

**FAKTORER SOM PÅVERKAR SJUKSKÖTERSANS SAMTAL
KRING SEXUALITET OCH SEXUELL HÄLSA**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2017-10-30

Kurs: 48

Författare: Sara Karlsson Stjärnholm

Författare: Sofia Amcoff

Handledare: Margareta Ramsjö

Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Sexualitet och sexuell hälsa är en del av den holistiska omvårdnaden som sjuksköterskan bedriver. Sexualitet har en central del i att vara människa och det finns en rad sjukdomar eller sjukdomstillstånd som påverkar den sexuella hälsan. I sjuksköterskans ansvar finns att ge lämplig, adekvat och lättillgänglig information till patienten för att främja den upplevda hälsan. Trots detta visar forskning på att sjuksköterskan inte tar upp sexualitet och sexuell hälsa i samtal med patienten.

Syfte

Syftet var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans samtal med patienten kring sexualitet och sexuell hälsa.

Metod

En litteraturoversikt utfördes och baserades på 15 vetenskapliga artiklar från databaserna PubMed och CINAHL complete. Artiklarna analyserades och presenteras i en artikelmatris. De sammanställdes efter identifierade nyckelord i tre huvudteman.

Resultat

Majoriteten av sjuksköterskorna har kunskap i att patientens sexualitet och sexuella hälsa kan påverkas av sjukdom och de upplevde en känsla av ansvar i att ta upp ämnet under samtal med patienten. Resultatet framställs under tre huvudteman; "Sjuksköterskans attityd och uppfattning", "Sjuksköterskans kunskap och utbildning" samt "Arbetsmiljö och organisatoriska faktorer" och beskriver faktorer som påverkar sjuksköterskans samtal med patienten kring sexualitet och sexuell hälsa.

Slutsats

Mer utbildning krävs för sjuksköterskor inom ämnet, speciellt på grundläggande nivå, men även löpande vidareutbildning inom specifika områden. Genom att ge sjuksköterskorna möjlighet till ökad kunskap, tydligare rutiner och reflektion över ämnet kan de förse patienten med en mer holistisk omvårdnad och bidra till förbättrad livskvalitet.

Nyckelord: Sexualitet, Sexuell hälsa, Sjuksköterska, Kommunikation

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Holistisk synsätt i vården.....	1
Sexualitet och sexuell hälsa	2
Sjuksköterskans ansvar.....	3
Kommunikation.....	5
Problemformulering.....	6
SYFTE	6
METOD	6
Val av metod.....	6
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Databearbetning.....	9
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	9
RESULTAT	10
Sjuksköterskans attityd och uppfattning.....	10
Sjuksköterskans kunskap och utbildning.....	11
Arbetsmiljö och organisatoriska faktorer.....	12
DISKUSSION	13
Resultatdiskussion.....	13
Metoddiskussion.....	18
Slutsats.....	21
REFERENSER	23

BILAGA A-B

BAKGRUND

Sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården är ansvariga för omvårdnaden och i det ingår bland annat att ge korrekt, tillräcklig, lämplig och anpassad information till den enskilda individen (International Council of Nurses [ICN], 2014). I detta inkluderas information som rör sexualitet och sexuell hälsa (Sundbeck, 2013).

Trots sjuksköterskans ansvar anses området sexualitet och sexuell hälsa tabubelagt (Quinn, Happell & Welch, 2013) och sjuksköterskan ger inte sexualitet och sexuell hälsa utrymme som krävs för en holistisk vård i samtal med patienten (Ho & Fernández, 2006; Quinn et al., 2013; Saunamäki, Andersson & Engström, 2010). Nay, McAuliffe och Bauer (2007, p.77) skrev ”Being present and connecting with the ‘person’ is highly valued. So how can we do this genuinely if we ignore an integral part of the ‘person’s being’, that is, their sexuality?”.

Holistiskt synsätt i vården

Ett holistiskt synsätt i vården innebär att en helhetssyn tillämpas och att patientens kropp, själ och ande tillgodoräknas som en helhet. Detta innebär att alla delar av en människa bör respekteras (Wärnå-Furu, 2012) och patienten bör ses som en handlande människa (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014).

Sjuksköterskans syn på patienten och den vårdssituation i vilken de möts under samtal, samt den egna förståelsen påverkar det holistiska synsättet och kan medvetandegöras och problematiseras. Sjuksköterskan behöver ha en reflekterande förmåga till de egna åsikterna och den egna förståelsen av patienten för att kunna bedriva vård med ett holistiskt synsätt (Ekbergh, 2013). Odey (2009) beskriver att genom tillåtande hållning ökar sjuksköterskan det holistiska synsättet på vårdandet.

Viera, Ford, Santos, Junquiera och Giami (2013) identifierade sexualitet som grundläggande för hälsa och välbefinnande, vilket gör området till en del av det holistiska synsättet. Dattilo och Brewer (2005) och Odey (2009) såg i sina studier att sexualitet och sexuell hälsa förstods och upplevdes av sjuksköterskorna som en självklar del i den holistiska synen på patienten. Ekbergh (2013) beskriver att sjuksköterskan ska istället för de egna åsikterna utgå från personcentrerad omvårdnad (Ekbergh, 2013).

Personcentrerad omvårdnad

En av sjuksköterskans sex kärnkompetenser är personcentrerad vård. Personcentrerad omvårdnad karakteriseras av att patienten, men även närstående, blir sedda som unika individer med personliga resurser, behov, förväntningar och värderingar (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Odey (2009) talar om att personcentrerad i samtalet kring sexualitet och sexuell hälsa krävs då varje patient är en individ med specifika behov, övertygelser och värderingar vilket även överensstämmer med det som Svensk Sjuksköterskeförening (2017) beskriver. Att arbeta personcentrerat innebär att värna om patientens behov, rättigheter och möjligheter för optimal vårdkontakt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Ekbergh (2013) beskriver att personcentrerad omvårdnad

börjar med patientberättelsen vilket representerar patientens upplevelse. Ekbergh talar om vikten av att det som genomsyrar vården är just patientens egna berättelse och inte sjuksköterskans berättelse om patienten. Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver att det personcentrerade vårdmötet grundar sig i patientens berättelser men att vården planeras och genomförs i partnerskap.

Sexualitet och sexuell hälsa

Sexualitet

Sexualiteten är mer än en biologisk och fysisk aktivitet som människor kan delta i och har lika många dimensioner som det finns människor med det grundläggande behovet (Sundbeck, 2013). Sexualitet involverar kön, könsidentiteter, roller, sexuell orientering, njutning, reproduktion, intimitet och erotik (WHO, 2015).

Sexualitet är en central del i att vara människa och påverkas och utvecklas genom interaktion mellan olika aspekter och normer hos en individ som är kulturella, etniska, legala, historiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, religiösa och spirituella (WHO, 2015). Statens folkhälsoinstitut (2012) beskriver att utvecklingen sker beroende på hur individen och samhället tillåter grundläggande behov av samhörighet, känslor, intimitet, lust, förälskelse, erotik och djupare kärlek. Då sexualiteten är central för människan är den också en del av personligheten och finns i det som driver oss till kontakt, förhållande och gemenskap med andra människor. Den uttrycks i flertal aspekter som hur individen för oss, rör vid andra, tar emot beröring samt individens känslor. Sexualiteten påverkar tankar, handlingar och genom detta den fysiska och psykiska hälsan (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Alla delar som berör sexualitet har en egen plats hos varje individ, de upplevs och uttrycks inte alltid hos alla; sexualitet som livsuppehållande drift är relativ (WHO, 2015). Människans sexualitet och dess eventuella uttryck ger utrymme för den enskildes självbild kring uppfattningar om möjliga och omöjliga intima handlingar (Sundbeck, 2013). Sjuksköterskans egna inställning till sexualitet är till stor del avgörande för hur denne behandlar ämnet i samtal med patienten och det är viktigt att sjuksköterskan har en respektfull syn och inställning till patientens sexualitet (Sundbeck, 2013).

Sexuell hälsa

Definitionen av upplevd sexuell hälsa är komplex då det innefattar välbefinnande hos en människa på flera subjektiva plan (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Enligt WHO (2015) är sexuell hälsa en positiv och respektfull syn på sexualitet och sexuellt förhållande, samt möjligheten till att ha säkra och njutningsfulla sexuella förhållanden och erfarenheter - fritt från tvång, diskrimination och våld. Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande i relation till sexualitet och inte enbart frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller nedsättning (WHO, 2015). Människan kan ha ett gott, likväl som mindre bra eller obefintligt, sexuellt välbefinnande trots en nedsatt hälsa orsakad av sjukdomstillstånd eller behandling (Sundbeck, 2013).

Sjukdomar och sexuell hälsa

Alla sjukdomar med symtom som smärta, ångest, depression, trötthet, aptitlöshet och funktionsstörning kan påverka den upplevda sexuella hälsan hos patienten (Ehnfors,

Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2013). Exempel på sjukdomar som kan påverka en patients sexualitet och sexuella hälsa är smärtsyndrom, hjärtkärl-, och lungsjukdomar, över och undervikt, sjukdomar med metabol påverkan, ledsjukdom, psykisk ohälsa, cancer samt sjukdomar med förändrad känsel, lukt och smaksinne som symtom men även gynekologiska, urologiska, mag- och tarmsjukdomar (Sundbeck, 2013). Viera et al. (2013) fann i sin studie att sjuksköterskan ser sexualitet hos patienten som en viktig del av dennes självkänsla, självbild, förväntningar och välmående.

Sexuella rättigheter

I den vårdande natur där sjuksköterskan arbetar ska det finnas en självklar respekt för alla människors rättigheter (ICN, 2014). Då de sexuella rättigheterna även innefattas i begreppet mänskliga rättigheter (WHO, 2015), bör de inkluderas lika självklart i sjuksköterskans arbete. Sundbeck (2013) beskriver att sjuksköterskan inte behöver tycka om eller sympatisera med patientens upplevelse. Den ska likväl tolereras, respekteras och behandlas likvärdigt samtidigt som patientens erfarenheter och upplevelser ges möjligheten till att vara fria från förtryck och fördomar. Patientens sexuella rättigheter skall skyddas, respekteras och efterlevas av hälso- och sjukvården. Detta innebär att sjuksköterskan ibland, utifrån ett etiskt perspektiv och sant intresse, berättar för patienten att den sexuella hälsan kan vara viktigt för livskvaliteten (Sundbeck, 2013). Livskvalitet är en subjektiv upplevelse av välbefinnande i sammanhanget hälsa. Att realisera de värden livskvaliteten har i en människas liv är en förutsättning för hälsa (Wärnå - Furu, 2012).

Sjuksköterskans ansvar

Att verka för en god sexuell hälsa är en värdefull uppgift för sjuksköterskor (Quinn et al., 2013; Sung, Huang & Lin, 2015; Sung & Lin, 2013). Sjuksköterskan ansvarar för de kliniska beslut inom hälso- och sjukvården som erbjuder patienten ökad möjlighet till att hantera problem som berör hälsan, funktionsnedsättning, välbefinnande eller sin livskvalitet fram till döden. Detta kan ske genom att sjuksköterskan planerar, genomför och utvärderar information och utbildningsinsatser i samtal med patienten (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

I begreppet ansvar, ur ett vårdvetenskapligt perspektiv, inkluderas viljan att skapa ett band mellan sig själv och en annan människa där också viljan att finnas till för den andre föreligger. Att finnas till förfogande och att hjälpa när det behövs innebär att uppfylla en grundläggande mänsklig skyldighet. Ansvar behöver dock inte alltid vara en bindning till en annan person utan det kan också vara till något annat som till exempel ett yrke eller en uppgift (Sjögren, 2012). Med hjälp av synonymerna ”förbindelse, förpliktelse, skuld och skyldighet” (Sjögren, 2012. s. 350) kan bilden av ansvarets betydelse bli tydligare. Sjuksköterskans ansvar innebär inte enbart att svara an för andra utan också att ansvara för sig själv och den egna utvecklingen för att på så sätt kunna ansvara för andra - i den egna utvecklingen kan man se en tydlig koppling mellan ansvar och omvårdnad. I det mellanmänskliga mötet kan en inre känsla av ansvar växa fram i form av ett djupt och personligt ställningstagande. Känslan av ansvar bör komma från människans innersta och vara uppbyggt på kärlek och hjärtligt engagemang (Sjögren, 2012).

