



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Strategier för sjuksköterskor vid samtal om sexuell hälsa

En litteraturstudie

Författare: Nathalie Grahn och Matilda Karlsson

Handledare: Li Thies-Lagergren

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Strategier för sjuksköterskor vid samtal om sexuell hälsa

## En litteraturstudie

Författare: Nathalie Grahn och Matilda Karlsson

Handledare: Li Thies-Lagergren

Kandidatuppsats

Hösten 2015

## Abstrakt

Forskning har visat att sexuell hälsa är ett tabu-belagt ämne som saknar prioritering inom sjukvården. Sjuksköterskor är ovilliga att tala om ämnet med patienter då de saknar kunskap om ämnet och dess betydelse. Sjuksköterskor har påtalat behovet av strategier för att bryta barriärer och främja deras förmåga att samtala om sexuell hälsa. Denna studie syftar till att belysa de strategier som finns att tillgå och kan användas av sjuksköterskor vid samtal om sexuell hälsa. En systematisk litteraturstudie genomfördes med artiklar från PubMed, CINAHL och Web of Science. Tio artiklar analyserades via integrerad innehållsanalys. Resultatet presenteras under fyra identifierade huvudteman: att genomgå utbildning, att använda verktyg, att skapa en god relation och att skapa en god kommunikation. Belysta strategier har visats stärka sjuksköterskor i det praktiska arbetet och främjar samtal om sexuell hälsa. Ämnet sexuell hälsa behöver integreras i allmänsjuksköterskans utbildning för att aktualisera samtal om ämnet i praktiken.

## Nyckelord

Sexuell hälsa, Strategier, Samtal, Omvårdnadsarbete, Sjuksköterska

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	2
Syfte .....	6
Metod .....	6
Urval .....	6
Datainsamling .....	7
Data analys .....	8
Forskningsetiska avvägningar .....	9
Resultat .....	9
Att genomgå utbildning .....	10
Ökad bekvämlighet .....	10
Ökat självförtroende .....	10
Ökad förståelse .....	11
Ändrad attityd .....	11
Att använda verktyg .....	12
Datorprogram .....	12
Samtalsverktyg .....	13
Bedömningsverktyg .....	14
Att skapa en god relation .....	15
Att skapa en god kommunikation .....	15
Diskussion .....	16
Diskussion av vald metod .....	16
Diskussion av framtaget resultat .....	18
Slutsats och kliniska implikationer .....	22
Författarnas arbetsfördelning .....	22
Referenser .....	23
Bilaga 1 (3) Artikelmatris .....	27
Bilaga 2 (3) Sökschema .....	30
Bilaga 3 (3) Bedömningsprotokoll .....	32

# Introduktion

## Problemområde

Sexuell hälsa är en grundläggande faktor för att människan ska uppnå en god livskvalitet (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). Trots detta frågar inte vårdpersonal rutinmässigt om patienters eventuella sexuella svårigheter och problem (Farell & Belza, 2012). Studier har visat att sjuksköterskor anser att ställa frågor kring patienters sexuella hälsa är ett känsligt ämne som skulle kunna bidra till en negativ vårdrelation där patienten känner sig förolämpad och hotad (Dyer & Das Nair 2013; Mellor, Greenfield, Dowswell, Sheppard, Quinn & McManus, 2013). Rädslan inför att påverka vårdrelationen negativt tycks ha påverkat sjuksköterskor att anamma felaktiga förväntningar inför samtalet där känslor som skam och oro ligger till grund (Mellor et al., 2013). Forskning i ämnet har dock påvisat att olika patientgrupper både vill ha information och känner sig bekväma med att diskutera sin sexuella hälsa med sjukvårdspersonal (Farell & Belza, 2012; Ussher, Perz & Gilbert, 2013). Nittiosju procent av tillfrågade sjuksköterskestudenter (n=139) i en studie av Kong, Wu och Loke (2009) poängterade behovet av strategier kring samtal om sexuell hälsa och menade att ett strukturerat tillvägagångssätt skulle kunna minska deras oro kring momentet samt öka deras beredskap i utförandet (ibid.). Sjuksköterskeprofessionen har skyldighet att medverka till en vårdkultur som främjar en öppen dialog (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2014). Genom att belysa existerande strategier i denna uppsats skulle orosmoment och farhågor hos sjuksköterskan kunna minskas och därigenom främja ett gott samtalsklimat gällande sexuell hälsa.

## Bakgrund

### *Sexuell hälsa*

Sexuell hälsa faller under kategorin reproduktiv hälsa men är en rättighet som ska ta plats under hela livscykeln (Riksförbundet för Sexuell Upplysning [RFSU], 2012).

*“Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten; det är inte bara avsaknad av sjukdom och*

*skada. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfylld inställning till sexualiteten och sexuella förhållanden, såväl som möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser, som är fria från tvång, diskriminering och våld.” (RFSU, 2012).*

Ovan nämnda citat är en direktöversättning från Världshälsoorganisationen (WHO, 2006) som vidare poängterar att en grundförutsättning för sexuell hälsa är att respektera och skydda varje människas sexuella rättigheter. Sexuell hälsa påverkar människor på många plan och är ett av Sveriges elva målområden för god folkhälsa (Folkhälsomyndigheten, 2015). Forskning visar att sexuell hälsa har betydelse för människors egenvärde, nära relationer och välbefinnande (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). Trots detta finns det brister i omvårdnadsarbetet då tillgänglighet av stöd, vård och rådgivning inom sexuell hälsa skiljer sig stort och kan bero på geografisk placering. Enligt Socialstyrelsen (2009) är den forskning som i dagsläget finns att tillgå dessutom mer fokuserad på sexuell hälsa relaterat till sjukdom, abort och kvinnofridsbrott. Endast fåtalet studier finns som belyser allmänhetens generella sexuella hälsa och välbefinnande.

### *Perspektiv och utgångspunkter*

För att identifiera och belysa användbara strategier vid samtal om patienters sexuella hälsa krävs en förståelse kring de faktorer och barriärer som kan ligga till grund för den problematik som verkar existera (Dyer & Das Nair, 2013). Omvårdnadsteorin *Nursing Process Theory* (Orlando, 1961) framhåller vikten av sjuksköterskans förmåga att i omvårdnadsprocessen så snabbt som möjligt identifiera och möta patienters behov av hjälp. Orlando menar att graden av ångest och smärta ökar hos de patienter som får vänta länge med att få hjälp med sitt hälsoproblem (ibid.). Patienters behov av hjälp kan komma till uttryck på olika sätt, både verbalt och icke-verbalt. För att kunna identifiera omvårdnadsbehov i relation till sexuell hälsa är det därför viktigt att som sjuksköterska våga ställa frågor för att förstå patientens verkliga behov av hjälp (Marriner-Tomey & Alligood, 1998).

### *Sjuksköterskans ansvar*

Den legitimerade sjuksköterskans kunnande beskrivs i Högskoleförordning (SFS 1993:100). Sjuksköterskan ska bland annat, innan examen, uppvisa förmåga att identifiera behov av och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete. Sjuksköterskan ska vidare, utifrån

vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med hänsyn till mänskliga rättigheter, visa förmåga att utföra åtgärdsbedömningar baserade på en helhetssyn på människan. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) har vårdpersonal skyldighet att ge fullständig information till patienter gällande hälsotillstånd, behandlingsalternativ och effekten av dessa. Genom att applicera denna lag i sjuksköterskans kliniska arbete främjas patientens delaktighet i vården. Sjuksköterskan ska även arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt, vilket beskrivs i International Council of Nurses' (ICN) etiska kod (SSF, 2014). Sjuksköterskan ska bidra till att skapa en trygg och säker vårdmiljö som främjar en öppen dialog. Att främja goda kontakter mellan sjukvårdspersonal och patienter är även ett krav enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982: 763). Hälsa är inte enbart avsaknad av sjukdom utan innefattar även socialt och psykologiskt välmående (WHO, 1948). Att undvika att samtala om sexuell hälsa innebär att sjuksköterskan avviker från sitt kompetensområde, vilket utgör en risk för att patienten inte får en holistisk vård (Magnan, Reynolds & Galvin, 2005). Att våga fråga patienter om sexuell hälsa gör att alla aspekter av personens hälsa inkluderas i sjuksköterskans bedömning (Magnan et al., 2005). Frågan om sexuell hälsa öppnar även upp för en dialog som kan bidra till en vårdmiljö där patienten känner sig trygg att diskutera andra känsliga ämnen (Farrell & Belza, 2012). Detta initiativ kan också knytas till de tidigare nämnda föreskrifter (SFS 1982: 763, SSF, 2014) som sjuksköterskan är skyldig att arbeta under.

### *Barriärer*

Tre huvudsakliga barriärer för sjuksköterskans samtal kring den sexuella hälsan har identifierats vid efterforskning inom problemområdet: Attityder, Felaktiga förväntningar och Otillräcklig kunskap.

### *Attityder*

Inom socialpsykologin beskrivs en attityd utifrån tre komponenter; tanke, känsla och handling. Dessa komponenter innefattar föreställningar och idéer som människan hyser mot en specifik situation eller individ, de känslor som kommer med dessa föreställningar samt benägenhet att anpassa handlande till situation och person (Angelöw & Jonsson, 2000).

