., Roukema, J., Rutten, H., & Den Oudsten, B. (2013). The sexual health care needs after colorectal cancer: the view of patients, partners, and health care professionals. *Supportive Care In Cancer*, 22(3), 763–772.

*Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. T., Mason, C., Hobbs, K., & Kirsten, L. (2013). Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of

sexual communication with patients. *Psychology & Health*, 28(12), 1370–1390. doi: 10.1080/08870446.2013.811242

*Vieira, E., Ford, N., dos Santos, M., Junqueira, L., & Giami, A. (2013). Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. *Cadernos De Saude Publica*, 29(10), 2049–2056. doi: 10.1590/0102-311X00158512

Wainwright, P. & Rapport, F. (2005). The nature of self and how it is experienced within and beyond the health care setting. *Medical Humanities* 31, 57–59.

World Health Organization. (u.å.). *Sexual and reproductive health: Defining sexual health*. Hämtad 19 jan, 2017, från World Health Organization, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

World Health Organization. (u.å.). *Sexual and reproductive health: Key conceptual elements*. Hämtad 19 jan, 2017, från World Health Organization, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/conceptual_elements/en/

World Health Organization. (u.å.). *Global status report on noncommunicable diseases. 2014*. Hämtad 5 mars, 2017, från World Health Organization, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wilmoth, M. (2006). Life after cancer: what does sexuality have to do with it? *Oncology Nursing Forum*, 33(5), 905-910. doi:10.1188/06.ONF.905-910

Öhman, M., Söderberg, S. & Lundman, B. (2003). Hovering between suffering and enduring: The meaning of living with serious chronic illness. *Qualitative Health research* 13(4), 528–542 doi: 10.1177/10497323022507