Inom hälso- och sjukvården har sjuksköterskan ett ansvar att förhålla sig till riktlinjer, praktiska regler och principer som alla i sig tillhör det professionella ansvaret. Dessa bidrar till det yttre ansvaret i form av plikt i förhållande till yrkesansvaret. I det professionella ansvaret ingår även ett mer omfattande ansvar gentemot samhället samt sjukvårdsinrättningen som är arbetsplatsen (Sjögren, 2012). I sjuksköterskans professionella ansvar ingår också att arbeta hälsofrämjande utifrån ett patientperspektiv vilket framkommer i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskor är inom vården ansvariga för omvårdnaden och i det ingår det bland annat att ge korrekt, tillräcklig, lämplig och anpassad information till den enskilda individen (ICN, 2014). Detta inkluderar även information som rör sexualitet och sexuell hälsa (Sundbeck, 2013). Sjuksköterskan har även ett personligt ansvar över hur denne utför sitt arbete i yrkesrollen (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

Studien av Steinke, Mosack, Barnason och Wright (2011) visar på att sjuksköterskornas känsla av ansvar inför uppgiften att samtala med patienterna om sexualitet och sexuell hälsa har ökat över tid. Majoriteten av sjuksköterskorna upplever att det är deras professionella ansvar att tala om sexualitet men att de sällan tillgodoser detta behov hos patienterna (East och Hutchinson, 2013; Jaarsma et al., 2010; Saunamäki et al., 2010). Saunamäki et al. (2010) såg i resultatet av sin studie att majoriteten av sjuksköterskorna hade förståelse för att patientens sjukdom och behandling kunde påverka patientens sexualitet men att majoriteten inte diskuterade området med patienterna. Studien av Saunamäki et al. (2010) visade också att sjuksköterskor som ansåg sig besitta kunskap om sexualitet upplevde större ansvar att diskutera ämnet med patienten.

Dokumentation

Sjuksköterskan leder omvårdnadsarbetet som är riktat mot patientens grundläggande behov och upplevelser. I kompetensbeskrivningen för den legitimerade sjuksköterskan står det att dokumentation i patientens journal ska ske inom omvårdnadsprocessen i samråd med patienten. Sjuksköterskan är ansvarig att ta del av relevanta journalhandlingar och övrig dokumentation för att kunna göra en adekvat datainsamling och skapa en övergripande uppfattning om patientens omvårdnadsbehov. Fastställda mål dokumenteras kring patientens omvårdnadsdiagnoser (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Dokumentation kan ske i journalen enligt modellen för Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet (VIPS). Modellen består av två delar där första delen bygger på huvudsökord och andra delen fokuserar på omvårdnadsanamnes, status och åtgärder där det journalförs under relevanta sökord. Björvell, Thorell-Ekstrand och Wredling (2003), Rosendal Darmer et al. (2004), Rosendal Darmer et al. (2006) beskriver fördelarna med att arbeta utifrån VIPS-modellen; att ha ett strukturerat sätt att dokumentera i hälso- och sjukvården samt vilka framgångsfaktorer det kan ha för sjuksköterskans journalföring. Patientens upplevelser kring relationer, samlevnad, krav och förväntningar dokumenteras i journalen. Under sökordet sexualitet kan det bland annat dokumenteras uppgifter gällande preventivmedel, biverkningar som påverkar sexualiteten, amning, klimakteriebesvär, gynekologisk status, prostatabesvär, egenvård, hjälpmedel, vanföreställningar, fixering och avvikande sexuell beteende. Även psykologiska dimensioner kring attityd, kunskap, erfarenhet, könsroll och fysiologiska funktionshinder är relevant information (Ehnfors et al., 2013).

Sjuksköterskans utbildning

World Health Organization (WHO) kom, på ett möte år 1975 med arbetsnamnet *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*, fram till att det förelåg ett utbildningsbehov hos vårdpersonalen kring sexuell hälsa. Det framkom också att en förändring i attityden kring sexualitet, främst hos allmänheten men också all vårdpersonal, krävdes för att skapa ett öppnare klimat i ämnet (WHO, 1975).

Den roll sexuell hälsa har i sjuksköterskeutbildningen är enligt Sung och Lin (2013) och Sung et al. (2015) bristfällig. Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska talar om förbättringskunskap och kvalitetsutveckling men också vikten av evidensbaserad vård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Studier visar att det är av värde för sjuksköterskestudenten att förberedas på utmaningar inom området sexualitet och sexuell hälsa samt att lära sig se hela människan (Sung et al., 2015; Sung & Lin, 2013). Detta för att kunna integrera en personcentrerad och holistisk syn på patienten (East & Hutchinson, 2013). Sung et al. (2015) påtalar att sjuksköterskeutbildningen bör innehålla kunskap om vad som är positiv attityd till sexualitet samt verktyg för att kunna samtala om sexuell hälsa. Goossens et al. (2011) påtalar att specifik utbildning kring sexualitet och sexuell hälsa bör ges till sjuksköterskor som arbetar med patienter som har hjärt- och kärlsjukdomar.

Quinn et al. (2013) kom i sin studie fram till att utbildning kan förändra sjuksköterskans arbetsmetoder kring sexuell hälsa, från att vara ett tabubelagt arbetsområde till att vara ”a part of what we do” (s.237). Deltagarna fick en större förståelse för sjuksköterskans roll och ansvar i arbetet kring sexuell hälsa utifrån en holistisk syn på omvårdnad. Under studien ökades deltagarnas möjlighet till att utmana och medvetandegöra egna åsikter och därmed flytta sig från avvärjande ställning till inkluderande ställning i ämnet (Quinn et al., 2013).

Kommunikation

Baggens och Sandén (2014) beskriver kommunikation som en process som skapar förståelse mellan individer. Signaler är en del av kommunikationen och utbyts ständigt både kroppsligt och verbalt vilket kan förmedla tankar, känslor och attityder gentemot den andra personen eller samtalsämnet. Enligt Fredriksson (2015) sker även kommunikation genom lyssnande, beröring och närvaro. Kommunikation är något som alltid pågår och Fredriksson (2015) konstaterar att även när individen avstår från att kommunicera så kommunicerar denne någonting.

Kanerva, Kivinen och Lammintakanen (2015) beskriver kommunikation som en ofrånkomlig del av omvårdnaden och kommunikationen är därför grundläggande för sjuksköterskan oavsett verksamhetsområde. Enligt Travelbee (1971) är kommunikation ett av sjuksköterskans viktigaste redskap för att kunna etablera en meningsfull mellanmänsklig relation som bygger på empati, sympati, kontakt och ömsesidig förståelse. För att kunna förstå en annan persons upplevelse av hälsa och lidande är kommunikationen därför en grundförutsättning. Fredriksson (2015) beskriver att kommunikationen inom

hälso- och sjukvården är viktig på grund av att den skapar möjlighet till samarbete samt att tillfredsställa behov hos olika människor.

Samtal

I sjuksköterskans arbete kan kommunikationen ske i form av samtal eller så sker kommunikation samtidigt som en annan aktivitet (Baggens & Sandén, 2014; Fredriksson, 2015). I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska beskrivs en rad uppgifter som alla kräver samtal. Bland annat beskrivs att sjuksköterskan ska kunna kommunicera med patienter, anhöriga och medarbetare, bedriva personcentrerad vård, leda patientnära omvårdnadsarbete och leda handlednings- och utbildningsaktiviteter på grupp- och individnivå (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Tveiten och Meyer (2009) beskriver att målet med samtalet mellan sjuksköterskan och patienten är att bidra till ökad livskvalitet, hälsa, patientens förmåga till självförverkligande och hitta strategier för patienten att fungera så bra som möjligt i den rådande situationen.

Problemformulering

Tidigare forskning och statistik visar att samtal mellan sjuksköterska och patient om sexualitet och sexuell hälsa är bristfällig (Ho & Fernández, 2006; Quinn et al., 2013; Saunamäki et al., 2010). Detta är problematiskt då sexualitet och sexuell hälsa är en del av den holistiska omvårdnaden som sjuksköterskor bedriver (East & Hutchinson, 2013). Som del av de basala behoven hos en människa bör ämnet uppmärksammas i praktiken för att möjliggöra ett ökat välbefinnande för patienten (Statens Folkhälsoinstitut, 2012). Denna litteraturöversikt avser därför att synliggöra faktorer som påverkar sjuksköterskans samtal med patienten kring sexualitet och sexuell hälsa.

SYFTE

Syftet var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans samtal med patienten kring sexualitet och sexuell hälsa.

METOD

Val av metod

En allmän litteraturöversikt med granskning av kvalitativa och kvantitativa vårdvetenskapliga artiklar valdes som metod. Enligt Forsberg och Wengström (2015) är metoden allmän litteraturöversikt lämplig för att sammanställa resultat från flera olika vetenskapliga studier inom ett specifikt område för att skapa en överblick av den befintliga forskningen. Den aktuella metoden valdes därför för att skapa en överblick av den föreliggande studiens specifika problemområde och på så sätt kunna besvara studiens syfte.

Urval

I enlighet med Östlundh (2017) valdes inklusion- och exklusionskriterier för att kunna söka fram artiklar som var relevanta för syftet. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan år 2007 och 2017, detta eftersom att forskning är en färskvara (Östlundh, 2017). Artiklarna skulle ha tillgängligt abstract och vara skrivna på engelska eller svenska. Artiklarna skulle även vara peer reviewed, originalartiklar, genomgått en etisk granskning samt att de till största del skulle inkludera grundutbildade sjuksköterskor. Peer reviewed och research artiklar valdes för att upprätthålla en högre vetenskaplig standard och objektivitet bland valda artiklar (Helgesson, 2015). Vetenskapsrådet (2017) beskriver peer review som en kollegial sakkunnighets bedömning, att forskare granskar andra forskares arbeten för att bedöma den vetenskapliga kvaliteten. Att artiklarna skulle ha engelskt språk berodde på att de flesta vetenskapliga artiklarna är skrivna på engelska (Österlundh, 2017) samt att det var ett språk vi behärskade. Artiklar på svenska inkluderades då det var vårt modersmål.

Studier där deltagarna tillhörde andra yrkesgrupper än sjuksköterskeyrket eller var vidareutbildade sjuksköterskor exkluderades, detta för att tydligare kunna applicera patientgruppen till den grundutbildade sjuksköterskans arbetsområde. På grund av detta exkluderades även studier där deltagarna arbetade med minderåriga patienter.

Datainsamling

I enlighet med vald metod gjordes organiserade sökningar i olika elektroniska databaser. Enligt Rosén (2012) ska val av databaser för litteratursökning ske utifrån studiens syfte. Sökningarna skedde i de elektroniska databaserna PubMed och CINAHL complete då dessa databaser enligt Forsberg och Wengström (2015) innehåller omvårdnadsvetenskaplig forskning. Sökorden valdes ut genom att ta fram begrepp relevanta för syftet i denna litteraturöversikt. Bland begreppen ingick: sexualitet, sexuell hälsa, sjuksköterska, kommunikation och faktorer. Därefter översattes begreppen med hjälp av Medical Subject Headings (MeSH) i den mån det fanns ett motsvarande begrepp. Fanns inte en MeSH term användes fritextsökning. Även MeSH Major Topic användes.

I CINAHL complete gjordes fritextsökningar och sökorden sexual health, nurse och factor användes. I PubMed användes MeSH-termerna sexuality, nurses, attitudes, belief och communication. Som MeSH Major Topic söktes ”sexual health” samt ”communication” och som fritext sexual health, nurs* och nurse*. Fritext termerna review, STI, midwives och risk användes i exkluderande syfte (se tabell 1). De presenterade sökorden kombinerades på olika sätt.

Booelska operatorer tillämpades för att avgränsa och vidga sökningarna. Operatorerna gjorde det möjligt att inkludera (AND) eller exkludera (NOT) begrepp (Polit & Beck, 2017). Vid sökning i CINAHL complete och PubMed användes trunkering efter begreppen nurs och nurse för att möjliggöra träffar på ordens alla olika böjningar. Detta på grund av att ordets innebörd var det viktiga och inte den grammatiska formen (Östlundh, 2017). Trunkering görs ofta enligt Polit och Beck (2017) med en asterisk (*).

I PubMed gjordes avgränsning ”19+” och I CINAHL complete valdes ”All adults”. I CINAHL complete valdes peer reviewed och research article i varje sökning. I PubMed fanns inte dessa sökalternativ, därför gjordes denna kontroll manuellt.

Tabell 1: Presentation av sökning i databasen CINAHL complete och PubMed

Datum Databas	Sökord	Träffar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
2017-09-07 CINAHL complete	sexual health AND nurse AND factor	35	9	6	4
2017-09-06 PubMed	sexual health (MeSH Major Topic) AND nurse* NOT review	29	9	5	1
2017-09-06 PubMed	communication (MeSH Major Topic) AND sexuality (MeSH) AND nurs* NOT review	25	1	1	1
2017-09-06 PubMed	nurses (MeSH) AND sexuality (MeSH) NOT review	44	4	2	1
2017-09-06 PubMed	sexual health AND nurses AND attitudes (MeSH) NOT risk NOT sti NOT midwife NOT review	199	19	12	6
	TOTALT	332	42	26	13

Manuell sökning

För att inte missa någon relevant artikel genomfördes även manuell sökning i inkluderade artiklars referenslistor utifrån litteraturöversiktens syfte (Karlsson, 2012). Detta resulterade i två inkluderade artiklar; Afyanti (2017) samt Algier och Kav (2008). Totalt inkluderades 15 artiklar i litteraturöversikten.