Många sjuksköterskor undviker att samtala om sexuell hälsa, även vid samtal där diskussion av ämnet är nödvändigt (Mellor et al., 2013). Det är exempelvis ett välkänt faktum att fertilitet och sexuell funktion kan påverkas av cytostatikabehandling, trots detta har studier påvisat att vårdpersonal missat att informera om dessa biverkningar (Ussher et al., 2013). En anledning tycks vara att sexuell hälsa inte är en prioritet när komplikationer på grund av sjukdom eller behandling utvärderas. Sjuksköterskor har även menat att frågan om sexuell hälsa inte ingår i deras arbetsområde samt att någon annan förmodligen är mer lämpad att tala om denna typ av frågor (Magnan et al., 2005; Mellor et al., 2013).

### Felaktiga förväntningar

Sjuksköterskor har i flera studier uttryckt att de undviker att fråga om patienters sexuella hälsa av rädsla för att generera patienter eller kränka deras integritet (Dyer & das Nai, 2013; Mellor et al., 2013; Oskay, Can & Basgol, 2014). Denna förväntan demteras av Farell och Belza (2012) som i sin enkätstudie av äldre patienter rapporterar att 82 % (n=101) kände sig bekväma med att diskutera sin sexuella hälsa med sjukvårdspersonal. Liknande resultat har rapporterats hos andra patientgrupper; en majoritet av män med erektil dysfunktion (n=209) kände sig komfortabla att diskutera sin sexuella hälsa med antingen läkare eller sjuksköterska (Melianthe et al., 2014). Andra studier har framhållit att sjuksköterskors negativa förväntningar inför samtal om sexuell hälsa inte var baserade på kliniska erfarenheter, utan snarare på sjuksköterskornas förutfattade meningar (Gott, Galena, Hinchliff & Elford, 2004; Hinchliff & Galena, 2004).

### Otillräcklig kunskap

Sveriges regering menar att en nyckelfaktor för att främja sexuell hälsa är att sprida kunskap gällande reproduktion och sexualitet (Utrikesdepartementet, 2006). Studier har påvisat signifikanta skillnader mellan sjuksköterskor som genomgått vidareutbildning i ämnet jämfört med de som inte har det (Oskay, Can & Basgol, 2014; Saunamäki, Andersson & Engström, 2009). De sjuksköterskor som inte besatt vidareutbildning uppvisade högre grad av osäkerhet inför samtal om sexuell hälsa samt en generellt mindre positiv attityd inför ämnet. Sjuksköterskor med högre utbildning eller en erfarenhet av yrket längre än 15 år var även mer benägna att erkänna sexuell hälsa som en del av sitt ansvarsområde (Oskay et al., 2014.) Otillräcklig kunskap har även visats leda till att sjuksköterskor undviker samtal kring den

sexuella hälsan då de inte ansett sig besitta adekvat kunskap i ämnet och därmed inte kunnat möta patienters frågor (Magnan et al., 2005; Mellor et al., 2013).

Medvetandegörandet av strategier skulle kunna motverka barriärer och därmed främja sjuksköterskors upplevelser av att tala om sexuell hälsa.

## **Syfte**

Syftet är att belysa strategier som kan användas av sjuksköterskor vid samtal om sexuell hälsa.

## **Metod**

För att uppnå syftet med denna uppsats genomfördes en systematisk litteraturstudie. Denna typ av metod är användbar när det kommer till att få en överblick av aktuell forskning och vad som hittills gjorts inom problemområdet. Metoden innefattar systematisk litteratursökning, kritisk granskning och noggrann sammanställning av data från tidigare utförda empiriska studier i ämnet (Forsberg & Wengström, 2013).

## **Urval**

Endast vetenskapliga artiklar skrivna på engelska och svenska inkluderades i sökningen. Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades i sökningen. För att säkerhetsställa studiernas relevans i nutid och därmed underlätta implementering av resultat exkluderas studier äldre än 10 år. Inga demografiska eller geografiska exklusionskriterier har använts då ämnet är relevant för sjuksköterskor oberoende av kön, ålder, arbetsområde och geografisk placering. Artiklar vars strategi var alltför patientspecifik, exempelvis rådgivning vid HIV-besked eller samtal om sexuella våldsbrott, exkluderas då de var för avancerade och inte ansågs kunna hjälpa sjuksköterskor i deras dagliga arbete. Artiklar som endast påtalade behovet av implementering av interventioner och strategier samt inte gav direkta förslag på åtgärder uteslöts.



## Datainsamling

En systematisk sökning av vetenskapliga artiklar genomfördes i databaserna Web of Science, CINAHL och PubMed. Samtliga databaser innehåller material som är relevant för uppsatsens ämnesområde omvårdnad.

Sökorden i denna uppsats har formulerats utifrån syftet och dess relevans analyserades genom jämförelse med ämnesordlistor och genom fritextsökning. Följande sökord användes i olika kombinationer med hjälp av de booleska sökoperatörerna AND och OR (Forsberg & Wengström, 2013): *Sexual health, Sexuality, Nurses, Strategy, Intervention, Counseling* och *Communication*. Med hjälp av ämnesordlistorna CINAHL Headings och Medical Subject Headings [MeSH] kontrollerades sökordens relevans för respektive databas. Exempelvis användes ordet "*Nurses*" istället för "*Nurse*" baserat på MeSH. I databaserna CINAHL och PubMed användes "*Sexual health*", som förekommer i CINAHL Headings. Vid sökningar gjorda i Web of Science genererade sökordet "*Sexuality*" istället mer relevanta träffar och valdes därför som sökord. *Sexual health, Sexuality, Intervention, Nurses* och *Communication* förekom som keywords i flertalet artiklar, vilket ytterligare stärkte sökordens relevans. En fras som påträffades i flera artiklar var *Sensitive topic* och därför gjordes en kompletterande fritextsökning i Web of Science med sökorden *Sensitive topic AND Nurses AND (Strategy OR Intervention OR Counselling OR Communication)*. Web of science är en databas som lämpar sig väl för fritextsökning då den inte har en ämnesordlista, såsom PubMed och CINAHL. Även manuell sökning har genomförts utifrån granskade studiers referenslistor. Denna metod kallas för snowballing (Kristensson, 2014) och rekommenderas då den anses kunna generera värdefull data som annars hade gått förlorad (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). När sökningen inte längre genererade ny litteratur relevant för resultatet avslutades den.

Sökningen resulterade totalt i 1651 artiklar som granskades utifrån titel, 161 av dessa granskades vidare utifrån abstract. Många artiklar påträffades flera gånger via olika sökordskombinationer och databaser, dubletter exkluderades därför från urvalet. Trettio artiklar valdes till urval 1 och efter noggrann granskning av metod och etiska förfaranden valdes nio artiklar av dessa 30 till urval 2. Bland de artiklar som identifierats genom snowballing valdes en ut till det slutgiltiga urvalet. Söktermer, antal träffar samt valda artiklar sammanfattas i sökscheman och redovisas i Tabell 1, 2 och 3 (se bilaga 2).

## *Kvalitetsgranskning*

För att undvika bias (Kristensson, 2014) granskades artiklarna i urval 1 separat av de båda författarna utifrån hur väl de svarade på syftet, metodutformning och etiska krav. Efter en gemensam diskussion valdes artiklar till urval 2, samtliga kvalitetsbedömdes sedan separat av författarna utifrån protokoll för kvalitetsbedömning av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) (se bilaga 3). Baserat på vilken studiedesign de utvalda studierna har använt sig av har antingen ett kvantitativt eller kvalitativt bedömningsprotokoll applicerats. De studier som har använt sig av en tvådelad design har bedömts utifrån båda protokolltyperna. Protokollen har även modifierats för att passa varje enskild studie, detta i enlighet med användningsanvisningarna för protokollen (ibid.). Hos kvantitativa studier med ej randomiserad metod exkluderades exempelvis randomiseringsförfarande och likvärdiga grupper. Värderingen av studiernas kvalitet utgick ifrån hur många av bedömningsprotokollens krav som uppfylldes, endast studier med hög och medel kvalitet inkluderades. Medelkvalitet ansågs vara de studier som svarade på 70-79 % av bedömningsprotokollets krav och för att uppnå hög kvalitet behövde studierna svara på 80-100 % av kraven. Författarna jämförde i ett sista steg resultaten av protokollen för att säkerställa enighet. Samtliga granskade artiklarna uppnådde medel eller hög kvalitet och inkluderades därför.

## **Data analys**

Analysen av data skedde utifrån en induktiv ansats där insamlat material lästes utan specifik målsättning eller förväntning. Denna typ av analys är hypotesgenererande snarare än hypotesprövande (Backman, 2008). Genom en integrerad innehållsanalys, i enlighet med Kristenssons (2014) riktlinjer, jämfördes de olika artiklarnas resultat. Författarna läste artiklarna och analyserade resultaten separat samt identifierade studiernas likheter och skillnader. Efter jämförelse och diskussion skapades sedan huvudteman samt subteman som tillförde ytterligare djup i analysen. De artiklar som analyserats finns sammanfattade i en artikelmatris (se bilaga 1) samt är markerade med asterix i referenslistan.

