



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskans upplevelse av att samtala med patienten om sexuell hälsa

– En litteraturstudie

Felicia Hansson

Mathilda Weinmer

Handledare: Johan Sanmartin Berglund

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona december 2016

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa,
Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
december 2016

Sjuksköterskans upplevelse av att samtala med patienten om sexuell hälsa

Felicia Hansson
Mathilda Weinmer

Sammanfattning

Bakgrund: Sexuell hälsa är ett tillstånd av emotionellt, fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande relaterat till sexualitet. Varje sjuksköterska har ett ansvar att adressera den sexuella hälsan hos patienter, oberoende av patientens ålder och kultur. Sexuell hälsa är ett utmanande område inom omvårdnad och bör bli adresserat på ett sätt som respekterar patientens integritet samtidigt som behoven undersöks. I omvårdnaden som sjuksköterskan utför ingår samtal som är en del av den mänskliga kommunikationen och innefattar kontinuerlig påverkan med gemensamma handlingar.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att samtala med patienten om sexuell hälsa.

Metod: En kvalitativ litteraturstudie baserad på sju vetenskapliga artiklar. En innehållsanalys av artiklarnas resultat gjordes med inspiration från Graneheim och Lundman.

Resultat: Analysen resulterade i fyra kategorier; Otillåtande arbetsmiljö, Undvikande av sexuell hälsa, Otrygghet i ämnet och Medvetenhet om patientens sexuella hälsa.

Slutsats: Från studien framkom det en tydlig problematik i sjuksköterskans samtal om patientens sexuella hälsa. Det framkom flera faktorer som utgjorde om samtalet utfördes eller inte. Det kunde grundas i en okunskap och att det inte upplevdes vara deras ansvar, dock belystes en medvetenhet hos vissa sjuksköterskor om att det var deras ansvar att samtala om den sexuella hälsan.

Nyckelord: samtal, sexuell hälsa, sjuksköterska, upplevelse.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Hälsa	5
Sexuell hälsa	5
Samtal	6
Teoretisk referensram	7
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Datainsamling	8
Urval	9
Kvalitetsgranskning	10
Dataanalys	11
Resultat	12
Otillåtande arbetsmiljö	12
Arbetsrelaterad stress	12
Arbetsrelaterade hinder	13
Undvikande av sexuell hälsa	13
Inte mitt ansvar	14
Inverkan av patienters ålder och kön	15
Otrygghet i ämnet	15
Känslomässigt hinder	16
Okunskap	16
Medvetenhet om patientens sexuella hälsa	17
Sexualitetens värde	17
Sjuksköterskans ansvar att samtala	18
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	22
Slutsats	24
Självständighet	25
Referenslista	26
Bilaga 1: Databassökningar	30
Bilaga 2: Artikelöversikt	37
Bilaga 3: Analysförfarande	39

Inledning

Sexualitet är en central del av att vara människa, sexualiteten upplevs och uttrycks individuellt och är en mänsklig rättighet (WHO, 2006a). Sjuksköterskor väljer oberoende av WHO:s (2006a) antydande aktivt att inte samtala om den sexuella hälsan med sina patienter trots vetskapen om att den kan påverkas av sjukdom (WHO, 1974; Saunamäki, Andersson & Engström, 2010). Socialstyrelsen (2005) fastställer att det ingår att samtala i sjuksköterskans kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, information, undervisning och bemötande är ett av kompetensområdena inom professionell omvårdnad. Sjuksköterskan skall kunna bemästra alla aspekter i omvårdnaden, basala likväl specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, sociala och psykiska. Det ingår att förebygga hälsorisker, undervisa samt motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling och arbeta ifrån en humanistisk människosyn (ibid.).

Sjukdom, skada och medicinsk behandling kan leda till en nedsatt sexuell förmåga. Den sexuella förmågan kan påverkas genom de emotionella och sociala problem som en skada eller en sjukdom kan medföra (Fugl-Meyer, 1998). Enligt Thomas (2013) är sexuell hälsa ett utmanande område inom omvårdnad och bör bli adresserat på ett sätt som respekterar patienters integritet samtidigt som behoven undersöks. Sexuell hälsa och välmående är aspekter av en holistisk vård och sjukvårdspersonal har ett ansvar att bemöta dessa (Thomas, 2013).

Statens Folkhälsoinstitut (2012) konstaterar att det krävs mer forskning inom området av sexuell hälsa och därav är det av vikt att göra en litteratursammanställning. Sammanställningen kan uppmärksamma den sexuella hälsan och öka kunskapen om ämnet då sexuell hälsa är en mänsklig rättighet och en stor del av den holistiska vård som sjuksköterskan skall bedriva. Genom att ta del av sjuksköterskors upplevelser av att samtala om sexuell hälsa kan ny kunskap och förståelse utvinnas om hur sjuksköterskan kan bemöta och hantera dessa samtal med patienten.

Bakgrund

Hälsa

Bergstrand (2004) antyder att hälsa har definierats på olika sätt genom åren och har präglats av olika historiska och sociokulturella sammanhang. Definitionen har varierat men har en central del där hälsa belyses som en inre balans av individens mål och handlingar. Idag betraktas hälsa mer som individualiserad där den enskildes syn på hälsa belyses och kan återspegla kulturens hälsoidéer. Bergstrand (2004) poängterar fortsättningsvis att hälsa kan ses som frånvaro av sjukdom samt att hälsa ses som ett ideal för ett gott liv medan sjukdom associeras med svaghet. Detta kan styrkas av WHO (2006b) som definierar hälsa som ett tillstånd med fysisk, psykisk och socialt välbefinnande och endast frånvaro vid sjukdom. Bergstrand (2004) belyser dock att vad som är hälsa är olika för varje individ och präglas av olika världs- och livsåskådningar samt kultur. Willman (2014) poängterar dock att en förståelse av vad en människa är spelar roll i frågan om vad hälsa och omvårdnad innefattar, samt för omvårdnadsarbetets utformning då förståelsen utgör grunden för val av åtgärder och värderingar. Willman (2014) beskriver hälsa som en motsats till sjukdom som kan tydliggöras i det biomedicinska perspektivet, naturvetenskapliga samt i medicin där sjukdom ska botas och återgå till hälsa. Vidare kan hälsa också beskrivas med ett humanistiskt perspektiv där ett holistiskt synsätt belyses och dessa två perspektiv krävs för att kunna förstå hälsa (Willman, 2014).

Sexuell hälsa

Enligt Lundberg och Löfgren-Mårtensson (2010) definieras sexuell hälsa som ett tillstånd av emotionellt, fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande relaterat till sexualitet. WHO (2006a) definierar sexuell hälsa som ett själsligt, känslomässigt, kroppsligt och socialt välbefinnande i förbindelse till sexualitet som inte försvinner vid sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver en respektfull och positiv inställning till sexualitet och sexuella relationer, likväl möjligheten till att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter fria från tvång, diskriminering och våld. För att uppnå och upprätthålla sexuell hälsa måste alla människors sexuella rättigheter skyddas och värderas. WHO (2006a) fastslår vidare att sexualitet är en central del av att vara människa och är en mänsklig rättighet. Utrikesdepartementet (2006) fastställer att sexuell hälsa innefattar hälsovård, rådgivning, personliga relationer och livskvalité.

I en studie av Schmiedeberg, Huyer-May, Castiglioni och Johnson (2016) påvisas en evidens i att naturligt förekommande av sexuell aktivitet och sexuell tillfredsställelse över tid sammankopplas med en ökad känsla av livstillfredsställelse. Vidare i en studie av Lauman et al. (2006) undersöktes fyra aspekter av sexuellt välbefinnande. Då studien koncentrerade sig på sexuellt välbefinnande, undersöktes sexuell tillfredsställelse över flera domäner av sexualitet; tillfredsställelse med känslomässiga och fysiska aspekter av relationer, tillfredsställelse med sexuell funktion, och den relativa betydelsen av sexualitet i livet och dess förening med allmän lycka. Undersökningen gjordes bland 27 500 män och kvinnor i åldern 40–80 år i en global studie med 29 länder. Den genomsnittliga nivån av känslomässig tillfredsställelse, fysisk tillfredsställelse och tillfredsställd sexuell funktion var associerade med varandra över länderna. Från studien framkom det även att de flesta människor lever längre än föregående generationer och fler är sexuellt aktiva i högre åldrar än tidigare generationer, vilket är ett resultat av förändrade attityder angående sexualitet (ibid). Sjuksköterskans attityd relaterat till sexualitet belyses i en studie av Saunamäki et al. (2010) där det framkom att de äldre och mer erfarna sjuksköterskorna hade en positiv attityd till att samtala om patienters sexuella hälsa till skillnad från de yngre sjuksköterskorna. Bakgrunden till denna skillnad är oklar och en sammanställning kring att samtala om patienters sexuella hälsa saknas.

Samtal

Samtal är en del av mänsklig kommunikation och innefattar kontinuerlig påverkan med gemensamma handlingar. Genom kommunikation förmedlar människor känslor, attityder, faktainnehåll och påverkar sociala förhållanden (Linell, 2011). Omvårdnaden som sjuksköterskan utför innefattar likaledes kommunikation vilket Baggens och Sandén (2014) understryker är en huvudaktivitet i omvårdnaden. De argumenterar för att ett samtal ofta handlar om vardagliga sammanhang men blir under andra villkor när samtalet sker vid ett möte i vården. Enligt Vinthagen (2013) är patienten i underläge redan från början i vårdmötet utan kunskap om hur tillståndet kan botas, till skillnad från sjuksköterskan som besitter en maktposition i form av rätt kompetens. Thorsén och Engström (2006) poängterar att en maktbalans är av vikt för att behålla patientens förtroende samt tillit.

Enligt Sheldon, Barrett och Ellington (2006) är kommunikation i sjuksköterska-patientrelationen en viktig del av den dagliga omvårdnaden och är en viktig hörnsten i

relationen. Kraften i effektiv omvårdnad stärks och berikas av en god kommunikation. Till följd av den unika position som sjuksköterskan har i omvårdnaden spenderas mycket tid till att samtala med patienter och lyssna på deras problem, känslor och behov. Vissa samtal kan vara svåra för sjuksköterskorna då de är tunga med känslor som sorg och ilska eller komplicerade till följd av livshotande sjukdomar eller familjeproblem (Sheldon et al., 2006). I samtalet med patienten gällande sexuell hälsa upplever sjuksköterskor en genans vilket resulterar i ämnet sällan eller aldrig inkluderas i samtalet med patienten (Ho & Fernandes, 2006; Lewis och Bor, 1994). Varje sjuksköterska har ett ansvar att samtala om den sexuella hälsan med patienter, oberoende av patientens ålder, kultur eller sexuella läggning. Därav kan sjuksköterskor inte gömma sig bakom åsikten att sexualitet är ett tabubelagt ämne (Moore & Higgins, 2009).

Teoretisk referensram

Travelbees (1971) omvårdnadsteori betonar kommunikationens innebörd mellan sjuksköterska och patient för en god omvårdnad. Omvårdnaden beskrivs av Travelbee (1971) som en interpersonell process mellan två människor då ena människan har möjlighet till att bidra med hjälp medan den andra är i behov av hjälpen. Om omvårdnaden ska bli optimal är det viktigt att sjuksköterskan ser och lär känna individen som tar emot hjälpen. Travelbee (1971) framhäver vikten av att känslomässigt intresse samt empati växer för att utveckla ett engagemang för patienten. Sjuksköterskan ansvarar för utvecklingen av relationen i omvårdanden likaledes kommunikationen men kräver en ömsesidig interaktion från båda parter. Relationen leder till att roll och titel försvinner och mänskligheten når fram till varandra (ibid.).

Travelbee (1971) beskriver hur relationen mellan sjuksköterska och patient utvecklas genom fyra steg. Det första steget uppmärksammar hur första mötet är då parterna lär känna varandra genom kommunikation. Vidare i andra steget kan sjuksköterskan samt patienten börja se likheter hos varandra och genom det framhävs identiteten. I kommande steg utvecklas empati för patienten och vidare i steg fyra utvecklas sympati som visas genom känslomässigt engagemang. Tillslut sammanflätas alla steg där sjuksköterskan påvisar en vilja att hjälpa genom kommunikation och handling. Travelbee (1971) fastställer att det skapas en förståelse mellan sjuksköterska och patient där kommunikationen bildar en central del för att förmedla tankar, känslor och behov som främjar patientens hälsa.

Mot denna bakgrund är av vikt att undersöka detta område då en problematik i samtalet om den sexuella hälsan kan upplevas av sjuksköterskan trots att det är en del av den holistiska vård som sjuksköterskan skall bedriva. En god omvårdnad baseras på att samtala så att sammanställa delar av befintlig forskning om hur sjuksköterskan upplever samtalet om sexuell hälsa med patienten kan medföra en ökad kunskap.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att samtala med patienten om sexuell hälsa.

Metod

Design

Studien har utförts i form av en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Enligt Kristensson (2014) definieras litteraturstudie som en forskningsöversikt med vetenskaplig litteratur. Litteraturstudier utgår från ett syfte som begränsar undersökningsområdet och besvarar syftet på ett strukturerat och kritiskt sätt med en sammanställning. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är förhållningssättet inom kvalitativ forskning förutsättningslöst, forskaren strävar efter en helhetsförståelse av speciella förhållanden för att helhetsbilden ska bli så omfattande som möjligt. Enligt Willman et al. (2011) beskriver och fördjupar kvalitativ forskning förståelsen av mänskliga upplevelser och uppfattningar.

Datansamling

Artiklarna som har använts i studien söktes i databaserna Cinahl och Pubmed. Enligt Willman, Bathsevani, Nilsson och Sandström (2016) är Cinahl och Pubmed två av de största databaserna som erhåller forskning om hälso- och sjukvård, Cinahl inriktar sig på omvårdnad och PubMed har ett kombinerat urval av medicin och omvårdnad. Innan sökningarna i databaserna utfördes bokades ett möte med en bibliotekarie på Blekinge Tekniska Högskolas bibliotek för att öka kunskapen om databaserna.

Sökningarna utfördes gemensamt. Sökningarna utfördes genom fritext- och ämnesordssökning med MeSH termer inom PubMed och Cinahl Headings inom Cinahl. Enligt SBU (2013) kan en fritextsökning hitta nya artiklar som ännu inte är indexerade med en MeSH-term, vilket kompletterar för de artiklar som inte hittas med ämnesordsökning. Enligt Willman et al. (2016) står MeSH för Medical Subject Headings och innebär att databasen söker utefter den ordningsföljd som sökorden skrivs. Cinahls motsvarighet är Cinahl Headings där sökningen expanderas genom "explode" för att inkludera de förutbestämda underkategorier som finns till sökningen. Fritextsökning är motsatsen till ämnesordssökningen då databasen inkluderar alla referenser med de valda sökorden vilket genererar i en bredare sökning. När litteratursökningen utförs räcker det inte att basera urvalet från en databas utan sökningen bör kombineras med ytterligare en databas för att få en tillfredställande omfattning (Willman et al., 2016).

I ämnesordssökningen användes sökorden: *Sexuality, Nurses+, Communication, Attitude, Sexual health, Nursing*. I fritextsökningen användes sökorden: *Nursing, Discussing, Sexuality, Sexual health, Communication, Nurses attitudes, Perceptions, Nurses experiences*. Först utfördes en enskild sökning av sökorden, sedan kombinerades dem med den booleska operatoren OR mellan sig, för att vidare kombineras med den booleska operatoren AND. Enligt SBU (2013) används OR mellan varje sökord för att få en större mångfald och AND för att instruera databasen att minst ett sökord ur varje sökblock ska finnas med i sökresultatet. Databassökningarna redovisas i bilaga 1.

Urval

Urvalet har bestått av vetenskapliga artiklar. Inklusionskriterierna för studien var kvalitativa artiklar som var skrivna mellan år 1996–2016 för att få fram tillräckligt med forskning inom det valda området. Artiklarna skulle belysa sjuksköterskan och samtalet kring sexuell hälsa med patienten inom olika sjukvårdsområden samt ha med ett etiskt övervägande då det enligt Forsberg och Wengström (2016) är en riktlinje för god medicinsk forskning. Artiklarna skulle vara publicerade på engelska då det är det språk som vanligtvis används inom forskning (Willman et al., 2016). De utvalda artiklarna skulle vara "peer-reviewed" vilket innebär att artikeln har blivit granskad av personer oberoende till författaren men är insatta i ämnet (Olsson och Sörensen, 2011). Artiklarna begränsades till "research article" på Cinahl motsvarande "Journal Article" på PubMed. Inkluderade artiklar skulle belysa omvårdnaden

av patienter vid ett sjukdomstillstånd. Artiklar som berörde samtal vid preventiva insatser eller kontakter direkt relaterad till sexologi, könssjukdomar, preventiv- och mödravårdsrådgivning samt övriga ”friska” områden gällande sexuell hälsa exkluderades. Övriga exklusionskriterier var artiklar som innefattade sjuksköterskestudenter då undersökningen omfattade sjuksköterskan i hälso- och sjukvården likväl artiklar som berörde patienter under 18 år.