Databearbetning

I enlighet med Roséns (2012) strategi att välja ut artiklar gjordes en grovsällning. Detta innebar att titlar bedömdes efter relevans. Efter detta analyserades abstracten på de artiklar som valts ut. De som sedan lästes i fulltext var de artiklar med abstracts som ansågs kunna besvara syftet. Dessa granskades av oss båda enskilt enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (se Bilaga A) vilket utformats för vetenskaplig klassificering och kvalitet avseende studier med kvalitativ och kvantitativ metodansats (Berg, Dencker & Skärsäter, 1999; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Efter detta valdes artiklar med låg vetenskaplig kvalitet bort. De artiklar som efter detta återstod granskades avseende valda inklusions- och exklusionskriterier, efter detta valdes några artiklar bort (Rosén, 2012). Vi diskuterade artiklarna tills dess att konsensus uppnåddes kring vilka artiklar som skulle inkluderas i litteraturöversikten. Vi arbetade genom hela processen efter Roséns (2012) princip ”bättre fria än fälla” i de fall vi gjorde olika bedömningar.

Dataanalys

I enlighet med Forsberg och Wengström (2015) granskades inkluderade artiklar kritiskt, detta genom att vi enskilt läste artiklarna flera gånger för att identifiera faktorer som påverkade sjuksköterskans samtal med patienten rörande sexualitet och sexuell hälsa. Data som besvarade den föreliggande litteraturöversiktens syfte markerades i texten och sammanfattades i ett dokument, detta gjordes enskilt. Artiklarna tolkades så korrekt som möjligt efter våra kunskaper i det engelska språket. Ord som ej kunde tolkas översatts med hjälp av hemsidan Tyda (<http://tyda.se/>). Därefter jämförde vi tillsammans våra sammanfattningar och diskuterade likheter och skillnader, i denna del av analysen var vi helt eniga. När gemensamma nyckelord identifierats kunde teman urskiljas. Nyckelorden var de som resulterade i våra tre teman, dessa teman var ”sjuksköterskans attityd och uppfattning”, ”sjuksköterskans kunskap och utbildning” samt ”arbetsmiljö och organisatoriska faktorer”. Data från sammanfattningarna sorterades sedan, enligt vår tolkning av nyckelord, in under korrekt tema. Inkluderade artiklar sammanfattades sedan i artikelmatrisen (se Bilaga B), där presenterades även artiklarnas betyg efter typ och vetenskaplig kvalitet.

Forskningsetiska överväganden

För att forskning ska vara etiskt motiverad är det viktigt att den har betydelse för individen, professionen eller samhället samt att den är kliniskt relevant. Syftet med den föreliggande litteraturöversikten var etiskt motiverad eftersom att den bidrog med väsentlig information till professionen (Kjellström, 2012).

Kjellström (2012) beskriver att ärlighet och hederlighet är grundläggande begrepp vid vetenskapligt arbete. Reliabilitet rör tillförlitlighet och innebär att resultat inte ska uppnås av en tillfällighet (Helgesson, 2015). Avsikten blev därför att inte fabricera, plagiera eller förvanska. Strävandet efter detta skedde genom att presentera all data, använda korrekt källhänvisning samt att inte feltolka eller felpresentera andras ord (Kjellström, 2012).

Helgesson (2015) beskriver att resultatet inte får vara beroende av vem som utför studien då detta kan påverka studiens trovärdighet. Detta betyder att studier med samma syfte och metod bör ge liknande resultat.

All forskning som innehåller känsliga personuppgifter och lagöverträdelse ska granskas av en etikprövningsnämnd. Etikprövningen innehåller en rad aspekter som nämnden ska ta ställning till för att den aktuella forskningen ska bli godkänd. Bland annat ska forskningen utföras med respekt för människovärdet, att informerats samtycke har inhämtats från deltagarna, att människornas välfärd går före samhällets och vetenskapens behov och att människors rättigheter och friheter sätts i relation till den aktuella forskningens värde (Vetenskapsrådet, 2017). På grund av detta inkluderades endast artiklar som genomgått en etisk granskning.

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (se Bilaga A) var ett stöd i kvalitetsgranskningen för att öka kvaliteten och validiteten på den litteraturöversikt som genomfördes för att svara på syftet (Rosén, 2012). Validitet rör kvalitet och giltighet, vilket innebär att endast studera det som avses att studeras och ingenting annat. För att resultaten ska vara valida måste de bygga på verkliga och relevanta data (Helgesson, 2015).

RESULTAT

Efter noggrann analys av samtliga artiklar som inkluderats i resultatet till denna litteraturöversikt framkom tre teman. Inkluderade artiklar finns presenterade i en artikelmatris (se Bilaga B). De tre teman som litteraturöversikten resulterat i är sjuksköterskans attityd och uppfattning, sjuksköterskans kunskap och utbildning samt arbetsmiljö och organisatoriska faktorer.

Sjuksköterskans attityd och uppfattning

Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att det var en del av deras professionella ansvar att diskutera sexualitet (Hoekstra et al., 2012; Quinn et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2014; Oskay et al., 2014; Vassiliadou et al., 2008). Sjuksköterskorna förstod att det var viktigt för patientens hälsa att få diskutera sexualitet och eventuella problem beträffande detta (Arikan et al., 2015; Krouwel et al., 2015; Quinn et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2014; Oskay et al., 2014; Zeng, Liu, Wang et al., 2011). Sjuksköterskor i studien av Nakopoulou et al. (2009) upplevde att det inte var sjuksköterskans ansvar att diskutera sexualitet med patienterna och det därför inte ingick i deras arbetsuppgifter. Det framkom att majoriteten av sjuksköterskorna i studierna ansåg att sexualitet var för privat för att diskutera med patienterna (Afiyanti, 2017; Arikan et al., 2015; Julien et al., 2010; Olsson et al., 2012; Zeng et al., 2011; Zeng, Liu, Wang et al., 2011).

Sjuksköterskorna upplevde att hinder för att samtala om sexualitet var rädslan för att göra patienterna obekväma (Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Quinn et al., 2011; Zeng et al., 2011) och känslan av att själv bli besvärad vid adressering av patientens sexualitet (Moore et al., 2013; Vassiliadou et al., 2008; Zeng et al., 2011).

Sexualitet uppfattades som ett känsligt och tabubelagt ämne vilket gjorde sjuksköterskor obekväma att samtala om ämnet med patienterna (Afiyanti, 2017; Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2014; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Zeng, Liu, Wang et al., 2011). Den konservativa synen på sexualitet och sexuell hälsa identifierades som hinder i flera studier (Moore et al., 2013; Zeng et al., 2011; Zeng, Liu & Wang et al., 2011).

Majoriteten ansåg att det var sjuksköterskans ansvar att ge patienten tillåtelse att prata om sina funderingar kring sexualitet (Afiyanti, 2017; Arikan et al., 2015; Zeng et al., 2011; Zeng, Liu & Wang et al., 2011). Det framkom att mer än hälften av sjuksköterskorna ansåg att sexualitet kunde diskuteras om patienten själv initierade till det i samtal (Afiyanti, 2017; Hoekstra et al., 2012; Julien et al., 2010; Krouwel et al., 2015; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Zeng, Liu & Wang et al., 2011). Algier och Kav (2008) såg i sin studie att den främsta identifierade faktorn för att inte diskutera sexualitet och sexuell hälsa var att patienten inte hade berättat för sjuksköterskan att det fanns problematik kring ämnet.

Mindre än hälften av sjuksköterskorna trodde inte att patienterna förväntade sig att de skulle föra ämnet på tal (Arikan et al., 2015; Julien et al., 2010; Moore et al., 2013; Zeng et al., 2011; Zeng, Liu & Wang et al., 2011). Sjuksköterskorna i studien av Saunamäki och Engström (2014) trodde däremot att patienterna förväntade sig att de skulle ta upp ämnet samt att sjuksköterskorna själva ansåg att det var till sjuksköterskan patienterna skulle komma med frågor. Sjuksköterskorna antog att patienter inlagda på sjukhus var för sjuka för att det skulle finnas intresse i den egna sexuella hälsan (Afiyanti, 2017; Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014; Zeng et al., 2011; Zeng, Liu & Wang et al., 2011). Återkommande hänvisade sjuksköterskor sina patienter till behandlande läkare när patienterna hade funderingar kring sexualitet (Arikan et al., 2015; Vassiliadou et al., 2008; Zeng, Liu & Wang et al., 2011) men även till annan, av sjuksköterskan upplevd, mer erfaren kollega (Hoekstra et al., 2012; Quinn et al., 2011). Antaganden om att den behandlande läkaren skulle ta upp ämnet med patienten förekom (Saunamäki & Engström, 2014; Oskay et al., 2014).

En lättsam jargong upplevdes som underlättande när sjuksköterskorna skulle föra samtal om sexualitet med patienten (Krouwel et al., 2015; Saunamäki & Engström, 2014). I studien av Hoekstra et al. (2012) och Krouwel et al. (2015) presenteras faktorer kring patientens kultur, religion och ålder som hindrande för samtal. Julien et al. (2010) identifierade i sin studie att sjuksköterskor som arbetade nattskift beskrev fler försvårande faktorer kring samtal med patienten om sexualitet och sexuell hälsa än de sjuksköterskor som arbetade dag- och kvällsskift.

Sjuksköterskans kunskap och utbildning

Bristande kunskap kring hur sjukdom och behandling påverkar sexualiteten, osäkerhet och otillräcklig utbildning listades som anledningar till varför sexuell hälsa undveks i samtal med patienten (Afiyanti, 2017; Algier & Kav, 2008; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014; Zeng et al., 2011).

Dessa faktorer bidrog till att sjuksköterskorna kände sig osäkra trots att de hade viljan att tala om sexualitet, hindren upplevdes som för många och bortom deras kontroll (Saunamäki & Engström, 2014).

Mindre än hälften av sjuksköterskorna i studierna av Zeng, Liu och Wang et al. (2011) och Zeng et al. (2011) kände sig säkra i sin förmåga och kunskap att i samtal med patienten föra sexuell hälsa på tal. Majoriteten av sjuksköterskorna i studien av Olsson et al. (2012) var osäkra på när och hur (Hoekstra et al., 2012) samtalen kring sexualitet skulle äga rum. Majoriteten av sjuksköterskorna i studien av Oskay et al. (2014), Moore et al. (2013), Algier och Kav (2008) samt Hoekstra et al. (2012) ansåg att de hade otillräcklig kunskap och utbildning gällande sexuell rådgivning och alla deltagare i studien av Nakopoulou et al. (2009) identifierade bristen på kunskap inom sexualitet och sexuell hälsa. Majoriteten av sjuksköterskorna i studien av Saunamäki och Engström (2014) ansåg sig ha kunskap om hur sjukdom och behandling påverkade sexualiteten och ansåg att detta gav dem anledning att adressera ämnet, vissa sjuksköterskor i studien visste trots detta inte hur de skulle ta upp ämnet med patienten. Vassiliadou et al. (2008) beskriver att väldigt få sjuksköterskor kände sig kvalificerade att hantera den typen av diskussioner trots att de flesta påstod sig ha kunskap om hur sjukdom kan påverka sexualiteten.

Quinn et al. (2011), Julien et al. (2010), Krouwel et al. (2015) samt Hoekstra et al. (2012) kom fram till att erfarna sjuksköterskor diskuterade sexualitet i större utsträckning än mindre erfarna sjuksköterskor. Liknande samband återfanns mellan sjuksköterskornas kunskapsnivå och deras möjlighet att diskutera sexualitet. I dessa studier framkom att ålder på sjuksköterskan spelade roll kring huruvida de talade med patienterna om sexuell hälsa. Äldre sjuksköterskor beskrev färre försvärande faktorer. Oskay et al. (2014) fann att antalet år i professionen samt utbildning var viktiga faktorer som påverkade om sjuksköterskan samtalade om sexualitet. Högre utbildning och längre erfarenhet hade positiv inverkan. I studien av Arikian et al. (2015) fann de inga samband mellan sjuksköterskornas utbildningsnivå, arbetslivserfarenhet och synen på samtal kring sexualitet och sexuell hälsa. Studien visade att de sjuksköterskor som ansåg att samtal om sexualitet var grundläggande för patientens fortsatta hälsa också hade större kunskap om hur sjukdom och behandling skulle kunna påverka patientens sexualitet också var mer trygga i sin förmåga att adressera patientens sexuella problem.

Sjuksköterskorna upplevde att viktiga resurser för att kunna arbeta med sexuella bekymmer var att ha god kommunikationsförmåga, ha sund kunskap om sexualitet och att ha tillgång till relevant utbildning (Zeng et al., 2011). Nakopoulou et al. (2009) betonade behovet av utbildning som inte bara inkluderar fysiologiska problem relaterade till sexualitet utan även kommunikationskunskaper.