## Forskningsetiska avvägningar

En forskare är skyldig att göra etiska överväganden före studien har påbörjats (Forsberg & Wengström, 2013). Beträffande systematiska litteraturstudier är det särskilt viktigt att enbart inkludera vetenskapliga artiklar vars studier har fått tillstånd från etiska kommittéer (ibid.). De vetenskapliga artiklar som ingår i denna litteraturstudie har alla fått tillstånd från etiska kommittéer. Forskaren är även skyldig att noggrant redovisa alla artiklar som ingår i studien och presentera alla funna resultat, oavsett om de stödjer eller dementerar det tänkta syftet (Forsberg & Wengström, 2013). Alla funna resultat redovisas nedan.

## Resultat

De artiklar som resultatet grundar sig på har ursprung från länder i olika världsdelar. Fem studier kom från Australien, tre från USA och två från Storbritannien. Efter dataanalys identifierades fyra huvudteman och sju subteman (figur 1) som resultatet presenteras utifrån.



**Figur 1** Identifierade huvudteman och subteman.

## **Att genomgå utbildning**

Flera studier påvisar ett samband mellan ökad utbildning i ämnet sexuell hälsa och sjuksköterskors vilja att inkludera ämnet i patientsamtal (Dadich, Abbott & Hossenzadeh, 2014; Dyer, Aubeeluck, Yates & Das Nair, 2015; Macdowall et al., 2010; Quinn, Happell & Welch, 2013; Wang, Pierdomenico, Lefkowitz & Brandt, 2015). Fyra subteman relaterade till utbildning har identifierats: ökad bekvämlighet, ökat självförtroende, ökad förståelse samt ändrad attityd.

### *Ökad bekvämlighet*

Utbildning har visats öka bekvämligheten hos sjuksköterskor vid samtal om sexuell hälsa (Dyer, Aubeeluck, Yates och Das Nair 2015; Wang et al., 2015). Wang et al. (2015) undersökte i en kvantitativ enkätstudie hypotesen att en kortfattad och målinriktad utbildning om kvinnors sexuella hälsa skulle kunna förbättra vårdteamets bekvämlighetsnivå och öka förekomsten av vårdpersonal som tar upp kvinnliga cancerpatienters sexuella problem. Utbildningsinterventionen gav en kort föreläsning om sexuell hälsa, kommunikationstekniker som lärdes ut genom rollspel och en introduktion till bedömningsverktyget CARD. Efter utbildningsinterventionen uppvisade sjuksköterskor (n=27) en signifikant förbättring gällande bekvämlighet med att ta upp ämnet sexuell hälsa och att samordna vårdinsatser i relation till sexuell hälsa. I en annan utbildningsintervention av Dyer et al. (2015) fick sjuksköterskestudenter ta del av en film som innehöll information om sexuella problem hos personer med handikapp samt gav praktiska tips på hur sjuksköterskan kunde öppna upp för samtal med patienter. Studien visade att utbildningen ökat sjuksköterskors kunskap, självförtroende, vilja och bekvämlighet gällande att tala om sexuell hälsa. Vid uppföljning två veckor senare hade bekvämlighetsnivån ökat ytterligare.

### *Ökat självförtroende*

Sjuksköterskor har påtalat att deras självförtroende ökat till följd av vidareutbildning (Dyer et al., 2015; Quinn & Happell, 2012a; Quinn & Happell, 2012b; Quinn et al., 2013). Hos 138 sjuksköterskestudenter förbättrades självförtroendet signifikant efter att de tagit del av en kort utbildnings-DVD. Denna effekt visades även vara bestående två veckor efter interventionen. Quinn och Happell (2012a, 2012b) rapporterade liknande resultat då sjuksköterskor som fick

individuell utbildning i ämnet sexuell hälsa och blev introducerade till en samtalsmodell, kände ökat självförtroende och ökad beredskap i patientsamtal. En uppföljningsstudie två år efter interventionen demonstrerade en positiv långtidseffekt (Quinn et al., 2013).

### *Ökad förståelse*

Flera studier har påvisat att sjuksköterskor som genomgått vidareutbildning fått större förståelse för den sexuella hälsans inverkan på människors livskvalitet (Bauer, McAuliffe, Nay & Chenco, 2013; Quinn et al., 2013; Quinn & Hapell, 2012a). Sjuksköterskornas förståelse för betydelsen av en fungerande sexuell hälsa medförde att de inte längre ville undvika att tala om ämnet (Quinn et al., 2013; Quinn & Hapell, 2012a). Om sjuksköterskorna inte lyfte frågan om patienters sexuella hälsa kunde patienter utsättas för ett onödigt lidande. Sjuksköterskorna förstod att sexuell hälsa var en del av sjuksköterskeprofessionens ansvarsområde och borde inkluderas för att ge en holistisk omvårdnad (ibid.).

### *Ändrad attityd*

Att sjuksköterskor får mer utbildning i ämnet sexuell hälsa har också visats leda till en positiv attitydförändring då de ska öppna för samtal gällande patienters sexuella hälsa (Bauer et al., 2013; Quinn & Hapell, 2012a; Quinn et al., 2013). I en interventionsstudie inkluderades 110 sjuksköterskor som fick ta del av ett tre timmar långt utbildningstillfälle innehållande en föreläsning och en film beträffande sexualitet, åldrande och demens (Bauer et al., 2013). Det framkom att sjuksköterskorna efter interventionen fick en signifikant mer tillåtande attityd gentemot äldres sexuella hälsa. Samma studie påvisade även att sjuksköterskors attityd gällande deras egna närståendes sexuella hälsa var oförändrad efter utbildningsinterventionen. Quinn och Happells (2012a, 2012b) utbildningsintervention påvisade också en attitydförändring hos sjuksköterskor efter att de fått större kunskap om ämnet. Före utbildningsinterventionen hade sjuksköterskorna sällan ställt frågor om patienters sexuella hälsa, detta då de ansåg att ämnet inte var relevant. Efter utbildningsinterventionen menade sjuksköterskorna istället att sexuell hälsa var mycket relevant och att de numera alltid inkluderade sexuell hälsa i samtal.

## **Att använda verktyg**

Verktyg såsom datorprogram, modeller eller lathundar har visat sig främja sjuksköterskors benägenhet att samtala om sexuell hälsa (Dadich et al., 2015; Macdowall et al., 2010; Quinn & Happell, 2012ab; Quinn & Happell, 2012b; Wang et al., 2015) samt ökat bekvämligheten vid samtalen hos både patienter och sjuksköterskor (Macdowall et al., 2010; Dadich et al., 2015). Nedan presenteras tre identifierade subteman: Datorprogram, samtalsverktyg och bedömningsverktyg.

### *Datorprogram*

I två studier förespråkas sjuksköterskors användning av datorprogram för att underlätta samtal om sexuell hälsa (Dadich et al., 2015; Macdowall et al., 2010).

Den interaktiva onlineutbildningen och tillika verktyget Online STI Practice Nurse Training av Dadich et al. (2015) har påvisat positiva effekter. Onlineutbildningen, som innefattade text, grafer, statistik med mera, förmedlade kunskap i syfte att stödja sjuksköterskors förståelse och hantering av sexuell hälsa i möten med sina patienter. Utbildningen tog ca 90 minuter att fullfölja och kunde genomföras när det passade den enskilda sjuksköterskan bäst.

Onlineutbildningen genomfördes av 18,7 % (n=109), var gratis och fritt tillgänglig på internet. Det låga deltagandet förklarades med bristande stöd på arbetsplatsen och otillräcklig marknadsföring. De sjuksköterskor som testade verktyget (n=20) fann det användbart och majoriteten (82,4 %) tyckte att det var en hjälp i det praktiska arbetet. Många uppgav att verktyget hjälpt i patientkonsultationer (70,6 %) och att det var lämpligt (75 %) samt enkelt att använda (82,4 %). Interventionen uppgavs även ha förbättrat dokumentationsfärdigheter hos 87,5 % och främjat identifiering av patienter med risk för könssjukdomar hos 81,3 %.

Talking of Sex är ett annat datorbaserat verktyg som visat sig främja sjuksköterskors konsultationsförmåga (Macdowall et al., 2010). Verktyget utvecklades i syfte att öka antalet gånger som ämnet sexuell hälsa tas upp av sjukvårdspersonal. Designen baserades på åsikter från sjukvårdspersonal som uttryckte behov av kommunikationsstöd och påminnelser om att ta upp ämnet. Verktyget tillhandahöll information om hur ämnet sexuell hälsa kan tas upp med patienter, anatomi-illustrationer, en guide i sexuell hälsoanamnes samt användbara länkar för professionell utveckling och patientinformation. Datorprogrammet gav en påminnelse då

en patient ansågs vara i behov att bli tillfrågade om dennes sexuella hälsa. Behovet baserades på ålder och så kallade *bridging conditions*. Bridging conditions innefattar tillstånd, som nästan automatiskt triggat samtal om sex, såsom alkoholmissbruk, akne och preventivmedel. Omkring hälften av de sjuksköterskor som deltog i studien (n=21) fann verktyget användbart och uppskattade framförallt dess utbildande aspekter och det stöd det gav gällande formulering av frågor till patienter. En ökning av sexuella hälsokonsultationer sågs bland sjuksköterskor efter att de introducerats till verktyget (från 39,8 % till 47,6 %). Ökning var relevant både för de fall med (35,3 % till 57,1 %) och utan (15,4 % till 28,6 %) *bridging conditions*. Sjuksköterskornas ökade frekvens av hälsokonsultationer fick fler patienter än tidigare att känna att sjukvårdspersonalen brydde sig om dem (från 41,7 % till 70 %, n=92).

