



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Från tabu till holism: Sjuksköterskors upplevelse av samtal om sexualitet med patienter

- En integrativ litteraturöversikt

Viktória Németh
Helga Törneryd

Handledare: Isabelle Karlström
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1512
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona, januari 2021

Från tabu till holism: Sjuksköterskors upplevelse av samtal om sexualitet med patienter

Viktória Németh
Helga Törneryd

Sammanfattning

Bakgrund: Sexualitet och sexuell hälsa tas sällan upp på sjuksköterskeutbildningen, trots dessas betydelse för välbefinnande och livskvalitet. Sjuksköterskor ansvarar, genom sin kompetens i kommunikation och omvårdnad, för att främja välbefinnande hos patienter. Tidigare forskning har identifierat sexualitet som ett tabubelagt ämne i samtal. En sammanställning av kunskap om sjuksköterskors upplevelse av samtal om sexualitet kan gynna grundutbildade sjuksköterskors förståelse för hur sjuksköterskor internationellt ser på samtal om sexualitet.

Syfte: Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelse av samtal om sexualitet med patienter.

Metod: En integrativ litteraturöversikt kan, genom att syntetisera kvalitativ och kvantitativ forskning, erbjuda ett djupare och bredare perspektiv om sjuksköterskors upplevelse.

Materialet analyserades med en kvalitativ analysmetod med induktiv ansats.

Resultat: Två huvudteman identifierades: *Elefanten i rummet* och *Trygghet i samtal om sexualitet*. Sjuksköterskor upplevde ambivalenta känslor och tankar kring samtal om sexualitet. Vilka begrepp och språk som användes i samtalet om sexualitet hade inflytande på sjuksköterskors upplevelse. Vilka patienten och sjuksköterskan var samt dess samspel påverkade också sjuksköterskors upplevelse av samtalet. Dessutom var sjuksköterskor oeniga ifall samtal om sexualitet ens var en del av deras huvudområde, omvårdnad. Trygghet i samtal kunde uppnås genom kunskap och ansvarstagande, som även kunde medföra yrkesmässig tillfredsställelse.

Slutsats: Genom att sammanställa kunskap om hur samtal om sexualitet upplevs med patienter, kan sjuksköterskors självreflektion och yrkesmässiga utveckling främjas, samt möjlighet ges till avdramatisering av ett tidigare tabu. Om sexualitet ses som en integrerad del av att vara en människa, kan holistisk omvårdnad erbjudas.

Nyckelord: upplevelse, samtal, sexualitet, sjuksköterskor

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Sexualitet och sexuell hälsa	1
Livskvalitet och sexualitet	2
Legitimerade sjuksköterskor	2
Sjuksköterskors ansvar	3
Kommunikation	4
Joyce Travelbees teori om den mellanmännsliga relationen	5
Problematisering	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Inklusionskriterier	8
Datainsamling	8
Pubmed	8
CINAHL	9
Sekundärsökning	10
Kvalitetsgranskning	10
Analys	11
Forskningsetiska ställningstaganden	13
Resultat	14
Elefanten i rummet	14
Tabu att prata om	14
Stereotyper och antagande	15
Att närma sig sexualitet i samtal	17
Kunskapsbehov och undvikande	18
Någon annan borde ta ansvar	20
Trygghet i samtal om sexualitet	22
Kunskap ger trygghet	22
Sjuksköterskor tar ansvar	22
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Design	24
Urval	25

Datainsamling	26
Kvalitetsbedömning	27
Dataanalys	27
Forskningsetiska ställningstaganden	28
Resultatdiskussion	29
Stereotyper och antaganden	29
Upplevelse av kunskap påverkar	30
Upplevelse av ansvar påverkar	31
Kliniska implikationer	32
Förslag på fortsatt forskning	32
Slutsats	33
Självständighet	34
Referenser	35
Bilaga 1 Databassökning i PubMed	39
Bilaga 2 Databassökning i CINAHL	41
Bilaga 3 Granskningsmall, Kvalitativ	42
Bilaga 4 Granskningsprotokoll, Kvantitativ	43
Bilaga 5 Artikelöversikt	44
Bilaga 6 Översikt av resultatets fördelning i artiklarna	47

Inledning

Förenta nationernas Agenda 2030 (Svenska FN-förbundet, 2015) omfattar mål som rör sexualitet och sexuell hälsa. Trots detta tas sexualitet och sexuell hälsa sällan upp inom sjuksköterskeutbildningen på grundnivå (Areskoug-Josefsson et al., 2019). Sjuksköterskor behöver ha kunskap om sexualitet för att kunna främja välbefinnande på ett holistiskt sätt. Sexualitet är en integrerad del av att vara människa och genomsyrar dennes fysiska, psykiska, emotionella och sociala dimensioner (World Health Organization [WHO], 2006).

Reproduktiv hälsa är ett område för till exempel barnmorskor, men sexualitet och sexuell hälsa är ett ämne som är en del av grundutbildade sjuksköterskors ansvar och kan dyka upp inom alla vårdverksamheter (Hulter & Edberg, 2019).

Travelbee (1971, Kapitel 9) beskriver att en god relation bygger på tillit och respekt. Detta är förutsättningen för en god och hälsofrämjande kommunikation inom sexualitet (Traumer et al., 2019). Tidigare forskning har identifierat sexualitet som ett tabubelagt ämne både hos sjuksköterskor (Nakopoulou, 2009; Saunamäki et al., 2010) och hos patienter (Traumer et al., 2019). Författarnas erfarenheter från praktik och arbete är också att samtal om sexualitet med patienter sällan äger rum. Upplevelse av samtal om sexualitet är dessutom ett relativt outforskat område från grundutbildade sjuksköterskors perspektiv. Således finns ett behov av en sammanställning av aktuell forskning för att skapa medvetenhet om hur grundutbildade sjuksköterskor upplever samtal om sexualitet internationellt.

Bakgrund

Sexualitet och sexuell hälsa

Sexualitet och *sexuell hälsa* är grundläggande mänskliga behov (World Health Organization [WHO], 2006). Begreppet sexualitet definierades av WHO 2006 och gäller tills vidare.

Sexualitet är, enligt WHO:s arbetsdefinition, inte endast sexuella aktiviteter och fortplantning utan en aspekt som kan påverka välbefinnandet. Sexualitet är ett mångdimensionellt begrepp som innefattar kön, könsidentitet och -roll, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexuell hälsa kan definieras som ett fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet. Sexuell hälsa är mer än frånvaro av sjukdom och

dysfunktion. Därmed menar WHO att sexualitet och sexuell hälsa är viktiga faktorer för livskvalitet.

Sexualitet är en oskiljbar del av att vara människa och drivkraften bakom sökandet efter kärlek, hur hudkontakt och beröring initieras och tas emot samt behovet av andras närhet (WHO, 2006). Varje individ är mångsidig och unik i dennes uttryck av sexualitet. Människans sexuella rättigheter, såsom rätt till högsta möjliga sexuell hälsa och välbefinnande betonas. Även rätt till information och undervisning beskrivs tillsammans med rätten att uttrycka känslor och åsikter om den egna sexualiteten samt sexuella identiteten. I fortsättningen av denna litteraturöversikt benämns människor, vilka sjuksköterskor samtalar om sexualitet med, som patienter.

Livskvalitet och sexualitet

När kroppens funktion förändras på grund av ohälsa och sjukdom kan patienten uppleva ett hot mot den egna personen (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). En klyfta mellan vad patienten vill och vad denna kan göra kan uppstå vid sviktande kroppsfunktioner. Det är känt att olika sjukdomstillstånd och dess behandling kan medföra problem med sexualitet, så kallad sexuell dysfunktion (Sundbeck, 2013, Kapitel 2; Flynn et al., 2017). Sexuell dysfunktion leder till lägre sexuell tillfredsställelse, som vidare kan leda till minskad upplevd livskvalitet (Flynn et al., 2017).

Samtal om sexualitet visar ha betydelse för hur patienter upplever välbefinnande och livskvalitet. Enligt Traumer et al. (2019) innebär avsaknaden av samtal om sexualitet under vårdtiden negativa konsekvenser för patienternas självförtroende och allmänna välbefinnande. Patienter uppgav känslor av övergivenhet, otillräcklighet och minskad livskvalitet när samtal om sexualitet uteblev.

Legitimerade sjuksköterskor

Legitimerade sjuksköterskors kompetensområde är omvårdnad och omfattar såväl vetenskaplig kunskap som patientnära arbete med utgångspunkt i en holistisk, humanistisk människosyn (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Sex kärnkompetenser behöver finnas hos legitimerade sjuksköterskor. Dessa är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård samt informatik. Sjuksköterskor har även en pedagogisk och kommunikativ kompetens att fånga upp och möta informationsbehov

hos patienten. Sjuksköterskor har också ett etiskt ansvar att ge information som är korrekt, tillräcklig och lämplig för patientens individuella situation och behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Vården ska ges på lika villkor, med respekt för varje människas lika värde och värdighet (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], 2017:30, Kapitel 3).

Sjuksköterskors ansvar

Sundbeck (2013, Kapitel. 1) menar att samtalsteknik, lyssnande och ett intresse behöver finnas hos sjuksköterskor för att kunna prata om sexualitet. Sjuksköterskor behöver undvika att bli påverkade av egna känslor och värderingar i samtalet om sexualitet samt erbjuda jämlik och jämställd vård (Sundbeck, 2013, Kapitel 1; Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Dessutom ingår det att fungera som patientens "advokat" i sjuksköterskeyrket (Sundbeck, 2013, Kapitel 1). Detta ställer därmed krav på sjuksköterskors kunskap om patienternas situation och sexualitetens betydelse för dessas livskvalitet. Sjuksköterskor behöver ha god kommunikativ och medicinsk kompetens för att möta kraven. Sexualitetsrelaterade omvårdnadsåtgärder behöver även dokumenteras.

Kritiskt tänkande är även viktig inom kommunikation och innebär att sjuksköterskor reflekterar över sina egna styrkor och svagheter samt arbetar utifrån flexibilitet, nyfikenhet och ett öppet sinne för patienternas unika situation och behov (Scheffer & Rubinfeld, 2000). Kritiskt tänkande främjar även ansvarstagandet. Zetterström (2019) menar att sjuksköterskor arbetar utifrån gällande lagar, föreskrifter, författningar och styrdokument för hälso- och sjukvård samt yrkets etiska kod. Lagar som styr omvårdnadsarbetet är bland annat hälso- och sjukvårdslagen [HSL, 2017:30], patientsäkerhetslagen [PSL, 2010:659] och patientlagen [PL, 2014:821].

Personcentrerad vård är holistisk och fokuserar på patienten som en unik individ (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Holism inom omvårdnad innebär att tillgodose patientens andliga, existentiella, sociala, psykiska och fysiska behov. Evans (2013) menar att sexualitet ingår i holistisk personcentrerad omvårdnad. Omvårdnadsarbetet bedrivs utifrån denna vårdtyp för att minska risken att patientens diagnos, sjukdom eller organ blir fokuset (Svensk sjuksköterskeförening, 2010) samt undvika att patientens rätt till delaktighet kränks (PL, 2014:821, Kapitel 5; PSL, 2010:659, Kapitel 6). I HSL (2017:30, Kapitel 5) beskrivs vårdverksamhetens ansvar för att främja en god relation mellan patient och sjuksköterska, som bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Läkemedel och

behandlingar kan medföra biverkningar eller negativa konsekvenser för patientens sexualitet (Flynn et al., 2017). Sjuksköterskor ansvarar för att informera patienten om vilka konsekvenser olika hälsotillstånd, läkemedelsbiverkningar och behandlingar kan ha för dennes sexualitet enligt kapitel 3 i PL (2014:821). Sjuksköterskor ansvarar för kvaliteten i sitt arbete och att arbetet sker evidensbaserat samt i enlighet med god och säker vård (PSL, 2010:659, Kapitel 6).

Ohälsotillstånd och tillhörande behandlingar som kan påverka patienters sexualitet är vanligtvis cancersjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar samt neurologiska och nefrologiska sjukdomar (Flynn et al., 2017; Hulter & Edberg, 2019). Samtal om sexualitet är därmed inte bundna till specifika vårdtillfällen eller vårdsammanhang (Hulter & Edberg, 2019). Areskoug-Josefsson et al. (2019) menar att sexualitet sällan förekommer som undervisningsämne på sjuksköterskeutbildningen. Grundutbildningen för sjuksköterskor varierar även i omfattning mellan olika länder (Deng, 2015). Ett behov av utbildning inom sexualitet och sexuell hälsa identifierades, för att få kunskap om metoder till att förmedla information till patienten enligt Nakopoulou et al. (2009). Informationen behöver anpassas till patientens individuella förutsättningar såsom ålder, mognad, erfarenhet och språklig samt kulturell bakgrund (PL, 2014:821, Kapitel 3). Sjuksköterskor, som lämnar information, ansvarar för att säkerställa att informationen är förstådd och mottagen av patienten.