Arbetsmiljö och organisatoriska faktorer

En faktor som sjuksköterskorna i studien av Oskay et al. (2014) och Hoekstra et al. (2012) angav som försvärande för samtal kring sexualitet och sexuell hälsa var frånvaron av rutiner på arbetsplatsen.

Det framkom i studien av Krouwel et al. (2015) att rutinerna kring ämnet på flertalet av de deltagande sjuksköterskornas arbetsplatser var obefintliga eller bristfälliga. De sjuksköterskorna som angav att deras arbetsplatser hade rutiner kring att prata om sexualitet med patienterna i större utsträckning gjorde detta. Sjuksköterskor i studien av Saunamäki och Engström (2014) beskrev att rutiner på arbetet underlättade deras samtal kring sexualitet och sexuell hälsa och sågs i studien av Olsson et al. (2012) som förutsättningar för samtal.

Att det inte fanns böcker, manualer och liknande som beskriver hur sjukdom och behandling påverkar den sexuella hälsan, beskrevs som en faktor som försvårade samtalet (Algier & Kav, 2008; Oskay et al., 2014). I studien av Krouwel et al. (2015) framkom att det att på över hälften av sjuksköterskornas arbetsplatser inte fanns någon skriftlig information om sexualitet tillgänglig för patienterna.

Sjuksköterskorna betonade även vikten av stöd från sina arbetsplatser som en viktig faktor i att kommunicera med patienten om sexualitet och sexuell hälsa (Nakopoulou et al., 2009). I studien av Quinn et al. (2011) upplevde sjuksköterskorna att de inte blev uppmuntrade att diskutera ämnet, då deras bedömningsunderlag inte innefattar någonting om ämnet sexualitet. Moore et al. (2013) kom fram till att mer än hälften av deltagarna inte ansåg att brist på stöd från kollegor och arbetsgivare vare en försvårande faktor. Även om bristen på stöd från kollegor och arbetsgivare inte av majoriteten upplevdes vara ett hinder så var det ändå sjuksköterskor som faktiskt upplevde det som försvårande.

Personalbrist resulterade i begränsat med tid och energi, vilket upplevdes försvåra möjligheten att föra känsligare ämnen på tal (Nakopoulou et al., 2009; Zeng et al., 2011). Algier och Kav (2008) och Arian et al. (2015) identifierade tidsbrist som påverkande. Sjuksköterskorna upplevde att arbetsbördan var tung och att patienternas sexualitet därför nedprioriteras för att istället prioritera annan omvårdnad, tidsbrist beskrivs som ett hinder (Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011). Att arbetsplatsen hade en tillåtande atmosfär gällande att ha samtal med patienten som en del av det dagliga arbetet var betydelsefullt (Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012; Quinn et al., 2011). Sjuksköterskorna upplevde bland annat att en viktig resurs för att kunna arbeta med sexualitet och sexuell hälsa var att ha tillgång till privata miljöer, som samtalsrum eller enkelrum (Krouwel et al., 2015; Moore et al., 2013; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014; Zeng et al., 2011).

Korta vårdtider och bristande kontinuitet i sjuksköterske-patientkontakten beskrivs som svåra hinder (Olsson et al., 2012). Att träffa en patient flera gånger och på så sätt etablera en relation bidrog till att sjuksköterskorna kände sig mer bekväma med att diskutera sexualitet (Nakopoulou et al., 2009; Quinn et al., 2011; Zeng et al., 2011). Däremot höll mer än hälften av sjuksköterskorna i studien av Moore et al. (2013) inte med om att korta vårdtider var en försvårande faktor.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans samtal med patienten kring sexualitet och sexuell hälsa. Ett övergripande fynd i litteraturöversikten var att sjuksköterskorna upplevde känsla av ansvar att diskutera sexuell hälsa och sexualitet med patienten vilket är en underlättande faktor som bidrar till sjuksköterskans samtal med patienten. Flertal faktorer identifierades som försvårande och underlättande.

Ju högre känsla av kunskap om sexualitet och sexuell hälsa en sjuksköterska hade, desto större var sannolikheten att denne skulle ta upp ämnet med patienten. Äldre sjuksköterskor beskrev färre försvårande faktorer än yngre sjuksköterskor och antalet år inom yrket hade tillika en positiv inverkan på sjuksköterskans sätt att arbeta med samtal kring sexualitet och sexuell hälsa (Hoekstra et al., 2012; Julien et al., 2010; Krouwel et al., 2015; Oskay et al., 2014; Quinn et al., 2011). Jaarsma et al. (2010) bekräftar att sjuksköterskor med utbildning och fler antal år inom yrket har en positiv attityd till närmandet av samtal med patienten om sexualitet och sexuell hälsa. Saunamäki et al. (2010) styrker resultatet om att den äldre sjuksköterskan har större benägenhet att diskutera patientens sexuella hälsa. Saunamäki et al. (2010) talar om att de äldre sjuksköterskorna över tid utvecklat personlig mognad och bekvämlighet i den egna sexualiteten vilket kan vara en anledning till att de i större utsträckning talar om ämnet med patienterna. Däremot anser vi att en högre ålder inte behöver vara synonymt med fler år i yrkesrollen och större personlig mognad. En äldre sjuksköterska kan ha få år i yrkesrollen samt mindre personlig mognad likväl som att en yngre sjuksköterska kan ha flera år i yrkesrollen och stor personlig mognad.

Att verka för en god sexuell hälsa är en värdefull uppgift för sjuksköterskor (Steinke et al., 2011; Sung et al., 2015; Sung & Lin, 2013; Quinn et al., 2013) och likt denna litteraturöversikts resultat kom Saunamäki et al. (2010) och Jaarsma et al. (2010) fram till att sjuksköterskans känsla av ansvar upplevs som stor kring samtal med patienten om sexualitet och sexuell hälsa (Hoekstra et al., 2012; Quinn et al., 2011; Saunamäki & Engström, 2014; Oskay et al., 2014; Vassiliadou et al., 2008). Artikeln av Nakopoulou et al. (2009) visade på att sjuksköterskorna inte ansåg att det var sjuksköterskans ansvar att diskutera sexualitet. Trots ansvarskänslan hos sjuksköterskan har resultatet visat att det finns ett flertal faktorer som påverkar att hen inte tar upp ämnet i samtal med patienten. Vi upplever detta som motsägelsefullt då känslan av ansvar borde verka som en underlättande faktor på grund av att ansvar är knutet till känslan av att göra rätt för patienten. Detta skulle innebära att avsaknad av ansvarskänsla i frågan verkar som en försvårande faktor i samtal med patienten. Steinke et al. (2011) beskriver sjuksköterskans känsla av ansvar som ökande. Vår reflektion är att sjuksköterskans upplevda ansvar skulle kunna bidra till ökad personcentrering och holistisk syn i omvårdnad om sjuksköterskan faktiskt tar och utövar det upplevda ansvaret.

Mindre än hälften av sjuksköterskorna trodde inte att patienterna förväntade sig att de skulle föra ämnet på tal (Arikan et al., 2015; Julien et al., 2010; Moore et al., 2013; Zeng et al., 2011; Zeng, Liu & Wang et al., 2011). Saunamäki och Engström (2014) fann däremot att deltagande sjuksköterskor trodde att patienterna förväntade sig att de skulle ta upp ämnet. Vi tror att detta skulle kunna bero på kulturella skillnader kring förväntningar på sjukvården i de olika länderna. En annan anledning till de motstridiga resultaten skulle kunna vara att studiernas design kan ha påverkat deras resultat. Studien av Saunamäki och Engström (2014) var en kvalitativ studie och de andra studierna var kvantitativa studier. Vi tror att det skulle kunna vara så att den kvalitativa studien kunde hantera denna specifika fråga på djupet och av den anledningen fick fram ett annat fynd.

En del av resultaten i denna litteraturöversikt var inte likartade över landsgränserna. Detta kan tala till litteraturöversiktens applicerbarhet då alla sjuksköterskor som arbetar inom vården kommer med egna kulturella värderingar och förståelse kring vad som är möjligt och inte möjligt, vilket även speglas i studierna. Den kulturella faktorn som sexuell hälsorådgivning influeras av tas även upp i Goossens et al. (2011). Där talar de specifikt om att kultur är en faktor som sjuksköterskan inte kan komma undan. Artiklarna gjorda i Turkiet, Irland, Grekland, Kina och Indonesien, som inkluderades i resultatet till denna litteraturöversikt, tar specifikt upp de kulturella faktorerna som påverkande hos sjuksköterskorna. Skillnader i kultur finns i alla länder men många gånger också inom ett land eller inom en världsdel. I Europa identifierades både kulturellt påverkande faktorer i några länder; Grekland, Turkiet och Irland medan det i Sverige och Nederländerna inte identifierades samma faktorer lika starkt. Vi anser att sjuksköterskan präglas av den omgivning hen lever i samma utsträckning som patienten präglas av sin omgivning. Skillnaden mellan sjuksköterskan och patienten är att det ligger i sjuksköterskans arbetsuppgift och yrkesroll att bortse från egna värderingar och uppfattningar för att kunna främja patientens välmående och hälsa. Det personcentrerade och holistiska arbetssättet utgår från att vi ställer frågor kring patientens uppfattning, inte att vi präglas av den egna. Sjuksköterskorna i Turkiet beskrev att sexuell hälsa är det mest försummade och minst viktiga området inom hälso- och sjukvård (Algier & Kav, 2008; Oskay et al., 2014) och sjuksköterskor i studierna från Kina uppvisar fler kulturella försvårande faktorer än kollegor från Sverige och USA (Zeng et al., 2011). Detta skulle kunna tolkas som att sjuksköterskor i Sverige och USA har en lika öppen syn på sexualitet, dock visar tidigare forskning i Sverige att svenska sjuksköterskor har en högre grad av identifierade försvårande faktorer än kollegor i USA (Saunamäki et al., 2010). Steinke et al. (2011) kom fram till att en konservativ syn på patientens sexualitet och sexuella hälsa kunde vara en negativt påverkande faktor vilket överensstämmer med resultatet som denna litteraturöversikt fått fram (Afiyanti, 2017; Moore et al., 2013; Zeng et al., 2011; Zeng, Liu & Wang et al., 2011).

En artikel inkluderad i resultatet (Arikan et al., 2015) fann inget signifikant samband mellan sjuksköterskornas utbildningsnivå, arbetslivserfarenhet och syn på samtal kring sexualitet. Detta kan vara en faktor som beror på det kulturella skillnaderna som identifierats och diskuterats ovan. Det kan bero på att i artikeln av Arikan et al. (2015) var tidsbrist den enskilt största identifierade faktorn till att sjuksköterskan inte samtalade med patienterna om sexualitet och sexuell hälsa.

Även Algier och Kev (2008), vars artikel också är från Turkiet, tar upp tidsbristen som faktor. Tidsbrist kan antas ha med bland annat resurser att göra vilket kan göra det till en politisk fråga och således något som sjuksköterskan inte kan påverka mer än distribution av den egna tiden. Sjuksköterskan kanske även gör ett aktivt val i att inte prioritera sexuell hälsa och sedan skylla på tidsbrist. Även Barnason, Steinke, Mosack och Wright (2013) identifierar tidsbrist som en av de största faktorerna vilket bekräftar vårt fynd. Bristen på tid visade sig i Barnason et al. (2013) genom att sjuksköterskan inte hade möjlighet att ge patienten den tid denne behövde för att diskutera ämnet sexuell hälsa. Det var annat som tog upp tiden för sjuksköterskorna vilket bidrog till att de prioriterade bort samtal kring sexualitet och sexuell hälsa, vilket även är ett av fynden i denna litteraturöversikt. Barnason et al. (2013) fortsätter med att beskriva bristen på tid genom att framhålla sjuksköterskornas upplevelse av reducerade möjlighet att skapa en god sjuksköterska-patient relation, vilket bygger på en terapeutisk mellanmänsklig relation. Enligt Joyce Travelbee (1971) är kommunikation är ett av de viktigaste redskapen för att etablera en meningsfull mellanmänsklig relation. Goda kommunikationskunskaper och en god relation mellan sjuksköterska och patient har återkommande identifierats som underlättande för samtal med patient om sexualitet och sexuell hälsa. Vi ser att den mellanmänskliga relationen som byggs mellan patient och sjuksköterska bidrar till ökad personcentrering och ett holistiskt vårdande.

Två artiklar visade på att en lättsam jargong upplevdes som underlättande när sjuksköterskorna skulle föra samtal om sexualitet med patienten (Krouwel et al., 2015; Saunamäki & Engström, 2014). Om patienten själv skämtsamt tog upp ämnet kunde den lättsamma stämningen öppna upp för ett pedagogiskt samtal kring till exempel sexuella biverkningar av olika behandlingsmetoder. De talade om att sjuksköterskans anpassningsförmåga gentemot patienten var av vikt, sjuksköterskan kunde till exempel använda den lättsamma stämningen istället för att patienten skämtar bort ämnet. Vi tror att känslan av osäkerhet, att göra en annan människa besvärad eller själv bli besvärad kan ge svar på varför just humor är ett värdefullt redskap i samtal. Vi ser att humor kan avdramatisera ämnet, som majoriteten av deltagande sjuksköterskor i inkluderade studier ansåg som för privat att diskutera, genom att tillåta patienten sänka garderna och närma sig ämnet på dennes egna villkor. Detta bidrar till ökad personcentrering.