### *Samtalsverktyg*

Quinn et al. (2013) och Quinn och Hapell (2012a, 2012b) har i tre omfattande studier utvärderat sjuksköterskors uppfattning av att använda modellen och samtalsverktyget BETTER (Mick, Hughes & Cohen, 2004) vid samtal om patienters sexuella hälsa. Modellen utvecklades ursprungligen för att stödja onkologisjuksköterskor vid samtal om sexuell hälsa och inkluderar sex steg (Quinn & Hapell, 2012a). En förklaring av modellen och de sex olika stegen, riktad till sjuksköterskan, följer nedan.

B (Bring up the topic): Ta upp ämnet och ge därigenom patienten möjlighet att uttrycka sin tolkning av sexualitet och eventuella problem. Berätta att detta är en rutinfråga.

E (Explain): Förklara att sexualitet är relaterat till livskvalitet och att sjukvårdspersonalen är intresserad av alla aspekter av en persons liv. En öppen dialog främjar normalisering av ämnet.

T (Tell): Berätta att även om ingen omedelbar lösning finns, finns det möjlighet till remittering eller att få resurser som kan underlätta patientens situation.

T (Time): Ta upp ämnet vid en lämplig tidpunkt. Om patienten inte är redo för att tala om sin sexuella hälsa, uppge att du är villig att tala om detta vid annat lämpligt tillfälle.

E (Educate): Undervisa patienten om effekter av behandling och biverkningar av mediciner som kan påverka den sexuella hälsan.

R (Record): Dokumentera din bedömning och de interventioner som använts (Quinn & Hapell, 2012a).

BETTER-modellen ansågs vara användbar, lätt att förstå och gav sjuksköterskorna tillåtelse till att inkludera ämnet sexuell hälsa i sitt praktiska arbete (Quinn & Hapell, 2012b). Modellen har påvisat flertalet positiva effekter, bland annat öppnade den upp sjuksköterskors förståelse för att ämnet hade betydelse för patienter (Quinn & Hapell, 2012a, 2012b). Flera sjuksköterskor uttryckte att de blev överraskade över patienters positiva reaktioner när de tagit upp ämnet (Quinn & Hapell, 2012b). Modellen hade även en praktisk betydelse då den förändrade sjuksköterskornas förhållningssätt från undvikande till inklusion av sexuell hälsa. Samtalen gick från att kännas främmande och obekväma till något normaliserat och integrerat i sjuksköterskans praktiska arbete (Quinn et al., 2013).

### *Bedömningsverktyg*

Bedömningsverktyg för sjuksköterskor har utvecklats för att användas vid initierandet av samtal om sexuell hälsa. Syftet med nyskapandet av bedömningsverktygen har främst varit att se om denna typ av verktyg kan hjälpa sjuksköterskor att inkludera sexuell hälsa i det praktiska arbetet (Dadich et al., 2015; Wang et al., 2015).

The Practice Nurse Postcard är ett bedömningsverktyg utformat för att vägleda sjuksköterskor vid förebyggande hälsokontroller gällande kvinnors sexuella hälsa (Dadich et al., 2015). Bedömningsverktyget ger sjuksköterskan en guide i hur man tar en kort hälsoanamnes, ger information gällande hälsokontrollen, prevention och behandling av klamydia samt hänvisar till ytterligare resurser. Åttiofem procent (n=52) av de sjuksköterskor som använde The Practice Nurse Postcard tyckte att verktyget var hjälpsamt. Sjuksköterskor menade att verktyget fungerade som en guide för patientkonsultationen och försäkrade dem om att ingen del av samtalet uteblev. Vidare visades bedömningsverktyget öka sjuksköterskornas självförtroende, något som bidrog till att de lättare kunde omsätta teoretisk kunskap i praktiken.

CARD är ett bedömningsverktyg utvecklat för att hjälpa vårdgivare att bedöma patienters sexuella hälsa (Wang et al., 2015). Verktyget inkluderar momenten att inleda samtal, bekräfta patienters oro, ställa frågor baserat på sammanhang och bekvämlighetsnivå samt att samordna adekvata vårdåtgärder. Efter att sjuksköterskor tagit del av en kortare utbildning i ämnet sexuell hälsa samt blivit introducerade till CARD ökade deras bekvämlighetsnivå signifikant



gällande att ta upp ämnet. Huruvida denna ökning berodde på användandet av bedömningsverktyget CARD eller utbildningsinterventionens helhet framkommer ej.

### **Att skapa en god relation**

Flertalet studier påvisar vikten av en god relation mellan patient och sjuksköterska för att möjliggöra samtal kring den sexuella hälsan (Dyer et al., 2014; Hughes & Lewinson, 2015; Quinn & Hapell 2012a; Green & Kodish, 2009). Sjuksköterskor har poängterat att även om de blev hjälpta av samtalsverktyg, så som BETTER-modellen, var en etablerad och god relation fortfarande av stor vikt för att effektivisera användandet av verktyget (Quinn & Hapell, 2012a). Även patienter har belyst vikten av tillit och en god relation som en förutsättning för att samtala om sexuell hälsa (Hughes & Lewinson, 2015). Den goda relationen kunde enligt patientutsago skapas om sjuksköterskan uppvisade god attityd, personligt intresse, empati, lyhördhet, idérikedom och humor. Gällande tillit var det viktigt för patienten att kunna känna att sjukvårdsutövaren skulle vara diskret gentemot dennes frågor och säkerhetsställa konfidentialitet. Tillit handlade även om att känna att sjukvårdspersonalen var kompetent, då det var mer troligt att patienter skulle diskutera sina sexuella problem om de kände att de kunde lita på den informationen som de fick av personen.

### **Att skapa en god kommunikation**

Green och Kodish (2009) undersökte i en online-enkät vilka kommunikationsstrategier som sjuksköterskor använder sig av. En huvudsaklig strategi bland de tillfrågade (n=456) var att ge det känsliga ämnet en introduktion fokuserad på riskfaktorer, patientens sjukdomstillstånd eller medicinering. Denna strategi ses även i studien av Quinn et al. (2013) där sjuksköterskor som introducerade ämnet i relation till mediciner och biverkningar kände sig mer bekväma och självsäkra. Sjuksköterskor introducerade ämnet genom att berätta för patienten att andra med liknande hälsotillstånd eller medicinering upplevt problem med den sexuella hälsan (Green & Kodish, 2009). Därefter ställdes frågan om detta problem var relevant för patienten (ibid.). Sjuksköterskor har påtalat att då de fick en anledning att ta upp ämnet, såsom en riskfaktor, fick ämnet en mer naturlig inledning och kändes mindre krystat (Macdowall et al., 2010).

I en kvalitativ intervjustudie av Hughes och Lewinson (2015) utforskas patientrapporterade faktorer som kan främja eller försvåra samtal om sexuell hälsa. Patienter påtalade betydelsen av vårdpersonalens kommunikationsfärdigheter och framhävde framförallt vikten av att samtalet bör upplevas som lättsamt och normaliserat. För att normalisera ämnet kan sjuksköterskan ta upp ämnet sexuell hälsa på samma sätt som om hen tar upp andra hälsorelaterade ämnen. Genom att normalisera ämnet kan sjuksköterskan skapa en känsla av att hen är intresserad av hela personens hälsa, inte sexuell hälsa specifikt (Hughes & Lewinson, 2015; Quinn et al., 2012a). Att använda humor ansågs också vara en god strategi för att ta upp det känsliga ämnet sexuell hälsa. Patienter uppskattade att sjukvårdspersonalen öppnade upp för icke sjukvårdsrelaterade och mer personliga samtalsämnen, vilket främjade den fortsatta dialogen (Hughes & Lewinson, 2015).

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Då författarna närmade sig ämnet med ett öppet sinne och utan tidigare kunskap över vilka strategier som fanns att tillgå, var en litteraturstudie en god metod för att få en översikt i ämnet. Flera av de studier som hittades var mer än tio år gamla och saknade utvärdering i modern tid. Resultatet av detta blev ett bortfall av artiklar som kanske annars kunnat vara användbara för att belysa andra existerande strategier för att tala om sexuell hälsa. Att endast artiklar från de senaste tio åren har inkluderats kan även ses som en styrka då resultatet grundas på den senaste forskningen i ämnet. Då de belysta strategierna i denna uppsats är utvärderade i modern tid blir resultatet mer applicerbart i dagens kliniska arbete. Framtida studier skulle kunna utformas som intervjustudier för att utvärdera äldre strategiers relevans för sjuksköterskan i nutid.