Efter artikelsökningen valdes de artiklar ut som matchar syftet utifrån titelläsning. Abstract lästes där efter igenom för att ytterligare se ingående om artiklarna matchar studiens syfte för att i nästa steg granskas djupare. Titlar och abstract lästes igenom gemensamt och diskuterades om de skulle inkluderas. Vidare lästes artiklarna enskilt i fulltext för att se om de fortfarande var relevanta för litteraturstudien. Totalt lästes 651 stycken artiklar på titelnivå, 72 stycken abstract och 10 stycken i fulltext. Artiklarna som lästes i fulltext valdes ut för kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning

Vid kvalitetsgranskning av de vetenskapliga artiklarna användes CASPs kritiska mall för studier med kvalitativ metod. Enligt CASP (2013) är mallen ett hjälpmedel för hälsorelaterad forskning, instrumentet erhåller granskning av tre breda aspekter som innefattar tillförlitlighet, relevans och resultat av publicerade artiklar. Efter granskningen är det upp till användaren att avgöra om resultatet av kvalitetsgranskningen är användbart och trovärdigt. Instrumentet är utvecklat för att hjälpa bland annat sjuksköterskor att värdera forskning relaterat till deras yrkesutövning. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) innebär en kvalitetsgranskning en kritisk värdering av vetenskapliga artiklar. De tio utvalda artiklarna kvalitetsgranskades enskilt för att sedan jämföra resultatet vilket Willman et al. (2011) understryker som ett trovärdigt tillvägagångssätt.

CASPs kvalitetsgranskningsmall har tio frågor med svarsalternativen “Ja”, “Vet inte” och “Nej”. Artikeln fick 1 poäng för varje “Ja”, 0,5 poäng för varje “Vet inte” och 0 poäng för varje “Nej”. Totalt kunde en artikel erhålla max 10 poäng. Den totala poängsumman från artikeln räknades ihop och omvandlades till procent. Enligt Willman et al. (2011) kan poäng användas för att klassificera och sortera olika artiklar i grupper utefter kvalité. Poängen som vardera artikel erhåller kan sedan räknas om i procent för att öka möjligheten att jämföra och

väga olika studier (Willman et al., 2011). I den föreliggande studien räknades 80–100 % som hög kvalitet, 59–79 % som medel och 49 % eller lägre som låg kvalitet. Då litteraturstudien eftersträvade artiklar som erhöll en hög kvalitet exkluderades de artiklar som fick lägre än 80 %. Efter kvalitetsgranskningen exkluderas en artikel av tio då den inte fick tillräckligt med poäng och inte erhöll förväntad kvalitet. Resterande nio artiklar bedömdes ha en hög kvalitet och inkluderades i studien. Artikelöversikten redovisas i Bilaga 2.

Dataanalys

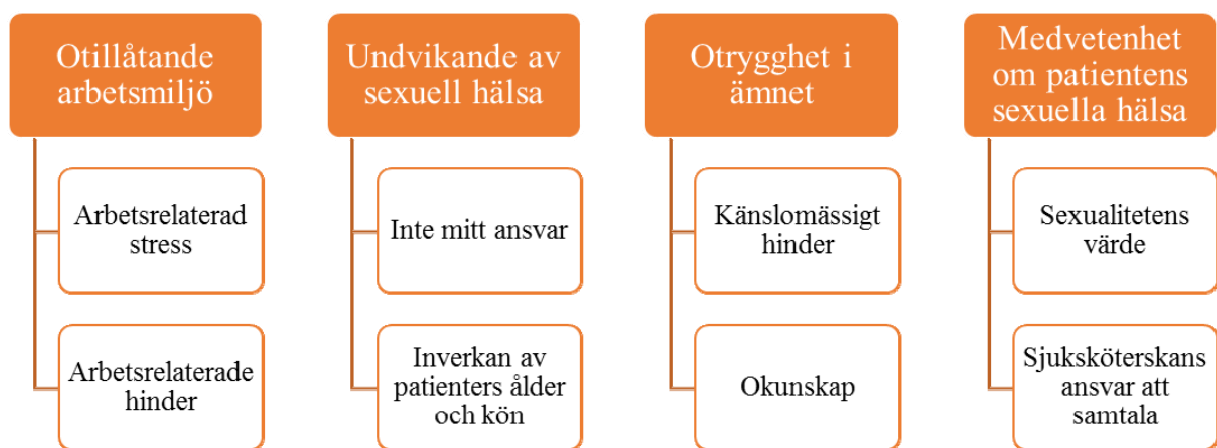
Resultatet från de nio utvalda artiklarna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalysen utfördes utifrån Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning för kvalitativ innehållsanalys, som enligt Danielson (2012) erhåller en översiktlig sammanställning av de ingående delarna i innehållsanalysen. Enligt Olsson och Sörensen (2011) ska artiklar i en litteraturstudie analyseras för att få fram det viktigaste ur artikeln. Innehållsanalysens ansats i den föreliggande litteraturstudien har varit manifest. Manifest ansats innebär att författarna arbetar med textmaterialets innehåll och beskriver det synliga i texten, kategorier och underkategorier skapas, till skillnad från den latenta ansatsen där texten tolkas för att förstå dess innebörd (Olsson & Sörensen, 2010).

Till en början lästes de utvalda artiklarna igenom noga flera gånger av båda författarna för att få en ökad inblick i respektive artikelns innehåll. Bärande meningsenheter valdes ut enskilt från varje artikel som ansågs besvara syftet, därefter sammanfördes de utvalda meningsenheterna för att jämföras och se om likheter eller skillnader förekom. Texterna granskades därmed två gånger för att säkerställa att alla meningsenheter av värde kom med i studien. Vid analysprocessen fallerade två av de nio kvalitetsgranskade artiklarna då de inte återspeglade någon upplevelse hos sjuksköterskorna och exkluderades från studien. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är en meningsenhet en sammanställning av ord eller meningar som relaterar till den centrala meningen som är relevant för att besvara syftet. De utvalda meningsenheterna översattes från svenska till engelska och sattes in i en tabell innan de kondenserades, kodades och kategoriserades. Graneheim och Lundman (2004) beskriver kondensering som en process där den utvalda meningsenheten kortas ner utan att tappa dess innebörd. Översättningen av meningarna och kondenseringen gjordes gemensamt för att diskutera eventuella meningsskillnader. De kondenserade meningarna tilldelades en kod som Graneheim och Lundman (2004) fastslår beskriver kärnan i meningsenheten. Slutligen

jämfördes koderna för att fastställa likheter och skillnader genom att de skrevs ut på papper, lades i olika grupper och underkategorier och kategorier bildades. Enligt Graneheim och Lundman (2004) syftar en kategori på det beskrivande innehållet och belyser det manifesta innehållet i texten. Exempel på analysförfarande redovisas i bilaga 3.

Resultat

Resultatet beskriver sjuksköterskans upplevelse att samtala med patienter om sexuell hälsa. Resultatet kommer stärkas med citat då det ingår i en kvalitativ resultatredovisning (Forsberg & Wengström, 2013). Från innehållsanalysen framkom det fyra kategorier och åtta underkategorier. Kategorierna var: otillåtande arbetsmiljö, undvikande av sexuell hälsa, otrygghet i ämnet och medvetenhet om patientens sexuella hälsa.



Figur 1: En översikt av resultatets kategorier och underkategorier.

Otillåtande arbetsmiljö

Denna kategori beskriver hur sjuksköterskan upplever en otillåtande arbetsmiljö i samtalet om sexuell hälsa med patienten. Kategorin innehåller två underkategorier som beskriver hur sjuksköterskan upplever en otillåtande arbetsmiljö i form av en arbetsrelaterad stress samt genom arbetsrelaterade hinder.

Arbetsrelaterad stress

En arbetsrelaterad stress var uppmärksammas av sjuksköterskorna i form av att det inte fanns någon tid till att samtala (Saunamäki & Engström, 2013). Den upplevda stressen uppkom från pressen och tidskravet som arbetet medförde (Guthrie, 1999). Sjuksköterskorna fastställde att

om de hade tur fanns det tid att samtala efter patientens behandling men det var inget de kunde förlita sig på (Olsson, Berglund, Larsson & Athlin, 2011).

When nurses had the opportunity to speak to their patients they felt stressed because of pressure of work and demands on their time (Guthrie, 1999 s. 317).

Arbetsrelaterade hinder

Sjuksköterskorna upplevde arbetsrelaterade hinder i form av att organisationen visade ett bristande stöd gentemot sjuksköterskorna (Saunamäki & Engström, 2013; Klaeson et al., 2016). Känslor av ilska och frustration uppkom till följd av att den direkta miljön blev en hindrande faktor för att diskutera sexuell hälsa i arbetet (Lavin & Hyde, 2005). Det administrativa arbete som de utförde och som krävde slutförande prioriterades över patientens sexuella hälsa (Quinn, Happell, & Browne, 2011). Sjuksköterskorna upplevde att brist på tid på arbetsplatsen blev ett hinder för samtal (Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009; Klaeson, Hovlin, Guvå & Kjellsdotter, 2016). Samtalet hindrades till följd av den stora arbetsbelastningen (Nakopoulou et al. 2009) likväl av de skyldigheter och bestämmelser som sjuksköterskeprofessionen erhåller (Klaeson et al., 2016).

Sjuksköterskorna upplevde vidare att hinder för samtal kunde vara brist på tid och ett rum där samtal om sexualitet kunde utföras utan störning. Sjuksköterskorna poängterade också behovet av tillåtande atmosfär på avdelningarna för att tillbringa tid på samtal med patienterna i det dagliga arbetet (Olsson et al., 2011). De upplevde att rutiner på avdelningen skulle uppmuntra dem att samtala om sexualitet (Saunamäki & Engström, 2013), då samtalet var begränsat av rutinämnen (Guthrie, 1999).

Some participants expressed anger and frustration when discussing barriers to incorporating sexuality into their practice... related to inhibiting factors in the immediate environment (Lavin & Hyde, 2005, s. 13).

Undvikande av sexuell hälsa

Denna kategori beskriver sjuksköterskans upplevelse av undvikande vid samtalet gällande sexuell hälsa. Kategorin har två underkategorier som beskriver hur sjuksköterskan upplever

att samtala om sexuell hälsa inte är deras ansvar samt att ålder och kön på patienten påverkar om sjuksköterskan samtalar med patienten om sexuell hälsa eller inte.

Inte mitt ansvar

Sjuksköterskorna samtalande inte om sexuell hälsa eftersom de ansåg att det inte ingick i deras arbetsuppgifter (Nakopoulou et al., 2009). Samtal om sexuella problem upplevdes inte heller var en del av sjuksköterskans dagliga rutin och tvivel uppkom om det var en del av sjuksköterskans ansvar (Olsson et al., 2011). Sjuksköterskor uppmuntrades inte till att adressera sexualitet i deras vård och den prioriterades inte (Quinn et al., 2011; Lavin & Hyde, 2005), likväl integrerades inte ämnet i omvårdnaden (Lavin & Hyde, 2005). Sjuksköterskorna kringgick ämnet och lät konversationen avta från sexualitet likväl gav de inte alltid patienterna en möjlighet att ta upp ämnet (Lavin & Hyde, 2005). Vid samtalet inväntade sjuksköterskorna patientens initiativ och ansåg att det var patientens eget ansvar att inleda en diskussion om där fanns problem med sexualiteten (Quinn et al., 2011; Lavin & Hyde, 2005; Guthrie, 1999; Olsson et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2013). När patienten väl adresserat sina problem skulle sjuksköterskorna ta sig tid till att diskutera problemet (Quinn et al., 2011).

Some participants mentioned that they do not talk about these topics because they believe that this is not included in their tasks (Nakopoulou et al., 2009, s. 2128).

Sjuksköterskorna upplevde att sexuell hälsa var utanför deras expertisområde samt bekvämlighetszon och remiss skrevs till annan kliniker när problem med sexualiteten uppmärksammades (Quinn et al., 2011). Om det sexuella problemet ansågs vara en konsekvens av en medicinsk behandling hänvisades patienten vidare till en läkare (Olsson et al., 2011). Om problemet kring den sexuella hälsan var oklar eller hade en emotionell aspekt ansåg sjuksköterskorna att det inte var deras ansvar att adressera och kunde då hänvisa patienten vidare till andra vårdenheter (Klaeson et al., 2016). Sjuksköterskor samtalande sällan om sexualitet med sina patienter utan försökte istället samtala om förhållanden med fokus på närhet, ömhet och känslor (Olsson et al., 2011).

Inverkan av patienters ålder och kön

Sjuksköterskorna upplevde en skillnad i hur bekväma de var i samtalet om sexuell hälsa beroende på patienternas ålder (Klaeson et al., 2016). Vissa sjuksköterskor antydde även att de kände sig obekväma att samtala med äldre patienter, speciellt om de var över 80 år, multisjuka och inte gifta (Klaeson et al., 2016). Sjuksköterskorna berättade att de inte frågade om de äldres sexualitet då de trodde att de inte längre var sexuellt aktiva, samt för att de ansåg att de äldres generation inte samtalar om sexualitet (Saunamäki & Engström, 2013). Sjuksköterskorna upplevde vidare att patientens behov av samtal varierade beroende på kön, ålder, diagnos, civilstatus och medicinsk vård (Olsson et al., 2011).

The informants experienced a difference in how comfortable they felt talking about sexuality with patients due to a patient's age (Klaeson et al., 2016, s. 10).

Sjuksköterskorna belyste svårigheten i att samtala om sexualitet med patienter i deras egen ålder, dock ansågs det lättare att samtala med yngre patienter då de kände att de kunde inta en föräldraroll (Klaeson et al., 2016). Sjuksköterskorna ansåg att samtal om sexualitet borde reserveras för de yngre patienterna (Saunamäki & Engström, 2013). Vidare framkom det könsskillnader i behandlingen av sexuella problem då den sexuella hälsan hos män behandlades som fysisk och hade en medicinsk åtgärd vilket underlättade samtalet för sjuksköterskan. Sjuksköterskorna upplevde att det var lättare att samtala med män gällande sexuella hälsa, till skillnad från den kvinnliga sexualiteten som ansågs mer osynlig och klassades istället som relationsproblem vilket bidrog till att sjuksköterskorna ansåg att det inte var deras sak att adressera (Klaeson et al., 2016). Sjuksköterskorna fastställde att skillnader i kön och ålder mellan patienter och sjuksköterskor inte tillåter samtal gällande frågor om sexuell hälsoproblematik (Nakopoulou et al., 2009).

Otrygghet i ämnet

Denna kategori beskriver hur sjuksköterskan upplevde en otrygghet i ämnet vid samtalet med patienten om sexuell hälsa. Kategorin har två underkategorier som beskriver en otrygghet till följd av ett känslomässigt hinder samt på grund av en okunskap om sexuell hälsa.

Känslomässigt hinder

Sexualitet beskrevs som ett känsligt ämne och vissa sjuksköterskor trodde att patienter kunde känna sig obekväma i samtalet och ville bespara dem den känslan, så om sexualitet berördes gjordes konversationen kort (Saunamäki & Engström, 2013). Sjuksköterskorna ville inte invadera patientens integritet (Saunamäki & Engström, 2013; Klaeson et al., 2016) då de var rädda för att genera eller kränka patienten i samtalet (Olsson et al., 2011). Sjuksköterskorna upplevde att patienterna avslöjade för mycket eller för privata angelägenheter i samtalet som inte hörde till vården (Klaeson et al., 2016), vilket i vissa fall genererade i att sjuksköterskorna tyckte det var pinsamt att samtala om sexualitet och blev då en anledning för undvikande (Lavin & Hyde, 2005). En del sjuksköterskor kände sig dock mer bekväma i att samtala om patientens sexualitet om de kände patienten väl (Klaeson et al., 2016). Om patienten blev generad tenderade likaledes sjuksköterskorna att bli generade i samtalet (Guthrie, 1999).

Feelings of discomfort were often expressed; they did not want to invade their patients' privacy and show disrespect (Saunamäki & Engström, 2013, s. 536).

Otryggheten kunde likaledes baseras på personlighetsdrag som en bidragande eller hindrande faktor för att ta upp diskussionen (Nakopoulou et al., 2009). Sjuksköterskorna upplevde att de var fyllda med känslor som gjorde det svårt och nästan omöjligt att samtala (Saunamäki & Engström, 2013). Det fanns en rädsla bland sjuksköterskorna att säga fel och rädsla uttrycktes inför att ta upp ämnet till följd av ämnets innebörd (Lavin & Hyde, 2005). Sjuksköterskorna förklarade det som ett inre krig mellan vad de trodde de skulle göra som professionella och vad de faktiskt ville göra (Saunamäki & Engström, 2013). Till följd av deras personliga svårigheter i att diskutera ämnet hänvisades ofta patienter vidare till andra kliniker (Quinn et al., 2011).

Okunskap

Den upplevda okunskapen tenderade att grunda sig i osäkerhet i frågor om sexuell hälsa hos sjuksköterskorna (Klaeson et al., 2016), de visste inte hur de skulle adressera sexuella problem hos patienterna (Saunamäki & Engström, 2013; Lavin & Hyde, 2005). När sjuksköterskorna kände okunskap hänvisades patienter till andra kliniker med visionen att de hade bättre utvecklade kunskaper inom området (Quinn et al., 2011). Patienterna

hänvisades till välutbildad sjukvårdspersonal baserat på etiologin i det sexuella problemet (Nakopoulou et al., 2009).

Sjuksköterskorna upplevde en bristande kunskap och erfarenhet i rådgivning gällande sexuella problem (Olsson et al., 2011) och antydde att de ville ha mer kunskap och utbildning inom området (Klaeson et al., 2016). Vidareutbildningen som sjuksköterskorna efterfrågar gällde inte enbart fysiologiskt sätt utan kommunikation var ett önskemål för att kunna erbjuda rätt vård till patienterna (Nakopoulou et al., 2009). Sjuksköterskorna hade en bristande kunskap om hur sjukdom kunde påverka patientens sexualitet, eller så hade de inte tillräckligt med utbildning i ämnet vilket bidrog till att ämnet undveks (Saunamäki & Engström, 2013). En del av sjuksköterskorna nämnde att sexualitet var adresserat vid deras vidareutbildning men den var bristfällig i att förbereda dem för att involvera det i deras sjuksköterskeroll (Lavin & Hyde, 2005).

Nurses described lack of knowledge and skills in how to advise and support the patients' needs regarding sexuality issues, which led to avoidance (Olsson et al., 2011, s. 428).

Medvetenhet om patientens sexuella hälsa

Denna kategori belyser sjuksköterskans medvetenhet om patientens sexuella hälsa och hur den kan påverka patienten. Kategorin har två underkategorier som beskriver sjuksköterskans medvetenhet genom sexualitetens värde och genom sjuksköterskans ansvar att samtala.

Sexualitetens värde

Sjuksköterskorna anser att den sexuella hälsan är en viktig del av den generella hälsan (Nakopoulou et al., 2009) och belyser en medvetenhet om att sexualiteten kan bli påverkad av sjukdom och behandling (Quinn et al., 2011). Sjuksköterskorna ansåg sexualitet som mer än ett fysiskt koncept, associerar det till den psykologiska, känslomässiga och sociala världen i stor utsträckning (Lavin & Hyde, 2005). Sexualitet är en viktig del i patienternas liv och sjuksköterskorna såg patienten som en som behöver bli omhändertagen istället för en person med en sjukdom (Saunamäki & Engström, 2013). Bortsett från medvetenheten adresseras inte alltid patientens sexualliv då vissa sjuksköterskor inte anser att den är viktig (Nakopoulou et

al., 2009) likväl då samtalet om sexualitet kan vara svårt, både för patienten och för sjuksköterskan (Quinn et al., 2011).

They regarded sexuality as an important part of the patients' lives. They viewed the patient not only as a person with a disease, but also a needed to be taken care of (Saunamäki & Engström, 2013, s. 534).

Sjuksköterskans ansvar att samtala

En del sjuksköterskor ansåg dock att det var deras professionella ansvar att ta upp sexuella problem (Saunamäki & Engström, 2013; Olsson et al., 2011). Likaledes poängterade de att de var medvetna om hur sexualiteten var ett problem och ansåg att det var till dem som patienterna skulle vända sig till med frågor (Saunamäki & Engström, 2013). Sexualitet ansågs vara lika viktigt som andra bieffekter och sjuksköterskorna tyckte att det borde bemötas om en holistisk vård ska bedrivas (Lavin & Hyde, 2005). Medvetenheten bidrog till en positiv upplevelse för både patient och sjuksköterska (Saunamäki & Engström, 2013). Sjuksköterskorna kände vidare ett ansvar att möta patienternas behov då de trodde att patienter i hemlighet hoppades på att bli tillfrågade om deras sexualitet men var för blyga för att ta upp ämnet själva (Saunamäki & Engström, 2013). De kände ett ansvar att få patienten att känna sig bekväm i att ta upp ämnet (Klaeson et al., 2016)

All nurses considered that talking about sexuality should be handled as a part of their professional responsibility (Olsson et al., 2011, s. 428).

Diskussion

Metoddiskussion

En litteraturstudie med kvalitativ ansats valdes som metod då det ansågs lämpligt för att besvara syftet som innefattade upplevelse. Enligt Willman et al. (2016) är kvalitativ forskningsmetod lämplig när personers upplevelser ska studeras. En empirisk studie hade kunnat användas men en litteratursammanställning kan bidra till en djupare förståelse och vid sökningar av vetenskaplig litteratur återfanns tillräckligt med material för ett utförande av en litteraturstudie. De som utför en kvalitativ studie strävar efter en förståelse av speciella

förhållanden för att en helhetsbild ska bli så omfattande som möjligt (Olsson & Sörensen, 2011) vilket var en strävan i den föreliggande litteraturstudien.

Litteratursökningen utfördes i databaserna Cinahl och PubMed. Att begränsa sökningen till två databaser kan utgöra en nackdel för studiens resultat då bredden på resultatet begränsas. Dock ansågs Cinahl och PubMed tillräckliga för denna litteraturstudie då Willman et al. (2016) skriver att Cinahl och Pubmed är två av de största databaserna som erhåller forskning om hälso- och sjukvård. Willman et al. (2016) fastställer vikten av kunskap om databasernas uppbyggnad och medvetenheten om att en sökning inte sker likadant som på sökmotorer på internet. Innan sökningarna i databaserna utfördes bokades ett möte med en bibliotekarie på Blekinge Tekniska Högskolas bibliotek för att öka kunskapen. Mötet gav kunskap om hur databaserna Cinahl och PubMeds funktioner och metoder fungerar för artikelsökningar, vilket gav en positiv effekt på artikelsökningen. Forsberg och Wengström (2008) skriver att en bibliotekarie förstår databasernas struktur likväl indexeringar och att boka möte blir till en fördel för att studien ska bli effektiv. Om ett möte med en bibliotekarie inte hade bokats hade inte samma kunskap om hur databaserna fungerar erhållits och sökningsprocessen hade inte varit lika effektiv.

Litteratursökningen genomfördes med fritextsökning och ämnesord från Cinahl Headings i Cinahl och MeSH i PubMed. Enligt SBU (2013) kan en fritextsökning hitta nya artiklar som ännu inte är indexerade med en MeSH-term, vilket kompletterar för de artiklar som inte hittas med ämnesordsökning. Det upplevdes en svårighet vid sökningen då MeSH- termerna inte alltid stämde överrens med Cinahl Headings och sökningarna på respektive databas inte genererade i motsvarande sökresultat och sökkombinationerna fick då justeras. Vid litteratursökningen återfanns inga artiklar i Cinahl vid ämnesordsökning men fem artiklar hittades i PubMed. Vid fritextsökningen återfanns tre artiklar i Cinahl och två artiklar i Pubmed, vilket stärker SBU:s (2013) antagande om att sökmetoderna kompletterar upp för varandra. Sökord valdes ut som matchade syftet och vid sökningar på databaserna kunde fler användbara sökord hittas. Först utfördes en enskild sökning av sökorden, sedan kombinerades dem med den booleska operatoren OR för att vidare kombineras med den booleska operatoren AND. Den booleska operatoren NOT användes inte i studien då den enligt Forsberg och Wengström (2013) är exkluderande. På grund av detta valdes NOT att inte användas i litteratursökningen.

Artiklarna skulle vara publicerade mellan år 1996 och 2016 för att få fram tillräckligt med forskning inom det valda området då Statens Folkhälsoinstitut (2012) fastställer att forskningsområdet om sexuell hälsa är bristande. Det breda tidsspannet kan ses som en nackdel då det inte betraktas som aktuell forskning. Vid sökningen i databaserna begränsades inte artiklarna till årtal vilket även kan betraktas som en nackdel då äldre forskning än det som efterfrågades inkluderades i sökningen. Vid läsning av artiklarna i abstractnivå sorterades de artiklar ut som var äldre än det efterfrågade tidsspannet, vilket medförde mer arbete än vad en begränsning vid sökningen hade gjort. Från resultatet återfanns det inga skillnader i upplevelse av att samtala om sexuell hälsa relaterat till artiklarnas publiceringsår. Vidare är sexuell hälsa ett ämne som kan upplevas vara känsligt och integritetskränkande, därav inkluderades enbart artiklar med ett etiskt övervägande i den föreliggande litteraturstudien. Artiklarna skulle likväl belysa sjuksköterskans upplevelse av samtal om sexuell hälsa inom olika sjukvårdsområden. Att inkludera sexuell hälsa inom olika sjukvårdsområden istället för ett specifikt kan ses som en nackdel då de valda artiklarnas områden kan bli spretiga istället för att dem fokuserar på ett specifikt. Artiklarna skulle vara publicerade på engelska vilket kan exkludera relevanta artiklar, dock är engelska vanligtvis det som används inom forskning (Willman et al., 2016; Friberg, 2012). De utvalda artiklarna skulle likaså vara "peer-reviewed" vilket innebär att artikeln har blivit granskad av personer oberoende till författaren men är insatta i ämnet (Olsson och Sörensen, 2011), för att få större pålitlighet i de utvalda artiklarna.

De inkluderade artiklarna i litteraturstudien utfördes i länderna; Sverige, Skottland, Irland, Grekland och Australien. Enligt Willman et al. (2011) stärks trovärdigheten och perspektivet breddas genom att inkludera artiklar från olika länder. De inkluderade länderna i den föreliggande litteraturstudien har samma typ av sjukvårdssystem där sjukvården organiseras av staten genom finansiering av skatter enligt Palier (2006). Litteraturstudiens resultat anses därmed överförbart till liknande sjukvårdssystem. Genom en blandning av olika länder i studien infaller också olika kulturer. Litteraturstudiens resultat kan ha blivit påverkad av ländernas kulturella syn på sexualitet. Helmius (1998) understryker att människans sexualitet är naturgiven men påverkas och formas av sociala bestämningar, samt att sexualitetens när, hur, var och varför samt med vem är kulturellt förbestämda och äger rum i ett kulturellt sammanhang. Däremot motsätter sig Ivarsson, Fridberg och Sjöberg (2010) den kulturella påverkan då de anser det inte finns några kulturella hinder i samtalet med patienten om sexuella problem.

De artiklar som valdes ut kvalitetsgranskades genom Critical Appraisal Skills Programs (CASP) bedömningsmall för kvalitativa artiklar. Detta bedömningsprotokoll användes på grund av att det ansågs pålitligt och relevant för de utvalda artiklarna. I kvalitetsgranskningen fick varje positivt svar 1 poäng, varje negativt svar fick 0 poäng och varje tveksamt svar fick 0,5 poäng. När den totala poängsumman sammanställts för varje artikel omvandlades det till procent då Willman et al. (2011) fastställer att det ökar möjligheten för att jämföra olika studier samt att poängsystem pekar ut kvalitetsbrister. Kvalitetsgranskningen utfördes enskilt för att sedan jämföra och diskutera likheter samt skillnader. Påverkan kan ha skett genom eventuell exklusion av en artikel som kunde erhållit god kvalitet utan poängsystem. Trots detta ansågs poängsystem fördelaktigt genom att på ett tydligt sätt kunna se och jämföra artiklarnas kvalitet. I den föreliggande litteraturstudien användes enbart artiklar av hög kvalitet vilket ansågs vara en styrka för resultatet.

Innehållsanalysen utfördes med inspiration utifrån Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys av kvalitativa artiklar. Analysen gjordes med manifest anslag vilket innebär att analys av text utförs textnära utan tolkning (ibid.). Vid innehållsanalysen valdes meningsenheter ut enskilt för sedan jämföras och diskuteras angående likheter och skillnader. Fördelen med att utföra det på det sättet var att texterna och meningsenheterna granskades två gånger för att säkerställa att alla meningsenheter av värde kom med i studien. Att ta ut meningsenheter enskilt stärkte även arbetet då det exkluderades två artiklar till följd av att de inte återspeglade sjuksköterskans upplevelse. Beslutet om att exkludera artiklarna togs gemensamt till följd av tillvägagångssättet. En nackdel av utförandet kan ha varit att en omedveten påverkan kan ha förekommit i diskussionen om vilka meningsenheter som inkluderades genom en ofrivillig riktning av åsikt. Fynd kan därav ha missats. Vidare översattes de valda meningsenheterna från engelska till svenska, i samband med översättningen kan en viss tolkning ha förekommit, för att minimera detta användes ett engelskt lexikon för korrekt översättning. Efter att meningsenheter valts ut sorterades de, vilket det återfanns en svårighet i då vissa meningsenheter passade in i flertal kategorier. Som en lösning på det skrevs meningensheterna ut, kondenserades och delades på så att de bara återspeglade en kategori. En fördel med den metoden var att meningsenheterna åter igen granskades gemensamt för att få fram huvudsyftet.

I den föreliggande studien har artiklar använts som belyser psykiatrisk vård och primärvård (Quinn et al, 2011; Klaeson et al. 2016), likväl mottagningar och vårdavdelningar (Lavin & Hyde, 2005; Guthrie, 1999; Olsson et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2013) och slutligen ett kommunalt hälsocenter (Nakopoulou et al., 2009). Upplevelserna var likartade i samtliga kontexter, fyndet uppfattas som generellt i alla vårdkontexter och anses därmed som en styrka. Det breda spektret kan dock ses som en svaghet då studien inte belyser en djupare förståelse inom ett och samma område. Visionen med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelse och få ett brett resultat för att kunna göra studien överförbar till fler områden inom sjukvården än ett specifikt. För att stärka resultatet i den föreliggande studien har artiklar använts från Turkiet, England, USA, Sverige, Irland och Finland. Den gemensamma faktorn i artiklarna är att sjuksköterskor upplever en problematik kring den sexuella hälsan. Det belyser hur individer är olika och kan hantera sexualitet på olika sätt vilket från artiklarna inte är kopplat till nation eller kultur utan sjuksköterskan själv.

Resultatdiskussion

Från resultatet framkom det fyra kategorier med tillhörande underkategorier och samtliga belyser sjuksköterskans svårigheter i att hantera patienters sexuella hälsa. Kategorierna var otillåtande arbetsmiljö med arbetsrelaterad stress och arbetsrelaterade hinder som underkategorier. Undvikande av sexuell hälsa med inte mitt ansvar samt inverkan av patienters ålder och kön som underkategorier. Otrygghet i ämnet med känslomässigt hinder och okunskap som underkategorier och till sist medvetenhet om patientens sexuella hälsa med underkategorierna sexualitetens värde och sjuksköterskans ansvar att samtala.

Det första huvudfyndet från resultatet belyser en upplevd otrygghet hos sjuksköterskorna till följd av en bristande kunskap gällande sexuella problem. Detta stärks av Özdemir och Akdemir (2008) som i sin studie fastställer att sjuksköterskor upplever att de har en bristande kunskap och utbildning kring sexualitet vilket bidrar till att de undviker ämnet. Anledningen för undvikandet kunde även grunda sig i en bristande vilja att kommunicera med patienten om deras sexuella problem (Özdemir & Akdemir, 2008). Det framkom vidare i den föreliggande litteraturstudien en önskan av mer kunskap och utbildning inom sexuell hälsa hos sjuksköterskorna som inte enbart skulle rikta in sig på den fysiologiska hälsan utan även kommunikation för att kunna erbjuda rätt vård till patienterna. Wilkingson, Gambles och Roberts (2002) fastställer i sin studie att sjuksköterskor behöver mer djupgående utbildning

inom kommunikation om känsloladdade ämnen. Den upplevda okunskapen hos sjuksköterskorna i den föreliggande litteraturstudien tenderade att grunda sig i en osäkerhet. Sjuksköterskorna visste inte hur de skulle adressera patienters sexuella problem. Som följd av att sjuksköterskorna upplevde en okunskap hänvisades patienter vidare till andra professioner med visionen att de hade bättre kunskaper om sexuell hälsa. I en studie av Crouch (1999) fastställs det att sjuksköterskan måste vara kunnig om patienten behöver information och om sjuksköterskan då har en bristande kunskap kan det få en negativ konsekvens på patientens sexuella utveckling.

Det andra huvudfyndet som belystes var en medvetenhet hos sjuksköterskorna om att patientens sexualitet kunde påverkas negativt samt att den kunde påverkas av både sjukdom och behandling. Detta resultat stärks av Magnan et al. (2005) som fastställer att majoriteten av sjuksköterskorna i studien var medvetna om hur sjukdom och behandling kunde påverka patientens sexualitet. Fortsättningsvis i en studie av Saunamäki et al. (2010) fastställs det att de sjuksköterskor som ansåg att diskussionen om sexualitet var en viktig del av patientens hälsa hade även en större förståelse hur sjukdom och behandling kunde påverka patientens sexualitet och tog sig mer tid till att diskutera det med patienten. I Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ingår det i professionen att samtala med patienter och bistå med kunskap inom omvårdnad. Enligt Travelbee (1971) skapar kommunikationen en central del och bildar en förståelse mellan patient och sjuksköterska där tankar, känslor och behov förmedlas för att främja patientens hälsa. I den föreliggande studien framkom det även att sjuksköterskor ibland bortser från patientens sexualitet och inte adresserar den vilket i Saunamäki et al. (2010) studie anses beror på en osäkerhet hos sjuksköterskorna som de trodde grundade sig i en obekvämheter i ämnet, samt att ämnet ansågs för privat för att samtala med patienter om. Magnan et al. (2005) motsätter sig dock att ämnet är för privat att samtala om, då sjuksköterskorna i deras studie ansåg att sexualitet inte är för privat.

Det belystes även en medvetenhet om att det är sjuksköterskans professionella ansvar att samtala med patienten om den sexuella hälsan. Ett viktigt fynd från resultatet var att den sexuella hälsan betraktades lika viktig som andra besvär och sjuksköterskorna ansåg att det skulle bemötas. Denna medvetenhet bidrog till en positiv upplevelse för både sjuksköterska och patient. Sjuksköterskorna ansåg att det var till dem som patienterna skulle komma till med frågor. Resultatet stärks av Magnan et al., (2005) som i sin studie fastslår att det är

sjuusköterskans professionella ansvar att ge patienten en möjlighet att samtala om sina sexuella problem. Higgins, Barker och Beglesy (2006) stärker Magnan et al. (2005) argument men fastslår att trots att det är en del av sjuusköterskans professionella ansvar så undviks ämnet. Travelbee (1971) argumenterar för att det är sjuusköterskans ansvar att utveckla relationen och kommunikationen i omvårdnaden men kräver en ömsesidig interaktion från båda parter.

Det tredje huvudfyndet från resultatet belyser hur sjuusköterskan undviker den sexuella hälsan till följd av att den inte ansågs vara en del av sjuusköterskans ansvar och arbetsuppgifter, sexuella problem adresserades och prioriterades inte i sjuusköterskans arbete. Detta stärks av Haboubi och Lincoln (2003) som fick fram att majoriteten av sjuusköterskorna aldrig tog initiativ till att diskutera sexuella problem med patienterna. Travelbee (1971) poängterar vikten av att kommunicera med patienten som sjuusköterska för att nå en god omvårdnad. Vidare argumenterar Magnan et al. (2005) för att sjuusköterskorna i deras studie inte trodde att patienterna förväntade sig att sjuusköterskan skulle diskutera deras sexuella problem. Reynolds och Magnan (2005) motsätter sig detta i sin studie där de får fram att sjuusköterskorna tror att patienterna förväntar sig att sjuusköterskorna ska samtala om sexuella problem. Vidare i den föreliggande studien undvek sjuusköterskorna den sexuella hälsan då den var utanför deras expertisområde och bekvämlighetszon. Som en följd av dessa aspekter blev patienterna ofta hänvisade till andra vårdenheter likväl om problemet kring den sexuella hälsan var oklar eller hade en emotionell aspekt. Detta stärks av Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu- Lehtinen, Aalto och Lehto (2007) som i sin studie fick fram att sjuusköterskor ansåg att det var läkarens ansvar att samtala om sexuella problem med patienten.

Slutsats

Fyndet från den föreliggande litteraturstudien belyser en tydlig problematik i sjuusköterskans samtal om den sexuella hälsan. Sjuusköterskor har olika upplevelser av att samtala som tenderar att grunda sig i en okunskap till följd av bristande utbildning, att det inte är deras ansvar samt att det till följd av arbetsmiljön uppkom svårigheter i att samtala.

Litteraturstudien belyser dock en medvetenhet om att en del sjuusköterskor anser att det är deras ansvar att samtala om den sexuella hälsan. Därav är det fortfarande av vikt att undersöka området för att utveckla kunskapen och belysa ämnet mer så att fler sjuusköterskor

kan nå medvetenheten om att samtalet om patienters sexuella hälsa är av vikt och tillhör professionen. För att underlätta sjuksköterskans samtal om sexuell hälsa med patienten bör hälso- och sjukvården implementera stöd. Stödet kan till exempel innefatta utbildning inom samtal om sexuell hälsa så sjuksköterskor erhåller uppdaterad och evidensbaserad kunskap samt vägledning genom samtalet i form av sammanställd information som kan ges till patienten.

Självständighet

Litteraturstudien har utförts gemensamt av Felicia Hansson och Mathilda Weinmer men det fanns separata moment. Meningsenheter valdes ut enskilt i alla artiklar för att jämföra och diskutera likheter och skillnader. Likväl utfördes kvalitetsgranskningen separat för att kunna jämföra och diskutera kvalitén av de utvalda artiklarna. Utöver dessa moment arbetade Felicia och Mathilda gemensamt med all text och övrigt arbete. Både Felicia och Mathilda upplever att arbetet med studien är jämn fördelad och inga problem har uppstått i samarbetet.

Referenslista

- Baggens, C & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s.521–522). Lund: Studentlitteratur.
- Bergstrand, M. (2004). *Hälsorådgivande samtal*. Lund: Studentlitteratur.
- Crouch, S. (1999). Sexual health 1: sexuality and nurses' role in sexual health. *British Journal of Nursing*, 8(9), 601–606.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.330–343). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Folkhälsoinstitutet. (1998). *Sex i Sverige: om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133–143). Lund: Studentlitteratur
- Fugl-Meyer, K. (1998). Hälsa, sexuell förmåga och livskvalitet. I B, Lewin (red.), *Sex i Sverige: om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today*, 24(2), 105-112.
- Guthrie, C. (1999). Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 8(3), 313-321.
- Haboubi, NH., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- 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.
- Helmius, G. (1998) Bakgrund: Tio år av planer. I B, Lewin (red.), *Sex i Sverige: om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C.M. (2006). Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 345–351.
- Ho, T.M., & Fernandes, M. (2006). Patient's sexual health: do we care enough? *Journal of Renal Care*, 32(4), 183-186.
- Ivarsson, B., Fridlund, B., & Sjöberg, T. (2010). Health professionals' views on sexual information following MI. *British Journal of Nursing*, 19(16), 1052-1054.
- Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H., & Kjellsdotter, A. (2016). Sexual Health in Primary Healthcare – A Qualitative Study of Nurses' Experiences. *Journal of clinical nursing*, [Epub ahead of print] doi: 10.1111/jocn.13454.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lauman, E.O., Paik, A., Glasser, D.B., Kang, J.H., Wang, T., Levinson, B., ... Moreira, E.D. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 145-161.
- Lavin, M., & Hyde, A. (2005). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(1), 10-18.
- Lewis, S., & Bor, R. (1994). Nurses' knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 251-259.
- Linell, P. (2011). *Samtalskulturer: Kommunikativa verksamhetstyper i samhället*. Linköping: Institutionen för kultur och kommunikation, Linköpings universitet.
- Lundberg, P.O., & Löfgren-Mårtensson, L. (2010). Vad är sexologi?. I P.O. Lundberg., & L. Löfgren-Mårtensson, (Red.), *Sexologi* (s.14–16). Stockholm: Liber AB.
- Magnan, M.A., Reynolds, K.E., & Galvin, E.A. (2005) Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. *Medsurg Nursing*, 14(5), 282-289.
- Moore, A., & Higgins, A. (2009). Testicular cancer: addressing the psychosexual issues. *British Journal of Nursing*, 18(19), 1182-1186.
- Nakopoulou, E., Papaharitou, S., & Hatzichristou, D. (2009). Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(8), 2124-2132.
- Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M., & Athlin, E. (2011). Patient's sexuality – a neglected area of cancer nursing. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426–431.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

- Palier, B. (2006). *Hälso-och sjukvårdens reformer: en internationell jämförelse*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- 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(1), 21–28.
- Reynolds, K.E., & Mangan, M.A. (2005). Nursing Attitudes and Beliefs Toward Human Sexuality: collaborative research promoting evidence-based practice. *Clinical Nurse Specialist CNS*, 19(5), 255-259.
- Utrikesdepartementet. (2006). *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316.
- Saunamäki, N., & Engström, M. (2013). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3–4), 531–540.
- SBU. (2013). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Schmiedeberg, C., Huyer-May, B., Castiglioni, L., & Johnson, M.D. (2016). The More or the Better? How Sex Contributes to Life Satisfaction. *Archives of Sexual Behaviour*, [Epub ahead of print] doi: 10.1007/s10508-016-0843-y
- Sheldon, L.K., Barrett, R., & Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 141–147.
- Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. *Socialstyrelsen, 2005-105-1*.
- Statens folkhälsoinstitut. (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Mölnlycke: Elanders Sverige AB.
- Thomas, E.D. (2013). Promoting sexual health and wellbeing: the role of the nurse. *Nursing Standard*, 28(10), 53–57.
- Thorsén, H & Engström, I. (2006). Makt och Etik. I I. Engström (red.) *Tvingad till hjälp: om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård* (s. 109). Lund: Studentlitteratur.
- Vinthagen. (2013). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B, Fossum (red.) *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (s. 73–75) (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Wilkinson, S. M., Gambles, M., & Roberts, A. (2002). The essence of cancer care: the impact of training on nurses' ability to communicate effectively. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 731–738.

Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K, Edberg., & H. Wijk. (red.) *Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

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

World Health Organization. (1974). *The teaching human sexuality in schools for health professionals*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2006a). *Defining sexual health*. Report of a technical consultation of sexual health 28-31 January 2002, Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2006b). *Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement*. New York: Constitution of the world health organization.

Özdemir, L., & Akdemir, N. (2008). Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infarction: implications for training. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 43–52.

Bilaga 1: Databassökningar

CINAHL – Headings							
Datum	Sök-ID	Heading	Träffar	Begränsningar	Lästa titlar	Lästa abstract	Valda artiklar
2016-10-05	S1	Sexuality	22'238	-	-	-	-
2016-10-05	S2	Nurses+	179'019	-	-	-	-
2016-10-05	S3	Communication	52'107	-	-	-	-
2016-10-05	S4	S1 AND S2 AND S3	16	-	-	-	-
2016-10-05	S5	S1 AND S2 AND S3	8	English language, peer-reviewed, reseach article.	8	3	0
2016-10-05	S6	Attitude	12'233	-	-	-	-
2016-10-05	S7	S4 AND S6	0	-	-	-	-

2016-10-05	S8	S1 AND S2 AND S6	3	-	3	-	-
2016-10-05	S9	Sexual health	3'942	-	-	-	-
2016-10-05	S10	S2 AND S6 AND S9	0	-	-	-	-
2016-10-05	S11	S3 AND S9	186	-	-	-	-
2016-10-05	S12	S3 AND S9	97	English language, peer-reviewed, reseach article.	97	1	0

CINAHL – Fritext							
Datum	Sök-ID	Sökord	Träffar	Begränsningar	Lästa titlar	Lästa abstract	Valda artiklar
2016-10-05	S1	Nursing	579'274	-	-	-	-
2016-10-05	S2	Discussing	5'329	-	-	-	-
2016-10-05	S3	Sexuality	26'405	-	-	-	-

2016-10-05	S4	S1 AND S2 AND S3	62	-	-	-	-
2016-10-05	S5	S1 AND S2 AND S3	26	English language, peer-reviewed, reseach article.	26	10	3
2016-10-05	S6	Sexual health	8'643	-	-	-	-
2016-10-05	S7	S1 AND S2 AND S6	26	-	-	-	-
2016-10-05	S8	S1 AND S2 AND S6	14	English language, peer-reviewed, reseach article.	14	8	0
2016-10-05	S9	Communication	123'176	-	-	-	-
2016-10-05	S10	S2 OR S9	127'586	-	-	-	-
2016-10-05	S11	S3 OR S6	32'214	-	-	-	-
2016-10-05	S12	S1 AND S10 AND S11	260	-	-	-	-

2016-10-05	S13	S1 AND S10 AND S11	87	English language, peer-reviewed, reseach article.	87	12	0
2016-10-05	S14	Nurses attitudes	21'461	-	-	-	-
2016-10-05	S15	S11 AND S14	302	-	-	-	-
2016-10-05	S16	S11 AND S14	130	English language, peer-reviewed, reseach article.	-	-	-
2016-10-05	S17	Perceptions	96'591	-	-	-	-
2016-10-05	S18	S15 AND S17	41	-	-	-	-
2016-10-05	S19	S15 AND S17	29	English language, peer-reviewed, reseach article.	29	4	0

PUBMED - MesH							
Datum	Sök-ID	MeSH	Träffar	Begränsningar	Lästa titlar	Lästa abstract	Valda artiklar
2016-10-05	#1	Sexuality	31'664	-	-	-	-
2016-10-05	#2	Nursing	233'529	-	-	-	-
2016-10-05	#3	Communication	410'460	-	-	-	-
2016-10-05	#4	#1 AND #2 AND #3	52	-	-	-	-
2016-10-05	#5	#1 AND #2 AND #3	48	Journal Article, English	48		2
2016-10-05	#6	Attitude	294'134	-	-	-	-
2016-10-05	#7	#1 AND #2 AND #6	189	-	-	-	-
2016-10-05	#8	#1 AND #2 AND #6	172	Journal Article, English	172	8	3

PUBMED – Fritext							
Datum	Sök-ID	Sökord	Träffar	Begränsningar	Lästa titlar	Lästa abstract	Valda artiklar
2016-10-05	#1	Nursing	651'094	-	-	-	-
2016-10-05	#2	Discussing	18'151	-	-	-	-
2016-10-05	#3	Sexuality	129'120	-	-	-	-
2016-10-05	#4	#1 AND #2 AND #3	81	-	-	-	-
2016-10-05	#5	#1 AND #2 AND #3	81	Journal Article, English	81	10	0
2016-10-05	#6	Sexual health	118'654	-	-	-	-
2016-10-05	#7	#1 AND #2 AND #6	80	-	-	-	-
2016-10-05	#8	#1 AND #2 AND #6	80	Journal Article, English	80	14	0
2016-10-05	#9	Nurses experiences	9'931	-	-	-	-

2016-10-05	#10	#2 AND #6 AND #9	6	-	-	-	-
2016-10-05	#11	#2 AND #6 AND #9	6	Journal Article, English	6	2	2

Bilaga 2: Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Guthrie, C. 1999, Skottland.	<i>Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care</i>	Kvalitativ studie med djupgående intervjuer.	10 sjuksköterskor som arbetar på kirurgen på ett universitetssjukhus.	Hög
Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H., & Kjellsdotter, A. 2016, Sverige.	<i>Sexual Health in Primary Healthcare – A Qualitative Study of Nurses' Experiences</i>	Kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer.	19 sjuksköterskor som arbetar på en vårdcentral.	Hög
Lavin, M., & Hyde, A. 2005, Irland.	<i>Sexuality as an aspect of nursing care for woman receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context</i>	Kvalitativ studie med djupgående intervjuer.	10 sjuksköterskor som arbetar på en cellgiftsmottagning med att behandla kvinnor för bröstcancer.	Hög
Nakopoulou, E., Papaharitou, S., & Hatzichristou, D. 2009, Grekland.	<i>Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions</i>	Kvalitativ studie med öppna intervjufrågor utförd i fokusgrupper.	44 sjuksköterskor som arbetar inom olika områden. Kommunalt hälsocenter, olika avdelningar och mottagningar som inriktar sig på patologi, kardiologi, neurologi, urologi och intensivvård. Intervjuerna utfördes i sju fokusgrupper med öppna frågor.	Hög
Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson M., & Athlin, E. 2011, Sverige.	<i>Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?</i>	Kvalitativ studie med öppna intervjufrågor.	10 sjuksköterskor som arbetar på olika vårdavdelningar inriktat på cancer inom palliativ vård, kirurgi, gynekologi och hematologi.	Hög

<p>Saunamäki, N., & Engström, M. 2013, Sverige.</p>	<p><i>Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears</i></p>	<p>Kvalitativ studie med öppna intervjufrågor.</p>	<p>10 sjuksköterskor som arbetar på både vårdavdelning och mottagning inom olika områden från tre olika sjukhus. Områdena täckte stroke, onkologi, kirurgi, diabetes, kardiologi.</p>	<p>Hög</p>
<p>Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. 2011, Australien.</p>	<p><i>Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers</i></p>	<p>Explorativ kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer.</p>	<p>14 sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk vård som riktar sig på tre områden där det finns ett team för kommunal vård, ett team för ineliggande patienter med förlängd vård samt ett team för rehabilitering av ineliggande patienter.</p>	<p>Hög</p>

Bilaga 3: Analysförfarande

Exempel på analysförfarande					
Meningsenhet	Översättning	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>...there is so 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.</i>	... det finns ingen naturlig plats att sitta ner och prata med patienten, du kan inte stå här i korridoren och prata om det. Om du har tur kan det finnas tid efter behandlingen är färdig men räkna inte med det.	Det finns ingen naturlig plats att sitta ner och prata, kan inte stå i korridoren, om du har tur finns det tid efter behandlingen.	Samtal sker om tid finns	Arbetsrelaterad stress	Otillåtnande arbetsmiljö
<i>Some participants expressed anger and frustration when discussing barriers to incorporating sexuality into their practice... related to inhibiting factors in the immediate environment.</i>	Vissa deltagare uttrycker ilska och frustration när de diskuterar hinder till att inkludera sexualitet i deras arbete... vilket är syftat till hindrade faktorer till den direkta miljön.	Uttrycker ilska och frustration till att inkludera sexualitet i deras arbete, syftat till hindrande faktorer i den direkta miljön.	Miljön hindrar samtal	Arbetsrelaterade hinder	
<i>The majority of participants described their practice as one where they wait for the consumer to approach them about their sexual concerns, and offer assistance to the consumer when approached.</i>	Majoriteten av deltagarna beskrev deras praxis i form av att de väntade på att brukaren skulle närma sig med deras sexuella problem, och först då erbjuda assistans.	Väntade på att brukaren skulle närma sig med deras sexuella problem och först då erbjuda assistans.	Inväntar patientens initiativ	Inte mitt ansvar	Undvikande av sexuell hälsa
<i>They found it difficult to talk to patients in their own age although it was even more difficult to talk with patients who were over 80 years old.</i>	De ansåg det svårt att samtala med patienter i deras egen ålder även om det var ännu svårare att samtala med patienter som var över 80 år gamla.	Svårt att samtala med patienter i deras egen ålder, svårare att samtala med patienter över 80 år.	Ålder försvårar samtal	Inverkan av patienters ålder och kön	

<i>They described experiencing an inner battle between what they thought they should do as professionals and what they actually felt they wanted to do.</i>	De beskrev att de upplevde ett inre krig mellan vad de trodde de skulle göra som professionella och vad de faktiskt kände att de ville göra.	Upplevde ett inre krig mellan vad de trodde de skulle göra och vad de ville göra.	Inre ovisshet	Känslomässigt hinder	Otrygghet i ämnet
<i>...they expressed the need for further training not only in physiology issues related to sexuality, but also in communication skills, in order to offer proper sexual health service.</i>	... de uttryckte ett behov av ytterligare utbildning, inte bara gällande fysiologiska problem som rör sexualitet men också gällande kommunikation för att kunna erbjuda rätt sexuell hälsovård.	Behov av ytterligare utbildning för att kunna erbjuda rätt sexuell hälsovård.	Behov av utbildning	Okunskap	
<i>There was an understanding by the participants that consumer sexuality is important, and can be affected by illness and treatments...</i>	Det fanns en förståelse bland deltagarna att brukarnas sexualitet är viktig, och att den kan bli påverkad av sjukdom och behandling...	Förståelse att brukarnas sexualitet är viktig och kan bli påverkad av sjukdom och behandling.	Förståelse att sexualitet är viktig	Sexualitetens värde	Medvetenhet om patientens sexuella hälsa
<i>All nurses considered that talking about sexuality should be handled as a part of their professional responsibility.</i>	Alla sjuksköterskor ansåg att samtal om sexualitet borde hanteras som en del av deras professionella ansvar.	Samtal om sexualitet borde hanteras som en del av deras professionella ansvar.	Professionellt ansvar	Sjuksköterskans ansvar att samtala	