I artikeln av Hoekstra et al. (2012) presenteras faktorer kring patientens kultur, religion och ålder som försvårande för samtal. Vi tror att sjuksköterskan ser patientrelaterade faktorer som försvårande på grund av att sjuksköterskan har förutfattade föreställningar och fördomar om patienten som inte behöver stämma. Odey (2009) beskriver att genom tillåtande hållning ökar sjuksköterskan det holistiska synsättet på vårdandet. Viera et al. (2013) identifierade sexualitet som grundläggande för hälsa och välbefinnande, vilket gör området till en del av det holistiska synsättet. Dattilo och Brewer (2005) och Odey (2009) såg i sina studier att sexualitet och sexuell hälsa förstods och upplevdes av sjuksköterskorna som en självklar del i den holistiska synen på patienten. Ekbergh (2013) beskriver att sjuksköterskan istället för de egna åsikterna ska utgå från personcentrerad omvårdnad.

Ett fynd som framkom i artikeln av Julien et al. (2010) var att sjuksköterskor som arbetar nattskift uppvisar fler försvårande faktorer i samtal med patienten om sexualitet och sexuell hälsa än de som arbetar dag- och kvällsskift. I artikeln kunde de härleda detta fynd till att sjuksköterskorna som arbetade natt var yngre och mindre erfarna samt att färre sjuksköterskor arbetar natt och att de då har färre möjligheter att faktiskt prata med patienterna. Detta var ett fynd som inte framkom i någon annan artikel i litteraturoversikten men det var inte en faktor som de övriga inkluderade artiklarna redovisade att de tagit i beaktan när de sökte signifikanta relationer mellan demografiska faktorer och resultatet.

I artikeln av Vassiliadou et al. (2008) framkom det att sjuksköterskor av manligt kön beskrev färre försvårande faktorer än sina kvinnliga kollegor. Detta bekräftas av Ho och Fernandez (2006) som beskriver att kvinnliga sjuksköterskor har svårare att ta upp sexualitet med patienter än manliga kollegor. Vi tror att en anledning till detta skulle kunna vara att det generellt i samhället är mer accepterat för män att äga sin sexualitet. Det kan tänkas att det är mer bekvämt med en tillåtande hållning gentemot mannens sexualitet. De strukturella skillnaderna i samhället visar sig på olika sätt inom olika kulturer, men att det finns en påverkan hos olika kön är för oss tydligt. Det kan även bero på en tillfällighet då majoriteten av inkluderade artiklar i litteraturoversikten hade deltagare som identifierat sig som kvinnor.

Bristande kunskap kring hur sjukdom och behandling påverkar sexualiteten, osäkerhet och otillräcklig utbildning listades som anledningar och faktorer till varför sexuell hälsa undveks i samtal med patienten (Afiyanti, 2017; Algier & Kav, 2008; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014; Zeng et al., 2011). Dessa faktorer bidrog till att sjuksköterskorna kände sig osäkra trots att de hade viljan att tala om sexualitet, hindren upplevdes som för många och bortom deras kontroll vilket bekräftas av Saunamäki et al. (2010) och Jaarsma et al. (2010). Endast ett fåtal av sjuksköterskorna i studierna kände sig säkra i sin kunskap kring sexualitet och sexuell hälsa och majoriteten var osäkra på när och hur samtal med patienten kring ämnet ska ske (Algier och Kav, 2008; Hoekstra et al., 2012; Moore et al., 2013; Nakopoulou et al., 2009; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Zeng, Liu och Wang et al., 2011; Zeng et al., 2011). Vi ser detta som ett tecken på bristfällig utbildning kring ämnet vilket bekräftas av Sung och Lin (2013) samt Sung et al. (2013). Jaarsma et al. (2010) beskriver behovet av specifik utbildning för sjuksköterskan inom ämnet sexuell hälsa för att kunna bedriva god omvårdnad. I vårt resultat framkom att det är viktigt med en sund kunskap om sexualitet för att kunna ha god kommunikation i ämnet vilket även Sung et al. (2015) bekräftar. Barnason et al. (2013), Saunamäki et al. (2010), Jaarsma et al. (2010) beskriver behovet av utbildning och ökad specifik kunskap inom ämnet vilket även denna litteraturoversikt har visat. Vi tror att utbildning kring sexualitet och sexuell hälsa i sjuksköterskeprogrammet skulle uppmuntra sjuksköterskan att arbeta aktivt med området. Samtal om sexualitet är grundläggande för patientens fortsatta hälsa och vi tror att utbildning inom detta tidigt i sjuksköterskans karriär kan leda till större kunskap och ökad trygghet i sjuksköterskans förmåga att adressera patientens sexuella hälsa.

En återkommande organisatorisk faktor som inverkar hämmande var frånvaron av rutiner på arbetsplatserna kring hur kommunikation, dokumentation samt hänvisning av patienter med sexuell problematik skulle ske (Algier & Kav, 2008; Hoekstra et al., 2012; Krouwel et al., 2015; Oskay et al., 2014). Quinn et al. (2013) talar om de positiva resultat som utbildning på arbetsplatsen kan föra med sig och Goossens et al. (2011) visar på att specifik utbildning bör ges till sjuksköterskor som arbetar med specifika patientgrupper vilket överensstämmer med de resultat som presenterats i denna litteraturöversikt. Bristfälliga eller obefintliga rutiner kring hur sjuksköterskan ska ta sig an ämnet i samtal med patienten är ett problemområde på organisatorisk nivå som bör diskuteras. Anledningen till varför det inte finns rutiner på arbetsplatserna skulle kunna förklaras i diskussionen kring kulturella faktorer. Tycker inte sjuksköterskan själv att ämnet bör diskuteras i relation till kulturella faktorer och tabu, så är antagandet att organisationen och arbetsplatsen har samma inställning nära till hands. Björvell et al. (2003), Rosendal et al. (2004) och Rosendal et al. (2006) talar om fördelar att arbeta systematiskt kring sjuksköterskans journalföring vilket även Quinn et al. (2011) identifierat när sjuksköterskorna beskrev att de inte upplevde sig uppmuntrade till att diskutera ämnet för att det fanns brister i bedömningsunderlaget.

Korta vårdtider beskrivs som en försvårande faktor i studien av Olsson et al. (2012) vilket sjuksköterskorna i studien av Moore et al. (2013) inte upplevde som försvårande. Denna skillnad i artiklarna skulle kunna bero på att studien av Olsson et al. (2012) är en kvalitativ intervjustudie medan Moore et al. (2013) är en kvantitativ enkätstudie. Vi tror att de olika metoderna kan bidra till att sjuksköterskorna i olika utsträckning har möjlighet att reflektera kring faktorer. En annan anledning till att korta vårdtider upplevs olika i de olika studierna skulle kunna vara att studierna utfördes på olika arbetsplatser och att rutinerna därför såg olika ut. Tydliga rutiner kring arbetet med patientens sexuella hälsa anser vi skulle kunna bidra till att korta vårdtider inte innebär ett problem.

Bristen på tillgänglig skriftlig information på verksamheterna där personer vårdas är en försvårande faktor (Algier & Kav, 2008; Krouwel et al., 2015; Oskay et al., 2014) vilket även bekräftas av Barnason et al. (2013). Vi tror att om sjuksköterskan skulle ha tillgång till skriftlig information skulle det underlätta för denne att ta upp sexualitet och sexuell hälsa i samtal med patienten. Genom att ha material som patienten själv kan läsa eller som sjuksköterskan kan gå igenom tillsammans med patienten öppnas dörrarna för ytterligare konversation i ett specifikt sammanhang. Vi anser att ett uteblivet samtal med en patient som grundar sig i kunskapsbrist hos sjuksköterskan eller att sjuksköterskan upplever genans kring samtalsämnet kunna bidra till en obalans i relationen där patientens autonomi försvagas. Sjuksköterskan har som uppgift att ge patienten relevant information, vilket innebär att det uteblivna samtalet kring sexualitet och sexuell hälsa inte är etiskt försvarbart (ICN, 2014). När sjuksköterskan väljer att inte informera patienten om möjligheten till att diskutera sexualitet och sexuell hälsa i samband med sjukdom och sjukdomstillstånd kan vi se att principen om autonomi och det holistiska vårdandet inte efterlevs.

Metoddiskussion

Syftet var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans samtal med patienten kring sexualitet och sexuell hälsa. För att besvara syftet valdes en allmän litteraturoversikt som metod. Fördelar med en litteraturoversikt är enligt Polit och Beck (2017) att befintlig forskning inom ett område kan studeras och sammanfattas och kunskapsluckor kan identifieras för vidare forskning inom området. En litteraturoversikt är dock begränsad i att följdfrågor inte kan ställas efter givet resultat. Svagheter med en allmän litteraturoversikt kan enligt Forsberg och Wengström (2015) vara att författaren bara har tillgång till en begränsad mängd relevant forskning samt att urvalet kan bli selektivt och olika experter kan komma fram till olika slutsatser. Detta till skillnad mot en systematisk litteraturoversikt som enligt Rosén (2012) uppfyller högre krav på tillförlitlighet och transparens. En systematisk litteraturoversikt hade varit en alternativ utökad metod för att svara på syftet med en mer grundlig sökning i all tillgänglig forskning, dock ansåg vi att det fanns begränsade resurser under arbetets gång vilket omöjliggjorde utförandet av metaanalys och omfattande datainsamling. Fördelarna med en systematisk litteraturoversikt hade varit att vi kunnat få fram alla påverkande faktorer, genom vald metod har vi enbart fått fram faktorer efter analys i ett begränsat antal artiklar. En intervjustudie hade kunnat utföras men då vi ville belysa syftet ur ett globalt perspektiv upplevdes inte den metoden som optimal. Vår upplevelse var att en intervjustudie skulle vara mindre generaliserbar än en allmän litteraturoversikt. Det ser vi på grund av att en litteraturoversikt gav oss möjlighet att bearbeta data från en större mängd sjuksköterskor inom olika arbetsområden än om vi hade gjort en intervjustudie.

Databaserna PubMed och CINAHL användes för sökning av vårdvetenskapliga artiklar. Att använda olika relevanta databaser är en styrka då det minskar risken att betydelsefulla artiklar gås miste om. Vid sökning av forskning som var relevant för syftet så gjordes till början en bred sökning med få sökord i databaserna. En bedömning gjordes för att se om en tillräcklig mängd artiklar fanns för att en litteraturoversikt skulle kunna genomföras. Enligt Polit och Beck (2017) är tillräckligt med tidigare forskning en förutsättning vid genomförande av litteraturoversikt.

Litteraturoversiktens syfte låg till grund för sökorden i databassökningarna. Flertalet artiklar återkom under flera olika kombinationer av sökord och vid sökningar i båda databaserna, detta styrker att valda sökord har god koppling till syftet. Totalt inkluderades 15 artiklar, vilket av oss ansågs ge tillräcklig mängd data för att besvara litteraturoversiktens syfte i relation till den noggranna urvalsprocessen. Enligt Polit och Beck (2017) kan ett lågt antal inkluderade artiklar påverka generaliserbarheten. Enligt Forsberg och Wengström (2015) ökar resultatets trovärdighet genom att styrka de fynd som identifierats med andra vetenskapliga artiklar. Vi har reflekterat kring möjligheten att om andra databaser inkluderats vid datainsamlingen kunde detta eventuellt bidra med artiklar som vi ej funnit med hjälp av PubMed och CINAHL complete. Beslutet att använda PubMed och CINAHL complete vid databassökningen togs med stöd av kurslitteratur.

Ett urvalskriterium var att inkluderade artiklar skulle vara publicerade de senaste tio åren. Vi anser att denna begränsning skulle kunna ha påverkat resultatet då det i artiklarnas referenser funnits flertalet artiklar från år 2006 som hade besvarat litteraturöversiktens syfte och inklusionskriterier bortsett från publiceringsår. Det är tänkbart att expansion av antalet år som inklusionskriterium skulle kunnat leda till fler identifierade artiklar, vilket skulle kunnat påverka det aktuella resultatet. Tidsbegränsningen gjordes för att enbart den mest aktuella forskningen skulle inkluderas. Exkluderade artiklar till denna litteraturöversikt kunde i vissa fall användas till bakgrunden och diskussion för större förståelse av ämnesområdet sexualitet och sexuell hälsa. Ett annat inklusionskriterie var att det skulle finnas tillgängligt abstract. Detta kan ha påverkat resultatet då artiklar i CINAHL och PubMed inte alltid har tillgängligt abstract. Dock gjordes en avvägning för att lättare sälla artiklar som inte var relevant för syftet. Denna avgränsning kan dock ha lett till att vi missat artiklar som passat litteraturöversiktens syfte tidigt i processen.