Att genomföra en sökning i flera databaser minskade risken för publiceringsbias (Willman et al., 2006). Sökmetoden grundade sig på en noggrann process där sökord valdes ut för att svara väl på syftet. Genom att kontrollera sökordens relevans i databasers ämnesordlistor kunde sökorden modifieras för att ge försäkring om att orden passade de separata databaserna optimalt. Exempelvis användes ordet *sexuality* i databasen Web of Science då det svarade bättre på syftet än ordet *sexual health* som användes i PubMed och CINAHL. Enligt Willman

et al. (2006) bör många olika sökord kombineras för att se till att all relevant litteratur inom ämnet fångats in. Att flera olika ord, relevanta för ämnet och databaserna, kombinerades kan därför ses som en styrka i metoden. Enligt Friberg (2012) kännetecknas en lyckad sökstrategi av en balans mellan strukturerad analys och experimenterande. Därför kan den kompletterande fritextsökningen med frasen "*sensitive topic*" anses ha stärkt resultatet. Då flertalet artiklar använde sig av frasen som nyckelord, ansågs den vara relevant för ämnet. Denna sökning kan även ses som en svaghet då frasen saknar bekräftelse i ämnesordlistor och då sökningen inte genomfördes i alla databaser.

Att manuell sökning genomfördes kan anses vara en styrka då författarna på så sätt försäkrade sig om att ingen litteratur relevant för ämnet gått förlorad. De artiklar som valdes till urval 2 hittades upprepade gånger via olika sökordskombinationer och databaser vilket gav stöd för att den litteratur i ämnet som fanns att tillgå verkligen hade hittats och att inga ytterligare studier gick att finna. Att både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderats i sökningen kan ge styrka och bredd åt studiens resultat. Studier baserade på en kvalitativ ansats kan ge kännedom om attityder, behov, önskemål hos människor (Forsberg & Wengström, 2013). Genom att inkludera kvalitativa studier gavs inblick i sjuksköterskornas syn på de valda strategierna. Eftersom även studier med kvantitativ ansats inkluderades kunde interventionernas signifikans utvärderas och resultatets generaliserbarhet därmed stärkas.

När en litteraturstudie genomförs har författaren skyldighet att kvalitetsbedöma de studier som ska användas samt kritiskt granska och motivera vilka artiklar som ska exkluderas (Forsberg & Wengström, 2013). Detta är något som författarna har eftersträvat och samtliga artiklar som inkluderats har ansetts uppnå medel till hög nivå av kvalitet samt haft etiskt godkännande. Att använda sig av protokoll har säkerhetsställt god kvalitet på studierna, samtidigt har detta resulterat i att många studier fallit bort då de exempelvis inte uttryckt ett etiskt förhållningssätt.

Innehållsanalysen baserades på en induktiv ansats, vilket innebär att författarna analyserade de vetenskapliga artiklarna med ett öppet sinne. Detta minskar risken för bias (Kristensson, 2014), det vill säga att resultatet skulle kunnat påverkas av författarnas egna värderingar och förutfattade meningar i ämnet. Genom att artiklarna analyserades separat av författarna och att teman samt subteman framkom efter en gemensam diskussion, minskades risken för bias ytterligare. Få svårigheter uppstod vid identifiering av huvudteman då strategierna enkelt gick

att urskilja baserat på utformning. De vetenskapliga artiklarna uttryckte exempelvis tydligt om de olika interventionerna var baserade på att öka kunskap genom utbildning eller underlätta samtal med hjälp av ett praktiskt verktyg. Organisering av subteman försvårades något av det faktum att resultatet från vissa interventioner passade in under flera rubriker. Författarna var därför tvungna att diskutera och prioritera vart den valda interventionen passade bäst in.

Enligt Friberg (2012) är det viktigt att reflektera över till vilken grad de inkluderade studierna speglar det fenomen som man vill undersöka. Majoriteten av de studier som inkluderades i resultatet undersöker den direkta effekten av strategier relaterat till främjandet av sjuksköterskans samtal kring sexuell hälsa. Några studier speglar dock patienters syn på hur en sjuksköterska bör vara och uttrycka sig för att främja samtal kring den sexuella hälsan. Att även patienters syn speglas i resultatet kan ses som en fördel, då samtalet bör vara en dialog där patientens förutsättningar för att samtala ska främjas. En majoritet av studierna var australiensiska (5 av 10) men då problematiken kring samtal om sexuell hälsa är ett globalt problem, oberoende av demografiska och geografiska faktorer, har detta troligtvis inte påverkat resultatets generaliserbarhet.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Det framkom i föreliggande studies resultat att utbildning gällande samtal om sexuell hälsa kan stärka sjuksköterskans förmåga till samtal om sexuell hälsa. Detta kan relateras till att sjuksköterskor med bristande utbildning har uppvisat högre osäkerhet (Kong et al., 2009; Mangan et al., 2005; Mellor et al., 2013) och en mer negativ attityd till samtal om sexuell hälsa (Oskay et al., 2014; Saunamäki et al., 2009). Att sjuksköterskor som genomgått utbildning fick förståelse för betydelsen av sexuell hälsa och att samtal om ämnet ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter, stämmer överens med studier där sjuksköterskor som vidareutbildats varit mer benägna att se sexuell hälsa som en del i professionens ansvarsområde (Oskay et al., 2014). Denna tendens ger en tydlig indikation på att utbildning inom sexuell hälsa är central för att främja samtal om ämnet.

Det ställs krav på sjuksköterskor att tillämpa sitt kunnande för att hantera olika situationer och frågeställningar utifrån individers och grupperns behov (SFS 1993:100). Att sjuksköterskor då uppvisar bristfällig kunskap i ämnet sexuell hälsa kan tyda på brister i utbildningen. Tsai, Huang, Shih, Li och Lai (2014) föreslår en förändring i sjuksköterskeprogrammets läroplan i

Taiwan för att stärka sjuksköterskors färdigheter i arbetet med sexuell hälsa. I enlighet med detta menar Evans (2015) att det även finns brister i Storbritanniens sjuksköterskeutbildning som orsakar svårigheter för sjuksköterskor att initiera samtal om sexuell hälsa.

Sjuksköterskestudenter blir inte tillräckligt utbildade i ämnet för att i praktiken kunna möta patienters behov av att tala om sexuell hälsa. Egna erfarenheter av sjuksköterskeutbildningen i Sverige har också påvisat att studenter får föga information gällande vikten av att tala om sexuell hälsa med patienter. Inte heller kunskap om hur olika diagnoser eller behandlingar kan påverka den sexuella hälsan har framkommit under utbildningen. Att inte inkludera denna typ av kunskap går emot Högskoleförordningens föreskrifter gällande deras beskrivning av examinerad sjuksköterska som ska ha förmåga att kunna informera patienten om läkemedlens effekter och biverkningar (SFS 1993:100). Resultatet tyder på att utbildning medvetandegör vikten av att tala om sexuell hälsa för sjuksköterskor och bidrar till normalisering av ämnet. Därför kan det diskuteras om en förändrad läroplan, där ämnet sexuell hälsa bättre integreras, bättre skulle uppfylla Högskoleförordningens föreskrifter samt främja sjuksköterskors praktiska arbete med sexuell hälsa inom många aspekter. Exempelvis skulle sjuksköterskeutbildningen kunna inkludera kunskap om sexuell hälsa i relation till diagnoser och symtom samt belysa strategier som finns att tillgå vid samtal om sexuell hälsa.

Det framgår av resultatet att användandet av olika verktyg kan underlätta sjuksköterskors samtal gällande sexuell hälsa. Verktyg visade sig hjälpa sjuksköterskor vid initiering av ämnet, ha utbildande aspekter och verka som en guide för att styra samtalet. I enlighet med detta menar Steinke och Jaarsma (2015) att verktyg kan användas i sjuksköterskans praktiska arbete för att på så sätt ge en startpunkt i konversationen om sexuell hälsa. Positiva effekter av verktyg såsom datorprogram stärks av Ruland (2002) som menar att webbaserade utbildningar ger personalen möjlighet att öka sin kunskap på ett flexibelt sätt.

Trots att resultatet har framhållit positiva effekter av verktyg, tycks implementeringsarbetet vara centralt för att verktygen överhuvudtaget ska användas. Resultatet presenterade att endast en tredjedel av sjuksköterskorna i en studie använde det samtalsverktyg som forskarna försökte implementera. Anledningen till att få använda sig av samtalsverktyget uppgavs vara att sjuksköterskorna inte var medvetna om dess tillgänglighet. Ett krav för framgångsrik implementering innefattar synliggörande av den intervention som ska leda till förändring (SSF, 2010). Detta kan exempelvis uppnås via undervisningsmöten, datoriserade påminnelse-system samt uppföljning och återkoppling. Genom att även förklara och motivera

betydelsen av en intervention, såsom användandet av verktyg, får man med alla medarbetare i förändringsarbetet och skapar vilja och motivation till en långsiktig förändring (Rosengren, 2014).

Resultatet påvisade att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient har betydelse för samtal om sexuell hälsa. Gold, Lim, Hellard, Hocking och Keough (2010) illustrerar betydelsen av kommunikation i en utvärdering av sexuellt hälsofrämjande via SMS. SMS-meddelandenas utformning visade sig ha betydelse för om deltagarna kom ihåg eller uppmärksammade informationen de delgavs. Deltagarna visade exempelvis uppskattning för personlig prägel, humor och rim (ibid.). Resultatet framhäver speciellt humor som en viktig faktor att skapa en god kommunikation med patienten och det känsliga ämnet. Higgins, Barker och Begley (2006) stärker detta men poängterar även att det är viktigt att humorn inte tar över samtalet och på så sätt döljer patientens verkliga behov av att tala om dennes sexuella hälsa.

Förutom retoriska färdigheter innebär kommunikation att sjuksköterskan ska kunna föra en lyhörd dialog där patientens behov och förutsättningar ligger till grund för samtalet (Larsson, Palm & Rahle Hasselbalch, 2008). Att identifiera omvårdnadsbehov hos patienter är ett krav enligt högskoleförordningen (SFS 1993: 100) och anses av Orlando (1961) vara sjuksköterskans huvudsakliga funktion i omvårdnaden. Att identifiera behov hos patienter kan bli problematiskt om patienten inte själv förstår vilka behov och frågor som är lämpliga att diskutera med sjuksköterskan. Många patienter vågar inte ställa frågor kring känsliga ämnen (Larsson et al., 2008) såsom sexuell hälsa och sjuksköterskan kan därför missa identifieringen av dessa omvårdnadsbehov. Det krävs alltså av sjuksköterskan att öppna upp för dialog genom att själv ställa frågan om patientens sexuella hälsa snarare än att invänta initiering av samtalet från patientens sida (Taylor & Davis, 2006). Detta påvisar ytterligare behovet av att belysa existerande strategier för att underlätta för sjuksköterskan att initiera samtal om patienters sexuella hälsa.

Resultatet har betonat att patienter värdesätter en tillitsfull relation i samtal om sexuell hälsa och att detta kan uppnås genom att sjuksköterskan försäkrar om konfidentialitet. Taylor och Davis (2006) menar att konfidentialitet underlättar vid öppnandet av samtal om sexuell hälsa och att sjukvårdspersonal redan innan samtalet äger rum kan försäkra att alla samtal behandlas konfidentiellt för att göra patienter mer bekväma. I den kliniska verksamheten skulle

exempelvis information om sjuksköterskans konfidentialitet kunna förmedlas i väntrummet via broschyrer eller posters. Resultatet framhåller också att personliga egenskaper såsom en god attityd, empati och intresse hos sjuksköterskan kan påverka relationen. Detta är i enlighet med ICN:s etiska kod (SSF, 2014) som menar att sjuksköterskor ska uppvisa professionella värden såsom respektfullhet, medkänsla och lyhördhet. Higgins et al. (2006) framhåller betydelsen av att sjuksköterskan uppvisar en god attityd gentemot ämnet för att på så vis skapa ett klimat där patienten känner sig bekväm med att diskutera sin sexuella hälsa.

Denna litteraturstudie har presenterat tre huvudfynd som kan främja sjuksköterskors arbete med sexuell hälsa; att genomgå utbildning, att använda verktyg, att skapa en god relation och kommunikation. Det framkom att samtliga huvudfynd var direkt sammankopplade med de barriärer som presenterats i bakgrunden. Okunskap, felaktiga förväntningar och attityder är alla exempel på barriärer som visats hämma sjuksköterskor i samtal om sexuell hälsa.

Utgångspunkten för de presenterade strategierna i denna uppsats har varit att komma runt dessa barriärer och främja samtal om sexuell hälsa. De olika strategierna lämpar sig olika väl beroende på vilken barriär som ligger till grund för sjuksköterskans svårigheter med att tala om sexuell hälsa. Exempelvis kan en sjuksköterska besitta god kommunikativ förmåga men sakna tillräcklig kunskap i ämnet. En annan sjuksköterska kan inneha rätt kunskap men ha svårigheter med hur hen ska närma sig ämnet och kan då behöva hjälp med en strategi för att öppna upp dialogen om patientens sexuella hälsa. Höskoleförordningen menar att sjuksköterskestudenten ska uppvisa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens för att uppnå examen (Sveriges Riksdag, 2006). Vidare säger ICN:s etiska kod att sjuksköterskan har ett personligt ansvar för sitt sätt att utöva yrket och att genom livslångt lärande behålla sin yrkeskompetens (SSF, 2014). Evans (2011) hävdar att en förutsättning för förändring är att sjuksköterskan reflekterar kring sitt arbete kontinuerligt. Andra forskare har också påtalat vikten av reflektion för att sjuksköterskan ska säkerställa lärande och utveckling (Taylor & Davis, 2006). Detta belyser vikten av att sjuksköterskan, innan val av strategi, själv har ansvar att reflektera över och medvetandegöra vilken barriär det är som ligger till grund för problematiken i hens arbete med sexuell hälsa. När sjuksköterskan har reflekterat och identifierat problematiken kan resultat i denna uppsats förmedla praktiska tips för hur sjuksköterskan kan komma runt sina svårigheter. Att sjuksköterskan själv kan implementera en strategi underlättar även i de situationer där bristfälliga rutiner ligger till grund för att sjuksköterskorna undviker ämnet, något Oskay et al.

(2014) uppmärksammat i sin studie. Hur sjuksköterskan ska ställa sig kritisk till sin egen kompetens tas inte upp i denna uppsats och kan behöva utforskas ytterligare.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Denna uppsats belyser existerande strategier som finns att tillgå för sjuksköterskor vid samtal om sexuell hälsa. Tidigare studier inom sexuell hälsa har främst fokuserat på att undersöka människors attityder och upplevelser av att samtala om ämnet. Då denna kandidatuppsats belyser strategier som kan användas vid samtal om sexuell hälsa, snarare än att undersöka barriärer, kan resultatet ha betydelse för sjuksköterskans praktiska arbete. Resultatet framhåller att strategier såsom att genomgå utbildning, att använda verktyg, att skapa en god relation och kommunikation stärker sjuksköterskors praktiska arbete och hjälper dem att komma runt barriärer som kan hindra samtal om sexuell hälsa. De olika strategierna innehåller olika kvalitéer, därför bör val av strategi baseras på den typ av kunskap den enskilda sjuksköterskan är i behov av. Detta ställer krav på sjuksköterskan att reflektera över sin kompetens samt egna styrkor och svagheter vid samtal om sexuell hälsa. Vidare krävs ett gott implementeringsarbete för att möjliggöra användning av strategier i sjuksköterskans praktiska arbete.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Båda författarna har varit likvärdigt delaktiga under hela arbetsprocessen av denna litteraturstudie.



## Referenser

Angelöw, B. & Jonsson, T. (2000). *Introduktion till socialpsykologi*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Backman J. (2014). *Rapporter och uppsatser* (2 uppl.), Lund: Studentlitteratur.

\*Bauer M., McAuliffe L., Nay R. & Chenco C. (2013). Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff. *Educational Gerontology* 39, 82-91. doi:10.1080/03601277.2012.682953

\*Dadich A. Abbott P. & Hosseinzadeh H. (2015). Strategies to promote practise nurse capacity to deliver evidence-based care. *Journal of Health Organisation and Management* 29 (7), 988-1010. doi: 10.1108/JHOM-05-2013-0089

\*Dyer K., Aubeeluck A., Yates N.L. & Das Nair R. (2015). A Multiple Timepoint Pre-post Evaluation of a 'Sexual Respect' DVD to Improve Competence in Discussing Sex with Patients with Disability. *Sex Disabil* 33, 385-397. doi:10.1007/s.11195-014-9375-3.

Dyer K. & Das Nair R. (2013). Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the united kingdom. *Journal of sexual medicine* 10, 2658-2670. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x

Evans D.T. (2015). Promoting sexual health and wellbeing: the role of the nurse. *Nursing Standard* 28 (10), 53-57.

Farrell J. och Belza B. (2012). Are older patients comfortable discussing sexual health with nurses? *Nursing Research* 61(1), 51-57. doi: 10.1097/NNR.0b013e31823a8600

Folkhälsomyndigheten (2015). *Folkhälsans utveckling - 11 målområden*. Hämtad den 16 December 2015, från folkhälsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>

Forsberg C. och Wengström Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*, Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Gold J., Lim M.S.C., Hocking J.S., Keough A., Spelman T. & Hellard M.E. (2011). Determining the Impact of Text Messaging for Sexual Health Promotion to Young People. *Sexually Transmitted Diseases* 38(4), 247-252. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181f68d7b

Gold J., Lim M.S.C., Hellard M.E., Hocking J.S. & Keough L. (2010). What's in a message? Delivering sexual health promotion to young people in Australia via text messaging. *BioMedCentral Public Health* 10: 792. doi: 10.1186/1471-2458-10-792

Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. & Elford, H. (2004). Opening a can of worms?: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice* 21(5), 528-536. doi: 10.1093/fampra/cmh509

\*Green R. & Kodish S. (2009). Discussing a sensitive topic: Nurse practitioners' and physician assistants' communication strategies in managing patients with erectile dysfunction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21, 698-705. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00464.x

Hinchliff, S. och Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine* 58(11), 2093–103. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.08.025

\*Hughes A.K. & Lewinson T.D. (2015). Facilitating Communication About Sexual Health Between Aging Women and Their Health Care Providers. *Qualitative Health Research* 25(4), 540-550. doi: 10.1177/1049732314551062

Kong S.K.F., Wu L.H. & Loke A.Y. (2009). Nursing students' knowledge, attitude and readiness to work for clients with sexual health concerns. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2372–2382. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02756.x

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

Larsson, Palm & Rahle Hasselbalch. (2008). *Patientkommunikation i praktiken*. Falun: Norstedts Akademiska Förlag.

\*Macdowall, W., Parker R., Nanchahal K., Ford C., Lowbury R., Robinson A., Sherrard J., Martins H., Fasey N. & Wellings K. (2010). 'Talking of Sex: Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Education and Counseling* 81, 332-337. doi:10.1016/j.pec.2010.10.027

Magnan M.A., Reynolds K.E. & Galvin E.A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practise, *Medsurgnursing* 14(5), 282-289. Hämtad från

Marriner-Tomey, A. & Alligood, M.R. (1998). *Nursing theorists and their work*. (4., uppl.) St. Louis, Mo.: Mosby.

Melianthe P.J.N., van Bavel J., Somsen G.A., de Grooth G.J., Tulevski I.I., Lorscheid A., Putter H., Schalij M.J., Pelger R.C.M. & Elzevier H.W. (2013). Erectile dysfunction in the cardiology practise - a patients' perspective. *American Heart Journal* 167(2), 178-185. doi: 10.1016/j.ahj.2013.10.021

Mellor, R-M., Greenfield, S-M., Dowswell, G., Sheppard, J-P., Quinn, T., & McManus, R-J. (2013). Health Care Professionals' Views on Discussing Sexual Wellbeing with Patients Who Have Had a Stroke: A Qualitative Study. *PLoS ONE* 8(10). doi: 10.1371/journal.pone.0078802

Mick, J., Hughes, M., & Cohen, M.Z. (2004). Using the BETTER model to assess sexuality, *Clinical Journal of Oncology Nursing* 8(1), 84-86. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1188/04.CJON.84-86>

Orlando, I. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles of professional nursing practise*. New York: G.P. Putnam's Sons.

Oskay Y., Can G. & Basgol S. (2014). Discussing sexuality with cancerpatients: Oncology Nurses attitudes and beliefs, *Asian Pacific Ocean Journal of Cancer Prevention* 15(17), 7321-7326. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.17.7321>

\*Quinn C. & Happell B. (2012a). Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *International Journal of Mental Health Nursing* 21 (2), 154-162. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00783.x

\*Quinn C. & Happell B. (2012b). Talking About Sexuality with Consumers of Mental Health Services. *Perspectives in Psychiatric Care* 49(1), 13-20. doi:10.1111/j.1744-6163.2012.00334.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:10.1111/j.1447-0349.2012.00865.x

Riksförbundet för sexuell upplysning. (2012). *Vad betyder SRHR?* Hämtad den 16 April 2015, från Riksförbundet för sexuell upplysning, <http://www.rfsu.se/sv/Sex-och-politik/Vad-betyder-SRHR/>

Rosengren. (2014). *Vårdledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Ruland C.M. (2002). *Vårdinformatik*. Falun: Natur och Kultur.

Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2009). Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing* 66(6), 1308–1316. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad den 15 april 2015, från Sveriges Riksdag, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/)

SFS 1993: 100. *Högskoleförordningen*. Hämtad den 21 december 2015, från Sveriges Riksdag, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100\\_sfs-1993-100/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100/)

SFS 1982: 763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad den 15 April 2015, från Sveriges Riksdag, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport*. Hämtad den 5 April 2015, från Socialstyrelsen, [http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/9\\_Sexuell.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/9_Sexuell.pdf)

Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Målområde 8: Sexualitet och reproduktiv hälsa, Kunskapsunderlag för folkhälsorapport*. Hämtad den 14 april 2015, från Folhalsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12538/R2011-02-Sexualitet-och-reproduktiv-halsa.pdf>

Steinke E.E. och Jaarsma T. (2015). Sexual counselling and cardiovascular disease: practical approaches. *Asian Journal of Andrology* 17, 32-39. doi: 10.4103/1008-682X.135982

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICNs etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad den 14 April 2015 från,  
[http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*. Hämtad den 16 December 2015 från,  
[http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard\\_web.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard_web.pdf)

Taylor B. & Davis S. (2006). *Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs*, *Nursing Standard* 21(11), 35-40. Hämtad från,

Tsai L.Y., Huang C.Y., Shih F.F., Li C.R. & Lai T.J. (2014). Undergraduate nursing education to address patients' concerns about sexual health: the perceived learning needs of senior traditional four-year and two-year recurrent education (rn-bsn) undergraduate nursing students in taiwan. *Nagoya Med Sci.* 76(3-4), 273-284.

Ussher J.M., Perz J. & Gilbert E. (2013). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer, *Journal of Advanced nursing* 69(2), 327-337. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x

Utrikesdepartementet. (2006). *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Hämtad den 16 April 2015, från Regeringskansliet,  
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/49/89/6cd21f93.pdf>

\*Wang L.Y, Pierdomenico A., Lefkowitz A. & Brandt R. (2015). Female Sexual Health Training for Oncology Providers: New Applications. *Sexual Medicine* 3, 189-197.  
doi:10.1002/sm2.66

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

World Health Organisation. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. Hämtad den 5 April 2015 från  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)

World Health Organisation. (1948). *WHO Definition of Health*. Hämtad den 15 April från  
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

## Bilaga 1 (3) Artikelmatris

Nr	Författare, land och år	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1	Dadich, A., Abbott, P. & Hosseinzadeh, H.  Australien  2014	<i>Strategies to promote practice nurse capacity to deliver evidence-based care; An example from sexual healthcare.</i>	Att identifiera strategier som kan öka sjuksköterskors förmåga att främja evidensbaserad vård inom området sexuell hälsa i allmän praxis.	Kvalitativ och kvantitativ data via slutna och öppna frågor, semistrukturerad intervju.  217 sjuksköterskor svarade på en enkät som syftade till att undersöka deras medvetenhet, användning, och uppfattning av påverkan av två olika verktyg: Det kliniska hjälpmedlet Practise Nurse Postcard och 90 minuters onlineträning. Uppföljningsintervjuer hölls sedan med 10 deltagare för att utvärdera deras upplevelse av användandet.	Majoriteten av de som använt de olika verktygen tyckte att de var användbara i deras praktiska arbete. Användbarheten av verktygen berodde på deltagarnas uppfattning av dess relevans och design. De som valde att inte använda verktygen var de som saknade stöd från sin arbetsgivare/arbetsplats.	Medel
2	Macdowall W., Parker R., Nanchahal K., Ford C., Lowbury R., Robinson A., Sherrard J., Martins H., Fasey N. & Wellings K.  Storbritannien  2010	<i>'Talking of Sex: Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care.</i>	Att utveckla och testa ett kommunikationshjälpmedel i syfte att öka antalet gånger som sjukvårdspersonal diskuterar ämnet sexuell hälsa med unga personer i primärvården.	Gruppintervjuer bland sjukvårdspersonal guidade utformningen av verktyget. Det testades först genom simulerade konsultationer och sedan i praktiken för att utvärdera dess effektivitet. 188 patienter och 58 sjukvårdsutövare svarade på enkäter innan och efter interventionen.	Verktyget ledde till en måttlig ökning i antalet gånger som ämnet sexuell hälsa togs upp av sjukvårdspersonalen. Denna ökning var mest framkommande bland sjuksköterskor. Alla patienter välkomnade möjligheten att få diskutera sin sexuella hälsa med sjukvårdspersonalen.	Medel
3	Quinn, C. & Happell, B.	<i>Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in</i>	Att undersöka om BETTER-modellen är användbar för att assistera psykiatrisjuksköterskor	Kvalitativ studie. Individuella djupintervjuer med 14 psykiatrisjuksköterskor. Vid första	Deltagarna beskrev att de efter interventionen hade gått från att undvika ämnet sexuell hälsa till att	Hög

	Australien 2012	<i>mental health nursing care.</i>	då de ska tala om sexuell hälsa med patienter inom psykiatriskvård.	intervjutillfället undersöktes sjuksköterskornas attityd och erfarenhet av att tala om sexuell hälsa. Vid andra intervjutillfället hade sjuksköterskorna genomgått en kortare utbildning i ämnet sexuell hälsa samt introducerats till BETTER-modellen.	inkludera det som en del i deras arbete. Deltagarna använde inte BETTER-modellen på ett strukturerat sätt, utan verkade snarare ha blivit påverkade av utbildning och medvetandegörandet av ämnets betydelse.	
4	Quinn, C. & Happell, B.  Australien 2012	<i>Talking about sexuality with consumers of mental health services.</i>	Undersöka sjuksköterskors uppfattning av patienters reaktion då sjuksköterskorna för en diskussion kring sexuell hälsa.	Kvalitativ studie. Individuella djupintervjuer med 14 psykiatrisjuksköterskor. Sjuksköterskorna hade vid tidigare tillfälle undervisats i sexuell hälsa samt introducerats till BETTER-modellen.	Sjuksköterskorna beskrev BETTER-modellen som användbar och patienternas respons till diskussionen om sexuell hälsa var positiv.	Hög
5	Quinn, C., Happell, B. & Welch, A.  Australien 2013	<i>Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change.</i>	Undersöka huruvida sjuksköterskor fortsatte att inkludera sexuell hälsa i sitt praktiska arbete 2 år efter de fått undervisning i ämnet sexuell hälsa samt blivit introducerade till BETTER-modellen.	Kvalitativ studie. Individuella djupintervjuer med de psykiatrisjuksköterskor som deltagit i studien 2 år tidigare. Intervjuerna var utformade på så sätt att sjuksköterskorna kunde tala fritt om sina upplevelser. Endast 10 deltog då 4 inte längre gick att få kontakt med.	Tidigare hade sjuksköterskorna undvikit ämnet men efter interventionen var de nu mer villiga att inkludera ämnet. De fortsatte att inkludera sexuell hälsa i sitt arbete 2 år efter interventionen då de nu erkände sexuell hälsa som en del i att ge en holistisk omvårdnad.	Hög
6	Bauer M., McAuliffe L. Nay R. & Chenco C.  Australien 2013	<i>Sexuality in older adults: effect of an educational intervention on attitudes and beliefs of residential aged care staff.</i>	Att utvärdera en utbildningsintervention designad för äldreomsorgspersonal i syfte att öka kunskap och förbättra attityder gentemot sexuell uttryck hos äldre personer boendes på äldreboenden.	112 sjuksköterskor och undersköterskor deltog i en workshop på tre timmar. Interventionen utvärderades med hjälp av pre/posttest enkäter.	Resultatet visade en signifikant mer tillåtande attityd hos vårdpersonalen efter interventionen. Detta framhåller vikten av sexualitetsutbildning för att bryta de negativa attityder som kan finnas hos vårdpersonal.	Medel
7	Green R. & Kodish S.  USA	<i>Discussing a sensitive topic: Nurse practitioners' and physician assistants' communication strategies in managing patients with</i>	Undersöka vilka strategier sjukvårdspersonal använder sig av för att samtala om det känsliga ämnet erektil dysfunktion.	243 sjuksköterskor och 213 läkare svarade på en onlineenkät.	Fyra huvudsakliga strategier användes: att initiera ämnet direkt, att initiera ämnet med hjälp av en introduktion, att initiera ämnet när det finns en hög riskfaktor och att	Medel

	2009	<i>erectile dysfunction</i>			tillåta patienten att ta upp ämnet.	
8	Hughes A.K. & Lewinson T.D.  USA  2015	<i>Facilitating Communication About Sexual Health Between Aging Women and Their Health Care Providers</i>	Undersöka åldrande kvinnors perspektiv gällande att kommunicera med vårdgivare om sexuell hälsa.	Semistrukturerade intervjuer med 28 kvinnor i åldrarna 50-91 år.	Resultatet visade att en majoritet av kvinnorna (n=22) hade en positiv syn av att samtala om sexuell hälsa med sin sjukvårdsutövare. Kvinnor var mest motiverade till att samtala då de kände att de hade en god relation och kände tillit till sjukvårdspersonalen.	Hög
9	Dyer K., Aubeeluck A., Yates N.L., & Das Nair R.  Storbritannien  2015	<i>A Multiple Timepoint Pre-post Evaluation of a "Sexual Respect" DVD to Improve Competence in Discussing Sex with Patients with Disability</i>	Utvärdera interventionen "Sexual Respect DVD", som syftade till att förbättra sjuksköterskestudenters kompetens gällande att tala om sexualitet och handikapp.	138 studenter besvarade enkäter vid fyra tillfällen. Enkäterna hade både en kvantitativ del som undersökte effekten av DVDn och en kvalitativ del som undersökte sjuksköterskors upplevelser av vad som kan underlätta och försvåra samtalet.	DVDn hade en signifikant positiv påverkan på kunskap, självförtroende, bekvämlighet och vilja till att om sexuella problem.  Utbildning och skriftlig information underlättade samtalet medan bristande kunskap och väntan på att patienten skulle initiera samtalet försvårade det.	Hög
10	Wang L.Y, Pierdomenico A., Lefkowitz A. & Brandt R.  USA  2015	<i>Female Sexual Health Training for Oncology Providers: New Applications</i>	Att undersöka om ett kort och målinriktat utbildningsprogram kan hjälpa onkologisjuksköterskor att känna sig mer bekväma i samtal om sexuell hälsa samt om frekvensen av samtal ökat.	8 onkologer, 4 kirurger och 62 sjuksköterskor och annan vårdpersonal deltog vid ett 30-45 minuters långt utbildningstillfälle samt blev introducerade till samtalsverktyget CARD. Undersökande formulär fylldes i före och efter interventionen för att mäta huruvida vårdpersonalens bekvämlighet ökade samt om de mer frekvent tog upp ämnet med patienter.	Demonstrerar en statistiskt signifikant ökning efter interventionen i följande parametrar; bekvämlighet att ta upp ämne, samordna vårdinsatser samt förekomsten av samtal om sexuell hälsa i diagnos och behandlingsfasen.	Medel

## Bilaga 2 (3) Sökschema

Tabell 1: Litteratursökning i CINAHL

<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Granskade artiklar</b>	<b>Urval 1</b>	<b>Urval 2</b>
Sexual health	15582	-	-	-
Nurses	198306	-	-	-
Sexual health AND Nurses	1210	-	-	-
Sexual health AND Nurses AND Strategy	105	11	3	1 (Nr 1)
Sexual health AND Nurses AND Intervention	204	22	7	2 (Nr 5 & 6)
Sexual health AND Nurses AND Counseling	85	12	1	0
Sexual health AND Nurses AND Communication	97	13	0	0

Tabell 2: Litteratursökning i PubMed

<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Granskade artiklar</b>	<b>Urval 1</b>	<b>Urval 2</b>
Sexual health	62945	-	-	-
Nurses	78072	-	-	-
Sexual health AND Nurses	1453	-	-	-
Sexual health AND Nurses AND Strategy	37	1	0	0
Sexual health AND Nurses AND Intervention	148	16	3	1 (Nr 2)
Sexual health AND Nurses AND Counseling	157	12	0	0
Sexual health AND Nurses AND Communication	164	14	1	1 (Nr 10)

Tabell 3: Litteratursökning i Web of Science

<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Granskade artiklar</b>	<b>Urval 1</b>	<b>Urval 2</b>
Sexuality	32223	-	-	-



Nurses	360638	-	-	-
Sexuality AND Nurses	944	-	-	-
Sexuality AND Nurses AND Strategy	82	6	1	0
Sexuality AND Nurses AND Intervention	165	19	8	3 (Nr 4, 8 & 9)
Sexuality AND Nurses AND Counseling	88	19	5	0
Sexuality AND Nurses AND Communication	129	7	0	0
Sensitive topic AND Nurses AND (Strategy OR Intervention or Communication)	189	9	1	1 (Nr 7)

Artikel nr 3 hittades via manuell sökning.

## Bilaga 3 (3) Bedömningsprotokoll

BILAGA H

### BILAGA H

#### EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVALITATIV METOD

*Beskrivning av studien, t.ex. metodval* .....

Finns det ett tydligt syfte?  Ja  Nej  Vet ej

Patientkaraktäristika Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

Är kontexten presenterad?  Ja  Nej  Vet ej

Etiskt resonemang?  Ja  Nej  Vet ej

#### *Urval*

– Relevant?  Ja  Nej  Vet ej

– Strategiskt?  Ja  Nej  Vet ej

#### *Metod för*

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

– analys tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

#### *Giltighet*

– Är resultatet logiskt, begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

– Råder datamättnad? (om tillämpligt)  Ja  Nej  Vet ej

– Råder analysmättnad?  Ja  Nej  Vet ej

#### *Kommunicerbarhet*

– Redovisas resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till  
en teoretisk referensram?  Ja  Nej  Vet ej

Genereras teori?  Ja  Nej  Vet ej

**Huvudfynd**

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/  
analys adekvat?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

Hög       Medel       Låg

**Kommentar** .....  
.....  
.....

**Granskare (sign)** .....

## BILAGA G

EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER  
MED KVANTITATIV METOD, RCT & CCT

Beskrivning av studien

*Forskningsmetod*       RCT                       CCT (ej randomiserad)  
 multicenter, antal center .....

Kontrollgrupp/er .....

*Patientkaraktäristika*                      Antal .....

Ålder .....

Man/Kvinna .....

*Kriterier för inkludering/exkludering*

Adekvat inkludering/exklusion       Ja                       Nej

*Intervention* .....

.....

.....

*Vad avsåg studien att studera?*

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått .....

.....

*Urvalsförfarandet beskrivet?*                       Ja                       Nej

*Representativt urval?*                       Ja                       Nej

Randomiseringsförfarande beskrivet?       Ja                       Nej                       Vet ej

Likvärdiga grupper vid start?                       Ja                       Nej                       Vet ej

Analyserade i den grupp som de randomi-  
serades till?                       Ja                       Nej                       Vet ej

Blindning av patienter?                       Ja                       Nej                       Vet ej

Blindning av vårdare?                       Ja                       Nej                       Vet ej

Blindning av forskare?                       Ja                       Nej                       Vet ej

**Bortfall**

- Bortfallsanalysen beskriven?  Ja  Nej
- Bortfallsstorleken beskriven?  Ja  Nej
- Adekvat statistisk metod?*  Ja  Nej
- Etiskt resonemang?*  Ja  Nej
- Hur tillförlitligt är resultatet?*
- Är instrumenten valida?  Ja  Nej
- Är instrumenten reliabla?  Ja  Nej
- Är resultatet generaliserbart?  Ja  Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....

.....

.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

- Hög  Medel  Låg

**Kommentar**

.....

.....

Granskare sign: .....