Kommunikation

Kommunikation inom vårdvetenskapen kan ses som en komplex process där tolkning och problemlösning sker ömsesidigt mellan sjuksköterskor och patienten (Fredriksson, 2012). Sjuksköterskors kompetens inom kommunikation är avgörande för vårdkvaliteten enligt Apker et al. (2006). Den kommunikativa kompetensen består av att fånga upp och föra vidare information mellan patienten och teamets olika medlemmar. En precis användning av termer och begrepp är att eftersträva. Genom att undvika jargong samt lösa termer och begrepp kan kommunikationen ske mer effektivt, och risken för missförstånd kan minimeras. Sjuksköterskors verbala och icke-verbala kommunikation har betydelse för samtalsatmosfären och därmed vilken information som kan inhämtas under samtalet. Skicklighet för omvårdnadsuppgifter samt god kompetens inom kommunikation, för att etablera ett förhållande som bygger på förtroende till patienten är grunden till omvårdnadsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Joyce Travelbees teori om den mellanmänskliga relationen

Evans (2013) menar att sexualitet har en nära koppling till välbefinnande och ingår därmed i en holistisk omvårdnad. Genom samtal om sexualitet kan sjuksköterskan ge ett anpassat stöd till patienten som en unik individ. Travelbee (1971, Kapitel 9) beskriver en teori om den mellanmänskliga relationen som syftar till att stötta patienten att känna meningsfullhet och välbefinnande vid ohälsa. Teorin handlar om att kommunikationen är sjuksköterskors viktigaste redskap i omvårdnadens mellanmänskliga del. För att kunna anpassa kommunikationen efter patientens unika situation är det väsentligt att sjuksköterskan har kunskap om olika samtalstekniker. Kommunikation har enligt Travelbee dels en verbal del, genom användandet av språket, dels en icke-verbal del, genom bland annat kroppsspråk och beröring. Tankar och känslor kan förmedlas samtidigt som en relation skapas med hjälp av kommunikationen.

Travelbee (1971, Kapitel 10) beskriver olika typer av interaktioner mellan sjuksköterskor och patienten där en relation hindras när båda parterna ser varandra genom stereotypa föreställningar. En sådan typ av interaktion kallas *automatisk interaktion* där parterna kommunicerar men saknar intresse att förstå varandra. En annan interaktion kallas *hjälpssam interaktion*, vilket innebär att sjuksköterskor kan ge en god omvårdnad i syfte att till exempel leva upp till andras förväntningar, utan att skapa en relation till patienten. Även om patienten kan känna av sjuksköterskors avsaknad av personligt intresse, kan denne ändå uppskatta detta interaktionssätt. Vidare finns en typ som kallas *ofrivillig interaktion* där sjuksköterskor endast kommunicerar med patienter vid nödvändiga omvårdnadsrelaterade eller medicinska åtgärder och aktivt undviker att skapa en relation till patienten. Slutligen finns en *inkonsekvent interaktion* som utgörs av att sjuksköterskor vill skapa en relation med vissa patienter eller med en patient under en viss period av vårdtiden, till exempel när denna är i större behov av omvårdnad.

Travelbees (1971, Kapitel 10) teori beskriver fyra faser som sjuksköterskor bör genomgå med patienter innan en mellanmänsklig relation kan skapas. Detta sker i form av en process, där stegen kallas för *det första mötet*, *utveckling av identiteter*, *empati* och *sympati*. Första steget är *det första mötet* mellan sjuksköterskor och patienter. Detta steg handlar om att observera och att bilda en uppfattning om den andra individen, baserat på tidigare erfarenheter. Det är naturligt att göra antaganden vid ett första möte men som sjuksköterska är det väsentligt att behålla ett öppet sinne. Det andra steget kallas *utveckling av identiteter*, vilket innebär att

sjuusköterskor och patienter får en uppfattning om varandra och börjar bilda ett gemensamt band. I detta steg blir det möjligt att se den andra som en unik individ, bortom tidigare antaganden. Detta kan leda till det tredje steget, *empati*. Övergången till den tredje fasen sker inte naturligt utan kräver en vilja att förstå den andra individen. Genom att se den andra som en unik individ kan en förståelse för dennes situation, *empati*, skapas. Förståelsen för individens situation kan därefter utvecklas till en förståelse för individens känslor och upplevelse, *sympati*, vilket är den fjärde fasen. Genom att sjuusköterskor deltar aktivt och visar på en vilja att lindra patientens lidande går det att förmedla en samhörighet i relationen. Dessa faser kan genom kommunikationen kulminera och tillsammans skapa den mellanmännsliga relationen där sjuusköterskor tillsammans med patienter kan dela en ömsesidig och meningsfull tillit (Travelbee, 1971, kapitel 10). Enligt Traumer et al. (2019) kan sjuusköterskor genom kommunikationen främja relationsskapandet till patienten och därmed erbjuda ett betydelsefullt stöd till denne genom samtal om sexualitet.

Problematisering

Sexualitet och sexuell hälsa är enligt WHO (2006) en integrerad del av att vara människa. Grundutbildade sjuusköterskor behöver identifiera och möta besvär relaterade till sexualitet som patienten upplever, eftersom dessa ingår i holistisk omvårdnad (Evans, 2013). Sjuusköterskor har ett ansvar att genom sin kompetens inom kommunikation och relationsskapande möta patienters behov (Svensk sjuusköterskeförening, 2017b; HSL, 2017:30).

Tidigare forskning har identifierat sexualitet som ett tabubelagt ämne, trots kännedom om dess betydelse för patientens livskvalitet och välbefinnande (Nakopoulou et al., 2009; Flynn et al., 2017). Dessutom förekommer ämnena sexualitet och sexuell hälsa sällan under sjuusköterskors grundutbildning (Areskoug-Josefsson et al., 2019). Samtal om sexualitet kan dyka upp inom alla typer av vårdssammanhang, eftersom flera ohälsotillstånd, läkemedel och behandlingar kan ha negativa konsekvenser för sexualitet (Hulter & Edberg, 2019).

Genom att belysa hur sjuusköterskor, som jobbar inom olika vårdinriktningar internationellt, upplever samtal om sexualitet kan ny kunskap tillföras. Detta kan gynna självreflektion över den egna praxisen och därmed det professionella ansvarstagandet. Ökad kunskap ger sjuusköterskor möjlighet att främja välbefinnande och förbättra livskvalitet hos patienten genom samtal om sexualitet.

Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelse av samtal om sexualitet med patienter.

Metod

En litteraturöversikt möjliggör en sammanfattning av det rådande forskningsläget och kan vara ett medel för inhämtning av ny kunskap för att främja evidensbaserad vård (Friberg, 2017). Metoden som valts utifrån syftet var en integrativ litteraturöversikt. En integrativ litteraturöversikt syftar till att sammanställa empirisk och teoretisk kunskap inom ett område för att få fram ny kunskap (Whittemore & Knafl, 2005). Till skillnad från andra typer av litteraturöversikter tillåter integrativ litteraturöversikt att använda källor med varierande metodologi, det vill säga kvalitativ och kvantitativ forskning. Detta ansågs lämpligt för litteraturöversiktens syfte. Whittemore och Knafl (2005) rekommenderar kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats till integrativa litteraturöversikter, därför valdes denna analysmetod. Induktiv ansats betyder att gå från delar till helheten när ett fenomen studeras (Henricson & Billhult, 2017).

Urval

En väldefinierad problemformulering och syfte är förutsättningen för att sökningen resulterar i ett brett men relevant urval (Whittemore & Knafl, 2005). Specifika och väldefinierade sökningsstrategier stärker den integrativa litteraturöversiktens tillförlitlighet. Urval av det material som ingår i en integrativ litteraturöversikt sker genom att definiera och dokumentera tydliga kriterier för inklusion. För att uppnå ett mer avgränsat och relevant urval är det av betydelse att använda databasernas avgränsningsfunktioner (Östlundh, 2017). Vanliga kriterier för avgränsning är till exempel peer-reviewed, språk och tid. I denna litteraturöversikt användes databasernas avgränsningsfilter för att få fram studier som kunde uppfylla inklusionskriterierna. Avgränsningsfilter för engelska användes då detta är forskningens internationella språk. Fokuset var vuxna människors sexualitet. Vuxen ålder definieras i majoriteten av Europeiska unionens länder, inklusive Sverige, som 18 år eller äldre (European Union Agency for Fundamental Rights [FRA], 2020). För att få fram vuxna användes databasens närmaste filter 19+. Denna litteraturöversikt utgick även från ett internationellt perspektiv, eftersom forskningen inom området samtal om sexualitet är begränsad och därför användes ingen avgränsning för land. Sammanlagt inkluderades 12

studier i resultatet. Såväl kvalitativa som kvantitativa studier var av intresse, eftersom integrativ litteraturoversikt tillåter källor med varierande metodologi (Whittemore & Knafl, 2005).

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier valdes utifrån syftet. Valda studier skulle inkludera:

- Samtal om sexualitet, sexuell hälsa eller ohälsa relaterat till sexualitet från endast sjuksköterskors perspektiv.
- Sjuksköterskors upplevelse av att samtala om sexualitet framgår.
- Patientpopulationen är vuxna över 18 år.
- Patientpopulation har ett somatiskt ohälsotillstånd eller behandling av somatiskt ohälsotillstånd, som kan påverka sexualitet.
- Majoriteten (>50%) av sjuksköterskor som deltog i studien ska vara grundutbildade utan specialisering.
- Studierna ska vara peer-reviewed.
- Studierna ska vara skrivna på engelska.
- Publicerade mellan 2010–2020.

Datainsamling

Sökningen utfördes 2–14 november 2020. Inför datainsamlingen skapades ett dokument båda författarna hade tillgång till, där sökningen planerades samt dokumenterades under sökningens gång. Detta är viktigt för att främja kontinuitet och struktur i sökningsprocessen (Östlundh, 2017). Utifrån problemformuleringen identifierades bärande begrepp för att hitta relevant forskning inom området. Begreppen är sexualitet, sjuksköterska, kommunikation och upplevelse. Dessa översattes till engelska, genom svensk MeSH, *sexuality*, *nurse*, *communication* och *experience* som ämnesord i fritext. Därefter inkluderades även synonymer och ord med närliggande betydelse, såsom *sexual health*, *views*, och *perception*.

Pubmed

Vid sökning i Pubmeds databas användes ämnesord i form av MeSH-termer (Medical Subject Headings) för att få ett så relevant resultat som möjligt. För att också uppnå ett heltäckande resultat användes trunkering för *nurse* i Pubmed och vissa ämnesord, såsom *sexuality*. Termer som inte fanns med i MeSH söktes efter med fritext. Fritext och MeSH-termer kombinerades med booleska sökoperatörer för att skapa sökblock. Booleska sökoperatörer kan kombineras

med sökord för att söka på närliggande begrepp (OR), kombinera två sökord med varandra (AND) eller utesluta begrepp (NOT) (Kristensson, 2014, Kapitel 11). Booleska sökoperatorerna OR och AND användes i syfte att uppnå en så sensitiv och samtidigt specifik sökning som möjligt, enligt Willman et al. (2016, Kapitel 7). En pilotsökning utfördes därefter för att kontrollera ämnesordens kvalitet. Vid genomläsningen av titlarna identifierades ytterligare två ämnesord, *discussing* och *talking*, vilka förekom i flertalet titlar och uppfattades relevanta för syftet.

Vid sökningen lästes samtliga titlar för att identifiera studier som kan vara intressanta för denna översikt. Varje moment utfördes separat av båda författarna i sökningen, därefter jämfördes vilka studier som sparades och ett gemensamt resultat nåddes inför nästa moment enligt vad som beskrivs i Kristensson (2014, Kapitel 11). Sökningen i PubMed gav 188 träffar varav 32 bedömdes kunna vara relevanta för syftet samt inklusionskriterierna efter läsning på titelnivå och som därför sparades. Ytterligare fem studier framkom via förslagsfunktionen och bedömdes kunna vara relevanta. Efter läsning på abstraktnivå återstod 11 studier från primärsökningen samt en studie från förslagsfunktionen på PubMed, som bedömdes kunna uppfylla kriterierna. Dessa 12 lästes i fulltext och sju studier valdes därefter att ingå i resultatet. Resterande fem valdes bort eftersom dessa inte bedömdes uppfylla inklusionskriterierna eller hade metodologiska oklarheter. Se Bilaga 1 för hur sökningen i Pubmed utfördes.

CINAHL

Vid sökningen i CINAHLs databas användes ämnesord baserade på tesaurusen Subject Headings. För att uppnå ett mer heltäckande resultat i CINAHL användes funktionen "explode". Fritext och Subject Headings kombinerades med booleska sökoperatorer för att skapa sökblock. Sökoperatorerna OR och AND användes även i CINAHL med syftet att få fram en sensitiv och specifik sökning, enligt vad som beskrivs i Willman et al. (2016, Kapitel 7).

Sökningen i CINAHL gav 85 träffar där 35 bedömdes kunna vara relevanta för litteraturöversiktens syfte och inklusionskriterierna efter läsning på titelnivå. Två dubletter exkluderades. Studier som sparades lästes på abstraktnivå och därefter återstod sju, som uppfattades följa kriterierna. Efter en fulltextläsning valdes fyra studier ut för att ingå i

resultatet. Resterande tre bedömdes inte uppfylla inklusionskriterier eller hade metodologiska oklarheter och valdes därför bort. Se Bilaga 2 för hur sökningen i CINAHL utfördes.

Sekundärsökning

Parallellt med primärsökningen utfördes en sekundärsökning av båda författarna. En sekundärsökning är en effektiv metod för att ge ett mer heltäckande resultat och identifiera relevanta studier, som hamnar utanför vald primär sökmetod (Östlundh, 2017).

Sekundärsökningen utfördes genom att dels läsa förslag på liknande studier, dels att läsa i referenslistan till artiklar som svarade på litteraturöversiktens syfte. Genom sekundärsökningen identifierades och inkluderades ytterligare två studier till resultatet: en studie via förslagsfunktionen i PubMed, och en studie från en referenslista.

Kvalitetsgranskning

En kvalitetsgranskning går ut på att systematiskt granska och värdera studier (Kristensson, 2014, Kapitel 11). Detta är en väsentlig del för att uppnå god kvalitet i en sammanställning av studier. Eftersom integrativ litteraturöversikt valdes som metod var kvalitetsgranskning av inkluderade studier mer komplex på grund av metodens inklusivitet. Komplexiteten beror på att kvalitativa och kvantitativa studier har olika granskningskriterier för kvalitet (Whittemore och Knafl, 2005).

Valda studier grupperades utifrån kvalitativ eller kvantitativ metod och granskades först separat med hjälp av två granskningsmallar, en för respektive metod. Enligt Willman, et al (2016, Kapitel 8) bör granskningsmallar justeras efter sammanställningen av studier. Därför framtogs en mall för respektive metod. Granskningsmallen för kvalitativa studier (se Bilaga 3) baserades på Forsberg och Wengström (2016, Kapitel 5), Willman et al. (2016, Kapitel 8) samt SBU:s mall för granskning av kvalitativ metod. Granskningsmallen för kvantitativa studier (se Bilaga 4) baserades på Billhult (2017), Forsberg och Wengström (2016, Kapitel 5), Willman et al. (2016, Kapitel 8) samt SBU:s mall för granskning av observationsstudier. Kvalitetsgranskningen diskuterades därefter för att säkerställa att studier som ingår i resultatet uppfattades ha lika hög kvalitet.

Granskningsmallarna hade 25 frågor vardera, med svarsalternativen "Ja" och "Nej". Svaret "Ja" gav ett poäng och "Nej" gav noll poäng, maxpoäng var således 25. Studierna graderades efter poängen till låg (<60%), medel (61%-79%) eller hög kvalitet (>80%). Samtliga studier

granskades där 10 stycken bedömdes vara av hög kvalitet och två stycken bedömdes vara av medel kvalitet (se Bilaga 5).

Analys

Dataanalys i en integrativ litteraturöversikt sker systematiskt för att minimera riskerna, till exempel feltolkningar, som den innovativa datasyntesen medför (Whittemore & Knafl, 2005). En kvalitativ analysmetod med induktiv ansats valdes, vilket rekommenderas av metodlitteraturen. Kvalitativ analys med induktiv ansats var också passande för litteraturöversiktens syfte. En induktiv ansats betyder att gå från delar, alltså upplevda erfarenheter av ett fenomen, till helheten, det vill säga resultatet, som sedan diskuteras mot en teori (Henricson & Billhult, 2017). Ett systematiskt arbetssätt tillämpades för att säkerställa metodisk noggrannhet, enligt vad som beskrivs i Whittemore och Knafl (2005). Ju mer systematisk en litteraturöversikt är desto högre vetenskapligt värde anses den ha (Friberg, 2017). Analysen bestod av fyra steg utifrån Whittemore och Knafl (2005): *datareducering*, *dataöversikt*, *datajämförelse* samt *slutsatser och dataverifiering*.

Datareducering är första steget för att systematiskt organisera materialet i förberedelse för analys (Whittemore & Knafl, 2005). Kvalitativa och kvantitativa studier delades in i undergrupper utifrån studiedesign. Studier i respektive undergrupp organiserades i alfabetisk ordning utifrån titel, för att underlätta dokumentation och överskådliggheit av analysprocessen. Studierna numrerades från 1–12 där kvalitativa studier i alfabetisk ordning utgjorde 1-7 och kvantitativa studier var 8-12. Analysen skedde sekventiellt med kvalitativa studier först och kvantitativa studier därefter. Texterna lästes flera gånger för att få en djup förståelse om innehållet samt för att förbigå egen förförståelse och bias, detta enligt Whittemore och Knafl, (2005) och Friberg (2017). Textenheter som bedömdes kunde svara på syftet lyftes ur och sammanställdes i matriser. Varje studie hade en egen matris för att underlätta att hitta tillbaka till primärkällan samt för att säkerställa att arbetet skedde systematiskt.

Nästa steg är *dataöversikt* vilket innebär en sammanställning av textenheter som bedöms vara relevanta för syftet (Whittemore & Knafl, 2005). Data sammanställdes och en innehållsanalys utfördes för att få fram meningsenheter. Kondensering skedde i matriser enskilt. Matriser är ett adekvat sätt att organisera data på ett systematiskt och överskådligt sätt (Whittemore & Knafl, 2005). I meningsenheterna användes studiernas originaltext på engelska för att säkerställa att analysen skedde textnära. Meningsenheter kan vara ett antal ord eller meningar

som innehåller information relevant till syftet (Danielson, 2017). Dessa kondenserades sedan på svenska. Kondensering av meningsenheter betyder att sammanfatta innehåll utan att förlora väsentlig information (Danielson, 2017). I kvantitativa studier översattes statistik till text före kondenseringen. Kondenserade enheter kodades därefter till enskilda eller några sammanhängande ord, såsom *Rädslor* och *Yrkesmässig tillfredsställelse*, som beskrev vilken väsentlig information meningsenheten innehöll. Dataöversiktssteget utfördes enskilt, matriser jämfördes därefter och diskuterades för att granska att ingen väsentlig information missades eller feltolkades. Meningsenheter, kondenserade enheter och koder som efter diskussion ansågs svara på syftet sammanställdes i en ny matris, enligt beskrivningen i Whitemore och Knafl (2005).

I steget *datajämförelse* påbörjas en jämförelse av koder för att hitta mönster och identifiera teman (Whitemore & Knafl, 2005). Liknande koder grupperades tillsammans. Dessa grupper delades därefter in i underteman och huvudteman, se tabellerna nedan. Underteman bygger upp huvudteman och därmed möjliggörs en djupare tolkning av materialet samt etableras en röd tråd i litteraturöversikten (Danielson, 2017). Kreativitet och kritiskt tänkande är förutsättningar för identifiering av korrekta underteman och huvudteman (Whitemore & Knafl, 2005).

Sista steget är *slutsatser och dataverifiering* (Whitemore & Knafl, 2005). Det analyserade materialet sammanställdes och slutsatser drogs genom att först jämföra meningsenheter och kondensering mot primärkällan. Detta eftersom Whitemore och Knafl (2005) menar att verifiering mot primärkällan är grunden till att dra rätt slutsatser. Samband mellan olika underteman och huvudteman utforskades för att underlätta datasyntes och därmed avsluta analysprocessen. Ett exempel på ett samband är kunskapens och tydlighetens betydelse för att uppfatta sexualitet som en självklar del i omvårdnad i undertemana *Kunskap ger trygghet* och *Sjuksköterskor tar ansvar*. Genom bland annat detta samband bildades huvudtemat *Trygghet i samtal om sexualitet*. Se Bilaga 6 för översikt över hur inkluderade studier bygger upp temana. Se även tabellerna nedan för ett exempel på kondensering, kodning och indelning i under- och huvudtema av en kvalitativ (Tabell 1) och en kvantitativ (Tabell 2) enhet. Exemplar som valdes visar sjuksköterskors upplevelse av ansvar i samtal om sexualitet från olika perspektiv.

Tabell 1 - Exempel på kvalitativ analys

Meningsenhet i #5	Kondensering	Kod	Undertema	Huvudtema
“nurses considered that talking about sexuality should be handled as a part of their professional responsibility”	Sjuksköterskor upplever samtal om sexualitet som deras professionella ansvar.	Professionellt ansvar	Sjuksköterskor tar ansvar	Trygghet i samtal om sexualitet

Tabell 2 - Exempel på kvantitativ analys

Meningsenhet i #12	Statistik till text	Kondensering	Kod	Undertema	Huvudtema
“Considering this task [samtal om sexualitet] as someone else's: Agreement 68.8 %”	Majoriteten av sjuksköterskor upplever samtal om sexualitet som någon annans ansvar	Samtal är någon annans ansvar	Någon annans ansvar	Någon annan borde ta ansvar	Elefanten i rummet

Forskningsetiska ställningstaganden

Ett etiskt förhållningssätt genomsyrar litteraturöversikten, från val av syfte till val av lämplig metod och genomförande av arbetet (Kjellstöm, 2017). Användandet av neutrala begrepp kan visa på etisk medvetenhet (Kristensson, 2014, Kapitel 4), därför användes termer såsom sjuksköterskor och patienter vid beskrivning av människor som ingår i datamaterialet.

Dessutom undveks vetenskaplig ohederlighet, vilket enligt Kristensson (2014, Kapitel 4) innebär en medveten vinkling och manipulering av resultat, genom att göra analysen så textnära som möjligt. Plagiat förebyggdes genom noggrann referering till källorna i denna litteraturöversikt. Etiska ställningstaganden i litteraturöversikter är nödvändiga för att kunna analysera och kritiskt granska etiken i studier som inkluderades i översikten enligt Kristensson (2014, Kapitel 4). All forskning som undersöker människor behöver vara etiskt försvarbar. Kristensson menar att forskningsarbete utgår från fyra etiska principer: *autonomiprincipen*, *nyttoprincipen*, *inte skada-principen* och *rättvisepprincipen*. Principerna innebär respekt för människors självbestämmande, att forskningen medför mer nytta än obehag, att forskningen sker så säkert som möjligt samt att deltagande sker på lika villkor.

I denna integrativa litteraturöversikt ingick studier med kvalitativ och kvantitativ metod. Såväl kvalitativa intervjustudier som kvantitativa enkätstudier kräver informerat samtycke

genom adekvat information till deltagarna (Kristensson, 2014, Kapitel 4). Detta innebär att deltagarna förstår vad ett medverkande i studien innebär och därmed kan ge samtycke. Deltagarinformation som letades efter och identifierades i valda studier var bland annat att deltagarna fick information om studiens syfte, hur undersökningspopulationen identifierades, bekräftelse av frivilligt deltagande samt möjligheten att avbryta när som, enligt vad som beskrivs i Kristensson (2014, Kapitel 4). Studier av Krouwel et al., van Ek et al. samt Hjalmarsson och Lindroth har inte prövats av en etisk kommitté, men beskriver efterlevnad av forskningsetiska principer.

Resultat

Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelse av samtal om sexualitet med patienter. Analysen resulterade i en identifiering av två huvudteman: *Elefanten i rummet* och *Trygghet i samtal om sexualitet*. *Elefanten i rummet* karaktäriserades av ett återkommande mönster att samtal om sexualitet är som elefanten i rummet: ett påtagligt ämne de flesta helst inte vill prata om. *Elefanten i rummet* hade fem underteman, se Tabell 3 nedan. *Trygghet i samtal om sexualitet* karaktäriserades av hur kunskap och tydlig ansvarsfördelning främjade upplevelsen av trygghet och självförtroende i samtal om sexualitet med patienter. *Trygghet i samtal om sexualitet* hade två underteman.

Tabell 3 - Huvudteman och underteman

Elefanten i rummet		Trygghet i samtal om sexualitet
Tabu att prata om	Stereotyper och antaganden	Kunskap ger trygghet
Att närma sig sexualitet i samtal	Kunskapsbehov och undvikande	Sjuksköterskor tar ansvar
Någon annan borde ta ansvar		

Elefanten i rummet

Tabu att prata om

Vilket begrepp som användes i samtal om sexualitet var en påverkande faktor för sjuksköterskors upplevelse (Williams et al, 2017). Sexualitet ansågs vara ett svåränvänt begrepp i samtal med patienter (Hjalmarsson & Lindroth, 2020). Dessutom upplevdes

förvirring kring skillnaden mellan sexualitet och sex som penetrerande samlag (Williams et al, 2017). Sexualitet upplevdes tabubelagt att prata om (Saunamäki & Engström, 2013). Även sex hade dessa associationer, vilket ledde till att samtal om detta undveks (Hjalmarsson & Lindrooth, 2020; Williams et al, 2017). Sexualitet, som begrepp, användes därför sällan direkt i samtal med patienter (Olsson et al., 2012). Sjuksköterskor använde istället begreppen *förhållanden, närhet, tillgivenhet* och *känslor* (Olsson et al., 2012). Även andra begrepp användes istället för sexualitet, såsom *närhet, beröring, intimitet, kärlek* (Hjalmarsson & Lindroth, 2020) eller *fysisk intimitet* (Benoot et al., 2018). När sjuksköterskor använde något av dessa begrepp upplevdes en ökad förståelse för sexualitetens betydelse för patienters livskvalitet och sexualitet sågs inte som endast penetrerande samlag (Benoot et al., 2018; Hjalmarsson & Lindroth, 2020). Detta gjorde att samtalet upplevdes mindre tabubelagt (Olsson et al., 2012).

En del sjuksköterskor, som delade uppfattningen att sexualitet var ett tabubelagt ämne, inkluderade inte detta i samtal med patienter eller kollegor, även genom användning av andra begrepp (Saunamäki & Engström, 2013). Sjuksköterskorna upplevde då sexualitet som ett ämne utanför deras angelägenhet, eftersom sexualitet ansågs vara för privat och därmed tabu (Hjalmarsson & Lindroth, 2020). Sjuksköterskors upplevelse av att samtala om ämnet sexualitet påverkades även till stor del av egna uppfattningar, såsom erfarenheter från barndomen att sexualitet är ett tabubelagt ämne ingen pratar om (Williams et al., 2017). Sexualitet ansågs vara ett privat ämne i större utsträckning bland sjuksköterskor i Asien (Wang et al., 2018; Zeng et al., 2011) på grund av kulturella och religiösa aspekter (Yodchai et al., 2018, Gök & Korkmaz, 2018) än bland sjuksköterskor i västvärlden. Sjuksköterskor i västvärlden var dock inte heller immuna mot uppfattningen att sexualitet är privat då ett stort antal sjuksköterskor höll med påståendet i enkäten (Krouwel et al., 2015; van Ek et al., 2017).

Stereotyper och antagande

Sjuksköterskor upplevde att samtalet om sexualitet var mer eller mindre meningsfullt beroende på flera faktorer, till exempel kön eller ålder (Olsson et al., 2012), och medgav att dessa hade antaganden om patienters sexuella liv utan någon tidigare information som kunde styrka detta (Saunamäki & Engström, 2013). Sjuksköterskor upplevde det svårare att samtala om sexualitet när patienter hade motsatt kön till sjuksköterskorna (Gök & Korkmaz, 2018). Trots detta var det betydligt färre sjuksköterskor som frågade kvinnliga patienter om sexuell

dysfunktion, såsom vaginal torrhet, än manliga patienter om till exempel erektil dysfunktion (Krouwel et al., 2015).

Vissa sjuksköterskor delade en uppfattning att patienterna tyckte det var onödigt att prata om sexualitet (Annerstedt & Glasdam, 2019) eller inte förväntade sig att sjuksköterskorna skulle samtala om ämnet (Saunamäki & Engström, 2013). Patienter, som vårdas på sjukhus, ansågs vara för sjuka för att vara intresserade av sexualitet enligt majoriteten av sjuksköterskor (van Ek et al., 2018; Wang et al., 2019). Sjuksköterskor hade även uppfattningen att patienter tyckte dessa var för gamla för att prata om sexualitet eller att dessa inte var redo att prata om det (Gök & Korkmaz, 2018). Sjuksköterskorna reflekterade även över att dessa ofta, omedvetet, utgick från egna föreställningar om att vad dessa uppfattar som rätt också är rätt för andra, därmed patienterna (Williams et al., 2017).

Sjuksköterskor antog att patienten ville fokusera mer på större komplikationer, såsom följer av hjärtsjukdomar eller hypervolemi (översvämning) (Yodchai et al., 2018). Sjuksköterskor upplevde inte samtal om sexualitet som viktigt för patienten förrän komplikationerna var under kontroll. En annan föreställning var att patienten, som mottog behandling och inte hade en partner, inte heller hade intresse av eller tänkte på sex (Annerstedt & Glasdam, 2019). Vissa sjukdomar, som cancer, kopplades ofta till svåra symtom, till exempel utmattning, vilket gjorde att sjuksköterskor upplevde att sexualitet inte var nödvändigt att prata om. Samtal om sexualitet påverkades också av vilken behandlingsinriktning patienten hade (Krouwel et al., 2015). Vid kurativ behandling där patienten bedömdes som lämplig att samtala med om sexualitet förekom samtalet ofta (83,2%), i samband med livsförlängande behandling förekom samtalen i fler än hälften (57,1%) av fallen och vid vård i livets slutskede förekom samtalen i färre än hälften (44,5%) av fallen.

Sjuksköterskornas samtal om sexualitet påverkades även av åldern på både patienterna och sjuksköterskorna själva (Williams et al., 2017). En sjuksköterska uttryckte följande: "it's like talking to your mam or your grandma about stuff and that's difficult" (s. 39). Nästan hälften av sjuksköterskorna i van Ek et al. (2018) upplevde det svårare att samtala om sexualitet med patienter som har en hög ålder. Sjuksköterskor samtalade om sexualitet med unga vuxna och medelålders patienter i större utsträckning än äldre patienter från 66 år och uppåt (van Ek et al., 2018; Krouwel et al., 2015). Det ansågs mer viktigt att till exempel samtala med unga män om sexualitet än med äldre, speciellt när det gällde sexuell funktion (Olsson et al.,

2012). Sjuksköterskor ansåg att dessa inte samtalade med alla unga patienter om sexualitet, men gav mer information till yngre än till äldre (Annerstedt & Glasdam, 2019). Detta berodde på att unga och medelålders patienter i ett förhållande antogs vara sexuellt aktiva medan äldre inte antogs vara det.

Sjuksköterskorna uttryckte även svårigheter att samtala om sexualitet med patienter som har en annan kultur, religion eller etnisk bakgrund (Gök & Korkmaz, 2018; van Ek et al., 2018). Samtalet upplevdes också svårt med patienter som hade en sexuell historia eller sexuell läggning som skiljde från sjuksköterskornas (Williams et al., 2017). Speciellt utmanande upplevdes samtalet med patienter som inte talade samma språk som sjuksköterskorna och att använda tolk uppfattades inte underlätta situationen, eftersom detta upplevdes som en barriär till att samtala fritt om sexualitet.

Att närma sig sexualitet i samtal

Sjuksköterskor upplevde sexualitet som ett känsligt ämne att närma sig i samtal (Saunamäki & Engström, 2013; Olsson et al., 2012). Sjuksköterskor upplevde att samtalet om sexualitet skiljer från samtal om andra privata eller känsliga ämnen, såsom elimination, ångest och död (Hjalmarsson & Lindroth, 2020). Medan samtal om andra känsliga ämnen upplevdes naturligt, låg samtal om sexualitet utanför sjuksköterskors bekvämlighetszon (Hjalmarsson & Lindroth, 2020; Saunamäki & Engström, 2013). Initiering av samtal om sexualitet upplevdes obekvämt och utmanande (Williams et al., 2017; Benoot et al., 2018). Känslor av att vara obekvämt rapporterades av majoriteten av sjuksköterskor: högst antal sjuksköterskor som upplevde samtalet obekvämt var i Asien (Wang et al., 2018; Zeng et al., 2011) men obekvämheter var nästan lika prevalent i västvärlden (Krouwel et al., 2015; van Ek et al., 2017). Dessutom nämndes känslor av genans (Annerstedt & Glasdam, 2019) och skam (van Ek et al., 2017) angående hur samtal om sexualitet med patienten kunde upplevas om sjuksköterskor initierade det.

En god relation till patienten upplevde sjuksköterskor som en förutsättning för att kunna initiera samtal om sexualitet (Benoot et al., 2018; Olsson et al., 2012; Williams et al., 2017; Yodchai et al., 2018). Träffar sjuksköterskor patienten för sällan upplevde många sjuksköterskor att dessa inte var bekväma med att initiera ett samtal om sexualitet (Benoot et al., 2018). Att skapa en god patientrelation, som präglades av förtroende, upplevde sjuksköterskorna gjorde det mer bekvämt att initiera samtalet (Williams et al., 2017). En

medvetenhet om att patienten var bekväm gjorde även att sjuksköterskorna upplevde det lättare att ta första steget. Andra sjuksköterskor upplevde att en öppen och mottaglig attityd mot patienten var mer viktig än att träffa patienten regelbundet (Benoot et al., 2018). En sjuksköterska uttryckte följande: "We should be the patients' spokespersons. We don't get that part [sexuality] if we don't bring it up." (Saunamäki & Engström, s. 524). Sjuksköterskor påverkades även av personlig kemi till patienten och dessa var mer benägna att initiera samtal om sexualitet när personkemin upplevdes stämma överens med patienten (Annerstedt & Glasdam, 2019).

Sjuksköterskor upplevde att det var lättare att närma sig samtal om sexualitet när patienten initierade samtalet (Williams et al., 2017). Det ansågs viktigt att fånga upp även indirekta kommentarer gällande sexualitet från patienten (Benoot et al. 2018). Genom att identifiera språkliga ledtrådar och antydningar från patientens håll kunde dennes mottaglighet uppskattas (Williams et al., 2017). Därmed blev sjuksköterskor mer bekväma i samtal om sexualitet när patienter genom språket signalerade högre komfortnivå och mottaglighet. Skämt från patienten, om till exempel erektioner, upplevdes som en inbjudan till samtal om sexualitet (Saunamäki & Engström, 2013). I en sådan lättsam atmosfär upplevde sjuksköterskor mindre nervositet och mer mod till att initiera samtal om sexualitet.

Kunskapsbehov och undvikande

van Ek et al. (2018) fann att knappt en femtedel av sjuksköterskor upplevde den egna kunskapen om sexualitet som adekvat och 68,3% uttryckte ett behov av ökad kunskap. Sjuksköterskor förmodade att samtal om sexualitet bestod av praktisk rådgivning eller sökande efter lösning för sexuell dysfunktion (Benoot et al., 2018) och därmed upplevde förväntningarna på dess kunskap som för stora och ibland omöjliga att leva upp till (Williams et al., 2017). Sjuksköterskor uttryckte oro över att en begränsad tillgång till informations- och undervisningsmaterial kunde medföra att inkorrekt information förmedlades till patienten under samtal om sexualitet (Yodchai et al., 2018).

Dessutom upplevde sjuksköterskor samtal om sexualitet som en uppgift med krav på mer erfarenhet än vad dessa ansåg sig ha (Hjalmarsson & Lindroth, 2020). Brist på erfarenhet och kunskap i hur patientens behov, relaterat till sexualitet, kunde tillfredsställas fick sjuksköterskor att uppleva otillräcklighet i samband med samtal om sexualitet (Olsson et al., 2012). Majoriteten av sjuksköterskor rapporterade bristande kunskap om vilka konsekvenser

patientens ohälsotillstånd och behandling kunde ha för dennes sexualitet (Zeng et al., 2011). Denna upplevelse av otillräcklig kunskap ledde också till känslor av otrygghet och osäkerhet (Saunamäki & Engström, 2013).

Sjuksköterskor upplevde hjälplöshet i samtal om sexualitet (Hjalmarsson & Lindroth, 2020). Sjuksköterskor upplevde att sjuksköterskeutbildningen inte gav adekvat kunskap om hur dessa kunde samtala om sexualitet (Gök & Korkmaz, 2018; Krouwel et al., 2015; Wang et al., 2019). Även upplevda brister i praktisk erfarenhet, såväl utbildnings- som arbetsrelaterad, rapporterades av över hälften av sjuksköterskorna (Wang et al., 2019). Otillräcklig kunskap och brist på erfarenhet om hur sjuksköterskor kunde bemöta patientens sexualitetsrelaterade problem resulterade i ett undvikande beteende (Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2013; Yodchai et al., 2018). Undvikande av samtal kunde manifestera på två olika sätt: att styra vilken information patienten får eller att ignorera samtal om sexualitet helt.

Annerstedt och Glasdam (2019) fann att sjuksköterskor hade kontroll över vilken information som skulle förmedlas till patienten och bestämde prioritetsordningen. Sjuksköterskor upplevde att mängden information patienten skulle ta emot var stor och därför rangordnades vad patienten behöver veta. Över två tredjedelar (71,3%) av sjuksköterskor valde att endast informera patienten om läkemedels- eller behandlingsrelaterade biverkningar (Krouwel et al., 2015). Genom att endast överföra information undveks dialog och patientens möjligheter att ställa frågor eller reflektera över sexualitet begränsades (Annerstedt & Glasdam, 2019). På grund av upplevd kunskapsbrist exkluderade sjuksköterskor patientens kunskap om dennes egna sexualitet.

Ett annat sätt att undvika samtal om sexualitet var att ignorera ämnet, även om patienten försökte initiera samtal (Yodchai et al., 2018). Sjuksköterskor valde bort att lyfta sexualitet i samtal på grund av rädslor för själva samtalet och inte nödvändigtvis ämnet (Hjalmarsson & Lindroth, 2020). Sjuksköterskor upplevde oro över att patienten skulle ha en negativ reaktion (Hjalmarsson & Lindroth, 2020) eller att samtalet kunde avslöja djupare problem, som dessa inte var beredda på att bemöta (Benoot et al., 2018). Rädslor för att förolämpa patienten uppkom hos majoriteten av sjuksköterskorna (Gök & Korkmaz, 2018; Krouwel et al., 2015; van Ek et al., 2019). En sjuksköterska uttryckte: "They might feel: 'Ah, but what the heck? That's the last thing on my mind. Don't you come here and...', I've no idea, but it might be like that" (Hjalmarsson & Lindroth, 2020, s. 2984). Även att orsaka oro eller ångest var en

rädsla hos sjuksköterskorna (Gök & Korkmaz, 2018). En annan prevalent anledning till undvikandet var att sjuksköterskorna var rädda för att göra patienten obekvämt (Krouwel et al., 2015). Oavsett om det berodde på kunskapsbrist eller rädslor, kunde dessa sjuksköterskors undvikande också upplevas som en barriär i teamsamverkan, då patientens bekymmer kunde förbises och därmed inte remitterades vidare till andra vårdgivare (Annerstedt & Glasdam, 2019).

Någon annan borde ta ansvar

Otydlighet i ansvarsfördelning ledde till att sjuksköterskor ifrågasatte det egna yrkesansvaret i samtal om sexualitet (Hjalmarsson & Lindroth, 2020; Olsson et al., 2012). En återkommande upplevelse var att samtalet var någon annans ansvar i vårdteamet, inte sjuksköterskornas (Saunamäki & Engström, 2013; Hjalmarsson & Lindroth, 2020). Samtal om sexualitet upplevdes mer aktuellt i andra vårdsammanhang än i omvårdnad (Hjalmarsson & Lindroth, 2020). Oklara rutiner och om sökord för sexualitet i dokumentationssystemet inte fanns, eller inte användes, ledde också till upplevelser av otydlighet kring ansvar för samtal om sexualitet (Saunamäki & Engström, 2013). En sjuksköterska uttryckte följande: "It isn't in Melior [EPR used in several hospitals in Sweden], there isn't a search word anymore, so it's nothing we report to each other" (s. 535).

När ingen i teamet samtalade om sexualitet ifrågasatte sjuksköterskor samtal som ett uppenbart ansvarsområde inom omvårdnad (Hjalmarsson & Lindroth, 2020). Sjuksköterskor upplevde ett behov av stöd genom gemensam reflektion eller diskussion med kollegor när svårigheter uppkom i samtal om sexualitet med patienten (Benoot et al., 2018). När stödet från teamet brister upplevde sjuksköterskor detta som ett tecken på att samtal om sexualitet var opassande (Krouwel et al., 2015). Denna upplevelse förekom även när dokumentation av samtal om sexualitet inte utfördes av andra i teamet (Williams et al., 2017).

Lindring av fysiska symtom ansågs viktigast och sjuksköterskor rekommenderade patienten att kontakta läkaren ifall denna behövde mer hjälpmedel utöver det som var tillgängligt receptfritt (Annerstedt & Glasdam, 2019). Majoriteten av sjuksköterskorna hänvisade patientens frågor direkt till läkaren (Gök & Korkmaz, 2018; Wang et al., 2019). Enligt majoriteten av sjuksköterskor borde läkaren ta hela ansvaret för samtal om sexualitet (Krouwel et al., 2015; van Ek et al., 2018). Läkare ansågs mer lämpliga att föra samtal om

sexualitet tack vare deras kunskap, erfarenhet samt att dessa ansågs ha mer tid (Saunamäki & Engström, 2013).

Ansvar för samtal om sexualitet skiftades dessutom till specialistutbildade sjuksköterskor (Saunamäki & Engström, 2013; Olsson et al., 2012). Specialistutbildade sjuksköterskor upplevdes vara mer lämpliga att föra samtal om sexualitet med patienter av de grundutbildade sjuksköterskorna. Även andra grundutbildade sjuksköterskor ansågs vara mer lämpliga att föra samtal om sexualitet med patienter (Saunamäki & Engström, 2013). Detta eftersom majoriteten upplevde att andra sjuksköterskor var mer bekväma i samtalet än sjuksköterskorna som deltog i studierna var (Zeng et al., 2011; Gök & Korkmaz, 2018).

Patienten upplevdes också bära ansvar för samtal om sexualitet (Saunamäki & Engström, 2013). Patienten ansågs ha ett ansvar att inhämta information om sexualitet på ett annat sätt än genom samtal med sjuksköterskor (Annerstedt & Glasdam, 2019). Sjuksköterskor gav i detta fall endast skriftlig information till patienten, som signalerade uppfyllelsen av sjuksköterskors roll i kommunikationen. Annerstedt och Glasdam fann att sjuksköterskor upplevde skriftlig information jämlik med samtal. Ansvar för initiering av samtal om sexualitet skiftades även mot patienten. Majoriteten av sjuksköterskorna samtalade endast om sexualitet med patienten när denna tog första steget (Zeng et al., 2011; Krouwel et al., 2015; Wang et al., 2019).

Okklarheter kring vems ansvar samtal om sexualitet var resulterade i att sexualitet bortprioriterades inom omvårdnaden. Symtomkontroll skedde utifrån en hierarkisk modell baserat på ett medicinskt perspektiv där andra symtom ansågs vara mer viktiga än sexualitet (Benoot et al., 2018). Sexualitet betraktades inte som livsviktigt (Krouwel et al., 2015) och sjuksköterskor upplevde inte samtalet motiverat eller aktuellt för patienten (Krouwel et al., 2015; Hjalmarsson & Lindroth 2020). En sjuksköterska uttryckte följande: "You may die, but you do not die of a non-functioning sex life" (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3560). Symtom såsom smärta (Benoot et al., 2018) och eliminationsrelaterade besvär prioriterades istället, eftersom sjuksköterskor upplevde att dessa symptom var överordnade symptom som relaterade till sexualitet (Annerstedt & Glasdam, 2019). Ansvar för informationsöverföring till patienten upplevdes endast omfatta information om grundläggande kroppsliga funktioner och inte röra sexualitet, eller endast röra den fysiska dimensionen av sexualitet och

bortprioritera den psykiska, existentiella och sociala dimensionen (Annerstedt & Glasdam, 2019).

Trygghet i samtal om sexualitet

Kunskap ger trygghet

Sjuksköterskor upplevde ett större mod att samtala om sexualitet efter att dessa erhållit en ökad kunskap om ämnet genom att bland annat söka på internet, läsa i läroböcker eller fråga mer erfarna kollegor (Yodchai et al., 2018). Sjuksköterskor som uppskattade den egna kunskapen i enkäten till *tillräcklig* eller *mycket* samtalade om sexualitet oftare än sjuksköterskor som skattade den egna kunskapen lägre (Krouwel et al., 2015). I Zeng et al. (2011) svarade en tredjedel (30,3%) av sjuksköterskorna i Asien att dessa upplevde en trygghet i den egna förmågan att samtala om sexualitet. van Ek et al. (2018) konstaterade att över hälften (51,2%) av västerländska sjuksköterskorna var bekväma med att samtala om sexualitet med patienter. En del sjuksköterskor kunde identifiera brister i den egna kunskapen kring sexualitet utan att se detta som ett hinder, då det inte upplevdes nödvändigt att ha alla svar för att ta upp ämnet och utforska detta tillsammans med patienten (Benoot et al., 2018; Williams et al., 2017). En sjuksköterska uttryckte: "I don't have all the answers and I am always learning ... it's ok not to have the answers." (Williams et al., 2017, s. 39).

Sjuksköterskor, som genomgått utbildning i att samtala om sexualitet, hade en mer positiv attityd och upplevelse kring ämnet samt påverkades mindre av eventuella antaganden om patienten eller rädslor för samtalet (Gök & Korkmaz, 2018). Sjuksköterskor med lång erfarenhet inom omvårdnad eller utbildning i samtal om sexualitet upplevde att detta hade en positiv effekt på deras självförtroende (Williams et al., 2017). Krouwel et al. (2015) visade att sjuksköterskor från 45 års ålder samtalade om sexualitet i större utsträckning än sjuksköterskor som var yngre. Undersökningen visade även att sjuksköterskor med över tio års erfarenhet inom yrket samtalade om sexualitet i större utsträckning än sjuksköterskor som varit verksamma i färre än tio år.

Sjuksköterskor tar ansvar

Sjuksköterskor ansåg generellt att samtal om sexualitet var en viktig del av omvårdnaden (Yodchai et al., 2018; Williams et al., 2017; Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2013). Rutiner kunde tydliggöra sjuksköterskors ansvar för samtal om sexualitet. En del

sjuksköterskor upplevde att ett sökord för *sexualitet* i journalsystemet kunde berättiga att rutinmässigt ta upp samtal om sexualitet med patienten (Saunamäki & Engström, 2013). I Williams et al. (2017) svarade knappt en fjärdedel (24,1%) att det fanns riktlinjer för att samtal om sexualitet skulle vara en del av patientens omvårdnad. På dessa avdelningar, där sjuksköterskans ansvar var tydligt, förekom samtal om sexualitet i större utsträckning än hos avdelningar utan sådana riktlinjer.

I flera undersökningar svarade en majoritet av sjuksköterskorna att dessa upplevde att sjuksköterskor har ett ansvar för att samtala om sexualitet (Krouwel et al., 2015; Zeng et al., 2011; van Ek et al., 2018; Gök & Korkmaz, 2018). En sjuksköterska uttryckte: “We think everyone should be asked. It’s part of our job.” (Hjalmarsson & Lindroth, 2020, s. 2986). I Zeng et al. (2011) och Wang et al. (2019) framkom att majoriteten av sjuksköterskor upplevde att samtal om sexualitet var väsentligt för patientens hälsoutfall. Sexualitet ansågs även betydelsefullt för patientens personliga utveckling (Benoot et al., 2018). Ansvarstagande för samtal om sexualitet kunde därmed främjas av förståelse för ämnets betydelse för patienten.

Upplevde sjuksköterskor sexualitet som en viktig komponent för patientens personliga utveckling bemöttes samtalsämnet mer aktivt och i större utsträckning (Benoot et al., 2018). Sjuksköterskorna samtalade då med patienten utforskande kring sexualitet. Sjuksköterskor som inkluderade sexualitet i omvårdnaden och samtalade om ämnet med patienten upplevde att dessa fick en djupare förståelse för patientens uppfattningar och prioriteringar (Benoot et al., 2018). Sjuksköterskor upplevde att samtal om sexuella bekymmer hjälpte patienten och patientens partner att förstå varandra, och därmed främjar patientens välbefinnande. Samtalen upplevdes också kunna minska ett eventuellt kommunikationsgap mellan sjuksköterskorna och patienten (Yodchai et al., 2018).

Sjuksköterskor som var medvetna om hur patientens sjukdom eller behandling kunde påverka sexualiteten upplevde det meningsfullt att ta upp samtalet om sexualitet och tog ansvar för detta (Saunamäki & Engström, 2013). Vissa sjuksköterskor ansåg dessutom att sexualitet skulle komma upp i samtal precis som andra ämnen inom omvårdnaden. En sjuksköterska uttryckte: “Then I ask: Do you have questions for us or is there something we can do about it? So, actually it’s the same for all issues, sexuality too, we have to approach things in the same way actually.” (Benoot et al., 2018, s. 1591). Sjuksköterskor beskrev vidare att även om

det kan upplevas genant att gå in på samtal om sexualitet är det värt besväret, om det kan spara patienten från framtida problem (Williams et al., 2017). En del sjuksköterskor berättade att dessa stöttade patienten genom att bekräfta dennes behov och försäkra denne om att sexualitet var ett accepterat ämne att prata om. Sjuksköterskors öppna inställning till och ansvarstagande för ämnet kunde skapa en inbjudande atmosfär där patienten fick avgöra om denne ville prata om sexualitet.

En del sjuksköterskor uttryckte att dessa var medvetna om att ansvarstagande för initiering av samtal om sexualitet ofta ledde till en positiv erfarenhet och upplevelse för både patienten och sjuksköterskor (Saunamäki & Engström, 2013). Genom dialog med patienten kunde sjuksköterskor förmedla information till patienten om sexualitet samt ta del av dennes egna kunskap (Yodchai et al., 2018). Dialogen gjorde att sjuksköterskorna upplevde uppskattning från patienterna samt en känsla av att ha hjälpt till genom att lyssna aktivt, bekräfta och ge råd. Sjuksköterskor uttryckte även en upplevelse av yrkesmässig tillfredsställelse eftersom patienten fick hjälpen denne var i behov av och hade rätt till, för att sjuksköterskorna hade tagit upp samtalet om sexualitet. Samma tillfredsställelse upplevde sjuksköterskor när dessa kunde hjälpa patienten och dennes partner komma närmare i parrelationen genom samtal om sexualitet. (Saunamäki & Engström, 2013). Därmed blev omvårdnaden sexualitetinklusiv och mer holistisk.

Diskussion

Metoddiskussion

Design

Friberg (2017) menar att en integrativ litteraturöversikt kan användas när syftet kan besvaras med datamaterial av varierande metodologi. Genom integrering av evidens från kvalitativ och kvantitativ forskning kan en integrativ litteraturöversikt bidra med ett bredare perspektiv om ett fenomen eller problem än andra typer av litteraturöversikter (Whittemore & Knafl, 2005). Om enbart kvalitativa studier hade valts som datamaterial till litteraturöversikten, kunde väsentlig information från kvantitativa studier förlorats. Dessutom förstärker studier med olika metodologi varandras resultat. Ett annat sätt att besvara litteraturöversiktens syfte om sjuksköterskors upplevelse av samtal om sexualitet med patienter kan vara att utföra en empirisk intervjustudie. Tyvärr var en intervjustudie inte möjlig inom tidsramen för ett

examensarbete på kandidatnivå. Om det var möjligt att genomföra intervjuer kunde denna metod möjligtvis leda till andra fynd. Även en enkätstudie hade varit passande för att besvara litteraturöversiktens syfte, men målet var att komma så nära fenomenet, själva upplevelsen av samtalet om sexualitet, som möjligt och därför valdes en integrativ litteraturöversikt istället.

Urval

I en integrativ litteraturstudie kan en väldefinierad och specifik sökstrategi stärka tillförlitligheten (Whittemore & Knafl, 2005). Vetenskapligt material är en färskvara och därför kan en avgränsning för publiceringsdatum leda till mer aktuell litteratur (Östlundh, 2017). Avgränsning inom publiceringsår kan dock leda till att äldre, relevant litteratur missades. Beslutet togs att inkludera studier där undersökningspopulationen bestod av såväl grundutbildade som specialistutbildade sjuksköterskor, med kravet att grundutbildade är i majoritet. Anledningen till detta var att grundutbildningens omfattning enligt Deng (2015) kan variera mellan olika länder. Det går därför inte att säkerställa en fast motsvarighet till svensk grundutbildning. Denna avgränsning kan även medföra att upplevelser av grundutbildade sjuksköterskor i studier där majoriteten av deltagarna var specialistutbildade förlorades. Barn och ungdomar ansågs vara ett specialistområde, därför valdes databaserna egna avgränsningsfilter för ålder 19+. Litteraturöversikten utgick ifrån myndighetsåldern i Europeiska unionen för att definiera vuxna, då fynden skulle kunna överföras till ett svenskt sammanhang.

Kristensson (2014, Kapitel 9) menar att variation av deltagare ger bättre överförbarhet, det vill säga ökar litteraturöversiktens giltighet i andra sammanhang. Efter diskussion inkluderades endast studier som beskriver upplevelser av samtal med patienter med somatiska sjukdomar, eftersom psykiatri ansågs vara ett specialistområde. Överförbarheten av litteraturöversikten kan påverkas av denna avgränsning. Sjuksköterskor i studierna var verksamma inom somatisk vård, primärvård, hemsjukvård och palliativa enheter. Denna variation kan öka överförbarheten. Majoriteten av deltagarna var kvinnor i samtliga studier, detta kan ha påverkat resultatet, då könsfördelningen var ojämn och män kan ha andra åsikter som inte framgick.

Eftersom det inte gjordes några avgränsningar gällande land kan överförbarheten öka internationellt. Studier som ingick i denna litteraturöversikt var utförda i Belgien, Thailand, Sverige, Australien, Nederländerna, Hong Kong och fastlandet i Kina samt Turkiet. Därmed

blev den geografiska spridningen relativt omfattande, då länder i Europa, Asien och Oceanien representerades. Överförbarheten kunde förbättras om studier från Nordamerika, Sydamerika och Afrika också inkluderades, men sådana studier förekom inte i sökningen eller uppfyllde inte inklusionskriterierna. Det nämndes tidigare att sjuksköterskeutbildningens curricula varierar mellan olika länder, vilket kan ha påverkat resultatet, eftersom internationella utbildningarnas exakta innehåll var okänt för författarna. Detta kan påverka tillförlitligheten.

Genom att endast inkludera primärkällor och originalarbete som är peer-reviewed och vetenskapliga kan litteraturöversiktens kvalitet ökas (Mårtensson & Fridlund, 2017). Avgränsning för språk gjordes för att få fram studier skrivna på engelska, då det är det vanligaste förekommande språket inom forskning. Avgränsningen kunde medföra risk för feltolkningar när materialet bearbetades på svenska, då ingendera av författarna har engelska som modersmål. Denna risk minimerades genom ständig diskussion, precis begreppsanvändning och att översättning av begrepp skedde med hjälp av svensk MesH.

Datainsamling

Sökning efter datamaterial utfördes i två databaser: CINAHL Complete och PubMed. Minst två databaser bör användas i en systematisk litteratursökning för att undvika publiceringsbias (Willman et al., 2016, Kapitel 7). Detta kan resultera i högre variation av datamaterial vilket stärker tillförlitlighet (Kristensson, 2014, Kapitel 9). Olika kombinationer av ämnesord och fritext kan leda till högre specificitet och sensitivitet, det vill säga att fånga upp relevant litteratur och utesluta icke-relevant litteratur (Willman et al., 2016, Kapitel 7). Därför kombinerades dessa i sökningen. När i stora drag samma studier uppkom vid olika slutkombinationer av sökningsord avslutades den primära sökningen, då den ansågs tillräckligt specifik och sensitiv. Det gjordes dessutom en sekundär, manuell sökning, eftersom Karlsson (2017) rekommenderar att referenslistor läses igenom för att identifiera annat relevant material än vad som kommit upp i primärsökningen. Även Whitemore & Knafl (2005) menar att kombinerad av primära och sekundära sökningar i en integrativ litteraturöversikt kan användas med fördel. Två artiklar identifierades under sekundärsökningen, vilket kan tyda på att primärsökningen hade utrymme för att vara mer specifik och sensitiv. Därför kan sekundärsökningen också ses som en styrka, eftersom primärsökningen kompletteras med ytterligare artiklar. Noggrann dokumentation av sökningens tillvägagångssätt är en förutsättning för reproducerbarhet samt överförbarhet (Kristensson, 2014, Kapitel 11). Därför dokumenterades sökningen steg för steg. Giltighet,

som betyder resultatets stabilitet över tid enligt Kristensson (2014, Kapitel 9), stärktes genom beskrivning av när sökningen utfördes och datamaterial samlades in.

Kvalitetsbedömning

Enligt Whitemore och Knafl (2005) kan kvalitetsgranskningen vid en integrativ litteraturöversikt vara komplicerad, eftersom en kvalitativ och kvantitativ forskningsdesign utgår från olika kvalitetskriterier. På grund av detta skapades två mallar, en för respektive metod, baserat på litteraturen samt SBU:s kvalitetsmallar, som passar litteraturöversiktens syfte. Att skapa nya mallar för kvalitetsbedömning kan väcka frågor om kvalitetsbedömningens värde, men Willman et al. (2016, Kapitel 8) menar att granskningsmallar med fördel anpassas efter litteraturöversiktens specifika sammansättning av studier, för att göra denna mer lämpad. Detta kan tyda på att kvalitetsbedömningen blir mer tillförlitlig med anpassade bedömningsmallar.

En styrka vid kvalitetsbedömningen är att författarna utförde varsin granskning, som därefter sammanställdes, vilket kan öka reliabiliteten (Henricson, 2017). Inkluderade studier använde olika mätinstrument för insamling av data, vilket Henricson menar kan påverka förmågan att dra slutsatser av resultatet negativt. Studier skulle däremot uppnå kvaliteten "hög" eller "medel" för att inkluderas i resultatet, vilket kan öka trovärdigheten i resultatet (Henricson, 2017). Antalet studier bedömdes även som tillräckligt för att svara på litteraturöversiktens syfte.

Dataanalys

En induktiv ansats valdes för att analysera datamaterialet. En deduktiv ansats, det vill säga att utgå ifrån en teori eller en modell vid analysen (Henricson & Billhult, 2017), kan leda till en annan struktur i resultatet. En deduktiv ansats kan avslöja bakomliggande orsaker till upplevelserna av ett fenomen enligt Henricson och Billhult (2017). Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa själva upplevelsen av fenomenet, därför ansågs en induktiv ansats vara mer passande.

Analysen genomfördes utifrån Whitemore och Knafls (2005) beskrivning av en dataanalys för en integrativ litteraturöversikt. Inför kondenseringen av meningensheterna vid kvantitativa studier översattes först statistik till text, detta kan påverka resultatet då ytterligare en tolkning utförs. Därefter sammanställdes relevanta textenheter i nya matriser. Detta sätt att

först analysera texten enskilt, för att sedan sammanställa tillsammans, kan stärka litteraturöversiktens tillförlitlighet och verifierbarhet enligt Kristensson (2014, Kapitel 9). Tillförlitlighet innebär analys- och tolkningsprocessen är transparenta samt utgår ifrån datamaterialet. En noggrann dokumentering och systematiseringen av analysen, med hjälp av matriserna, kan tyda på en god tillförlitlighet. Genom att beskriva samt visa i exempel hur tolkning av meningsenheterna kondenserades till koder och därefter olika teman kan också verifieringsbarheten stärkas. Kristensson menar att verifierbarhet betyder att resultatets innehåll kan bekräftas mot det insamlade materialet, det vill säga studierna som ingår i denna litteraturöversikt. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) ökar litteraturöversiktens verifierbarhet om analysprocessen är tydligt beskriven och därför beskrevs denna ingående steg för steg.

Författarna hade viss förförståelse relaterat till litteraturöversiktens ämnesområde genom tidigare observationer och erfarenheter vid praktikplatser samt arbetsplatser, där samtal om sexualitet sällan förekom eller ansågs onödigt. En förförståelse inom ämnesområdet för litteraturöversiktens syfte kan påverka tillförlitligheten negativt (Henricson, 2017). Det går inte att helt utesluta påverkan från förförståelser, men genom att vara medveten om den egna förförståelsen, samt diskutera och reflektera över hur detta kan påverka vid analysprocessen, går det att begränsa dess påverkan. Sådana förebyggande åtgärder kan därför åter stärka tillförlitligheten hos litteraturöversikten (Henricson, 2017). För att förebygga att egna förutfattade meningar påverkar litteraturöversiktens resultat tillämpades även triangulering under arbetets gång. Kristensson (2014, Kapitel 9) menar att triangulering är när urval, kvalitetsgranskning och analys utförs oberoende av minst två författare för att undvika en enskild persons bias.

Forskningsetiska ställningstaganden

Kjellström (2017) menar att även litteraturöversikter behöver ha etiskt ställningstagande inkluderat i arbetet. Dessutom är etiskt ställningstagande ofta bristfälliga i examensarbete. Därför gjordes valet att integrera etiska överväganden under arbetets gång, såsom användning av neutrala begrepp. Kontinuerlig reflektion skedde under arbetets gång för att säkerställa etisk medvetenhet i litteraturöversikten. Kvalitativa intervjustudier och kvantitativa enkätstudier valdes ut att ingå i resultatet, samtliga innehåller ett avsnitt om forskningsetik. Godkännande har inhämtats från etisk kommitté i majoriteten av studierna. Studier som inte prövats av etisk kommitté är Krouwel et al., van Ek et al. samt Hjalmarsson och Lindroth.

Samtliga tre har motiverat detta med att landet där studierna utförts, Nederländerna och Sverige, endast kräver godkännande från en etisk kommitté vid studier som rör patienter. Ovan nämnda studier har istället beskrivit ett kontinuerligt etiskt ställningstagande under arbetets gång genom att till exempel följa etiska principer och få informerat samtycke från deltagarna.

Resultatdiskussion

Resultatet utgjordes av två huvudteman: *Elefanten i rummet* samt *Trygghet i samtal om sexualitet*. *Elefanten i rummet* karaktäriserades av ett återkommande mönster att samtal om sexualitet upplevdes utmanande av sjuksköterskor och ett ämne dessa helst undvek att beröra. *Trygghet i samtal om sexualitet* karaktäriserades av hur sjuksköterskors kunskap kring samtal om sexualitet gav dessa en upplevelse av trygghet i samtalet med patienten samt hur en tydlig ansvarsfördelning inom verksamheten kan påverka upplevelsen av samtal om sexualitet positivt.

Stereotyper och antaganden

En del sjuksköterskor upplevde det svårare att samtala om sexualitet med patienter av motsatt kön till sjuksköterskan, medan andra sjuksköterskor samtalade i mindre utsträckning med kvinnor om sexualitet. Detta är ett motsägelsefullt resultat då majoriteten av deltagarna i samtliga studier var kvinnor. Enligt Nakopoulou et al. (2009), Oskay et al. (2014) och Moore et al. (2013) upplevde sjuksköterskor det obekvämt att samtala om sexualitet med patienter av motsatt kön, eftersom ämnet ansågs tabu eller för privat. Klaeson et al. (2017) beskriver däremot att sjuksköterskor var mindre bekväma att samtala om sexualitet med kvinnor, eftersom kvinnlig sexualitet ansågs mindre synlig och behovet av stöd ansågs vara mer inriktat på psykologiska eller relationella aspekter, vilket uppfattades vara utanför sjuksköterskors bekvämlighetszon. Mäns problem ansågs däremot främst vara fysiska, såsom erektil dysfunktion, vilket sjuksköterskor var mer bekväma att hantera.

Resultatet visar att sjuksköterskor reflekterade över att dessa omedvetet utgick från egna föreställningar. Detta uppkommer även i Nakopoulou et al. (2009) som menar att det är av betydelse att identifiera detta mönster av antaganden utifrån stereotyper. Vidare beskriver Travelbee (1971) att antaganden är naturliga vid det första mötet, men genom att lära känna patienten som en unik individ och se bortom initiala stereotypa antaganden går det att utveckla en förstående relation till denna samt anpassa omvårdnaden efter patientens egna

behov och önsknings. En jämställd och jämlik vård förutsätter att sjuksköterskor inte påverkas av egna känslor och värderingar i samtal om sexualitet (Sundbeck, 2013, Kapitel 1; Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Upplevelse av kunskap påverkar

Sjuksköterskor upplevde rädslor och osäkerhet inför att lyfta sexualitet i samtal med patienten, på grund av ett upplevt kunskapsbehov inom ämnet. Nakopoulou et al. (2009), Saunamäki et al. (2010) och Klaeson et al. (2017) identifierade också ett behov av utbildning kring sexualitet bland sjuksköterskor, för att lättare kunna samtala med patienter om detta. Enligt Areskoug-Josefsson et al. (2019) berörs sällan sexualitet och sexuell hälsa på sjuksköterskeutbildningen även om kunskapen främjar välbefinnandet hos patienter genom den holistiska omvårdnaden. Författarna delar denna upplevelse och saknar teoretisk undervisning samt praktisk övning av att samtala om sexualitet med patienter under utbildningen. Saunamäki et al. (2010) menar att det är väsentligt att studenter på sjuksköterskeutbildningen får undervisning i samtal om sexualitet för att kunna ge en holistisk omvårdnad genom att tidigt identifiera och förebygga sexualitetsrelaterade problem hos patienter.

Magnan et al. (2005) och Saunamäki et al. (2010) visade också att sjuksköterskor som upplevde tillit till den egna kunskapen, samtalade i större utsträckning med patienter om sexualitet och upplevde en självsäkerhet i att kunna stötta patienten i samtalet, vilket stämmer överens med resultatet. Sjuksköterskor över 45 år samtalade i större utsträckning om sexualitet med patienter, vilket bedömdes som ett oväntat resultat eftersom författarna ansåg att yngre generationer uppfattas prata mer öppet om sexualitet. I enlighet med resultatet beskriver Nakopoulou et al. (2009) att en del sjuksköterskor ansåg att erfarenhet och mognad var en förutsättning för att dessa skulle vara bekväma med att ta upp samtal om sexualitet med patienter. Vidare styrks resultatet av Oskay et al. (2014) som menar att äldre och mer erfarna sjuksköterskor var mer bekväma med att samtala om sexualitet med patienter. Resultatet visade dessutom på en viss kulturell skillnad mellan sjuksköterskor. Enligt Nakopoulou et al. (2009) kan sjuksköterskors upplevelse att samtala om sexualitet med patienter påverkas av erfarenheter från barndomen samt sociokulturellt inflytande. Detta kan vara en bidragande faktor till att resultatet skiljer internationellt.

Upplevelse av ansvar påverkar

Nakopoulou et al. (2009) och Klaeson et al. (2017) identifierade upplevelsen av bristande stöd som hinder för ansvarstagande för samtal om sexualitet. I Moore et al. (2013) uppgav en betydande minoritet (18%) av sjuksköterskor att dessa upplevde att samtal om sexualitet var opassande när stöd från teamet brister. Detta uppkommer även i resultatet, och därmed stärks fynden. Sjuksköterskor i Nakopoulou et al. (2009), Oskay et al. (2014), Klaeson et al. (2017) och Moore et al. (2013) ifrågasatte det egna professionella ansvaret för samtal om sexualitet när fasta rutiner inte var tillgängliga, som vidare stärker resultatets fynd.

Sjuksköterskors ansvar för att informera patienter om vilka konsekvenser deras hälsotillstånd, läkemedel och behandlingar kan ha för sexualiteten beskrivs i kapitel 3 i PL (2014:821).

Trots detta var sjuksköterskor oeniga om vems ansvar samtal om sexualitet var inom vårdteamet. Arikian et al. (2015), Klaeson et al. (2017) och Nakopoulou et al. (2009) menar att en del sjuksköterskor, som upplevde att samtal inte tillhör deras ansvarsområde, hänvisade patienter att ställa sexualitetsrelaterade frågor till läkare. Sjuksköterskor i Klaeson et al. (2017) remitterade även vidare patienter till exempelvis barnmorskor. Detta stärker resultatets fynd om att läkare och specialistsjuksköterskor upplevdes vara mer lämpliga att samtala om sexualitet, vilket kan bero på att endast den fysiska aspekten av sexualitet betraktas.

Sjuksköterskor som remitterar frågor på grund av obekvämheter kan kopplas till Travelbees (1971, Kapitel 10) beskrivning av ofrivilliga interaktion, där relationsskapande undviks och endast nödvändig information förmedlas.

Magnan et al. (2005) menar att sjuksköterskor såg på samtal om sexualitet som deras ansvar, detta stärks även i Zeng et al. (2012), samtidigt som dessa förväntade sig att patienten initierar samtalet. Patientens ansvar för initiering av samtal om sexualitet är också ett mönster i resultatet. Sjuksköterskor som ansåg att patienten har ansvar för initieringen kan kopplas till Travelbees (1971, Kapitel 10) beskrivning av inkonsekvent interaktion, där en relation endast skapas när patienten till exempel tillfälligt är i större behov av omvårdnad. Sjuksköterskors upplevelse av att skriftlig information var jämlik med samtal återkommer inte i andra studier som kunde identifieras, vilket därmed kan betyda att fyndet är unikt till sammanhanget.

Majoriteten av sjuksköterskor upplevde initiering av samtal som deras ansvar i såväl Oskay et al. (2014) som Saunamäki et al. (2010), tack vare en förståelse för sexualitetens betydelse för livskvalitet och patientens hälsoutfall, vilket överensstämmer med resultatets fynd. Kunskap

och erfarenhet inom sjuksköterskeyrket visade också vara avgörande huruvida sjuksköterskor upplevde ansvar för samtalen. I Oskay et al. (2014), Klaeson et al. (2017), Saunamäki et al. (2010) samt Jaarsma et al. (2010) upplevde sjuksköterskor att erfarenhet gav ett ökat självförtroende, vilket ledde till att dessa inte tvekade att ta ansvar för samtal om sexualitet. Detta kan göra sexualitet till en manifest del av en holistisk omvårdnad.

Kliniska implikationer

Resultatet från denna litteraturöversikt visar att förutsättningarna för att sjuksköterskor ska samtala om sexualitet, samt ha en positiv upplevelse relaterat till detta, är utbildning samt tydliga rutiner och ansvarsfördelning inom verksamheten. Undervisning inom ämnet sexualitet, dess inverkan på hälsa och välmående, samt metoder för samtal kan främja sjuksköterskors förutsättning att ge en holistisk, personcentrerad omvårdnad. Ökad kunskap från utbildningen kan dessutom bidra till en mer jämlik och jämställd vård, eftersom resultatet visar på skillnader mellan sjuksköterskors kunskap om kvinnors och mäns sexualitet. Genom utbildning och kunskap kring samtal om sexualitet kan sjuksköterskor få ett större mod att samtala om sexualitet samt få en större förståelse för den positiva effekt detta kan ha på patientens välbefinnande och hälsoutfall. Utbildning i samtalstekniker kan vidare bidra med en mer precis och kontinuerlig begreppsanvändning i samtal om sexualitet för att främja tydlig kommunikation och minska risken för missförstånd.

Rutiner och riktlinjer för samtal om sexualitet behöver finnas på varje verksamhet, eftersom dessa är avgörande för sjuksköterskors upplevelse av samtal om sexualitet. Vid arbetsintroduktion är det också av betydelse att informera om rutiner och riktlinjer kring samtal om sexualitet med patienter, som gäller för den specifika verksamheten. Tydliga rutiner och ansvarsfördelning för samtal om sexualitet på arbetsplatsen kan fungera som ett effektivt stöd till sjuksköterskan i samtal om sexualitet med patienter, vilket kan leda till en positiv inverkan på såväl sjuksköterskors som patienters upplevelse av detta samtal. Genom att integrera sexualitet som en del i teamarbetet kan ansvaret tydliggöras och ämnets plats i omvårdnaden säkerställas.

Förslag på fortsatt forskning

Denna litteraturöversikt hade syftet att belysa sjuksköterskors upplevelse av samtal om sexualitet med patienter. Utifrån dessa upplevelser identifierades kunskap och rutiner som

möjliga områden för vidare forskning. Kunskapsbehov inom samtalsteknik är ett återkommande mönster i resultatet samt i annan relevant forskning. Därför kan vidare forskning inom implementering av olika samtalstekniker i sjuksköterskeutbildningen på grundnivå vara av betydelse. Forskning kan användas för att identifiera vilken samtalsteknik som är mest lämplig för samtal om sexualitet med patienter. Vidare forskning inom samtalstekniker för att få fram en metod, som kan implementeras i sjuksköterskeutbildningen nationellt, kan minska risken att vårdkvaliteten påverkas av vilken sjuksköterska patienten samtalar med. Även forskning kring förbättringsarbete på verksamhetsnivå kan vara av betydelse för effektiva och flexibla rutiner samt riktlinjer, och dess implementering i ett multidisciplinärt team. Rutiner upplevdes avgörande för att inkludera samtal om sexualitet i sjuksköterskors praxis. Utvärdering av dessa rutiner och riktlinjer kan användas för att etablera en standard på nationell nivå och återigen minska risken för att vårdkvaliteten varierar mellan olika verksamheter.

Slutsats

Sjuksköterskor har ett behov av kunskap om sexualitet samt samtalsteknik, för att kunna möta Förenta nationernas mål för sexualitet och sexuell hälsa. En god relation, samt interaktionssätt är avgörande för hur samtal om sexualitet upplevs. Kunskapens och erfarenhetens betydelse för hur samtalet upplevs är ett återkommande tema i resultatet. Eftersom sexualitet är ett ämne som kan dyka upp i alla vårdsammanhang, behöver grundutbildningen för sjuksköterskor omfatta sexualitetens betydelse för hälsan och välbefinnandet, samt praktiska metoder för att samtala om sexualitet. Kunskap och erfarenhet, tillsammans med rutiner och teamets stöd, har vidare betydelse för huruvida sjuksköterskor känner ansvar för samtal om sexualitet. Såväl tidigare forskning, som resultatet, identifierar att sexualitet fortfarande är ett tabubelagt samtalsämne. Genom att sammanställa kunskap om hur samtal om sexualitet med patienter upplevs, kan sjuksköterskors självreflektion och yrkesmässiga utveckling främjas. Detta möjliggör även avdramatisering av ett tidigare tabu. Om sexualitet ses som en integrerad del av att vara en människa, kan holistisk omvårdnad erbjudas.

Självständighet

Denna integrativa litteraturöversikt skrevs tillsammans av Viktória Németh och Helga Törneryd. En projektplan etablerades innan arbetet påbörjades för att få ett överblickande perspektiv över hela processen. En balans i skrivandet eftersträvades genom tydlig uppdelning av varje avsnitt i litteraturöversikten, som resulterade i en jämn fördelning av ansvar över innehåll och referenshantering. Litteraturöversikten skrevs i ett gemensamt dokument, under ständig diskussion via elektroniska meddelandefunktioner. Författarna träffades dessutom flera gånger både i person och över Zoom, för att skriva tillsammans delarna av litteraturöversikten som krävde närmare samarbete. Helga ansvarade för enighet i språkanvändning medan Viktória ansvarade för upplägget och att en röd tråd löper genom texten. Båda författarna var engagerade och aktiva under hela planerings- och skrivprocessen.

Referenser

Artiklar som ingår i resultatet är markerade med *

*Annerstedt, C. F. & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health - A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3556–3566. <https://doi.org/10.1111/jocn.14949>

Apker, J., Propp, K. M., Zabava Ford, W. S. & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, Credibility, compassion, and coordination: Professional nurses communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.03.002>

Areskoug-Josefsson, K., Chuchu Schindele, A., Deogan, C. & Lindroth, M. (2019). Education for sexual and reproductive health and rights (SRHR): a mapping of SRHR-related content in higher education in health care, police, law and social work in Sweden. *Sex Education*, 19(6), 720–729. <https://doi.org/10.1080/14681811.2019.1572501>

Arikan, F., Meydanlioglu, A., Ozcan, K. & Ozer, Z. C. (2015). Attitudes and beliefs of nurses regarding discussion of sexual concerns of patients during hospitalization. *Sexuality and Disability*, 33(9), 327–337. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9361-9>

*Benoot, C., Enzlin, P., Peremans, L. & Bilsen, J. (2018). Addressing sexual issues in palliative care: A qualitative study on nurses' attitudes, roles and experiences. *Journal of advanced nursing*, 74(7), 1583–1594. <https://doi.org/10.1111/jan.13572>

Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination* (2 uppl., s. 121–131). Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från ide till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 285–297). Studentlitteratur.

Deng, F.-F. (2015). Comparison of nursing education among different countries. *Chinese nursing research*, 2(4), 96–98. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.11.001>

European Union Agency for Fundamental Rights. (16 december 2020). *Age of majority*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2017/mapping-minimum-age-requirements/age-majority>

Evans, D. T. (2013). Promoting sexual health and wellbeing: the role of the nurse. *Nursing Standard*, 28(10), 53–57. <https://doi.org/10.7748/ns2013.11.28.10.53.e7654>

Flynn, K. E., Lin, L., Watkins Bruner, D., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffrey, D. D., Barsky Reese, J., Reeve, B. B., Shelby, R. A. & Weinfurt, K. P. (2017). Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the life course of US Adults. *Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642–1650. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 uppl.). Natur & Kultur.

Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergblom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 321–334). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 141–152). Studentlitteratur.

*Gök, F. & Korkmaz, F. D. (2018). Sexual counseling provided by cardiovascular nurses - Attitudes, beliefs, perceived barriers and proposed solutions. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(6), 24-30. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000535>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 411–420). Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 111–117). Studentlitteratur.

*Hjalmarsson, E. & Lindroth, M. (2020). “To live until you die could actually include being intimate and having sex”: A focus group study on nurses’ experiences of their work with sexuality in palliative care. *Journal of clinical nursing*, 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/jocn.15303>

Hulter, B. & Edberg, A-K. (2019). Sexuell hälsa. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa*. (3 uppl., s. 95–118). Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag. (2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P., Norekval, T. M., Smith, K., Steinke, E. & Thompson, D. R. (2010). Sexual counselling of cardiac patients: Nurses’ perceptions of practice, responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.11.003>

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 81–96). Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 58–77). Studentlitteratur.

Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2017). Sexual health in primary health care - a qualitative study of nurses’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11–12), 1545-1554. <https://doi.org/10.1111/jocn.13454>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

*Krouwel, E. M., Nicolai, M. P. J., van Steijn-van Tol, A. Q. M. J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2015). Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 707–715. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.05.005>

Magnan, M. A., Reynolds, K. E. & Galvin, E. A. (2005). Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. *MEDSURG Nursing*, 14(5), 282–289. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.465.6765&rep=rep1&type=pdf>

Moore, A., Higgins, A. & Sharek, D. (2013). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 416–422. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.008>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 421–436). Studentlitteratur.

Nakopoulou, E., Papaharitou, S. & Hatzichristou, D. (2009). Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions. *Journal of Sexual Medicine*, 6(8), 2124–2132. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01334.x>

*Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426–431. <https://doi.org/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. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.17.7321>

Patientlag (2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Patientsäkerhetslag (2010:659). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

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

*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. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>

Scheffer, B. K. & Rubenfeld, M. G. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 352–359. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20001101-06>

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

Svenska FN-förbundet. (september 2015). Agenda 2030 – Globala målen för hållbar utveckling. <https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615393/1605100833382/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Traumer, L., Hviid Jacobsen, M. & Schantz Laursen, B. (2019). Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 57–66. <https://doi.org/10.1111/scs.12600>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2 uppl.). Davis.

*van Ek, G. F., Gawi, A., Nicolai, M. P. J., Krouwel, E. M., Den Oudsten, B. L., Den Ouden, M. E. M., Schaapherder, A. F., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2018). Sexual care for patients receiving dialysis: a cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 128–136. <https://doi.org/10.1111/jan.13386>

*Wang, P., Ai, J., Davidson, P. M., Slater, T., Du, R. & Chen, C. (2019). Nurses' attitudes, beliefs and practices on sexuality for cardiovascular care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 980–986. <https://doi.org/10.1111/jocn.14692>

*Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 30(5), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>

Willman A., Bahtsevani C., Nilsson R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4 uppl.). Studentlitteratur.

World Health Organization [WHO]. (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1

*Yodchai, K., Hutchinson, A. M. & Oumtanee, A. (2018). Nephrology nurses' perceptions of discussing sexual health issues with patients who have end-stage kidney disease. *Journal of Renal Care*, 44(4), 229–237. <https://doi.org/10.1111/jorc.12257>

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

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

Zetterström, E.-B. (08 maj 2019). *Lagstiftning*. <https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/patientens-rattsliga-stallning/lagstiftning/>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 59–82.). Studentlitteratur.

Bilaga 1 Databassökning i PubMed

Databas / datum PUBMED 14-11-2020	Sökord/ämnesord	Sökträffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultat
1	"Sexuality"[MeSH]	42,302				
2	"Sexual Health"[MeSH]	1,137				
3	"Sexual behavior"[MeSH]	108,265				
4	S1 OR S2 OR S3	108,834				
5	"Attitude"[MeSH]	581,463				
6	"Attitude of Health Personnel"[MeSH]	159,801				
7	"Perception"[MeSH]	434,418				
8	"Experiences"	207,350				
9	"View"	304,025				
10	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	1,468,946				
11	"Nurses"[MeSH]	88,930				
12	Nurs*	983,284				
13	S11 OR S12	983,284				
14	"Communication"[MeSH]	313,497				
15	"Health Communication"[MeSH]	2,482				
16	"Discussing"	27,016				
17	"Conversation"	10,776				
18	"Talking"	8,978				
19	S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	352,490				
20	S4 AND S10 AND S13 AND S19	384				
21	Avgränsningar: Journal Article, in the last 10 years, English.	188	188	32	11	6

Bilaga 2 Databassökning i CINAHL

Databas / datum CINAHL 13-11-2020	Sökord/ämnesord Ev. begränsningar	Sökträffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultat
1	(MH "Nurses+")	232,545				
2	(MH "Sexuality+")	44,708				
3	(MH "Attitude to Sexuality+")	6,098				
4	(MH "Attitude of Health Personnel+")	101,856				
5	(MH "Attitude to Sexuality)	5,067				
6	"nurs*"	939,014				
7	"experiences" or "perceptions" or "attitudes" or "views"	410,299				
8	"sexuality"	37,684				
9	"sexual health"	11,383				
10	"discussing"	11,682				
11	"talking"	7,462				
12	"conversations"	7,226				
13	(MH "Communication+")	284,167				
14	S1 OR S6	943,369				
15	S2 OR S8 OR S9	57,093				
16	S3 OR S4 OR S7	438,741				
17	S10 OR S11 OR S12 OR S13	303,246				
18	S14 AND S15 AND S16 AND S17	312				
19	Avgränsningar: Peer Reviewed; Published Date: 20100101-20201231 English, all adult 19+	85 *2 st dubletter	85	35	7	4

Bilaga 3 Granskningsmall, Kvalitativ

	Fråga	Ja	Nej
1	Är syftet/frågeställningen tydlig?		
2	Beskrivs det varför problemet är relevant att studera?		
3	Var urvalet lämpligt till studiens syfte?		
4	Var urvalet strategiskt med hänsyn till studien syfte?		
5	Är inklusionskriterier tydliga?		
6	Är exklusionskriterier tydliga?		
7	Framgår det hur urvalet av deltagare har gjorts? (var, när, hur de kontaktades)		
8	Redogörs i vilket land studien utfördes?		
9	Redogörs etiska ställningstagande?		
10	Är datainsamlingsmetod lämpligt för syftet?		
11	Redogörs för hur data samlades in och miljön där det skedde?		
12	Råder det datamättnad?		
13	Redogörs för forskarens förståelse inför analysprocessen?		
14	Beskrivs analysprocessen tydligt?		
15	Redogörs för hur teman och kategorier växte fram?		
16	Beskrivs det på vilket sätt analysens tillförlitlighet kontrollerades?		
17	Är resultatet logiskt?		
18	Är resultatet tillförlitligt?		
19	Är resultatet verifierbart?		
20	Är resultatet överförbart?		
21	Är resultatet giltigt?		
22	Redogörs för risk för bias?		
23	Är resultat diskuterade mot annan forskning?		
24	Kan resultatet kopplas till syftet?		
25	Diskuteras resultatets kliniska värde?		

Författare/år/titel:

Maxpoäng: 25

Kvalitet: Hög (>80%), medel (61–79%), låg (<60%)

Bilaga 4 Granskningsprotokoll, Kvantitativ

	Fråga	Ja	Nej
1	Är syftet tydligt formulerad?		
2	Är det beskrivet varför problemet är intressant att studera?		
3	Klargörs vad som saknas från tidigare forskning?		
4	Stämmer syftet med det som konstaterades att behöver undersökas?		
5	Finns det en tydlig metodbeskrivning?		
6	Är syftet/frågeställningarna möjliga att besvara med vald metod?		
7	Redogörs för i vilket land studien utfördes?		
8	Framgår det tydligt vilka som är deltagare i undersökningsgruppen?		
9	Är randomiseringsförfarandet lämpligt och väl utfört?		
10	Redogörs inklusionskriterier?		
11	Redogörs exklusionskriterier?		
12	Redogörs för svarsfrekvens?		
13	Redogörs det för bortfallet?		
14	Redogörs etiska ställningstaganden?		
15	Finns lämpliga referenser till enkät som använts?		
16	Är enkäten validerad?		
17	Är enkäten reliabilitetstestad?		
18	Är resultaten rimliga?		
19	Har resultatet statistisk validitet?		
20	Jämförs det egna resultat med andra publikationer?		
21	Diskuteras om resultatet är generaliserbart?		
22	Diskuteras studiens svagheter?		
23	Diskuteras bias?		
24	Är slutsatser som dras rimliga?		
25	Diskuteras resultatets kliniska värde?		

Författare/År/Titel:

Maxpoäng: 25

Kvalitet: Hög (>80%), medel (61–79%), låg (<60%)

Bilaga 5 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalitet
Benoot, C., Enzlin, P., Peremans, L. & Bilsen, J. 2018 Flandern, Belgien	Addressing sexual issues in palliative care: a qualitative study on nurses' attitudes, roles and experiences	Syftet var att utforska palliativa sjuksköterskors attityder, roller och konkreta erfarenheter av att beröra sexuella besvär i det dagliga arbetet.	Kvalitativ – Allmän kvalitativ studie: Djupintervjuer	21 sjuksköterskor, som jobbar på olika palliativa enheter: 2 st från somatisk enhet, 6 st från boende, 11 st från hemsjukvård och 2 st från palliativ dagverksamhet	Hög (>80%)
Yodchai, K., Hutchinson, A. M. & Oumtane, A. 2018 Södra Thailand	Nephrology nurses' perceptions of discussing sexual health issues with patients who have end-stage kidney disease	Syftet var att utforska thailändska nefrologisjuksköterskors uppfattning av att diskutera problem relaterat till sexuell hälsa med patienter som får dialys.	Kvalitativ – Fenomenologisk studie med semi-strukturerade intervjuer	20 sjuksköterskor från 4 regionala sjukhus i Thailand, som arbetar på dialysavdelningar.	Hög (>80%)
Frid Annerstedt, C. & Glasdam, S. 2019 Södra Sverige	Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health – a qualitative study from the perspectives of oncological nurses	Syftet var att utforska sjuksköterskors uttryck av stöd och kommunikation angående sexuell hälsa med patienter.	Kvalitativ - Foucaults teori av makt, disciplin och normalisering som referensram, Semi-strukturerade intervjuer	7 sjuksköterskor, som arbetar på en onkologisk avdelning, i södra Sverige.	Hög (>80%)
Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. 2017 Västra Australien	Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer	Syftet var att belysa hur sjuksköterskor i västra Australien conceptualiserar tillhandahållandet av psykosexuellt stöd till kvinnor, som genomgår behandling för gynekologisk cancer och hur detta kan jämföras med sjuksköterskor globalt.	Kvalitativ – Deskriptiv design med semi-strukturerade intervjuer	17 sjuksköterskor, som arbetar med kvinnor med gynekologisk cancer. 11 st var grundutbildade och 6 st var specialistutbildade. Av dessa 17 sjuksköterskor var 10 st från somatiska avdelningar och 7 st från primärvården.	Hög (>80%)

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalitet
Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. 2012 Mellanvästra Sverige	Patient's sexuality – a neglected area of cancer nursing?	Syftet var att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av samtal om sexualitet med cancerpatienter	Kvalitativ – Fenomenografi med tematiska intervjuer	10 sjuksköterskor, som arbetar med cancerpatienter, på fem olika avdelningar (kirurgi, gynekologisk onkologi, hematologi, onkologi och palliativ avdelning) i ett sjukhus i mellanvästra Sverige.	Hög (>80%)
Saunamäki, N. & Engström, M. 2013 Sverige	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears	Syftet var att beskriva sjuksköterskors reflektioner över att diskutera sexualitet med patienter	Kvalitativ – Deskriptiv med semi-strukturerade intervjuer	10 sjuksköterskor från olika regioner inom Sverige. 9 sjuksköterskor jobbade inom somatisk vård och 1 i primärvård. Samtliga jobbade med patienter med sjukdomar som är kända att påverka sexualitet.	Medel (79%>61%)
Hjalmarsson, E. & Lindroth, M. 2020 Södra Sverige	“to live until you die could actually include being intimate and having sex”: A focus group study on nurses' experiences of their work with sexuality in palliative care	Syftet var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av deras arbete med sexualitet inom palliativ vård	Kvalitativ – Deskriptiv och induktiv design med fokusgrupp intervjuer och latent analys	11 sjuksköterskor från 3 olika palliativa enheter i södra Sverige. Tre gruppintervjuer: en grupp med 4 sjuksköterskor som jobbar med palliativa patienter i hemsjukvård, en grupp med 4 sjuksköterskor som jobbar på palliativ vårdavdelning och en grupp med 3 sjuksköterskor med blandad erfarenhet av hemsjukvård och palliativ vårdavdelning.	Hög (>80%)
Krouwel, E. M., Nicolai, M. P. J., van Steijn-van Tol, A. Q. M. J., Putter, H. Osanto, S., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. 2015 Nederländerna	Addressing changed sexual functioning in cancer patients: a cross-sectional survey among Dutch oncology nurses	Syftet var att fastställa sjuksköterskors kunskap om och attityd till sexuell funktion i onkologisk vård och identifiera deras upplevda hinder att beröra ämnet.	Kvantitativ – Tvärsnittsstudie med enkät	Sjuksköterskor som arbetar med cancerpatienter i ett kliniskt sammanhang.	Hög (>80%)

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalitet
Zeng, Y.-C., Li, Q., Wang, N., Ching, S. S. Y. & Loke, A. Y. 2011 Hong Kong, Kina	Chinese Nurses' attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients	Syftet var att beskriva kinesiska sjuksköterskors attityder och uppfattningar kring sexuell vård hos cancerpatienter och att utforska relevanta demografiska faktorer som påverkar sjuksköterskornas syn på sexuell vård.	Kvantitativ - Deskriptiv och korrelationsdesign med enkät	199 sjuksköterskor som jobbar med onkologisk vård och har direkt patientkontakt, vid ett sjukhus i Hunanprovinsen i Kina.	Hög (>80%)
Wang, P., Ai, J., Davison, P. M., Slater, T., Du, R. & Chen, C. 2019 Henanprovinsen, Kina	Nurses attitudes, beliefs and practices on sexuality for cardiovascular care: a cross-sectional study	Syftet var att beskriva sjuksköterskors attityder, uppfattningar och rutiner kring sexuell vård av patienter med kardiovaskulär sjukdom.	Kvantitativ - Tvärsnittsstudie med enkät	268 sjuksköterskor från fem olika sjukhus i Henanprovinsen, som arbetar på kardiovaskulära avdelningar.	Hög (>80%)
van Ek, G. F., Gawi, A., Nicolai, M. P. J., Krouwel, E. M., Den Oudsten, B. L., Den Ouden, M. E. M., Schaapherder, A. F., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. 2017 Nederländerna	Sexual care for patients receiving dialysis: a cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department	Syftet var att utforska sjuksköterskors roll på dialysavdelningar i att tillhandahålla sexuell vård till patienter som får dialys.	Kvantitativ - Tvärsnittsstudie med enkät speciellt framtagen för syftet	551 sjuksköterskor, som arbetar på dialysavdelningar med patienter, som får dialys på flera olika sjukhus i Nederländerna.	Hög (>80%)
Gök, F. & Demir Korkmaz, F. 2018 Turkiet	Sexual counseling provided by cardiovascular nurses: attitudes, beliefs, perceived barriers and proposed solutions	Syftet var att attityder och uppfattningar hos kardiovaskulära sjuksköterskor kring att samtala med patienter om sexuella problem, upplevda hinder och föreslagna lösningar.	Kvantitativ - Deskriptiv statistisk design med enkät	170 sjuksköterskor, som arbetar i kardiologiska och kardiovaskulära kirurgavdelningar, i flera olika sjukhus i Turkiet.	Medel (79%>61%)

Bilaga 6 Översikt av resultatets fördelning i artiklarna

Artikel	Teman och underteman						
	Elefanten i rummet					Trygghet i samtal om sexualitet	
	Tabu att prata om	Stereotyper och antaganden	Att närma sig sexualitet i samtal	Kunskapsbehov och undvikande	Någon annan borde ta ansvar	Kunskap ger trygghet	Sjuksköterskan tar ansvar
#1 Benoot et al. (2018)	X		X	X	X	X	X
#2 Yodchai et al. (2018)	X	X	X	X		X	X
#3 Annerstedt & Glasdam (2019)		X	X	X	X		
#4 Williams et al. (2017)	X	X	X	X	X	X	X
#5 Olsson et al. (2012)	X	X	X	X	X		X
#6 Saunamäki & Engström (2013)	X	X	X	X	X		X
#7 Hjalmarsson & Lindroth (2020)	X		X	X	X		X
#8 Krouwel et al. (2015)	X	X	X	X	X	X	X
#9 Zeng et al. (2011)	X		X	X	X	X	X
#10 Wang et al. (2019)	X	X	X	X	X		X
#11 van Ek et al. (2018)	X	X	X	X	X	X	X
#12 Gök & Korkmaz (2018)	X	X		X	X	X	X