Begränsningen att ta med artiklar där deltagarna enbart var grundutbildade sjuksköterskor i denna litteraturöversikt fanns till en början. Dock höll inte denna begränsning under databearbetningen. Vi fann att flertalet av artiklarna inkluderade både grundutbildade och vidareutbildade sjuksköterskor, trots att vidareutbildning inte var beskrivet som inklusionskriterium i de enskilda studierna. Detta var något som vi noggrant diskuterade och övervägde innan artiklar inkluderades i denna litteraturöversikt. Urvalskriteret ändrades under arbetets gång till att ta med artiklar där deltagarna till största del var grundutbildade sjuksköterskor. I en inkluderad studie från Indonesien hade största delen (71.9 procent) av deltagande sjuksköterskor "Diploma in nursing" och resterande sjuksköterskor i studien hade "Bachelor in nursing". I Indonesien motsvarar "Diploma in nursing" tre år på högskola och "Bachelor in nursing" fyra år på högskola. Detta minskar resultatets generaliserbarhet då sjuksköterskeutbildningen inte är utformad som i Sverige. Vi valde att inkludera denna studie trots att de till största del inte är grundutbildade sjuksköterskor för att den besvara syftet. Hade vi valt att inkludera studier där deltagarna var vidareutbildade sjuksköterskor så kan resultatet ha påverkats. Det kan tänkas att en sådan studie, där även vidareutbildade sjuksköterskor inkluderas, identifierar fler underlättande faktorer kring sjuksköterskans samtal med patienten kring sexualitet och sexuell hälsa då de har mer utbildning.

Vetenskapliga artiklar som används i litteraturöversikter ska enligt Polit och Beck (2017) klassificeras när det kommer till kvalitet och typ för att bedöma trovärdigheten i studien. I denna litteraturöversikt användes Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet av studier med kvalitativ och kvantitativ metodansats (se Bilaga A). Klassificeringen skedde utifrån vår subjektiva åsikt vilket kan resultera i felaktig klassificering av studier. Vi har vid behov haft diskussioner kring syn på klassificering av vetenskapliga artiklar och därefter tagit ett gemensamt beslut i frågan. För att minska risken för missförstånd, tolkningsfel samt felaktig klassificering lästes artiklarna upprepade tillfällen gånger. De inkluderade artiklarnas innehåll och klassificering sammanfattades i en artikelmatris (se Bilaga B) för att samla data på ett systematiskt sätt. Artikelmatrisen är även ett hjälpmedel för läsaren att få en tydligare förståelse för processen i vilken resultatet uppnåddes.

De inkluderade artiklarna är gjorda i Sverige, Turkiet, USA, Nederländerna, Irland, Grekland, Australien, Indonesien och Kina. Att studierna är gjorda i fyra olika världsdelar (Europa, Asien, Nordamerika och Oceanien) är en styrka som talar för en ökad generaliserbarhet. Av samma orsak kan generaliserbarheten minska. Detta på grund av att sjukvården i de olika länderna kan vara utformad på olika sätt, vilket kan leda till samma faktorer identifierats på olika grunder. Den svenska sjukvården är mångkulturell och därför anser vi att denna litteraturöversikt är applicerbar på den vård vi bedriver i Sverige.

Alla inkluderade artiklar är skrivna på engelska vilket inte är vårt modersmål. På grund av detta kan det finnas risk att feltolkning har förekommit. För att minska risken för feltolkning och syftningsfel har vi läst artiklarna upprepade gånger. Bådas våra kunskaper i det engelska språket samt hemsidan Tyda (<http://tyda.se/>) har använts. I de fall tabeller med kvantifierbara data har presenterats i artiklarna har dessa tolkats med hjälp av artikelförfattarnas resultatbeskrivning för att minska risken för feltolkning. En styrka med denna litteraturöversikt är att den är skriven av två författare som enskilt och sedan tillsammans har tolkat de 15 inkluderade artiklarnas resultat för att sedan sammanställa dessa till tre huvudteman. Att vara flera författare i en studie kan enligt Polit och Beck (2017) vara en fördel då forskningsprocessen under arbetets gång kan diskuteras. Även litteraturöversiktens tillförlitlighet ökar om flera författare kritiskt kan granska och bearbeta litteratur och därmed förhålla sig objektiva i förhållande till resultatet. Vår subjektiva tolkning av resultaten kan dock ha påverkat resultatet i denna litteraturöversikt. Vi har haft för avsikt att undvika detta genom att arbeta enligt forskningsprocessen på ett systematiskt sätt.

Under vår dataanalys har vi analyserat och sorterat in data under korrekt tema enligt vår egna uppfattning. Då vår tolkning kan upplevas subjektiv finns möjligheten att resultatet skulle se annorlunda ut om analysen gjordes igen av andra personer. Vi anser dock att eftersom vi är två författare till denna litteraturöversikt som gjort samma bedömning om rätt data på rätt ställe, så ökar trovärdigheten och replicerbarheten.

Vi har under arbetets gång med föreliggande litteraturöversikt suttit tillsammans och arbetat vilket har möjliggjort fortlöpande reflektion och diskussion. Detta har av oss upplevts som en styrka för arbetsprocessen och det slutgiltiga resultatet.

Slutsats

Mer utbildning krävs för sjuksköterskor inom ämnet, speciellt på grundläggande nivå, men även fortlöpande utbildning inom specifika arbetsområden genom hela sjuksköterskans karriär. Återkommande i artiklarna är att faktorerna grundar sig i okunskap hos sjuksköterskan och organisationen. Detta ses då sexualitet och sexuell hälsa i samtal med patienten uteblir trots sjuksköterskans känsla av ansvar samt att sjuksköterskan låter den egna uppfattningen och attityden styra arbetsmetoden. Identifierade faktorer har en påverkan på sjuksköterskan i olika utsträckning. Alla försvårande faktorer som identifierades är sådana som kan motverkas hos sjuksköterskan och den organisation sjuksköterskan är verksam inom. Genom att ge sjuksköterskan möjlighet till ökad kunskap,

tydligare rutiner och reflektion över ämnet kan det resultera i att patienten får en mer holistisk och personcentrerad omvårdnad vilket bidrar till förbättrad livskvalitet.

Fortsatta studier

Sexualitet är en central del av att vara människa (WHO, 2015). Detta innebär att det ständigt finns behov av fortsatt forskning för att utöka kunskapen inom området. Utifrån föreliggande litteraturöversikts resultat bör konsekvenser av att inte diskutera sexualitet och sexuell hälsa studeras men även de positiva effekterna på vården som samtal i ämnet kan föra med sig. Fortsatta studier behövs även för att klargöra patientens upplevelse och behov av stöd rörande sexualitet. Det finns även ett behov av studier kring vilken typ av stöd sjuksköterskor behöver för att samtala kring sexualitet och sexuell hälsa med sina patienter och hur det kan göras till en självklar del av arbetet de utför. Fortsatta studier bör även ske inom ramen för sjuksköterskeutbildning och således med sjuksköterskestudenter. En kartläggning om hur olika lärosäten undervisar i ämnet sexualitet och sexuell hälsa kan ge en fördjupad bild kring kunskapsluckan som majoriteten av sjuksköterskor upplever.

Klinisk tillämpbarhet

Genom att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans samtal med patienten kring sexualitet och sexuell hälsa kan det bidra till att sjuksköterskan att få en större förståelse och därmed en ökad medvetenhet i sin yrkesutövning inom ämnet. Resultatet i denna litteraturöversikt talar för behovet av samtal om sexualitet i sjuksköterskeutbildningen, patientanpassad information i skrift om ämnet inom hälso- och sjukvården och utarbetade rutiner runt sexualitet på sjuksköterskors arbetsplatser. Genom ökad kunskap, tydligare rutiner och reflektion över ämnet kan sjuksköterskan förse patienten med en mer holistisk omvårdnad och bidra till förbättrad livskvalitet.

REFERENSER

Samtliga artiklar som använts i resultatet är i referenslistan markerade med en asterisk (*) före författarens namn, detta för att lättare kunna urskiljas från övriga referenser.

*Afiyanti, Y. (2017). Attitudes, belief, and barriers of Indonesian Oncology Nurses on providing assistance to overcome sexuality problem. *Nurse Media Journal of Nursing*, 7(1), 15–23. Hämtad från: <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers>

*Algier, L., & Kav, S. (2008). Nurses' approach to sexuality-related issues in patients receiving cancer treatments. *Turkish Journal of Cancer*, 38(3), 135–141. Hämtad från: http://www.turkjcancer.org/pdf/pdf_TJC_491.pdf

*Arikan, F., Meydanlioglu, A., Ozcan, K., & Canli Ozer, Z. (2015). Attitudes and Beliefs of Nurses Regarding Discussion of Sexual Concerns of Patients During Hospitalization. *Sexuality & Disability*, 33(3), 327–337. doi:10.1007/s11195-014-9361-9

Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2:2. uppl., ss. 507–531). Lund: Studentlitteratur.

Barnason, S., Steinke, E., Mosack, V., & Wright, D.-W. (2013) Exploring nurses' perceptions of providing sexual health counseling for patients with cardiac disease: implications for evidence-based interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(4), 191–198. doi: 10.1097/DCC.0b013e31829980d1.

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (3). Stockholm: SBU, SFF.

Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., & Wredling, R. (2003). Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 206–214. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00723.x

Borglin, G. (2012). Mixad metod - en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:4. uppl., ss. 269–287). Lund: Studentlitteratur.

Dattilo, J., & Brewer, M.K. (2005). Assessing clients' sexual health as a component of holistic nursing practice: Senior nursing students share their experiences. *Journal of holistic nursing*, 23(2), 208–219. doi: 10.1177/0898010105275839

East, L., & Hutchinson, M. (2013). Moving beyond the therapeutic relationship: a selective review of intimacy in the sexual health encounter in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23–24), 3568–3576. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12247>

- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya vips-boken*. Välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet (uppl. 2:2). Lund: Studentlitteratur.
- Ekbergh, M. (2013). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (1:5, ss. 494–495). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Fredriksson, L. (2015). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin., & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (1:5. uppl., ss. 321–330). Lund: Studentlitteratur.
- Goossens, E., Norekvål, T. M., Faerch, J., Hody, L., Olsen, S. S., Darmer, M. R., Jaarsma, T., & Moons, P. (2011) Sexual counselling of cardiac patients in Europe: culture matters. *International Journal of Clinical Practice*, 65(10), 1092–1099. doi: 10.1111/j.1742-1241.2011.02756.x.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg., & J. Öhlén. (Red.) *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (2:1. uppl., s. 363). Lund: Studenlitteratur
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2:1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ho, T.M., & Fernández, M. (2006). Patient's sexual health: do we care enough? *Journal of Renal Care*, 32(4), 183–186. doi: [doi/10.1111/j.1755-6686.2006.tb00019.x/epdf](https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2006.tb00019.x/epdf)
- *Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Coupersus, M. F., Sanderman, R., & Jaarsma, T. (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart & Lung*, 41(5), 492–499. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.04.009
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P.,... Thompson, D. R. (2010). Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 24–29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.11.003>
- *Julien, J. O., Thom, B., & Kline, N. E. (2010). Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), 186–190. doi: 10.1188/10.ONF.E186-E190.
- Kanerva, A., Kivinen, T., & Lammintakanen, J. (2015). Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(5), 298–305. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12187>

Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:4. uppl., ss. 95–113). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:4. uppl., ss. 69–90). Lund: Studentlitteratur.

*Krouwel, E. M., Nicolai, M. P., van Steijn-van Tol, A. Q., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R. C., & 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. doi: 10.1016/j.ejon.2015.05.005.

*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. doi: 10.1016/j.ejon.2012.11.008.

*Nakopoulou, E., Papaharitou, S., & Hatzichristou, D. (2009). Patients' sexual health: a qualitative research approach on Greek nurses' perceptions. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(8), 2124–2132. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01334.x.

Nay, R., McAuliffe, L., & Bauer, M. (2007). Sexuality: from stigma, stereotypes and secrecy to coming out, communication and choice. *International Journal Older People Nursing*, 2(1), 76–80. doi: [doi/10.1111/j.1748-3743.2007.00052.x/epdf](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00052.x/epdf)

Odey, K. (2009). Legitimizing patient sexuality and sexual health to provide holistic care. *Gastrointestinal Nursing*, 7(8), 43–47. doi: <https://doi.org/10.12968/gasn.2009.7.8.44749>

*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. doi: 10.1016/j.ejon.2011.10.003.

*Oskay, U., Can, G., & Basgol, S. (2014). Discussing sexuality with cancer patients: oncology nurses attitudes and views. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 15(17), 7321–7326. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.17.7321>

Polit, D.F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

*Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2011). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 21–28. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x

Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2013). Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 231–240. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00865.x>

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:4. uppl., ss. 429–443). Lund: Studentlitteratur.

Rosendal Darmer, M., Ankersen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E., & Egerod, I. (2004). The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(-), 325–332. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00289.x

Rosendal Darmer, M., Ankersen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E., & Egerod, I. (2006). Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of clinical nursing*, 15(5), 525–534. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01475.x

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

*Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3/4), 531–540. doi: 10.1111/jocn.12155

Sjögren, R. (2012). Ansvar. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (1:5, ss. 349–360). Lund: Studentlitteratur.

Statens Folkhälsoinstitut (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Mölnlycke: Elanders Sverige AB. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12779/R2012-01-Sex-halsa-och-valbefinnande.pdf>

Steinke, E. E., Mosack, V., Barnason, S., & Wright, D. W. (2011). Progress in sexual counseling by cardiac nurses, 1994 to 2009. *Heart Lung: the journal of critical care*, 40(3), 15–24. doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.10.001.

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

Sung, S.-C., Huang, H.-C., & Lin, M.-H. (2015). Relationship between the knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual health care for nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 31(3), 254–261. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.11.001>

Sung, S.-C., & Lin, Y.-C. (2013). Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare. *Nurse Education Today*, 33(5), 498–503. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.06.019>

Svensk Sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk->

[sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf](#)

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing* (2nd Ed). Philadelphia: Davis.

Tveiten, S., & Meyer, I. (2009). 'Easier said than done': empowering dialogues with patients at the pain clinic - the health professionals' perspective. *Journal Of Nursing Management*, 17(7), 804–812. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00921.x

*Vassiliadou, A., Stamatopoulou, E., Triantafyllou, G., Gerodimou, E., Toulia, G., & Pistolas, D. (2008). The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction. *Health Science Journal*, 2(2), 111–118. doi: 10.1177/105477389600500408

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

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

WHO. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Hämtad från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1

WHO. (1975). *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*. Hämtad från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf,

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wärnå-Furu, C. (2012) Hälsa. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (1:5, ss. 199–212). Lund: Studentlitteratur.

*Zeng, Y.-C., Liu, X., & Loke, A. Y. (2011). Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 280–292. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05732.x.

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

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3:1. uppl., ss. 59–82). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA A

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Algier L, Kav S. 2008 Turkiet	Nurses' approach to sexuality-related issues in patients receiving cancer treatments	Syftet var att identifiera sjuksköterskornas närmanden i sexualitetsrelaterade frågor med onkologi-patienter i Turkiet.	<u>Design:</u> Deskriptiv design <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som arbetar med cancersjuka patienter inom slutna och öppenvård. <u>Datainsamling:</u> Enkät. <u>Analys:</u> Med hjälp av programvaran SPSS för kvantitativ dataanalys. Fisher's Exact Chi-Square test	77 (0)	De tre största identifierade försvårande faktorerna var att patienten själv inte ger information om att det skulle vara ett problemområde, att sjuksköterskorna har kunskapsbrist inom ämnet och att de inte har tid att diskutera med patienten om ämnet. De kom även fram till att ytterligare utbildning i hur samtal kan gå till och ökad tillgänglighet av informationsmaterial kunde vara positivt påverkande faktorer. I studien fann de en statistisk relation mellan att ha ytterligare utbildning än grundutbildning för sjuksköterska och att diskutera ämnet i samtal med patienten.	P II
Afiyanti Y. 2017 Indonesien	Attitudes, belief, and barriers of Indonesian oncology nurses on providing assistance to overcome sexuality problem	Syftet var att beskriva attityder och uppfattningar av indonesiska onkologi-sjuksköterskor gentemot att ge sexualvård för patienter med cancer.	<u>Design:</u> Deskriptiv design <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som arbetat minst fyra år inom onkologisjukvård och som hade utbildning av minst "diploma of nursing" <u>Datainsamling:</u> Enkät. <u>Analys:</u> Beskrivande analytisk statistik. Cronbach's alpha.	135 (0)	Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att ämnet sexualitet är tabu och att det är ett för privat ämne att diskutera. Majoriteten tyckte även att det var sjuksköterskans ansvar att ge patienten möjligheten till att diskutera ämnet och att sådant samtal bör initieras av patienten. De tyckte även att patienterna är för sjuka för att intressera sig av sexualitet.	P II

Matris över inkluderade artiklar

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Arikan F, Meydanlioglu A, Ozcan K, Canli Ozer Z 2015 Turkiet	Attitudes and Beliefs of Nurses Regarding Discussion of Sexual Concerns of Patients During Hospitalization	Syftet var att beskriva sjuksköterskors attityder och uppfattningar mot att diskutera sexualitet med patienter.	<u>Design:</u> Deskriptiv jämförande design. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor från olika avdelningar som arbetar med patientnära arbete. <u>Datainsamling:</u> Enkät. <u>Analys:</u> Med hjälp av programvaran SPSS för kvantitativ dataanalys.	182 (20)	Sjuksköterskornas ålder, relationsstatus, utbildningsnivå, kunskapsnivå och arbetslivserfarenhet påverkade deras syn på sexualitet. Flertalet sjuksköterskor ansåg att det var ett av deras ansvarsområden att diskutera sexualitet med patienterna samt att detta var viktigt för patientens hälsa. Dock ansåg de att ämnet var för privat för att diskutera och därför prioriteras det inte. Kunskap om hur sjukdom och behandling kan påverka patientens sexualitet gav sjuksköterskorna en känsla av trygghet i samtalet om sexualitet, sjuksköterskorna med denna kunskap avsatte även mer tid för dessa samtal.	P I
Hoekstra T, Lesman- Leege I, Couperus M, Sanderman R, Jaarsma T. 2012 Nederländerna	What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure	Syftet var att undersöka nuvarande praxis av att diskutera sexuell hälsa bland hjärtsvikts-sjuksköterskor och att utforska vilka barriärer som hindrar sjuksköterskor från att diskutera sexualitet.	<u>Design:</u> Deskriptiv design <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som arbetar på hjärtsviktsklinik <u>Datainsamling:</u> Enkät. <u>Analys:</u> Med hjälp av programvaran SPSS för kvantitativ dataanalys.	146 (0)	De största identifierade försvårande faktorerna var brist på rutiner vid arbetsplatsen, brist på träning i hur samtal ska gå till, barriärer kring patientens kultur, religion och ålder. Hälften av deltagande sjuksköterskor refererade patienterna vidare när frågor om sexualitet framkom. Tre fjärdedelar höll med om att de hade ett ansvar över att diskutera ämnet med patienten. Sjuksköterskor som i studien angav att de sällan diskuterade sexualitet med patienterna uppgav att de bland annat inte gjorde det för att patienten själv inte tog upp det i samtal. Det fanns ett signifikant samband mellan de sjuksköterskor som i större utsträckning diskuterade sexualitet med patienten och de sjuksköterskor som hade ytterligare utbildning.	P II

Matris över inkluderade artiklar

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Julien JO, Thom B, Kline NE 2010 USA	Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice	Syftet var att utforska onkologisjuksköterskors attityd och kunskap om sexuell hälsa.	<u>Design</u> : Deskriptiv tvärsnittsdesign. <u>Urval</u> : Sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvård. <u>Datainsamling</u> : Enkät. <u>Analys</u> : Med hjälp av programvaran SPSS för kvantitativ dataanalys	576 (-)	Sjuksköterskorna som tyckte att sexualitet är för privat för att diskutera ansåg också att sexualitet endast skulle diskuteras om patienten själv tog upp ämnet. Det framkom att de trodde att patienterna inte förväntade sig att de skulle adressera ämnet. Kunskap om hur sexualitet kunde påverkas av olika sjukdomar och behandlingar gav sjuksköterskorna trygghet i att diskutera ämnet. Yngre sjuksköterskor identifierade fler försvårande faktorer mot att diskutera sexualitet med patienterna än äldre sjuksköterskor och sjuksköterskor med färre års erfarenhet identifierade fler barriärer än de mer längre erfarenhet. De som var vidareutbildade samt de som arbetade dagpass identifierade färre försvårande faktorer.	P II
Matris över inkluderade artiklar Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet						

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Krouwel EM, Nicolai MP, van Steijn-van Tol AQ, Putter H, Osanto S, Pelger RC, Elzevier HW 2015 Nederländerna	Addressing changed sexual functioning in cancerpatients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses.	Syftet var att fastställa sjuksköterskors kunskap och attityder gentemot sexuell funktion inom onkologisk vård och identifiera dem upplevda barriärerna för att ta itu med ämnet.	<u>Design:</u> Kvalitativ deskriptiv. <u>Urval:</u> nederländska sjuksköterskor inblandade i patientnära onkologisk vård <u>Datainsamling:</u> Enkät <u>Analys:</u> Med hjälp av programvaran SPSS för kvantitativ dataanalys. Pearson's chi square test, McNemar's test, Crohnbachs Alpha	477 (-)	Studien visade att majoriteten av sjuksköterskorna sällan diskuterar sexualitet med patienterna. Sjuksköterskans ålder, erfarenhet, utbildning och kunskap visade sig ha en betydelse. Majoriteten av sjuksköterskorna höll med om att det var sjuksköterskans ansvar att diskutera sexualitet med patienterna, men samtidigt visade studien att sjuksköterskor ansåg att det var patientens ansvar att ta upp ämnet under samtal. Några använde även humor för att föra ämnet på tal. De barriärer som identifierades, till att diskutera sexualitet, och som sjuksköterskorna i störst utsträckning höll med om var: brist på träning, närvaron av en tredje part (brist på privat miljö), ingen anledning till att adressera ämnet, hög ålder på patienten, språk/etnicitet, patienter i samma ålder samt att kollegorna ansåg det som olämpligt att diskutera sexualitet med patienterna. Det framkom att rutinerna på många av de deltagande sjuksköterskornas arbetsplatser var obefintliga, bristfällande eller så visste de inte om det fanns någon rutin kring ämnet. De sjuksköterskorna som angav att deras arbetsplatser hade rutiner kring att prata om sexualitet med patienterna gjorde detta i större utsträckning. Sjuksköterskorna hade olika åsikter om deras kunskaper kring sexualitet var tillräcklig men majoriteten av dem önskade mer kunskap om hur man tar upp ämnet med patienterna.	P I
Matris över inkluderade artiklar Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet						

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Moore A, Higgins A, Sharek D 2013 Irland	Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer	Syftet var att undersöka sjuksköterskor inom onkologisk vårds självupplevda kunskaper och trygghet i relation till att diskutera sexualitets problem med män diagnosticerade med testikelcancer och att identifiera barriärer och facilitatorer för sådan diskussion.	<u>Design</u> : Kvalitativ enkätstudie <u>Urval</u> : Alla registrerade sjuksköterskor från två onkologcentrum <u>Datainsamling</u> : Enkät <u>Analys</u> : Med hjälp av programvaran SPSS för kvantitativ dataanalys. Mann Whitney U-test. Crohnbachs Alpha	89 (16)	Majoriteten av de deltagande sjuksköterskorna upplevde sig ha otillräcklig kunskap för att kunna diskutera sexualitet och sexuell hälsa med de patienterna som hade prostatacancer. Bristen på privata miljöer, brist på tjänster/behandlingar/hjälpmiddel att referera patienterna till och arbetsbördan som resulterar i tidsbrist var de tre försvårande faktorer som majoriteten av deltagarna höll med om. Majoriteten av sjuksköterskorna trodde inte att patienterna såg det som sjuksköterskans uppgift att diskutera sexualitet. Majoriteten trodde också att patienten skulle vägra att svara, vara ointresserad, bli generad, bli förolämpad eller missförstå vid närvaro av tredje part. Hälften av deltagande sjuksköterskor angav att patienten inte bitt om att få prata om sexualitet eller sexuell hälsa och att de därför inte tagit upp det i samtal. Tanken om att kollegor skulle anse samtal om sexualitet som ett intrång i patientens privatliv var stor hos deltagande sjuksköterskor. Följande faktorer ansågs underlättande samtal om sexualitet: om patienten ställde frågor gällande sin sexualitet, ha större kunskap om hur testikelcancer påverkar patientens sexualitet, ha privata miljöer på avdelningarna, ha tillräckligt med tid samt få information från annan sjukvårdspersonal att patienten har funderingar kring sin sexualitet.	P I
Matris över inkluderade artiklar Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet						

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzichristou D 2009 Grekland	Patients' sexual health: a qualitative research approach on Greek nurses' perceptions	Syftet var att utforska uppfattningen om problem rörande sexuell hälsa och hur dessa kan begränsa eller förstärka grekiska sjuksköterskors förmåga att integrera sexuell hälsa bedömning i den dagliga rutinen.	<u>Design</u> : Kvalitativ deskriptiv <u>Urval</u> : Sjuksköterskor med minst 5 års arbetslivserfarenhet. <u>Datainsamling</u> : diskussion i grupp. <u>Analys</u> : tematisk 3-steps analys.	44 (-)	Att ha etablerat en förtroendeingivande relation till patienten gjorde sjuksköterskorna mer bekväma att diskutera sexualitet med patienterna. Sjuksköterskor som var sociala och hade kommunikativa kunskaper ansågs ha bättre förutsättningar att diskutera sexualitet med patienterna. Sjuksköterskans utstrålning och kulturella aspekter ansågs också påverka samtalet. Sjuksköterskorna beskrev att sexualitet är ett tabubelagt ämne i Grekland. Brist på privata miljöer, tung arbetsbörda och stöd från arbetsplatsen nämndes också som påverkande faktorer. Några av sjuksköterskorna ansåg dock att det inte var deras ansvar att adressera ämnet och att det där inte ingick i deras arbetsuppgifter. Bristen på kunskap inom sexualitet nämndes och behovet fortsatt utbildning inom detta och kommunikation betonades av sjuksköterskorna.	K II
Matris över inkluderade artiklar Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet						

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E 2012 Sverige	Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing?	Syftet var att beskriva sjuksköterskors uppfattning av samtal om sexualitet med cancerpatienter.	<u>Design:</u> Fenomenologisk <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som arbetat minst två år som legitimerade sjuksköterskor som arbetar med cancerpatienter, de skulle förstå och tala svenska. <u>Datainsamling:</u> Ostrukturerade intervjuer <u>Analys:</u> Kvalitativ innehållsanalys i 7 steg.	10 (-)	Sjuksköterskorna beskrev att de var villiga att diskutera sexualitet om patienten själv tog upp det medan några beskrev en osäkerhet och att de kunde ignorera patientens invit. Osäkerheter kring sjuksköterskans ansvar i ämnet och kring patientens behov framkom. Sjuksköterskornas attityder, kunskap och kompetens påverkade deras syn samtal om sexualitet. Sjuksköterskorna ansåg att förtroendefulla relationer till patienterna underlättade samtal kring sexualitet. Medans korta vårdtider, bristande kontinuitet i sjuksköterske-patientkontakten beskrivs som svåra hinder. Även tidsbrist och bristen på privata miljöer beskrivs som hinder. Sexualitet ansågs vara ett tabubelagt ämne, det tycktes för privat och svårt för att diskutera. De få sjuksköterskorna som pratade om sexualitet med patienterna beskrev att personlig mognad och känslan av trygghet i sin egna sexualitet var nödvändiga förutsättningar för samtalen.	K I

Matris över inkluderade artiklar

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Oskay U, Can G, Basgol, S 2014 Turkiet	Discussing sexuality with cancerpatients: oncology nurses attitudes and views	Syftet var att fastställa onkologisjuksköterskor som tar hand om patienter med cancers syn och attityd rörande sexualrådgivning.	<u>Design:</u> Kvalitativ deskriptiv. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som arbetar på olika onkologi avdelningar. <u>Datainsamling:</u> Enkät på en webbplats. <u>Analys:</u> Med hjälp av programvaran IBM SPSS Statistics 21.	87 (-)	Alla sjuksköterskor trodde att patienter med cancer kunde drabbas av sexuella problem och majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att det var en del av deras profession att diskutera sexualitet samt att det var nödvändigt för patienterna. Trots detta antogs det att läkaren eller patienten själv skulle ta upp ämnet eller att de trodde att patienterna inte var villiga att prata om det. Patientens ålder kunde göra att sjuksköterskorna inte diskuterade sexualitet med patienten. Bristen på skriftligt material på avdelningen, otillräcklig utbildning, bristande kunskap beskrevs också försvåra kommunikationen. Sjuksköterskorna identifierade även bristen på rutiner på arbetsplatsen, brist på skattningsskalor och rädslan att göra patienten obekvämt som försvårande faktorer. Längre arbetslivserfarenhet och högre utbildning hos sjuksköterskan visade sig ha positiv inverkan.	P I
Matris över inkluderade artiklar Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet						

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Quinn C, Happell B, Browne G 2011 Australien	Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers	Syftet var att undersöka praxis hos sjuksköterskor inom psykiatri vid bedömning och stöd för konsumenters sexualitet.	<u>Design</u> : Kvalitativ, utforskande <u>Urval</u> : Sjuksköterskor inom psykiatri. <u>Datainsamling</u> : Individuella semistrukturerade intervjuer <u>Analys</u> : The Ritchie and Spencer framework method i fem steg	14 (-)	I studien framkom att om ämnet sexualitet diskuteras eller ej i många fall berodde på om patienten gav indikation på problem kring sexualitet och sexuell hälsa. Deltagarna reflekterade kring att deras ålder, utbildning och erfarenhet kunde vara bidrag till deras nivå av bekvämlighet och självförtroende i att ta upp ämnet med patienterna. En annan faktor som bidrog till att sjuksköterskorna kunde känna sig mer bekväma med att ta upp ämnet var när de hade träffat patienten flera gånger och etablerat en relation. Sjuksköterskorna beskrev att tidsbrist, arbetsbelastning, pappersarbete och andra krav på arbetet bidrog till att arbete med patienters sexualitet nedprioriteras, det rutinmässiga arbetet sågs mer relevant än att diskutera sexuell hälsa. Deltagarna upplevde att de inte blev uppmuntrade att diskutera ämnet då deras bedömningsunderlag inte innehöll ämnet sexualitet. Det framkom även tankar kring att inte vilja göra patienten obekväm och att patienter avsexualiseras av sjukvårdspersonalens. De sjuksköterskorna som inte tog upp ämnet upplevde att det inte heller var deras arbetsuppgift att göra det samt en bristande känsla av självförtroende. Sjuksköterskorna i studien refererade gärna vidare frågor kring sexualitet och sexuell hälsa till behandlande läkare eller annan kollega då de ansåg att denne hade mer kunskap inom området.	K II
Matris över inkluderade artiklar Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet						

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Saunamäki N, Engström M 2014 Sverige	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears	Syftet var att beskriva sjuksköterskors reflektioner kring att diskutera sexualitet med patienter.	<u>Design:</u> Kvalitativ, deskriptiv <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som arbetar med sjukdomar som visat ha negativa effekter på sexualitet men utan tidigare specifik träning i att diskutera sexualitet. <u>Datainsamling:</u> Individuella intervjuer <u>Analys:</u> Kvalitativ innehållsanalys i fem steg.	10 (-)	Sjuksköterskorna beskrev att det fanns ett antal resurser som underlättade arbetet med att adressera sexualitet med patienterna. Känslan av ansvar, rutiner på arbetet och humor var faktorer som underlättade arbetet med sexualitet. Identifierade faktorer är fördomar kring patientens sexualitet när det kommer till ålder, sängliggande patienter eller svårt sjuka patienter. Även stressig arbetsmiljö, delade rum och känslan av att invadera patientens privatliv påverkar möjligheten till diskussion negativt. Sjuksköterskorna beskrev samtidigt en inre konflikt mellan vetenskapen om vad de ska göra som professionella och motstridiga känslor som ibland gjorde det omöjligt att beröra ämnet. Sexualitet uppfattades som ett känsligt och tabubelagt ämne som gjorde vissa sjuksköterskor obekväma. Stressig arbetsmiljö, tidsbrist, flersalar (brist på privata miljöer), bristande kunskap kring hur sjukdom och behandling påverkar sexualiteten, osäkerhet, otillräcklig utbildning och brist på stöd från arbetsgivaren listades som anledningar till varför ämnet undveks. De beskrev att rutiner och uppmuntran hade underlättat. Dessa faktorer bidrog till att sjuksköterskorna kände sig osäkra trots att de hade viljan att tala om sexualitet, hindren upplevdes som för många och bortom deras kontroll.	K I
Matris över inkluderade artiklar Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet						

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Vassiliadou A, Stamatopoulou E, Triantafyllou, G, Gerodimou E, Toulia G, Pistolas D 2008 Grekland	The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction.	Syftet var att undersöka grekiska sjuksköterskors kunskap, bekvämlighet, lätthet, ansvar och praktisk tillämpning av rådgivning inom sexuell hälsa hos patienter som genomgått en hjärtinfarkt.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor delaktiga vid konferens för kardiologi år 2006 <u>Datainsamling:</u> Strukturerade intervjuer med frågeformulär <u>Analys:</u> Huvudsaklig komponentsanalys, Cronbachs Alpha.	203 (11)	Majoriteten av sjuksköterskorna i denna studie ansåg att det är en del av omvårdnaden att diskutera sexuell hälsa med patienten, enbart hälften tyckte att det är sjuksköterskans ansvar att diskutera sexuell funktion. Det var endast en minoritet av sjuksköterskorna som beskrev att de ägnade sig åt samtal om sexualitet med patienterna. Enbart 9.7 procent angav att de själva tog upp ämnet och färre än hälften av deltagarna kände sig kvalificerade nog att diskutera ämnet trots att de flesta påstod sig ha kunskap om hur sjukdomen kan påverka sexualiteten. Många kände sig obekväma med att diskutera ämnet med patienterna. Det framkom att sjuksköterskor av manligt kön och längre erfarenhet av att arbeta på hjärtkliniker ofta hade en större känsla av bekvämlighet, förmåga och ansvar när det kommer till att diskutera sexualitet med patienterna. Många av sjuksköterskorna rådde patienterna att prata med sin läkare eller annan sjukvårdspersonal om de hade funderingar kring sexualitet.	K II
Matris över inkluderade artiklar Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet						

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Zeng, Y-C, Liu X, Loke, AY 2011 Kina	Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice.	Syftet var att beskriva kinesiska sjuksköterskors attityder och arbete kring att adressera problem rörande sexualitet med personer som har gynekologisk cancer.	<u>Design</u> : kvalitativ deskriptiv. <u>Urval</u> : Sjuksköterskor som arbetar på gynekologiska canceravdelningar med patientnära arbete. <u>Datainsamling</u> : Enkät. <u>Analys</u> : Med hjälp av programvaran SPSS för kvantitativ dataanalys.	202 (41)	Majoriteten upplevde att sexualitet är för privat för att diskutera och trodde att patienter ineliggande på sjukhus är för sjuka för att bry sig om sin sexualitet. Majoriteten av sjuksköterskorna tog sig inte tid att diskutera sexualitet med patienterna och kände inte tillit till sin förmåga att diskutera ämnet, dock delade majoriteten av sjuksköterskorna uppfattningen om att det är sjuksköterskans ansvar att ge patienten tillåtelse att prata om sexualitet. Sjuksköterskorna hade även förutfattade meningar som patientens upplevelse av sin sexualitet i förhållande till sin cancersjukdom. Att ha en god sjuksköterska-patient relation, sund kunskap om sexualitet, relevant utbildning och att patienten tar initiativet till samtal kring sexualitet identifierades som underlättande faktorer. Medans otillräcklig utbildning, brist på erfarenhet, brist på kunskap, rädsla för att förolämpa patienten och känslan av att vara obekväm urskildes som försvårande faktorer, identifierades även faktorer som rörde patienterna och arbetsplatsen som försvårande arbetet kring sexualitet.	P I
Matris över inkluderade artiklar Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet						

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Zeng Y-C, Liu X, Wang N, Ching S, Loke AY 2011 Kina	Chinese Nurses' attitudes and Beliefs Toward Sexuality Care in Cancer Patients	Syftet var att beskriva kinesiska sjuksköterskors attityder och tro angående vård av sexualitet hos patienter med en cancersjukdom och att utforska relevanta demografiska faktorer inflytande av sjuksköterskans syn på vård av sexualitet.	<u>Design</u> : Kvalitativ deskriptiv. <u>Urval</u> : Sjuksköterskor som arbetar på onkologiska avdelningar med patientnära arbete. <u>Datainsamling</u> : Enkät. <u>Analys</u> : Med hjälp av programvaran SPSS för kvantitativ dataanalys.	199 (12)	Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att sexualitet var ett för privat ämne för att kunna diskutera det samt att de antog att patienterna som var sjukhus inläggande var för sjuka för att vara intresserade av ämnet. Endast en femtedel av sjuksköterskorna tog sig tid att prata om sexualitet med sina patienter och endast 30.3 procent var så pass bekväma i sin kunskap, att de själva kunde ta upp sexualitet och sexuell hälsa i diskussion med patienten. Majoriteten ansåg att sexualitet endast skulle diskuteras om patienten själv tog upp ämnet. Dock ansåg majoriteten att det var sjuksköterskans ansvar att ge patienten tillåtelse att prata om sina funderingar kring sexualitet, de ansåg även att det var viktigt fört patientens hälsa att få diskutera sexualitet och eventuella problem rörande detta. Många av de deltagande sjuksköterskorna hänvisade patienten vidare till läkaren när denne hade funderingar rörande sexualitet. De flesta trodde inte att patienterna förväntade sig att de skulle föra ämnet på tal. Vidare sågs ämnet som ett kulturellt betingat tabu i ett samhälle med konservativ syn på sexualitet och sexuell hälsa.	P II
Matris över inkluderade artiklar Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet						