



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **VI VILL, VI BÖR, VI SKA – MEN...**

En litteraturstudie om sjuksköterskors syn på  
samtal om sexualitet

**Lisa Landström**  
**Emma Liljedahl**

---

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| Examensarbete: | 15 hp                   |
| Program:       | Sjuksköterskeprogrammet |
| Nivå:          | Grundnivå               |
| Termin/år:     | Vt/2015                 |
| Handledare:    | Helen Elden             |
| Examinator:    | Zahra Ebrahimi          |

# Sammanfattning

**INTRODUKTION:** Sexuell hälsa anses vara en viktig del av livet och nära förknippat med livskvalitet. En sjukdom som cancer och dess behandling kan påverka en persons sexualitet negativt. Patienter uttrycker ett behov av att få information och samtal om sexualitet. Detta borde kunna tillgodoses av sjuksköterskor, då kommunikation och hälsofrämjande arbete är en del av professionen enligt kompetensbeskrivningen. Behovet verkar dock inte bli tillfredsställt i den utsträckning patienter önskar. **SYFTE:** Att beskriva sjuksköterskors attityder till och upplevelser av att samtala om sexualitet med patienter inom onkologisk vård. **METOD:** Litteraturstudie baserad på 12 vetenskapliga artiklar varav sju med kvantitativ och fem med kvalitativ metod. Materialet analyserades med induktiv innehållsanalys och sammanställdes i huvudteman och teman. **RESULTAT:** Sjuksköterskor visade generellt sett hög förståelse för hur cancersjukdom och dess behandling kan påverka sexualiteten. Den allmänna upplevelsen var att samtal om sexualitet ingick i professionen och borde diskuteras med patienterna. Trots detta var det sällan som dessa samtal ägde rum. Flera olika orsaker till detta beskrevs där bland annat sjuksköterskors egna föreställningar om sexualitet hade stor betydelse. Det visades även att sjuksköterskor ansåg sig ha bristfällig kunskap och erfarenhet av att bemöta patienters sexualitet. De yttre faktorer som beskrevs hindra samtalen var resursbrist, tidsbrist, avsaknad av en privat miljö och brist på riktlinjer. Resultatet styrks av tidigare forskning. **SLUTSATS:** Sjuksköterskor ansåg att sexualitet var viktigt men inte någon prioritet för patienterna. Vidare ansågs sexualitet vara en privat angelägenhet som patienterna själva borde initiera till samtal om. Faktorerna resursbrist, tidsbrist, avsaknad av en privat miljö och brist på riktlinjer var hinder för samtal om sexualitet. Detta fick till följd att samtalen undveks och att patienternas behov och önskemål inte möttes. Resultatet kan användas som stöd i det vidare arbetet med att inkludera sexuell hälsa i omvårdnaden, där fynden bland annat kan ligga till grund för det fortsatta arbetet med utbildning av sjuksköterskor.

---

**NYCKELORD:** Attityder, Förhållningssätt, Kommunikation, Litteraturstudie, Omvårdnad, Onkologi, Sexualitet, Sjuksköterska.

*Sen jag blev sjuk är det få saker som provocerar mig så mycket som tacksamhet. Att jag som cancerdrabbad ska vara tacksam över att jag överlevt. Jag ska vara så tacksam att allt annat är sekundärt.*

*Skit samma om du har ett ärr på magen, du har ju överlevt!  
Vem bryr sig om, om du har dödsångest tre kvällar i veckan?  
Du lever ju!*

*Och skit i om du har amputerat kroppsdelar, blivit dumpad, är rädd för precis allting och aldrig igen kan möta dagen utan ångest. Var nu förihelvet glad att du lever.*

*Det var aldrig någon från sjukvården som pratade med mig om de där sakerna som inte direkt hörde till cancer.  
Det var aldrig någon som brydde sig om människan Julia.  
Dottern Julia. Den unga vuxna Julia.*

*Cancer och bot var det enda det pratades om.*

*Cancer och bot. Bot till varje pris. Men vad fan priset är, det är det ingen som pratar om.*

*Det var aldrig någon som pratade med mig om de där sakerna som snurrade i mitt 21-åriga huvud. Saker som de flesta funderar på. Som sex till exempel.*

*Det var aldrig någon som pratade med mig om sex. Om när det skulle vara okej för mig att vara fysisk igen. Om och när och hur och på vilket sätt.*

*Var bara glad att du lever.*

*Och skulle jag då, 21 år gamla Julia, där jag satt mellan mina föräldrar, mitt emot min äldre manlige läkare, höjt rösten och sagt: "Ursäkta mig, men när är det okej för mig att knulla igen?"*

Julia Mjörnstedt  
Generalsekreterare för Ung Cancer

# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Inledning.....   | 1  |
| Bakgrund .....   | 1  |
| Hälsa ur ett omvårdnadsperspektiv.....   | 1  |
| Sexualitet och sexuell hälsa.....  | 2  |
| Cancer och sexualitet.....   | 2  |
| Strålbehandling .....  | 3  |
| Cytostatikabehandling.....   | 4  |
| Kirurgisk behandling .....   | 4  |
| Hormonell behandling .....   | 5  |
| Kommunikation inom hälso- och sjukvård .....   | 6  |
| Patienters upplevelser av kommunikation .....  | 6  |
| Sjuksköterskans kompetens och ansvar .....   | 7  |
| Problembeskrivning.....  | 8  |
| Syfte .....  | 9  |
| Metod .....  | 9  |
| Datainsamling.....   | 9  |
| Inklusions- och exklusionskriterier.....   | 9  |
| Litteratursökning.....   | 9  |
| Urval och granskning.....  | 10 |
| Analys.....  | 10 |
| Sexual attitudes and beliefs survey (SABS) .....   | 10 |
| Forskningsetiska överväganden.....   | 11 |
| Resultat.....  | 12 |
| Sexualitet är viktigt men inte för alla .....  | 12 |
| Sexualitet är viktigt men något det sällan samtalas om .....                                     | 12 |
| Sexualitet har inte hög prioritet för patienterna .....  | 13 |
| Patientens livssituation påverkar behovet av samtal om sexualitet .....                          | 13 |
| Egna föreställningar påverkar.....   | 14 |
| Sjuksköterskor har ett ansvar att samtala om sexualitet men inte att ta initiativ till det... 14 |    |
| Sexualitet är en privat angelägenhet som det är svårt att prata om.....                          | 15 |
| Utbildning och information om fysiska förändringar ska vara fokus i samtalen.....                | 16 |
| Kultur och religion påverkar samtalet.....   | 17 |
| Vårdens organisation har betydelse.....  | 17 |
| Brist på kunskap om ämnet och i samtalsmetodik skapar otrygghet .....                            | 17 |

|  |    |
|--|----|
| Arbetslivserfarenhet och utbildning ger trygghet .....       | 18 |
| Brist på rutiner, riktlinjer och resurser utgör hinder ..... | 19 |
| Diskussion .....   | 21 |
| Metoddiskussion .....  | 21 |
| Resultatdiskussion .....                                     | 22 |
| Sexualitet är viktigt men inte för alla.....                 | 22 |
| Egna föreställningar påverkar .....                          | 24 |
| Vårdens organisation har betydelse .....                     | 27 |
| Slutsats .....   | 30 |
| Klinisk tillämpning och vidare forskning.....                | 30 |
| Referenslista .....  | 31 |
| <br>   |    |
| Bilaga 1 – Översikt över artikelsökning                      |    |
| Bilaga 2 – Översikt över granskade artiklar                  |    |

# Inledning

Att sexualitet och sexuell hälsa har en mycket liten del i omvårdnaden och den professionella kommunikationen var genomgående observationer vid alla verksamhetsförlagda utbildningsperioder under utbildningens gång. Allra tydligast blev det inom den onkologiska vården, då den patientgruppen generellt får relativt stor påverkan på sexualiteten till följd av sin sjukdom och behandling. Trots det var det ytterst sällan som sjuksköterskorna samtalade med sina patienter om detta, varken på eget initiativ eller patientens. Hur patienterna upplevde att deras sexuella hälsa påverkades och varför de sällan ställde frågor kring detta i vårdssammanhang är ett intressant område, som naturligtvis utgör en grund till problemet och en del av förklaringen. Ett antagande har dock varit att sjuksköterskor upplever olika barriärer som hindrar dem från att samtala om sexualitet med sina patienter. Med grund i detta har vi därför valt att fokusera på sjuksköterskors upplevelser av fenomenet och deras del i problematiken. Genom att sammanfatta den aktuella forskningen på området hoppas vi kunna identifiera vilka de huvudsakliga barriärerna är och på så sätt kunna använda den vetskapen i utvecklingen av våra professionella roller.

## Bakgrund

### Hälsa ur ett omvårdnadsperspektiv

Enligt WHO (2003) definieras hälsa som *”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp”*. Willman (2009) beskriver att hälsa är ett mångdimensionellt begrepp som kan ses ur olika perspektiv och ha olika individuella betydelser. Hälsa kan, och har genom historien, definierats på väldigt olika sätt, men idag dominerar det holistiska synsättet, där hänsyn tas till hela människan. Även under antiken beskrevs människan utifrån ett helhetsperspektiv, där hela kroppen skulle vara i balans för att kunna uppleva hälsa. Därefter antogs ett mer medicinsk och anatomiskt sätt att se på människan och med det som grund utvecklades kirurgin någon gång under medeltiden. Under 1800-talet utvecklades de vetenskapliga medicinska grunderna, då det blev möjligt att studera människokroppen på en helt ny nivå, vilket utgjorde en grund för det biomedicinska synsättet där kroppen sågs som en reparerbar maskin. Som en motståndsrörelse mot behaviorismen utvecklades humanismen under 1950-talet. Enligt det humanistiska synsättet kan människan inte reduceras till olika delar, utan kropp, själ och ande betraktas som en helhet, och det läggs stort fokus vid människans upplevelser. Inom det humanistiska perspektivet finns flera olika modeller och teorier, varav en känd modell utvecklades av Antonovsky under 1970-talet. Modellen bygger på hälsa och ohälsa som två motpoler där hälsa kan uppnås om personen känner en känsla av sammanhang. Han menar att de som känner ett sammanhang i livet och anser att sina handlingar är meningsfulla kan uppnå hälsa (Willman, 2009).

Willman (2009) menar att hälsa kan uppfattas på olika sätt, dels som ett mål eller resultat och dels som en process. Upplevelsen av hälsa är också varierande, den kan beskrivas som en känsla av välbefinnande, lycka eller livskvalitet. Begreppen hälsa och livskvalitet anses vara nära relaterade, trots att vissa menar att livskvalitet ska överordnas begreppet hälsa med motivationen att god hälsa har liten relevans om det inte finns någon mening med livet. En känsla av hopp är också viktigt för att kunna uppleva hälsa. Hopp är ytterligare ett stort begrepp som har många innebörder, men kan beskrivas som en förväntan om framtiden och

nya möjligheter. Hopp är nära sammankopplat med hälsa, välbefinnande, livskvalitet och blir särskilt viktigt under svåra perioder i livet, vid lidande och sjukdom (Willman, 2009). Definitioner och förklaringar av begreppet hälsa utgör ett verktyg vid mätningar och undersökningar av människors hälsa och för att fastställa och åtgärda hälsans bestämningsfaktorer. Pellmer, Wramner och Wramner (2012) menar att hälsa är en process och skapas i ett samspel mellan individ och samhälle. Hälsa är centralt inom vården och sjuksköterskor ska enligt Socialstyrelsen (2005) främja hälsa och förebygga ohälsa och insatser ska göras med ett hälsofrämjande perspektiv i fokus. Svensk Sjuksköterskeförening (2008) beskriver vissa förutsättningar för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete såsom en god kommunikation, ett salutogent förhållningssätt, en jämlik relation mellan sjuksköterska och patient och ett möjliggörande av patientens delaktighet.

I det här arbetet har det antagits ett holistiskt sätt att se på hälsa, där människan ses som en helhet och hälsa inte bara är motsats till sjukdom. Detta överensstämmer även med WHO's (2003) definition, där så väl fysiskt som psykiskt och socialt välbefinnande tillsammans utgör den totala upplevelsen av hälsa.

## Sexualitet och sexuell hälsa

Sexualitet och sexuell hälsa är mångfasetterade begrepp i ständig förändring. Under lång tid likställdes sexuell hälsa med reproduktiv hälsa, det vill säga barn och mödrars hälsa i samband med graviditet, förlossning och barnets första tid i livet. Världshälsoorganisationen (WHO) har länge arbetat inom området och år 2000 var de en av initiativtagarna till att låta en expertgrupp se över terminologin inom sexuell hälsa, så att begreppen skulle få en uppdaterad och tydlig definition. Sexualitet definierades som en viktig del i att vara människa och något som följer en genom hela livet. Begreppet innefattar delvis reproduktion men även intimitet, njutning och erotik. Sexualitet kan upplevas och uttryckas på många olika sätt och den kan påverkas av en mängd omständigheter såsom exempelvis biologiska, psykologiska och kulturella faktorer (WHO, 2015a). Hur en människa ser på och önskar leva ut sin sexualitet är alltså väldigt personligt. Det kan variera kraftigt mellan individer och inställningen är ofta påverkad av uppfostran, religionstillhörighet och samhället i stort (Hulter, 2011). Vidare definieras sexuell hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. För att uppnå detta behövs det en positiv och respektfull inställning till den egna sexualiteten och eventuella sexuella relationer, samt en möjlighet till att ha njutningsfulla och säkra sexuella upplevelser (WHO, 2015b). Begreppet innefattar mycket mer än fysisk funktion och förmåga att genomföra ett samlag i traditionell mening. Forskning visar på att människor tenderar att uppfatta sexualitet i någon form som en mycket värdefull del av livet och att den har en stor betydelse för den totala upplevelsen av livskvalitet (Hulter, 2011).

## Cancer och sexualitet

Det finns många beskrivningar av känslan som infinner sig hos en människa som får ett cancerbesked, samtidigt som det sägs vara just en känsla som inte går att beskriva. Cancer är en mycket laddad sjukdom som de flesta har någon form av uppfattning om och som det finns en utbredd rädsla kring. Redan en misstanke om cancersjukdom kan starta en chockreaktion och en livskris och själva diagnosen upplevs många gånger som en dödsdom (Kössler, 2011). Flera studier visar på hur patienter i det här tumultartade skedet, och under den mest intensiva behandlingsperioden, upplever att de får nya prioriteringar i livet. Saker som tidigare varit en viktig del av det sammantagna välbefinnandet, till exempel ett välfungerande sexliv, får tillfälligt stå åt sidan när tillvaron istället handlar om överlevnad (Cleary, Hegarty &

McCarthy 2013; Klaesson, 2011; Olsson, Athlin, Sandin-Bojö & Larsson, 2013; Perz, Ussher & Gilbert, 2014; Rasmusson & Thomé, 2008). Andra studier visar istället på att sexualitet fortsätter vara viktigt för patienterna under hela sjukdomsperioden och att det inte finns något samband mellan hur lång tid som gått sedan diagnos och önskan att få information kring sexualitet. Det gör inte heller någon skillnad huruvida de fortfarande befann sig under behandling eller hade avslutat den (Hautamäki-Lamminen, Lipiäinen, Beaver, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen, 2013; Rasmusson, Plantin & Elmerstig, 2013). De som prioriterar sexualitet som mindre viktigt vid diagnos och behandling upplever ofta att det är en övergående fas. I takt med att de landar i sin situation, eller allra tydligast efter en friskförklaring, kommer tankar om sexualitet och intimitet tillbaka och får tillbaka sin betydelse i livet igen (Cleary et al., 2013; Klaesson, 2011; Perz et al., 2014; Rasmusson et al., 2008). Många gånger är det under samma period som sexuella problem börjar ge sig till känna. Det är inte nödvändigtvis så att alla som får en cancersjukdom och behandling får besvär, men en stor del upplever någon grad av påverkan på sin sexualitet (Rasmusson, 2011). Till skillnad från många andra symtom och biverkningar efter cancer och dess behandling, som vanligtvis avtar eller försvinner helt, kan problem med sexualiteten bli bestående eller åtminstone kvarstå under mycket lång tid (Hughes, 2008). Kunskapen om den långsiktiga påverkan är fortfarande begränsad (Rasmusson, 2011) och definitionen av sexualitet och sexuella problem skiljer sig åt mellan olika studier vilket gör att det är svårt att uppskatta exakt hur många som drabbas (Bergmark, 2007). En stor nyligen publicerad kvantitativ studie, som undersöker hur både män och kvinnor, med olika cancerformer, upplever sin sexualitet efter sjukdom och behandling, visar på statistiskt säkerställt försämrat sexuellt välbefinnande hos deltagarna. Försämringen gäller såväl för den totala upplevelsen som för intresse av sex, sexuell lust samt förmåga att bli upphetsad och uppnå orgasm (Perz et al., 2014). Orsakerna till problemen är ofta multifaktoriella och det kan vara svårt att veta vad som ska tillskrivas sjukdomen, behandlingen eller situationen i sin helhet (Bergmark, 2007). För att få en överblick presenteras ändå de vanligaste besvären under de behandlingsformer som de konstaterats ha ett tydligt samband med.

### **Strålbehandling**

Strålbehandling ger effekter lokalt och följaktligen blir också biverkningarna olika beroende på vilken del av kroppen som strålas (Bergmark, 2007). En vanlig akut reaktion är ömhet, svullnad och rodnad i hud och underliggande vävnad, vilket kan upplevas olika påfrestande beroende på intensitet och lokalisation. De huvudsakliga, långsiktiga och kroniska strålreaktionerna innefattar olika typer av fibrosbildning, vilket kan ge smärta, begränsad rörlighet och en känsla av stramhet i det drabbade området. Strålning mot bäckenregionen, vilket ofta ges vid gynekologisk cancer samt prostata-, tarm- och blåscancer, ger den största direkta påverkan på sexualiteten. För kvinnor handlar det ofta om att slemhinnan i slidan blir sårig och att slidväggarna kan växa samman när sårigheten övergår i ärrbildning. Detta i kombination med stramare stödjevävnad i hela bäckenet, kan göra att sexuell aktivitet, framförallt penetrerande samlag, kan bli svårt och smärtsamt att genomföra. Män som får strålning i de här regionerna riskerar att få problem med erektionen, eftersom behandlingen påverkar de blodkärl som leder blodet till svällkropparna i penis. Funktionen i urinblåsan och tarmen kan förändras för både män och kvinnor, vilket kan leda till täta trängningar, diarréer och inkontinens. Det här påverkar i många fall självbilden och kan leda till en svårighet att slappna av i sexuella sammanhang. Om reproduktionsorganen, det vill säga äggstockar eller testiklar, bestrålas under behandlingen leder det till infertilitet. Även slemhinnor i mun, svalg



och strupe påverkas av direkt bestrålning, vilket kan ge muntorrhet, slemmbildning och hosta och sin tur försvåra för kyssar och annan oral stimulering (Rasmusson, 2011).

### **Cytostatikabehandling**

Till skillnad från strålbehandling påverkar cytostatikabehandling hela kroppen, oavsett var tumören som ska behandlas är belägen. Trots att det idag finns bra förebyggande och behandlande åtgärder mot illamående, är det fortfarande ett vanligt besvär vid den här typen av behandling (Rasmusson, 2011). Även fatigue kan uppstå eller förvärras av cytostatikabehandling, bland annat på grund av anemi. Orkeslöshet och viktförändringar beskrivs av patienter som mycket påverkande för lust, kroppsuppfattning och självbild (Bergmark, 2007; Gilbert, Ussher & Perz, 2011; Klaesson, 2011; Perz et al., 2014). Kroppens slemhinnor påverkas även med den här behandlingen och de kan bli torra, sköra och irriterade, vilket både kan upplevas obekvämt och smärtsamt samt öka risken för svampinfektioner. Påverkan på tarmslemhinnan gör att många får problem med diarréer mellan behandlingarna. Flera typer av cytostatika har håravfall som följd, vilket kan påverka både håret på huvudet och resten av kroppen (Rasmusson, 2011), och leda till förändrad självbild för såväl män som kvinnor (Gilbert et al., 2011; Klaesson, 2011; Perz et al., 2014; Rasmusson, 2011). Vissa typer ger dessutom påverkan på kroppens nervsystem med perifera neuropatier, domningar och stickningar, i framförallt händer och fötter som följd. Sannolikt kan även andra nervbanor påverkas på samma sätt och leda till förändrad känseluppfattning i könsorganen och andra områden som kan upplevas som sexuellt upphetsande vid beröring (Gilbert et al., 2011; Rasmusson, 2011). Även här finns det risker för infertilitet, då vissa preparat påverkar ägg- respektive spermieproduktionen (Rasmusson, 2011).

### **Kirurgisk behandling**

Vad gäller kirurgi är det svårt att generalisera hur det påverkar sexualiteten eftersom det, precis som vid strålbehandling, är stora skillnader beroende på vilken del av kroppen som berörs. Ett invasivt ingrepp upplevs dock överlag ofta som skrämmande vilket kan ge psykosocial påverkan både innan och efteråt. Efterföljande operationsärr kan även förändra självbilden genom att vara en ständig påminnelse om sjukdomen och/eller den kroppsdel som saknas eller organ som opererats (Rasmusson, 2011). De cancertyper som främst tas upp när det gäller hur kirurgi påverkar sexualiteten är bröst-, prostata-, testikel-, urinblåse-, tjocktarms- och ändtarmscancer samt gynekologisk cancer (Bergmark, 2007, Rasmusson, 2011). Kirurgi i bäckenregionen, vilket är fallet vid flera av de ovanstående diagnoserna, medför risker för att nerver skadas, vilket kan leda till nedsatt känsel och minskad lubrikation för kvinnor och erektions- och/eller ejakulationsproblem för män. Detta påverkar sexualiteten rent fysiologiskt och har även visat sig medföra sänkt självkänsla och förändrad självbild. Vid tarm- och urinblåsecancer går det numera oftast att avlägsna tumören utan att förstöra organens funktion men beroende på lokalisering och stadie kan det ibland bli tvunget att lägga upp en stomi eller urostomi. Detta kan upplevas som hinder i sexuella sammanhang, både fysiskt och psykiskt (Rasmusson, 2011).

Kirurgisk behandling för cancer i reproduktionsorganen ger generellt sett svårare besvär för kvinnor än för män. Testikelcancer upptäcks ofta tidigare och har då vanligtvis bara drabbat den ena testikeln, vilket gör att denna kan avlägsnas och mannen kan fortfarande ha kvar tillräcklig produktion av hormoner och spermier för att vara fertil. Äggstockscancer, som vanligtvis inte ger några tydliga symtom förrän i ett sent skede, har vid diagnostillfället ofta spridit sig så att det krävs att båda äggstockarna, och ibland även livmodern, tas bort. Detta medför att kvinnan omedelbart kommer i klimakteriet, vilket kan innebära symtom såsom

svettningar, slemhinnebesvär, värmevallningar och ökad ansiktsbehåring, samt att den sexuella lusten ofta påverkas. I de fall livmodern behöver avlägsnas finns det risker för att slidan kan förkortas på grund av ärrbildning samt att perifera kärl skadas så att blodfyllnaden vid upphetsning försämras (Rasmusson, 2011). Förutom dessa fysiska förändringar visar forskning på att den här kirurgin kan minska intresset för sex på grund av minskad lust och svårigheter att bli sexuellt upphetsad (Gilbert et al., 2011). Vid mer ovanliga former av gynekologisk cancer, såsom vulva- och vaginalcancer eller den mycket sällsynta tumörsjukdomen peniscancer, kan patienterna få stor påverkan på sitt sexualliv. Stora delar av de yttre könsdelarna kan behöva tas bort och i riktigt avancerade fall görs en total amputation (Regionala cancercentrum i samverkan, 2013; Regionalt cancercentrum Väst, 2012). För kvinnor med bröstcancer blir det i många fall nödvändigt att operera bort delar av eller hela bröstet, vilket av många upplevs som en svår förlust, då bröstet ofta ha en viktig del i kroppsuppfattning, självbild och känslan av att vara "en fullvärdig kvinna". De är även organ som är fysiskt viktiga i sexuella sammanhang och en förlust kan påverka förmågan till upphetsning och orgasm (Rasmusson, 2011).

### **Hormonell behandling**

Hormonell behandling, även kallat endokrin behandling, är relativt vanligt vid bröstcancer och prostatacancer eftersom dessa tumörtyper många gånger är beroende av östrogener eller androgener för sin tillväxt. Behandlingen kan antingen gå ut på att äggstockar eller testiklar opereras bort, vilket innebär att det inte kan bildas några nya könshormoner. I annat fall ges läkemedel som antingen hindrar könshormonernas verkan eller på olika sätt sänker halterna av dem i kroppen (Cancerfonden, 2015). En operation av den typen leder till infertilitet och ungefär 80 % av männen blir impotenta. Läkemedelsbehandlingen har ofta stor påverkan på sexualiteten i form av sänkt lust, försämrade sexuell funktion och ett generellt sänkt allmäntillstånd (Bergmark, 2007). Många kvinnor får klimakteriesymtom och även män kan uppleva svettningar och värmevallningar. Vissa män får dessutom förändringar i humöret såsom nedstämdhet och känslomässig instabilitet och fysiska förändringar som kan innefatta minskad kroppsbehåring och gynekomasti, det vill säga bröstförstoring (Rasmusson, 2011). Forskning visar att män upplever att behandlingen har en stor påverkan på deras sexualitet och livskvalitet (Galbraith & Crighton, 2008). Viktuppgång är vanligt för båda könen, vilket tidigare beskrivits som negativt inverkan på kroppsuppfattning och självbild (Bergmark, 2007).

Många gånger får patienter flera typer av behandling, antingen samtidigt eller i följd, vilket kan försvåra biverkningarna och ge ytterligare psykosocial påfrestning (Bergmark, 2007; Galbraith et al., 2008; Gilbert et al., 2011; Hughes, 2008). Precis som orsakerna till besvären är multifaktoriella och svåra att isolera, är symtom och biverkningar också ofta multidimensionella och i komplicerad interaktion med varandra (Bergmark, 2007).

Oberoende av kön och typ av behandling är det vanligt att det väcks frågor och osäkerheter kring den egna identiteten hos patienterna. Efter sjukdom och behandling upplever de att de förlorat en del av sin kvinnlighet respektive manlighet, vilket påverkar deras sexualitet och livskvalitet (Galbraith et al., 2008; Gilbert et al., 2011; Klaesson, 2011). Det är viktigt att komma ihåg att försämrade sexuell hälsa inte är något som enbart drabbar personer med cancer i köns- och reproduktionsorganen, utan kan upplevas av patienter med cancer oavsett tumörens lokalisering (Hughes, 2008; Olsson et al., 2013; Perz et al., 2014).

## Kommunikation inom hälso- och sjukvård

Kommunikation kan ses ur olika perspektiv, dels som ett sätt att förmedla information från en person till en annan och dels som ett sätt att skapa en ömsesidig förståelse genom dialog. På vilket sätt kommunikationen sker är minst lika viktigt som vad som kommuniceras (Baggens & Sandén, 2009). Enligt Charlton, Dearing, Berry och Johnson (2008) och McCabe (2004) bör det även kunna öppna upp för ett utbyte av upplevelser, perspektiv och erfarenheter.

Språk kan skapa en känsla av gemenskap och förståelse och det är betydelsefullt att visa hänsyn i samspelet med andra människor och vara medveten om att kommunikativa handlingar medför en rad olika tolkningar beroende på individers olika uppfattningar (Baggens & Sandén, 2009). Kommunikation äger rum inom olika kontexter som påverkar personerna och budskapet på olika sätt. Den fysiska kontexten kan vara tid och rum medan den psykiska kontexten kan handla om känslor, tankar, förväntningar, erfarenheter, associationer och fördomar. I ett socialt sammanhang kan det handla om identitet, makt, olika roller och relationer och det kulturella kan innebära olika världsbilder, annorlunda språk och olika uppfattningar och värderingar (Nilsson & Waldemarson, 2007). Kommunikation sker inom flera olika sammanhang vilket är viktigt för sjuksköterskor att ha en förståelse för. Det handlar till stor del om en medvetenhet om att alla patienter är olika individer med egna tankar, erfarenheter, förväntningar och behov vilket medför att samma sak kan tydas på olika sätt (Baggens & Sandén, 2009).

Kommunikationen inom vården blir ett allt viktigare redskap och allt mer uppmärksammat. Enligt Socialstyrelsen (2013) har antalet ärenden som tas emot av landstingens patientnämnder stadigt ökat från år 2002 fram till 2011. Rapporten visar att patienterna anser att de fått ett gott bemötande i vården. Bristerna och anledningarna till ökningen av anmälningar uppges bland annat vara att patienterna inte upplever att de blir tagna på allvar och att de fått bristfällig och otillräcklig information för att kunna känna sig delaktiga i sin egen vård. Patienterna tycker även att de får vänta alldeles för länge på information angående diagnos och undersökningsresultat. Vidare anser de att hälso- och sjukvården brister i samordningen mellan olika vårdnivåer och instanser och även här anses information relaterat till detta som bristfällig (Socialstyrelsen, 2013).

### **Patienters upplevelser av kommunikation**

Kommunikationen mellan sjuksköterska och patient beskrivs i flera studier som bristfällig (Eide & Eide, 2009; McCabe, 2004; Sainio & Eriksson, 2003). Patienter värdesätter en öppen och ärlig dialog, att sjuksköterskan tar sig tid för att samtala samt är närvarande och genuin i sin framtoning. Enligt patienterna själva hjälper sjuksköterskans förhållningssätt dem att hantera sjukdom och motgångar (McCabe, 2004). Vidare anser patienter att en god kommunikation ger en känsla av trygghet (Ekwall, Ternestedt & Sorbe, 2003; McCabe, 2004). Patienter som nyligen fått besked om en cancerdiagnos uppger att de känner sig beroende av hälso- och sjukvårdspersonal. De beskriver vikten av att upprätta en god relation i syfte att kunna kommunicera öppet och få känna delaktighet (Ekwall et al., 2003). Enligt Kössler (2011) uppger patienter med cancer att kontinuiteten i kontakten med hälso- och sjukvårdspersonal brister. De anser även att hälso- och sjukvårdspersonal är dåligt insatta i deras diagnos, behandling och allmäntillstånd, vilket påverkar deras kommunikation med personalen.

Det blir allt vanligare att patienter med cancersjukdom botas och de som inte botas kan leva många år med sin sjukdom vilket ställer krav på att hälso- och sjukvården i högre grad inkluderar ett psykosocialt perspektiv på vård och omvårdnad (Rasmusson, 2011). Frågor som rör livskvalitet, såsom exempelvis sexualitet, behöver få ta större plats (Galbraith et al., 2008; Hughes, 2008). Forskning visar att det finns en stark önskan bland patienter med cancer om att få samtala kring sexualitet och få information om sjukdomens och behandlings påverkan (Hautamäki-Lamminen et al., 2013; Rasmusson et al., 2008; Rasmusson, et al., 2013; Sainio et al., 2003). Galbraith et al. (2008) och Olsson et al. (2013) beskriver hur flera specifikt önskade information och stöd innan behandlingen påbörjades, för att på så vis vara mer förberedda på möjliga effekter på sexualiteten. Vidare tycker patienter att det underlättar om hälso- och sjukvårdspersonal tar initiativ till samtal om sexualitet, vilket patienterna upplever att de allt för sällan gör (Ekwall et al., 2003; Rasmusson et al., 2008; Sainio et al., 2003). Många patienter tycker inte att det spelar någon roll om det är läkare, sjuksköterskor eller någon annan yrkesgrupp som informerar kring sexualitet, bara någon gör det (Ekwall et al., 2003). De som får information uppger att den i första hand ges av läkare, medan få uppger att informationen kommer från sjuksköterskor (Rasmusson et al., 2013; Ekwall et al., 2003). Patienterna menar vidare att de gånger sexualitet som ämne lyfts är det med fokus på sexuell funktion, medan de psykosociala aspekterna av sexualitet utelämnas (Ekwall et al., 2003; Olsson et al., 2013; Sainio et al., 2003). I studien av Rasmusson et al. (2013) framkommer det att patienter specifikt önskar samtala om och få information kring påverkan på sexuell lust, samtidigt som det är den informationen som till största del saknas. Istället uppger patienter att de får mest information kring fertilitet vilket är minst önskvärt bland patienterna. Många patienter vänder sig till andra källor, för att på egen hand söka information (Kössler, 2011; Olsson et al., 2013; Sainio et al., 2003), vilket visar på ett behov som inte möts av sjukvården.

### **Sjuksköterskans kompetens och ansvar**

Att ha förmågan att kommunicera professionellt med patienter, närstående och vårdteam är en av sjuksköterskans kompetenser enligt Socialstyrelsen (2005). Professionell kommunikation avser den kommunikation som sker inom ramen för yrket och skiljer sig från kommunikation som används privat i vardagen. Den bör ha ett omvårdnadsmässigt syfte och vara inriktat på att bevara patientens integritet, skapa samförståelse, lindra lidande och främja välbefinnande (Baggens & Sandén, 2009; Thornquist, 2001). I sitt yrke kommer sjuksköterskor i kontakt med människor som har olika förutsättningar att förstå och göra sig förstådda, och om kommunikationen ska vara trygg och effektiv för båda parter krävs det en ömsesidig förståelse (Fossum, 2013). Här är det sjuksköterskans ansvar att, inte bara att undervisa och ge patienten information, utan även förvissa sig om att patienten förstår vad som kommuniceras (Socialstyrelsen, 2005). Det är viktigt att ta reda på individens uppfattning och referensram för att på det sättet kunna kommunicera med patienten på rätt nivå ur ett personcentrerat perspektiv (Fossum, 2013).

Personcentrerad vård har blivit ett mycket uppmärksammat fenomen vad gäller utveckling av dagens hälso- och sjukvård, och beskrivs av många som det sätt att arbeta och kommunicera som i största mån gagnar patienten. Det personcentrerade sättet att kommunicera, utgår från patientens unika behov och förutsättningar. Det handlar om ett partnerskap, det vill säga att involvera patienten i beslut och diskussion kring sin vård och att som sjuksköterska vara tillgänglig och ställa öppna frågor som främjar en ärlig dialog (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det finns mycket som tyder på att det här sättet att kommunicera förknippas med förbättrad hälsa hos patienter (Charlton et al., 2008; McCabe, 2004), och högre grad av tillfredsställelse för både patienter och personal (Charlton et al., 2008). McCabe (2004) visar

att patienter föredrar och upplever större trygghet när sjuksköterskor använder ett personligt förhållningssätt. Vidare har patienter uppfattningen att många sjuksköterskor inte använder sig av ett personcentrerat sätt att kommunicera utan använder en mer uppgiftsorienterad och medicinsk kommunikation vilket gör att patienter känner sig förbisedda. Kärnan till personcentrerad vård är enligt Ekman et al. (2011) patientens berättelse, som även ligger till grund för utvecklandet av ett partnerskap mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient. Sjuksköterskor idag verkar vara positivt inställda till personcentrerad vård men det behöver etableras riktlinjer och rutiner för att konceptet ska kunna integreras som en naturlig och självklar del i omvårdnaden. På flera vårdavdelningar noterades det att hälso- och sjukvårdspersonal har uppfattningen att personcentrerad vård tillämpas, men vid närmare granskning visar det sig att det inte är systematiskt implementerat (Ekman et al. 2011).

I kompetensbeskrivningen står det skrivet att sjuksköterskan bör arbeta med målet att *“tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga”*. Vidare går det att läsa att det ingår i yrket att *“undervisa och stödja patienter ... i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa”* (Socialstyrelsen, 2005). Oavsett om sexualitet definieras som ett grundläggande behov (Hulter, 2011) eller som en rättighet och en del av att vara människa (WHO, 2015a) bör det alltså vara ett område som ingår i sjuksköterskans profession. Som beskrivits tidigare är det vanligt att patienter med cancer får olika grader av påverkan på sin sexualitet till följd av sin sjukdom och behandling. Genom att återigen koppla detta till kompetensbeskrivningen, där en del av sjuksköterskans ansvar sägs vara att *“följa upp patientens tillstånd efter undersökningar och behandlingar”* samt att *“motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling”* (Socialstyrelsen, 2005), blir det än tydligare att patienters sexualitet och samtal kring detta är en del av arbetet som inte kan förbises inom onkologisk omvårdnad.

## Problembeskrivning

Sexualitet beskrivs som en viktig del av att vara människa och uppfattas av många som en värdefull del av livet. En god sexuell hälsa definieras individuellt olika, men brukar innefatta så väl ett fysiskt som ett psykosocialt välbefinnande och ha stor betydelse för upplevelsen av livskvalitet. En cancersjukdom och dess behandling medför för många patienter en påverkan på den upplevda sexuella hälsan. Orsakerna är ofta multifaktoriella medan symtom och biverkningar är multidimensionella, samtidigt som de verkar påverka varandra i komplexa samband. Att allt fler patienter, med hjälp av nya och förbättrade behandlingsformer, kan botas eller leva många år med sin sjukdom, gör att kraven på vården förändras. Forskning visar på att det finns en stark önskan hos den här patientgruppen om att få information om sjukdomens och behandlings påverkan på sexualiteten samt att få möjlighet till att samtala mer öppet kring ämnet. De uttrycker även en önskan om att hälso- och sjukvårdspersonal borde ta initiativet till sådana samtal, vilket de upplever att de sällan gör. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ingår det i yrkesrollen att ha förmågan att kunna kommunicera professionellt med sina patienter samt att kunna fånga upp de patienter som har ett underliggande informationsbehov men som har svårt att uttrycka det själva. Det ingår även i yrket att följa upp patientens tillstånd under sjukdoms- och behandlingstiden och att motverka eventuella komplikationer i samband med detta, så väl fysiska som psykosociala. Att så pass många patienter med cancer får sexuella besvär, att de uttrycker en önskan och ett behov av att samtala om detta med vårdpersonal, samtidigt som de beskriver att detta inte uppfylls, visar på att vården någonstans brister.

Grunden till att kunna identifiera, och på så sätt ha möjlighet att hjälpa de här patienterna är sannolikt kommunikation, vilken per definition inte kan existera utan två parter. Däremot kan inte huvudansvaret för kommunikationen läggas på patienterna och frågan är således vad det är som hindrar sjuksköterskor inom onkologin från att inkorporera sexuell hälsa i omvårdnaden. Det finns i dagsläget en hel del forskning kring sjuksköterskors attityder till och upplevelser av att samtala om sexualitet, men det verkar saknas systematiska översikter vad gäller sjuksköterskor inom onkologisk vård.

## Syfte

Att beskriva sjuksköterskors attityder till och upplevelser av att samtala om sexualitet med patienter inom onkologisk vård.

## Metod

Arbetet är en litteraturstudie och har en induktiv ansats, vilket valdes för att få en förutsättningslös överblick av det aktuella kunskapsläget inom det valda problemområdet (Friberg, 2012).

## Datainsamling

### **Inklusions- och exklusionskriterier**

Med utgångspunkt i syftet ställdes det upp ett antal inklusionskriterier som skulle utgöra riktlinjerna för litteratursökningen (Rosén, 2012). De vetenskapliga studierna skulle primärt beröra kommunikation om sexualitet mellan sjuksköterska och patienter inom onkologisk vård. Ämnet skulle även beskrivas antingen utifrån sjuksköterskans perspektiv eller med sjuksköterskans perspektiv som en del av en större grupp hälso- och sjukvårdspersonal. Publikationsår bestämdes till mellan 2005 och sökdagens datum. Det var även ett krav att artiklarna skulle vara expertgranskade (Peer Reviewed).

Exklusionskriterier bestämdes för att ytterligare särskilja de studier som svarade mot syftet samt att sålla ut artiklar som var praktiskt gångbara och hade ett grundläggande vetenskapligt upplägg. I de fall studierna presenterade ett samlat perspektiv från en större grupp hälso- och sjukvårdspersonal skulle sjuksköterskor utgöra en majoritet i gruppen. Systematiska översikter samt artiklar som var skrivna på andra språk än engelska eller svenska exkluderades. Slutligen exkluderades de artiklar som vid en överskådlig granskning inte visade sig ha den önskvärda IMRAD-strukturen, med rubrikerna inledning, metod, resultat och diskussion (Sollaci & Pereira, 2004).

### **Litteratursökning**

Som grund för sökningarna användes Karlssons (2012) översikt av strukturerad informationssökning. Artikelsökningarna gjordes i första hand i databasen Cinahl, därefter användes PubMed och Scopus. Databasen Cinahl användes för inledande artikelsökning då fokus ligger på forskning inom området omvårdnad. Begränsningar sattes utifrån inklusionskriterierna. Till en början gjordes breda sökningar med ett stort antal träffar i syfte att skapa en överblick av utbudet. Cinahl Headings användes för att söktermerna skulle generera relevanta träffar, vilket gjorde att antalet träffar minskade men blev mer relevanta. För att systematiskt söka av området kombinerades söktermerna på olika sätt. Sökningen i

Cinahl ansågs vara färdig när det inte genererades några nya relevanta träffar samt att sökningarna genererade flertalet redan utvalda artiklar.

Artikelsökningen övergick i databasen PubMed som är mer medicinskt inriktad. Detta för att få ett annat perspektiv på ämnesområdet och för att säkerställa att underlaget var genomlett. Vid dessa sökningar utgjordes sökorden av MeSH-termer för att, på liknande sätt som vid sökningar i Cinahl, få korrekta och representativa termer. Även här användes inklusionskriterierna som grund för begränsningarna. Sökningarna i PubMed genererade inte så mycket nytt material, många träffar var inte relevanta och i övrigt var det till stor del dubletter från tidigare sökningar. Sökningar gjordes även i Scopus där subject areas, som exempelvis nursing, användes som en av begränsningarna. I likhet med föregående sökningar gav inte heller sökningarna i Scopus några nya relevanta träffar.

Manuella sökningar utfördes, främst i databasen Scopus, med syfte att hitta ytterligare studier inom ämnesområdet. Dessa sökningar hade sin grund i referenslistor från redan valda originalartiklar samt från översiktsartiklar, som ansågs ha god kvalitet och vara träffande för syftet. Vid dessa sökningar godkändes artiklar som gick utanför inklusionskriterierna vad gäller publikationsår, såvida de inte var äldre än från 2000, samt var frekvent citerade av andra artiklar. I och med detta ansågs ämnesområdet till stor del vara genomlett och de erhållna artiklarna bedömdes representera utbudet i sin helhet. (Sökningar som ledde fram till valda artiklar presenteras i bilaga 1.)

### **Urval och granskning**

Vid varje sökning i en databas bedömdes det inledningsvis om sökningen genererat en rimlig mängd träffar som vid första anblick ansågs ha relevanta titlar. Abstrakt lästes i dessa artiklar och i de fall dessa fortfarande ansågs lämpliga granskades de utifrån de angivna inklusions- och exklusionskriterierna. Med hjälp av detta system samlades det ihop ett större antal artiklar under sökprocessens gång. Dessa genomgick sedan en grundligare granskning och bedömning utefter Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa artiklar. De artiklar som bedömdes ha tillräckligt hög kvalitet kontrollerades en sista gång i databasen Scopus, där antal citeringar i senare forskning användes som ytterligare en kvalitetsindikator. (Artiklar som passerade granskning presenteras i en översikt i bilaga 2.)

### **Analys**

Analysen av insamlad data baserades på Fribergs (2012) modell för litteraturöversikter. Inledningsvis lästes artiklarnas resultat noggrant igenom ett flertal gånger och sammanställdes sedan var för sig för att få en bättre överblick av innehållet. Fokus lades sedan på att hitta likheter och skillnader i de sammanställda resultaten men för att inget skulle missas användes fortfarande de ursprungliga resultaten i originalspråk som stöd. Kvantitativa och kvalitativa artiklar separerades inte i analysen. Efterhand som likheter och skillnader identifierades framträdde teman, vilka senare kunde samlas under mer övergripande huvudteman.

### **Sexual attitudes and beliefs survey (SABS)**

Reynolds och Magnan (2005) utvecklade Sexual Attitudes and Beliefs Survey (SABS), vilket är ett instrument som mäter hälso- och sjukvårdspersonals attityder och förhållningssätt till sexualitet relaterat till det kliniska arbetet. Enkätens reliabilitet är testad och visade goda resultat (Cronbachs alpha = 0,82 och test-retest = 0,85. Gränsvärde  $\geq 0,7$ ). Instrumentet består av tolv påståenden där sju av dem är positivt ställda och fem är negativt ställda. En sexgradig Likert-skala används med graderingen (1 = instämmer inte alls och 6 = instämmer helt).

Av de kvantitativa artiklarna var det fyra studier som i sina undersökningar använt sig av samma typ av enkät, Sexual Attitudes and Beliefs Survey (SABS). För att på ett tydligt och jämförbart sätt redovisa delar av deras resultat upprättades ett diagram. Diagrammet utformades så att medelvärdet för de tolv påståendena redovisas för respektive studie. Medelvärdena är direkt tagna från tabeller i respektive studie.

Studierna har valt att redovisa sina SABS-poäng på olika sätt där tre av dem (Julien, Thom & Kline, 2010; Magnan, Reynolds & Galvin, 2005; Zeng, Liu & Loke, 2012) redovisade de sju frågorna, som är positivt ställda, omvänt kodade. Detta gör att det går att dra slutsatsen att höga värden innebär högre grad negativa attityder och barriärer till att adressera sexualitet. En av studierna (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010) redovisade SABS-poängen med ursprunglig kodning. Detta gjorde att de sju positiva frågorna för studien behövde omvänt kodas manuellt. För att manuellt koda om en skala, i detta fall en skala från ett till sex, adderas skalans högsta värde med en etta. Detta värde subtraheras med det värde som ska omvändas vilket resulterar i ett omvänt kodat värde ( $7 - \text{positivt medelvärde} = \text{omvänt kodat medelvärde}$ ). Diagrammet är därmed konstruerat för att avläsas som att höga värden indikerar högre grad av negativa attityder och barriärer till att adressera sexualitet.

## Forskningsetiska överväganden

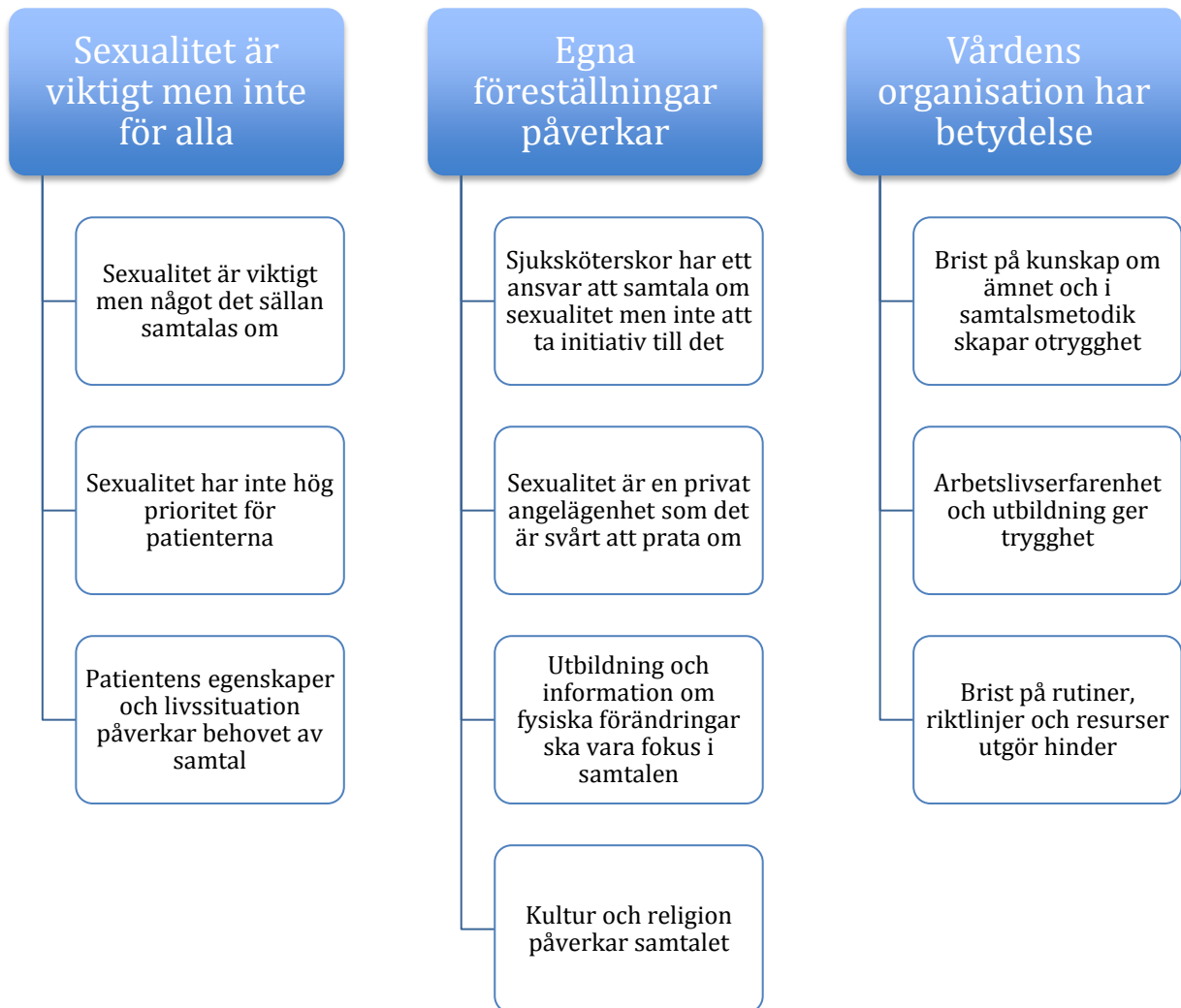
Ett forskningsetiskt förhållningssätt antogs och genomsyrade arbetsgången och litteraturstudien i sin helhet då det fanns en medvetenhet kring att förförståelse och egen tolkning kunde komma att påverka resultatet. Förförståelsen och analysprocessen är utförligt redovisade.

Alla studier som inkluderats som en del av resultatet har antingen haft ett tydligt etiskt resonemang eller etiskt godkännande från lokal eller nationell kommitté. Majoriteten av dem har dock både godkännande och eget resonemang.



# Resultat

Analysen av data genererade tio teman som vidare samlats under tre huvudteman vilka presenteras nedan i figur 1. För fyra av studierna, som alla använt instrumentet SABS, har de kvantitativa resultaten sammanställts i ett diagram för att lättare få en överblick över likheter och skillnader. Dessa presenteras i figur 2 och tabell 1.



Figur 1. Huvudteman och teman som beskriver sjuksköterskors attityder till och upplevelser av att samtala om sexualitet.

## Sexualitet är viktigt men inte för alla

### Sexualitet är viktigt men något det sällan samtals om

Sjuksköterskor visade kunskap om och stor förståelse för hur patienternas sexualitet skulle kunna påverkas av en cancersjukdom och dess behandling (Julien et al., 2010; Lavin & Hyde, 2006; Magnan et al., 2005; Saunamäki et al., 2010). I de flesta av studierna fanns det ingen diskussion kring definitionen av sexualitet men Lavin et al. (2006) beskrev hur sjuksköterskorna ansåg att det kunde definieras på olika sätt. De var alla överens om att det

var ett komplext och multidimensionellt begrepp, vilket innefattade både fysiska, psykiska och sociala aspekter, och att det var en central del av livet (Lavin et al., 2006).

En majoritet av sjuksköterskorna ansåg att sexuella frågor var viktiga att adressera för patienternas hälsa (Julien et al., 2010; Magnan et al., 2005; Oskay, Can & Basgol, 2014; Saunamäki et al., 2010; Stead, Brown, Fallowfield & Selby, 2003) och att diskussioner kring sexualitet borde vara en naturlig del av cancervården (Ussher, Perz, Gilbert, Wong, Mason, Hobbs & Kirsten, 2013). Trots den här uppfattningen var det få som uppgav att de tog sig tid och många beskrev att det var sällan eller aldrig som de här samtalen faktiskt blev av (Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto & Lehto, 2007; Magnan et al., 2005; Olsson, Berglund, Larsson, & Athlin, 2012; Oskay et al., 2014; Saunamäki et al., 2010; Stead et al., 2003; Zeng et al., 2012). I studien av Saunamäki et al. (2010) visades samband mellan vikten att ta sig tid att diskutera sexualitet med patienterna och förståelse för hur cancersjukdomen och dess behandling kunde påverka sexualiteten. En övervägande majoritet av deltagarna i studien av Lavin et al. (2006) ansåg dock att sexuella problem var viktiga att diskutera kring och utbilda sina patienter om. Flera likställde det med att prata om biverkningar såsom hårfall, illamående och förstoppning och att det behövde inkluderas i samtalen om de skulle kunna erbjuda holistisk vård. Den allmänna uppfattningen var dock även här att sjuksköterskor överlag inte prioriterade sexualitet och sexuella problem lika högt som ovanstående biverkningar. Alla deltagarna i studien var överens om att sexualitet inte inkluderades nog mycket i vården (Lavin et al., 2006).

### **Sexualitet har inte hög prioritet för patienterna**

En vanligt förekommande åsikt var att patienternas prioriteringar av sexualitet och samtal kring detta varierade beroende på var i vårdkedjan de befann sig (Olsson et al., 2012; Stead et al., 2003). Före och under behandling trodde sjuksköterskorna att patienterna prioriterade sexualitet lågt eftersom de då hade fullt upp med symtom och biverkningar. I de här faserna antog de att fysiskt och psykiskt lidande samt tankar om överlevnad överskuggade patienternas intresse för sexuella frågor. Även i rehabiliteringsfasen ansågs patienterna prioritera sexualitet relativt lågt (Olsson et al., 2012). I studien av Hordern & Street (2007) var det ungefär en tredjedel ( $n \approx 11/32$ ) av deltagarna som hade uppfattningen att patienterna tänkte mycket i form av liv eller död. Utan att reflektera speciellt mycket över antagandet förmodades det att sexuella och andra personliga problem placerades som sekundärt för patienterna och som följd av detta ansågs det mindre viktigt att prata om. I likhet med detta var det i studierna av Moore, Higgins & Sharek (2013) och Oskay et al. (2014) mellan 20-30 % ( $n=18/89$ ;  $n=26/87$ ) som ansåg att sexualitet inte var det huvudsakliga problemet vid en cancerdiagnos. Hordern et al. (2007) visade på ett samband där de som antog att sexualitet var sekundärt för patienterna även ansåg att det var mindre viktigt att prata om och således tog sig mindre tid för samtal.

Många sjuksköterskor hade uppfattningen att de flesta patienter inom slutenvården var för sjuka för att vara intresserade av sex (Julien et al., 2010; Magnan et al., 2005; Saunamäki et al., 2010; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013; Zeng et al., 2012) och mellan 70-90 % av sjuksköterskorna i studierna av Oskay et al. (2014) och Zeng et al. (2012) upplevde att patienterna inte ville samtala kring sexualitet överhuvudtaget.

### **Patientens livssituation påverkar behovet av samtal om sexualitet**

I studien av Olsson et al. (2012) framkom en uppfattning om att behovet av att ha samtal om sexualitet kunde variera beroende på patientens ålder, kön, relationsstatus samt diagnos och

typ av medicinsk behandling. Ussher et al. (2013) visade att sådana uppfattningar ledde till åsikten att sex var mindre viktigt för vissa och därmed onödigt eller olämpligt att prata om med de patienterna.

De som ansågs ha störst behov av samtal om sexualitet var de patienter som hade en cancer som direkt påverkade köns- eller reproduktionsorganen eller en behandling som kunde ha direkt påverkan på den sexuella funktionen (Olsson et al., 2012; Ussher et al., 2013). Patienter med en annan typ av cancer antogs även ha mindre intresse av dessa samtal och det fanns en utbredd rädsla kring att de skulle känna sig stötta eller förolämpade om de fick frågor om sin sexualitet, eftersom deras cancertyper ansågs orelaterade till ämnet (Ussher et al., 2013). En annan vanlig uppfattning var att äldre patienter var ointresserade av sex och därmed hade ett mindre behov av att prata om sexualitet (Oskay et al., 2014; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013).

Patientens relationsstatus beskrevs påverka behovet av samtal kring sexualitet. Både Olsson et al. (2012) och Ussher et al. (2013) visade att deltagarna ansåg att den sexuella relationen kunde vara en möjlig grund för samtal, eftersom sjukdomen och behandlingen kunde ha negativ påverkan på den. I båda fallen likställdes dock en sexuell relation med en fast relation, vilket omvänt innebar att patienter som rubricerade sig som singlar inte antogs ha någon sexuell relation. Med det antagandet som grund skapades uppfattningen om att de som var i en sexuell relation hade en partner som de kunde hantera eventuella sexuella problem med, och därmed inte hade något behov av att samtala med sjukvården om detta (Olsson et al., 2012). Samma antagande ledde i studien av Ussher et al. (2013) till en uppfattning om att patienter som inte var i en fast relation var ointresserade av sex.

Sjuksköterskorna upplevde att patientens ålder och kön hade betydelse vid samtal om sexualitet. Försämrad fysisk funktion ansågs till exempel vara problem som bekymrade manliga patienter i högre grad än kvinnliga. Infertilitet ansågs enbart viktigt att diskutera med yngre patienter, eftersom det uteslutande relaterades till svårigheter med att få barn (Olsson et al., 2012). Självbild och kroppsuppfattning ansågs i övervägande del vara ett bekymmer för kvinnor (Ussher et al., 2013).

## Egna föreställningar påverkar

### **Sjuksköterskor har ett ansvar att samtala om sexualitet men inte att ta initiativ till det**

De allra flesta sjuksköterskor i studierna var överens om att sexualitet var något som det borde pratas om i vården och att det var en del av deras professionella ansvar (Julien et al., 2010; Hautamäki et al., 2007; Magnan et al., 2005; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Saunamäki et al., 2010; Stead et al., 2003; Zeng et al., 2012). Det var dock vanligt att sjuksköterskorna ansåg att någon annan yrkeskategori var lämpligare att hantera ämnet (Hautamäki et al., 2007; Hordern et al., 2007; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013), vilket Hordern et al. (2007) tolkade som ett sätt att ändå avsäga sig en del av det egna ansvaret. En återkommande åsikt i studien av Olsson et al. (2012) var att huvudansvaret låg på någon annan i vårdkedjan, oftast läkarna, då de sexuella problemen i många fall ansågs vara en biverkan av den medicinska behandlingen. Det fanns dock en utbredd osäkerhet kring om någon annan faktiskt tog upp de här sakerna med patienterna (Olsson et al., 2012).

En vanlig uppfattning kring samtal om sexuella frågor var att det var ett ämne som borde adresseras men som var lätt att undvika (Stead et al., 2003). En övervägande majoritet av

sjuksköterskorna i studien av Hautamäki et al. (2007) uppgav att de sällan eller väldigt sällan gav patienterna möjlighet att prata om eller frågade patienterna om sexuellt relaterade besvär. Vidare var det ytterst få som trodde att patienten förväntade sig att sjuksköterskan skulle initiera samtalet om sexualitet (Magnan et al., 2005; Moore et al., 2013; Saunamäki et al., 2010; Stead et al., 2003). På direkt förfrågan om huruvida sjuksköterskorna skulle ta upp frågor om sexualitet när de informerade om cytostatikabehandling svarade hälften att de skulle vänta tills patienterna tog upp det. Flera av dem upplevde att de gjorde fel och skämdes över att de tog en lätt väg genom att undvika ämnet (Lavin et al., 2006).

Om patienterna däremot skulle ställa frågor svarade majoriteten av sjuksköterskorna att de inte skulle hänvisa patienter vidare till en läkare, utan hantera det själva (Julien et al., 2010; Magnan et al., 2005; Saunamäki et al., 2010). De allra flesta sjuksköterskor var överens om att det underlättade om patienten initierade till samtalet och många ansåg att samtal kring sexualitet endast skulle ske om patienten initierade samtalet (Julien et al., 2010; Lavin et al., 2006; Magnan et al., 2005; Moore et al., 2013; Oskay et al., 2014; Saunamäki et al., 2010; Stead et al., 2003; Zeng et al., 2012). I motsats till detta menade flera i studien av Ussher et al. (2013) att hälso- och sjukvårdspersonal på eget initiativ borde ta upp frågan om sexualitet eftersom det var möjligt att patienterna kände sig generade och inte vågade ta upp det trots att de egentligen ville (Ussher et al., 2013).

### **Sexualitet är en privat angelägenhet som det är svårt att prata om**

I merparten av studierna framkom det att sjuksköterskor överlag hade inställningen att sexualitet var en privat angelägenhet som var känslig att närma sig och att de kände sig obekväma och tyckte det var pinsamt att prata med om med sina patienter (Hautamäki et al., 2007; Hordern et al., 2007; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013; Zeng et al., 2012). Julien et al. (2010), Magnan et al. (2005) och Saunamäki et al. (2010) visade också på en känsla av obehag kring samtal om sexualitet, men där var det en övervägande majoritet som inte hade åsikten att det var för personligt för att kunna diskuteras i en vårdrelation. I studien av Hordern et al. (2007) beskriver några av deltagarna hur de upplever att den obekväma känslan grundar sig i deras egna personliga gränser. De kunde själva se hur svårigheter att prata om intimitet och sexualitet i sitt privata liv påverkade hur de närmade sig ämnet i sin profession. Bland majoriteten av sjuksköterskorna utgjorde de här känslorna ett hinder och användes som förklaring till varför de inte närmade sig ämnet i samtal (Hautamäki et al., 2007; Olsson et al., 2012; Ussher et al., 2013). För ett fåtal ledde inställningen istället till en medvetenhet om att patienten sannolikt inte fått dessa frågor tidigare, vilket verkade uppmuntrande för att vara den som tog initiativet till det (Ussher et al., 2013).

I några av studierna gick det att se samband som skulle kunna tyda på att uppfattningen om sexualitet som en för privat sak för att diskutera ledde till olika strategier för att undvika ämnet. Bland annat hänvisade dessa sjuksköterskor i högre grad vidare till en läkare för frågor och samtal kring sexualitet (Julien et al., 2012; Magnan et al., 2005) och samma grupp var även mer benägna att tycka att patienter inom slutenvården var för sjuka för att intressera sig för sex (Magnan et al., 2005). Sjuksköterskor i studien av Hordern et al. (2007), som kände sig obekväma med att prata om sexualitet, försökte medvetet byta ämne och styra tillbaka till en nivå de kände sig mer bekväma med då de märkte att samtalet började gå utanför de klassiska medicinska besvären. Det gick även att se samband mellan inställningen till sexualitet som en privat angelägenhet och en känsla av att vara osäker på sin förmåga samt

känna sig obekväma i diskussioner om sexualitet (Saunamäki et al., 2010). Även i studien av Hordern et al. (2007) sågs ett samband vad gäller sjuksköterskornas inställning till ämnet sexualitet, sannolikheten att de skulle föra det på tal med patienterna samt förklaringar till varför det inte gjordes. De flesta deltagare pratade om bristen på privata utrymmen, hur detta kunde göra att patienterna kände sig obekväma om de fick frågor om sin sexualitet i den miljön och att de därför undvek att föra det på tal. Några av dessa, speciellt de som även identifierade en vårdkultur som betraktade sexualitet som tabu, insåg och reflekterade dock över att detta förmodligen snarare var en spegling av deras egen osäkerhet och känsla av otillräcklighet, snarare än ett hänsynstagande till patienten (Hordern et al., 2007).

Hänsyn till patienten och bevarande av dennes integritet dök även upp i ett flertal andra studier som en anledning till att samtalen inte ägde rum. Många sjuksköterskor avstod från att ta initiativet i tron att patienterna skulle bli förolämpade eller generade om sjuksköterskan ställde frågor om deras sexualitet (Lavin et al., 2006; Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014). I studien av Moore et al. (2013) var det ungefär en fjärdedel ( $n \approx 22/89$ ) som inte ville initiera samtal på grund av att de trodde att patienten skulle bli oroad och lika många drog sig för att göra det eftersom de ansåg att patienters sexualitet var för privat för att föra journaler om.

De positiva samband som kunde ses i studierna av Julien et al. (2012) och Mangan et al. (2005) var att de som uppgav att de kände sig mer säkra på sin förmåga att bemöta patienters sexualitet i större utsträckning även var benägna att ta sig tid att diskutera sexualitet. Enligt Julien et al. (2012) fanns det också samband vad gällde tilltron till den egna förmågan att diskutera sexualitet och huruvida de förstod hur cancersjukdom och dess behandling kunde påverka sexualiteten.

### **Utbildning och information om fysiska förändringar ska vara fokus i samtalen**

Gemensamt för flera av studierna var att samtal om sexualitet i många fall likställdes med utbildning och fick en mer enkelriktad och informativ karaktär. Detta gällde i mångt och mycket dels för hur sjuksköterskorna ansåg att det skulle vara men även hur det i dagsläget såg ut (Hordern et al., 2007; Olsson et al., 2012; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013). Vid samtal om sexualitet valde majoriteten av sjuksköterskorna att fokusera på fysiska och kroppsliga förändringar som en grund till samtal, delvis på grund av att de tyckte att det var lättare (Hordern et al., 2007; Lavin et al., 2006; Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013). Bland annat uppgav sjuksköterskor att de upplevde det som enklare att samtala om infertilitet (Hordern et al., 2007; Lavin et al., 2006; Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012) och behandlingsinducerat klimakterium (Lavin et al., 2006, Olsson et al., 2012). Många tyckte även att det var lättare informera patienter med prostata-, bröst- eller gynekologisk cancer eftersom de överlag fick mer fysiska förändringar med direkt påverkan på sexualiteten (Oskay et al., 2014; Ussher et al., 2013).

Ett antal studier visade på att sjuksköterskor ansåg att det överlag var viktigt med stöd i praktiska frågor samt information om möjliga stödinsatser (Olsson et al., 2012; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013). Det kunde exempelvis röra sig om att ge råd om olika samlagsställningar och användning av glidmedel (Stead et al., 2003), att berätta om möjligheten till och förfarandet kring vaginal dilatation, eller information och råd om andra typer av sexuellt umgänge i de fall samlag inte längre var möjligt (Ussher et al., 2013).

I några studier nämnde sjuksköterskorna hur fysiska symtom och biverkningar kunde påverka sexualiteten i förlängningen, i form av försämrad lust och kroppsuppfattning. De identifierade att försämrad fysisk funktion kunde ha en kraftig påverkan på självkänsla, identitet och självbild (Lavin et al., 2006; Olsson et al., 2012; Ussher et al., 2013). Detta visade enligt Ussher et al. (2013) på en medvetenhet kring hur fysiska och psykosociala faktorer kunde interagera och påverka den sammantagna sexuella hälsan.

Stead et al. (2003) visade på ett mer proaktivt förhållningssätt där sjuksköterskorna ansåg att patienterna skulle informeras om möjligheten att sexuella problem skulle kunna uppstå, att förändringar av sexuell funktion var normalt samt att de skulle komma att erbjudas hjälp eller rådgivning om ett problem skulle uppstå. Flera ansåg även att utbildning behövdes för att slå hål på myter som att cancer skulle kunna vara smittsamt (Ussher et al., 2013) och att det var viktigt att patienterna tidigt blev försäkrade om att sexuell aktivitet inte kunde orsaka skada eller återfall (Stead et al., 2003). Även Hordern et al. (2007) beskrev hur sjuksköterskor informerade om möjliga symtom och biverkningar innan de uppstått, men då på ett mer rutinemässigt sätt och inom ramarna för standardiserade formulär. I de fall det nämndes något om tryckt informationsmaterial till patienterna var det i en studie ungefär 70 % av sjuksköterskorna (n≈131/185) som sällan eller väldigt sällan använde sig av detta (Hautamäki et al., 2007) och i en annan var det samma procentandel (n≈8/24) som överhuvudtaget inte visste att de fanns att tillgå (Stead et al., 2003).

### **Kultur och religion påverkar samtalet**

Sjuksköterskor ansåg att förmågan att ta upp sexualitet med sina patienter påverkades av den kultur de levde i. De ansåg att religion och samhällsnormer medförde att sexualitet generellt ansågs som ett ämne som inte skulle diskuteras öppet, och att detta påverkade både deras egen och patienternas förmåga att närma sig diskussioner om sexualitet (Lavin et al., 2006).

En tredjedel av sjuksköterskorna (n=30/89) i studien av Moore et al. (2013) var ovilliga att initiera och öppna upp för diskussion angående sexualitet med patienter med annan kulturell bakgrund eller en annan religion och flera av deltagarna i studien av Hordern et al. (2007) talade om hur de känner en osäkerhet inför att samtala med patienter från en icke-västerländsk kultur. I mångt och mycket gällde det oavsett samtalsämne men det lades extra fokus på känsligare områden, såsom sexualitet. De uppgav rädslor för att bli misstolkade och upplevas som oförstående. Nästan två tredjedelar av deltagarna nämnde större barriärer till att samtala om sexualitet med patienter från den muslimska kulturen, och då specifikt över könsgrensarna, eftersom de hade föreställningen om att det var mer tabubelagt för den patientgruppen (Hordern et al., 2007).

## **Vårdens organisation har betydelse**

### **Brist på kunskap om ämnet och i samtalsmetodik skapar otrygghet**

Brist på utbildning och kunskap uppgavs vara ett stort hinder för att samtal om sexualitet skulle äga rum (Hautamäki et al., 2007; Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Stead et al., 2003; Zeng et al., 2012). Stead et al. (2003), Oskay et al. (2014) och Olsson et al. (2012) visade även sjuksköterskorna ansåg att det saknades erfarenhet för diskutera ämnet. Mellan 50-65 % av sjuksköterskorna kände sig osäkra på sin förmåga att hantera patienters frågor och problem som var relaterat till sexualitet (Magnan et al., 2005; Saunamäki et al., 2010; Zeng et al., 2012) och i studien av Stead et al. (2003) ansåg de flesta

att en säkerhet på sin förmåga var en förutsättning för att kunna prata med patienterna om deras sexualitet.

Få sjuksköterskor upplevde att de blev förberedda för arbetsuppgiften under sin utbildning och tyckte varken de hade fått teoretisk, faktamässig eller praktiskt utbildning (Lavin et al., 2006; Ussher et al., 2013). De upplevde inte att de fick tillräckligt med kunskaper om psykosocial påverkan på sexualiteten (Lavin et al., 2006) och inte heller att de hade färdigheter i samtalsteknik för att kunna känna sig trygga i den rådgivande rollen och kunna närma sig känsliga ämnen såsom sexualitet (Lavin et al., 2006; Ussher et al., 2013). Moore et al. (2013) visade att nästan en femtedel ( $n \approx 18/89$ ) uppgav att de inte fått någon utbildning gällande sexualitet och en tredjedel av sjuksköterskorna ( $n=30/89$ ) uppgav att de fått en till fem timmars utbildning under hela grundutbildningen. De ansåg att utökad kunskap i ämnet och kommunikationskunskaper hade underlättat för samtalen och majoriteten tyckte att en workshop hade verkat främjande (Moore et al., 2013; Zeng et al., 2012).

Av de svarande i studien av Moore et al. (2013) var det 60 % som ansåg att de hade kunskaper för att samtala kring fertilitet och möjligheten till spermabanker. Det var dock lika många som kände att de inte hade tillräckliga kunskaper för att kunna samtala kring impotens och ejakulationssvårigheter.

Zeng et al. (2012) beskrev fördomar och myter om cancer som barriärer för en öppen dialog. Av sjuksköterskorna ( $n=202$ ) trodde 35 % att sex under pågående behandling kunde försämra dess effekter, 28 % trodde att sex efter tillfrisknandet kunde orsaka återfall och 26 % trodde att cancer var smittsamt vid sexuell aktivitet. Detta kan delvis tolkas som brist på kunskap och utbildning (Zeng et al., 2012).

### **Arbetslivserfarenhet och utbildning ger trygghet**

Sjuksköterskor som hade lång arbetslivserfarenhet tyckte i högre grad att sexualitet var viktigt att diskutera, de kände sig även mer bekväma, mer självsäkra och mer trygga på sin förmåga att samtala om sexualitet (Julien et al., 2012; Magnan et al., 2005; Saunamäki et al., 2010). Oskay et al. (2014) visade att de som hade längre arbetslivserfarenhet i större utsträckning reflekterade kring sexualitet som en del i omvårdnaden och att de i högre grad ansåg att sexuell rådgivning ingick i deras ansvarsområde som sjuksköterskor. De som hade arbetat längre uppgav även att de uppmuntrade patienten att diskutera sexualitet och eventuella bekymmer, något som de med mindre erfarenhet inte gjorde (Oskay et al., 2014). Studien av Magnan et al. (2005) visade i kontrast mot detta att de med längre arbetslivserfarenhet tyckte att patienter inom slutenvård var för sjuka för att tänka på sexualitet, att sexualitet var en för privat sak att diskutera och att de i högre grad hänvisade samtal kring sexualitet till en läkare.

De sjuksköterskor som hade en vidareutbildning uppvisade lägre barriärer mot att bemöta sexualitet med patienter (Magnan et al., 2005; Saunamäki et al., 2010). Det fanns även samband där de med högre utbildning uppgav att de i större utsträckning tog sig tid att diskutera sexualitet och tyckte att det var viktigare att diskutera sexualitet med patienten än de utan vidareutbildning (Saunamäki et al., 2010). Magnan et al. (2005) visade att de som fick utbildning i form av seminarium och workshops om sexualitet visade lägre barriärer till att bemöta sexualitet än de som inte deltog i utbildningstillfället.

### **Brist på rutiner, riktlinjer och resurser utgör hinder**

Nästan alla sjuksköterskor i studierna av Oskay et al. (2014), Moore et al. (2013) och Ussher et al. (2013) menade att avsaknaden av rutiner och kliniska riktlinjer för kommunikation om sexualitet som en del av omvårdnaden var en viktig anledning till att samtalen inte ägde rum. Att det på organisatorisk nivå inte prioriterades exemplifierades i studien av Ussher et al. (2013) genom att sjuksköterskorna visade på checklistor som användes, som kartlade ett flertal andra funktioner, symtom och biverkningar, men ingenting om sexualitet och sexuell funktion. Olika organisatoriska strukturer som frekvent uppgavs som hindrande för samtal var underbemanning, begränsade resurser (Zeng et al., 2012), hög arbetsbelastning (Lavin et al., 2006; Moore et al., 2013) och högljudd miljö (Lavin et al., 2006). En återkommande anledning till att samtalen uteblev var även en reell eller befarad uppfattning om att det inte fanns ett fungerande system för att kunna hjälpa patienterna om problem skulle identifieras. I rädslan att inte kunna erbjuda stöd eller ha någon att hänvisa patienterna vidare till kunde det hända att ämnet undveks helt och hållet (Oskay et al., 2014; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013).

En mycket frekvent återkommande faktor som verkade som ett hinder för att diskutera ämnet, och en anledning till att samtal kring sexualitet uteblev, var brist på tid (Hautamäki et al., 2007; Hordern et al., 2007; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Stead et al., 2003; Ussher et al., 2013). Sjuksköterskor i studien av Ussher et al. (2013) reflekterade över att tidsbristen både hade en direkt inverkan och en inverkan på längre sikt, eftersom den medförde svårigheter att utveckla en god vårdrelation med patienten. Omvänt menade över 90 % (n>80/89) i studien av Moore et al. (2013) att om det fanns tillräckligt med tid var det främjande för att sjuksköterskorna skulle samtala kring sexualitet.

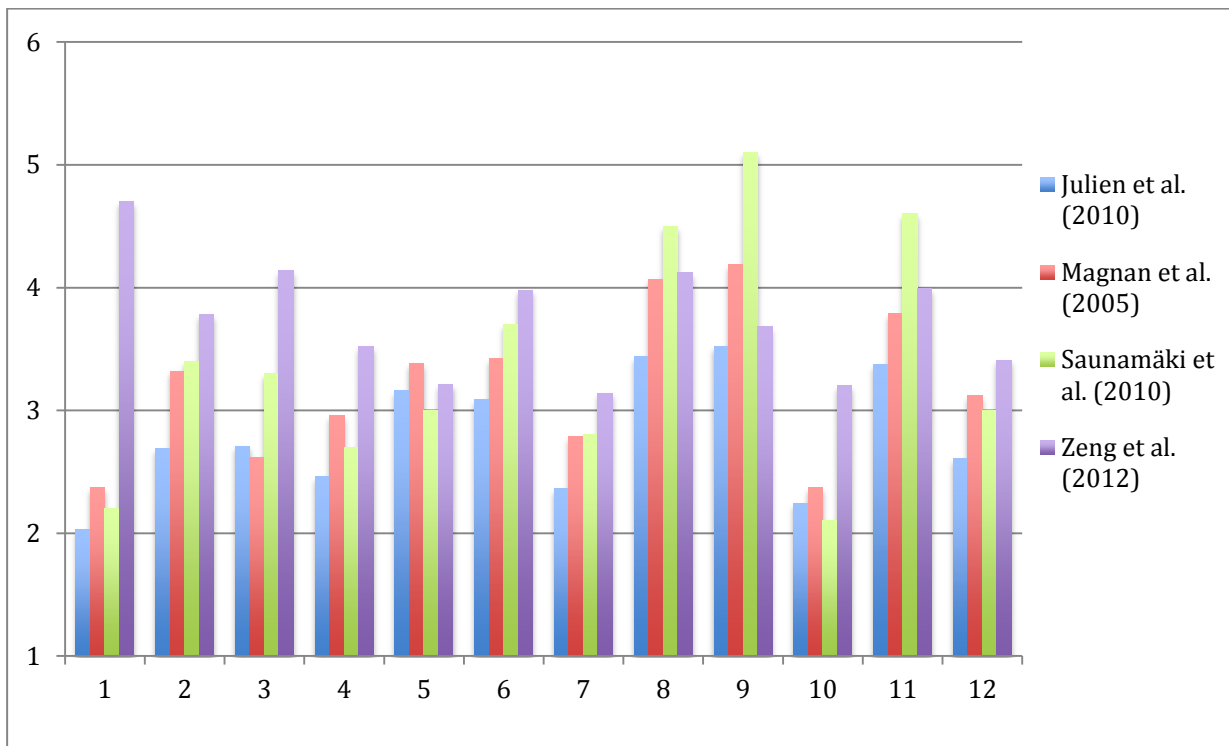
Bristen på privat miljö och privata utrymmen ansågs också vara ett stort hinder för att samtala kring sexualitet med patienter (Hautamäki et al., 2007; Hordern et al., 2007; Lavin et al., 2006; Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012; Ussher et al., 2013; Zeng et al., 2012). Horden et al. (2007) såg dock ett samband mellan de som uppgav att de medvetet undvek ämnet på grund av bristande bekvämlighet och de som uppgav brist på privat miljö som hinder. Sjuksköterskor i studierna av Moore et al. (2013) och Zeng et al. (2012) beskrev även den omvända relationen där tillgången till en privat miljö upplevdes kunna vara underlättade och främjade för samtal kring sexualitet.

Hur avdelningen och vården organiseras uppfattades kunna vara både förutsättningar och hinder för att skapa den förtroendefulla relation mellan sjuksköterska och patient som ansågs nödvändig för att kunna samtala om sexualitet. Många och korta perioder av ineliggande vård och brist på kontinuitet i kontakten mellan sjuksköterska och patient ansågs vara stora hinder (Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012; Stead et al., 2003). De få sjuksköterskor som ibland pratade om sexualitet med sina patienter poängterade vikten av att ha träffat dem ett flertal gånger under vårdkedjan, eftersom det inte ansågs vara något man kunde ta upp första gången man sågs (Olsson et al., 2012). Stead et al. (2003) visade på att en förklaring till att sexualitet inte diskuterades var att sjuksköterskorna i studien endast såg patienterna under cytostatikabehandlingen eller direkt efter operation.

Några sjuksköterskor belyste behovet av att ha en atmosfär på avdelningen som tillät dem att ta sig tid till samtal med patienterna på daglig basis (Olsson et al., 2012). Flera oroade sig för vad såväl patienter som kollegor skulle tycka om dem om de lyfte samtalsämnet när det



handlade om livshotande sjukdomar. Några var även rädda för att uppfattas av sina kollegor som att de undvek arbete genom att prata för mycket (Hordern et al., 2007).



Figur 2. Resultatsammanställning för studier som använt SABS-instrumentet. X-axeln illustrerar de olika påståendena och y-axeln redovisar medelvärden.

| <b>Påståenden</b>  |
|--|
| 1. Sexuality is too private an issue to discuss with patients.   |
| 2. Sexuality should be discussed only if initiated by patients   |
| 3. Most hospitalized patients are too sick to be interested in sexuality                                       |
| 4. When patients ask me a sex-related question, I advise them to discuss it with their physician               |
| 5. I am uncomfortable talking about sexual issues  |
| 6. I feel confident in my ability to address patients' sexual concerns   |
| 7. Giving a patient permission to talk about sexuality concerns is a nursing responsibility                    |
| 8. I make time to discuss sexual concerns with my patients   |
| 9. Patients expect nurses to ask about their sexual concerns   |
| 10. I understand how my patients' diseases and treatments might affect their sexuality                         |
| 11. I am more comfortable talking about sexual issues with my patients than are most of the nurses I work with |
| 12. Discussing sexuality is essential to patients' health outcomes   |

Tabell 1. Redovisning av påståenden i SABS-instrumentet.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Tidigt i sökarbetet bestämdes att endast inkludera kvinnor med någon typ av gynekologisk cancer. Efter grundliga sökningar togs dock beslutet att expandera problemområdet genom att inkludera både män och kvinnor med olika sorters cancer då den publicerade forskningen ansågs vara begränsad. När området inte längre var så specifikt och snävt upplevdes det lättare att hitta relevanta artiklar. Sökningar gjordes i första hand i databasen Cinahl grundat i att den är mer omvårdnadsinriktad än övriga. En del artiklar som hittades fanns inte tillgängliga att hämta men utifrån titeln bedömdes de inte vara relevanta för syftet. Detta kan dock ha påverkat resultatet då en noggrann bedömning och granskning av artiklarna inte var möjlig. Problemområdet ansågs vara genomlett och det bedömdes som att artiklarna representerade forskning som finns kring ämnet. Begränsade kunskaper kring databasernas sökfunktioner skulle dock kunnat påverka vilka träffar som gavs och vilken riktning artiklarna hade och således resultatet.

Till resultatet valdes fem kvalitativa och sju kvantitativa artiklar vilket gjordes medvetet i syfte att få olika perspektiv på problemet eftersom två beskrivningar eftersöks. Kvalitativa artiklar bedömdes till största delen beskriva upplevelsen och de kvantitativa i större utsträckning beskriva attityder och förhållningssätt. Då alla de kvantitativa artiklarna använt sig av kvalitativa frågor ansågs de svara mot syftet och ge tyngd till resultatet. Det bestämdes att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2005 och 2015 för att få relativt ny och uppdaterad forskning. Ett undantag gjordes dock då en genomgång av de valda artiklarnas referenslistor genererade artikeln av Stead et al. (2003). Fem av de valda artiklarna refererade till studien och den hade ett signifikant antal citeringar i Scopus. Artikeln ansågs vara en betydande studie för problemområdet och därmed en viktig del i resultatet varför den inkluderades trots att den låg utanför de förutbestämda publikationsåren.

Granskningsmallarna av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) valdes på grund av att de ansågs vara gedigna samtidigt som de hade en struktur som var lättöverskådlig. Till en början genomfördes granskningen enskilt för respektive artikel, sedan jämfördes granskningarna i syfte att urskilja likheter och skillnader och kunna utvärdera artiklarnas kvalitet.

Några av artiklarna inkluderade flera olika yrkeskategorier eftersom det var svårt att hitta studier med enbart sjuksköterskor som deltagare. Kravet var att där det inte gick att särskilja sjuksköterskors åsikter i resultatet skulle en majoritet av deltagarna bestå av sjuksköterskor. Detta innebär att antaganden har gjorts utifrån annan hälso- och sjukvårdspersonal än bara sjuksköterskor vilket kan ha påverkat resultatet. De flesta artiklar hanterade flera olika cancertyper men tre av artiklarna var diagnosspecifika och involverade hälso- och sjukvårdspersonal som arbetade med endast testikelcancer, bröstcancer respektive äggstockscancer. Artiklarna som behandlade flera olika typer av cancer fokuserade till stor del på cancertyper som direkt påverkar köns- eller reproduktionsorganen och då det även är tre artiklar som fokuserar specifikt på dessa typer av cancer kan det ha påverkat resultatet. En majoritet av deltagarna i studierna var kvinnor vilket skulle kunna påverka resultatet där det skulle kunna tänkas finnas svårigheter och barriärer till att prata om sexualitet och sexuella problem med någon av det andra könet.

Samtliga inkluderade artiklar hade ett etiskt resonemang och/eller var etiskt godkända. De artiklar som var etiskt godkända hade godkänts av antingen en etisk nämnd på instansen där

forskningen bedrevs eller av etisk nämnd som var nationellt erkänd. Några artiklar inkluderades på grunden att de förde ett acceptabelt etiskt resonemang, det hade dock varit önskvärt att alla artiklar skulle varit etiskt godkända.

Resultatet har bearbetats och analyserats både enskilt och gemensamt och handledaren har granskat färdiga huvudteman och teman. Genom tidigare erfarenheter, uppfattningar och förutfattade meningar fanns en förförståelse för ämnet som riskerade att influera resultatet. Förförståelsen innebar i detta fall observationer från tidigare verksamhetsförlagda utbildningar inom onkologi. Där noterades det att samtal om sexualitet sällan ägde rum, trots att patienterna sannolikt upplevde negativ påverkan på sin sexualitet och hade behövt information och stöd kring detta. Antagandet var alltså att sjuksköterskor brister i sitt ansvar att hantera frågor om sexualitet som en del av omvårdnaden. En människas förförståelse påverkar hur denne tolkar och uppfattar omvärlden (Priebe & Landström, 2012) vilket gör att det alltid behöver beaktas som en påverkande faktor i resultatet. Förförståelsen har försökt bortses från i analys och tolkning vilket ökar trovärdigheten av resultatet.

Det fanns en medvetenhet kring att individuell tolkning av studiernas resultat kan ha påverkat resultatet. Analys och tolkning försökte göras på ett sätt så att innehållet och innebörden inte vinklades eller förändrades. Då samtliga studier använde engelska som språk gjorde översättningen från engelska till svenska att betydelsen kan ha förändrats från den ursprungliga meningen. För att så långt det var möjligt säkerställa en objektiv beskrivning, lades mycket tid i analysfasen på att hitta lämpliga översättningar. Dels för att behålla korrekta medicinska termer, men främst för att inte missförstå och förlora innebörden i de fall där ord och uttryck kunde få flera betydelser vid en direkt översättning. Termer har kontrollerats i Svensk MeSH och i de fall det fortfarande funnits osäkerheter har svensk litteratur inom området använts som riktlinjer för vedertagna termer. För övriga ord och uttryck har det först använts en ordbok som gett möjliga översättningar och användningsområden. Översättningarna har sedan diskuterats och gemensamt tolkats med stöd i hur övriga artiklar i resultatet använt begreppen.

Trots att de inkluderade studierna visade på många likheter i sina resultat, samt att det fanns stöd för dessa i ytterligare studier, finns det alltid risker med att dra generella slutsatser. Bias i form av ett för litet antal studier av hög kvalitet och det faktum att resultatet är tolkningar av ursprungliga artiklar gör att de likheter som påvisades snarare kan ses som starka indikationer än säkerställda slutsatser.

De kvalitativa artiklarna hade intervjuer som huvudmetod, både i grupp och enskilt. Alla kvantitativa artiklarna använde sig av enkäter. Fyra av de kvantitativa artiklarna använde sig av en och samma enkät, Sexual Attitudes and Beliefs Survey (SABS). Då majoriteten av de kvantitativa artiklarna använde metoden skulle det kunna ge ett riktat eller vridet resultat. Det ansågs dock som positivt att fyra av artiklarna använde samma metod då resultatet blev lätt att jämföra och sammanställa.

## Resultatdiskussion

### **Sexualitet är viktigt men inte för alla**

Ett tydligt resultat som framkom, som i förlängningen verkade hindrande för samtal, var att patienterna antogs prioritera sexualitet på olika sätt under sjukdoms- och behandlingstiden. Sjuksköterskorna gjorde antaganden kring att deras eventuella sexuella problem var

sekundära och inte det viktigaste att adressera i samtal. Dessa förutfattade meningar om att patienterna var för sjuka för sex och enbart tänkte i form av liv eller död visade sig även i annan forskning kring sjuksköterskors föreställningar (Barnason, Steinke, Mosack & Wright, 2013; Gill & Hough, 2007; Saunamäki & Engström, 2014). Forskning som fokuserade på patienternas upplevelser visade på tvetydiga resultat vad gäller hur sexualitet prioriterades av patienterna i samband med diagnos, behandling och rehabilitering. Några studier visade att sexualitet ansågs mindre viktigt vid tiden kring diagnos och behandling medan andra menade sexualitet var viktigt genom hela sjukdoms- och behandlingsförloppet. (Cleary et al., 2013; Hautamäki-Lamminen et al., 2013; Klaesson; 2011; Perz et al., 2014; Rasmusson et al., 2008; Rasmusson et al., 2013). Det finns skäl att tro att vissa perioder under sjukdomen innebär svårigheter så stora att sexlivet upplevs som mindre viktigt. Däremot verkar upplevelsorna vara mycket individuella och med ett respektfullt och lyhört tillvägagångssätt borde sjuksköterskan kunna låta patienten avgöra om ämnet behöver diskuteras eller ej, istället för att utgå från sina egna förutfattade meningar.

Resultatet visade att patienters intresse för sex och behov av samtal antogs variera beroende på ålder, kön och relationsstatus vilket även framkom i studien av Haboubi och Lincoln (2003). Att äldre patienter antogs vara ovilliga att prata om sex och till stor del ointresserade av sex var en frekvent återkommande åsikt även i andra studier (Barnason et al., 2013; Dyer & das Nair, 2013; Haboubi et al., 2003; Saunamäki et al., 2014). Forskning som fokuserade på att undersöka äldres upplevelser och prioriteringar av sex visade i kontrast till detta att ett fungerande sexliv fortfarande var en viktig del av livet för de flesta, även om det för många inte riktigt var på samma sätt som tidigare i livet (Gott & Hinchliff, 2003; Rheume & Mitty, 2008). Enligt Gott (2006) har den allmänna inställningen till äldre och sex börjat förändras i dagens samhälle men studien visade på att det fortfarande fanns många uppfattningar om att äldres sexliv var olämpligt eller till och med motbjudande. Vetskapen om att de här uppfattningarna fanns medförde att äldre drog sig för att adressera ämnet med hälso- och sjukvårdspersonal, trots att de egentligen önskade det, i rädsla för hur de skulle bemötas (Gott, 2006). Detta ställer naturligtvis högre krav på sjuksköterskor att ta sitt ansvar i att vara den som initierar till samtal.

De patienter som i det sammantagna resultatet ansågs ha störst behov av samtal om sexualitet var patienter som hade en cancertyp som direkt påverkade köns- eller reproduktionsorganen. Enligt litteraturen är det här riktig uppfattning, framförallt vad gäller de som genomgår kirurgisk behandling (Bergmark, 2007; Rasmusson, 2011), men däremot är det enligt studierna av Hughes (2008), Olsson et al. (2013) och Perz et al. (2014), felaktigt att anta att övriga patienter inte har någon påverkan på sin sexualitet och därför mycket olyckligt att helt utesluta samtal kring sexualitet.

Att sjuksköterskorna i resultatet antog att infertilitet enbart var viktigt för yngre patienter verkade vara ett lättvindigt antagande, då annan forskning visade att det inte bara handlade om den självklara fysiologiska betydelsen - att inte kunna få barn - utan även kunde ha en större psykosocial betydelse (Galbraith et al., 2008; Hughes, 2008). Om infertilitet kan påverka identiteten är det en biverkan som sjuksköterskan behöver beakta även om patienten är lite äldre eller inte har intresse av att bilda familj. I resultatet framkom det även att sjuksköterskor gjorde antaganden baserat på relationsstatus, då en sexuell relation likställdes med en fast relation och att vara singel likställdes med att inte ha ett aktivt sexliv. Detta kan vara ett förhastat antagande, vilket visade sig i studien av Perz et al. (2014), där patienter uttryckte att sexualitet var viktigt oavsett relationsstatus. Även i WHO:s (2015a) definition

beskrivs det att sexualitet kan upplevas och uttryckas på många olika sätt. Sjuksköterskor behöver vara medvetna om att sex i dagens samhälle inte nödvändigtvis är kopplat till kärlek eller tvåsamhet så att alla patienters behov uppmärksammas på lika villkor.

En professionell sjuksköterska behöver vara uppmärksam på att sexualitet kan vara en viktig del av patienternas liv oavsett omständigheter vilket har stöd i en studie av Gill et al. (2007). White (2008) menade att det enda sättet att få ta del av patientens historia och eventuella bekymmer och önskemål är att lyfta ämnet och våga fråga. Många patienter upplevde enligt Socialstyrelsens (2013) lägesrapport att de saknade information och att det inte fick möjlighet att vara delaktiga i sin vård. Att som sjuksköterska göra antaganden om patientens preferenser går emot kompetensbeskrivningen (Socialstyrelsen, 2005) och det personcentrerade sättet att arbeta, där det ska fokuseras på patientens individuella behov och önskemål (Ekman et al., 2011).

### **Egna föreställningar påverkar**

Enligt Socialstyrelsen (2005) ska vården genomsyras av ett holistiskt synsätt och sjuksköterskan har ett ansvar för att patientens fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov tillgodoses. I överensstämmelse med detta ansåg majoriteten av sjuksköterskorna i resultatet att samtal om sexualitet var viktigt och att det ingick i deras profession. Trots dessa uppfattningar var det få sjuksköterskor som uppgav att de samtalade om sexualitet med patienterna. De här motsägelsefulla resultaten framträdde även i studier av Barnason et al. (2013), Dyer et al. (2013), Haboubi et al. (2003) och Saunamäki et al. (2014), och ger en stark indikation på att sjuksköterskor medvetet verkade undvika ämnet, snarare än att det missades på grund av okunskap. Resultatet visade även att sjuksköterskor trodde att patienterna inte förväntade sig att de skulle initiera till samtal, vilket skulle kunna vara en bidragande faktor till att det inte gjordes. Att uppfattningar om förväntningar har samband med initiativtagande visade sig även i studien av Saunamäki et al. (2014). Där visade det sig att sjuksköterskor som trodde att patienterna i tysthet både önskade och förväntade sig att de skulle föra ämnet på tal, i högre utsträckning än andra ansåg att det var deras uppgift att göra det.

Som beskrivits tidigare tyckte de allra flesta patienter att sexualitet var en viktig aspekt av hälsa och välbefinnande (Ekwall et al., 2003; Hautamäki-Lamminen et al., 2013; Rasmusson et al., 2008) och de hade en stark önskan om att få samtala kring sin sexualitet (Hautamäki-Lamminen et al., 2013; Rasmusson et al., 2008; Rasmusson et al., 2013). Att sjuksköterskor i resultatet ansåg att det var patienterna som borde initiera till samtalet är mycket olyckligt då studier visat att patienter många gånger kände precis tvärtom och tyckte att det hade underlättat om sjuksköterskorna var initiativtagarna (Ekwall et al., 2003; Rasmusson et al., 2008; Sainio et al., 2003). Patienter uttrycker alltså ett stort behov av att få samtala kring sexualitet, och även en önskan om att personalen ska öppna upp för diskussionen, men sjuksköterskor verkar misslyckas med att tillgodose dessa behov. Socialstyrelsen (2005) fastställer i kompetensbeskrivningen att en legitimerad sjuksköterska bör ha förmågan att kunna identifiera behov hos patienter som de själva inte uppmärksammar. Dessa riktlinjer skulle i det här sammanhanget kunna tolkas som att sjuksköterskan borde vara den som tar initiativet, oavsett indikation från patientens sida. Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor ser sannolikt inte likadan ut internationellt, men oavsett resultatartiklarnas ursprung hade sjuksköterskorna uppfattningen att det ingick i professionen att samtala om sexualitet. Föreställningen om att det är patienten som ska initiera till samtal skulle därför kunna tolkas som en motsägelse till det professionella ansvaret, oavsett land.

Resultatet visade att det rådde förvirring kring vem som hade huvudansvaret för att patienterna skulle få möjlighet att diskutera sexualitet och sexuella problem. Sjuksköterskorna ansåg att det var deras arbetsuppgift men ett flertal tyckte ändå att det var lämpligare om någon annan gjorde det. Några ansåg att det huvudsakliga ansvaret låg på läkarna då sjuksköterskor menade att patienternas sexuella problem var en biverkan av den medicinska behandlingen. Andra studier som undersökte liknande frågor visade på tvetydiga resultat vad gäller hur hälso- och sjukvårdspersonal såg på ansvarsfrågan. Enligt Haboubi et al. (2003) verkade båda sjuksköterskor och läkare tycka att det var deras ansvar att samtala om sexualitet medan Dyer et al. (2013) visade att all hälso- och sjukvårdspersonal till stor del avsåg sig ansvaret kring frågan med motiveringen att det låg utanför deras kompetensområde. Enligt Dyer et al. (2013) fanns det en rädsla bland sjuksköterskor att inte ha kunskapen att kunna svara på patientens frågor på ett tillfredsställande sätt och läkarna i studien av Barnason et al. (2013) tyckte inte att sexualitet klassades som ett medicinskt problem vilket därmed gjorde att det låg på någon annans ansvar. Som tidigare beskrivits är svårigheter relaterade till sexualitet ofta beroende på flera olika faktorer, och det är många gånger svårt att säkerställa vad som beror på sjukdomen i sig, behandlingen och dess biverkningar eller hela situationen i sin helhet (Bergmark, 2007). Således finns det svårigheter med att tillskriva en yrkesgrupp hela ansvaret för att ta initiativ till samtal. Sjuksköterskan har det omvårdnadsmissiga ansvaret för patienten medan läkare har det medicinska ansvaret, men oklarheterna kring problemens ursprung gör att alltihop lätt kan falla mellan stolarna, vilket även har stöd i studien av Higgins, Barker och Begley (2006). Det behövs strategier och bestämmelser kring vem som ska lyfta ämnet och i vilket skede det ska göras, för att motverka att patienten kommer i kläm på grund av att läkare och sjuksköterskor lägger över huvudansvaret på varandra. Detta styrks i studien av Higgins et al. (2006), där de även belyste vikten av att sjuksköterskor inte skulle ta för givet att patienten redan fått information kring sexualitet från tidigare vårdtillfällen eller annan profession. Ekwall et al. (2003) visade dessutom att det för patienterna inte hade någon betydelse vilken yrkeskategori som tog upp ämnet sexualitet med dem, bara någon gjorde det. Detta är talande för att det många gånger kan vara bättre att fråga en gång för mycket än att inte fråga alls. Att stärka det interprofessionella samarbetet möjliggör för ett överblickande av olika ansvarsområden och ett säkerställande att ansvarsområden överlappas, snarare än faller mellan professionernas kompetensområden (Kvarnström & Cedersund, 2009).

Sjuksköterskor i resultatet ansåg i stor utsträckning att sexualitet var en privat angelägenhet och ett känsligt ämne. Vidare upplevde de att det var pinsamt att prata om det med patienter och de gånger det ändå gjordes var de obekväma med samtalen, vilket har stöd i flera andra forskningsrapporter (Barnason et al., 2013; Dyer et al., 2013; Haboubi et al., 2003; Saunamäki et al., 2014). I resultatet identifierades det vissa samband där de som tyckte att sexualitet var obekvämt och en privat angelägenhet också uppgav att de tyckte att patienter var för sjuka för att intressera sig av sexualitet. Detta skulle kunna tolkas som att de sjuksköterskor som tyckte det var jobbigt att prata om sexualitet uppgav olika anledningar som undanflykter från att inte behöva göra det. Många sjuksköterskor hade dessutom uppfattningen att patienterna skulle känna sig obekväma, generade eller bli förolämpade om sjuksköterskan tog upp ett så känsligt ämne som sexualitet. Det här uppgavs vara en viktig anledning till att samtalen undveks, vilket även styrks i studier av Barnason et al. (2013), Dyer et al. (2013), Higgins et al. (2006) och Saunamäki et al. (2014).

Sjuksköterskor i studien av Saunamäki et al. (2014) hänvisade, i likhet med sjuksköterskor i resultatet, till ämnet sexualitet som något tabubelagt som det inte skulle pratas om. Att sexualitet i början av 2000-talet benämns som något tabubelagt av hälso- och sjukvårdspersonal är mycket uppseendeväckande och kan upplevas som att utvecklingen i samhället gått bakåt. Hulter (2011) beskrev i likhet med detta att forskningen inom området sexualitet har blivit åsidosatt just för att det länge betraktats som något tabubelagt. Gill et al. (2007) menade att hälso- och sjukvården har kommit en bra bit på vägen när det gäller att bemöta patienters sexualitet men att det finns mycket kvar att göra. Gill et al. (2007) och Krebs (2008) påpekade att det är viktigt att sjuksköterskor är medvetna om sin egen inställning till sexualitet och hur den kan påverka omvårdnaden av patienter. Det är fullt möjligt att insikten och reflektionen kring de egna attityderna till sexualitet kan förändra sättet att bemöta patienterna. Enligt Gill et al. (2007) behövs det både fortbildning och personlig träning för att hantera den egna osäkerheten och känslan av obehag inför ämnet sexualitet. De menade vidare att hälso- och sjukvårdspersonal överlag behövde bli bättre på individualiserad vård och att utmaningen ligger i att förflytta sig bortom den egna bekvämlighetszonen. Detta ligger i linje med det personcentrerade sättet att arbeta, vilket syftar till att se varje patient som en egen individ med individuella behov och preferenser. En sådan inställning till kommunikation har, som beskrivits tidigare, visat sig vara förknippad med förbättrad hälsa hos patienterna (Charlton et al., 2008; McCabe, 2004).

Resultatet visade att sjuksköterskor hade en tendens att reducera sexualitet till att nästan enbart handla om de fysiska aspekterna. Detta sammanfaller med patienternas uppfattning av samtalen, där de beskrev att de gånger det gavs tillfälle att diskutera sexualitet, skedde det med fokus på funktionell status (Ekwall et al., 2003; Olsson et al., 2013; Sainio et al., 2003). Många upplevde att hälso- och sjukvårdspersonal hade en ensidig definition av sexualitet och att den mer biomedicinska informationen de fick var svår att förstå (Ekwall et al., 2003). Det finns indikationer på att sjuksköterskans föreställningar i det här fallet grundar sig i en uppfattning om att det är lättare att prata om de fysiska aspekterna av sexualitet än om de psykosociala, vilka kan upplevas som känsligare och svårare att greppa. De vanligaste kroppsliga symtomen och biverkningarna verkade på något sätt ha blivit avdramatiserade, vilket gjorde att de ansågs lättare och mer naturliga att prata om. Resultatet visade även att sjuksköterskor hade en benägenhet att inte adressera patienternas sexualitet om de inte hade uppenbara problem, vilket är olyckligt då litteraturen visade att patienter som fick information tidigt, i proaktivt syfte, hade mindre svårigheter än de som fick den först efter att problemen uppstått (Bergmark, 2007).

Kultur och religion visade sig ha betydelse för hur och om sjuksköterskor i resultatet bemötte sexualitet. Flera upplevde att dessa faktorer, med dess normer och regler, påverkade samhället i stort och därmed även respektive sjukhus. Den här uppfattningen har stöd i studien av Barnason et al. (2013), där sjuksköterskor kände osäkerhet inför att ta upp ämnet på grund av sjukhusets religiösa klimat. Som tidigare beskrivits påverkas även den egna inställningen till sexualitet av flera olika faktorer, såsom uppfostran, religionstillhörighet och samhällets normer (Hulter, 2011), vilket också kan göra att sjuksköterskor är olika benägna att samtala om sexualitet i sitt yrke. Resultatet visade dessutom att sjuksköterskor upplevde större svårigheter att initiera till samtal om sexualitet om den berörda patienten hade en annan kulturell bakgrund eller religionstillhörighet än den egna, vilket även påvisades i studierna av Barnason et al. (2013) och Dyer et al. (2013). Föreställningar om skillnader beroende på kultur och religion skulle delvis kunna tolkas som okunskap. Generella antaganden och

fördomar riskerar att påverka sjuksköterskans praktiska arbete och ge en ojämlig omvårdnad, vilket går rakt emot den etiska koden för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Jirwe, Momeni och Emami (2009) belyste problematiken kring att kategorisera människor, då en grupp individer som anses tillhöra en viss kultur eller religion inte behöver ha homogena egenskaper, åsikter eller värderingar. Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om detta, och att försöka ha ett öppet och lyhört förhållningssätt gentemot patienterna, så att deras individuella behov och önskemål kan identifieras.

### **Vårdens organisation har betydelse**

Brist på kunskap om ämnet och färdigheter i samtalsteknik visade sig vara ett stort hinder för samtal kring sexualitet, vilket styrks av annan forskning inom området (Barnason et al., 2013; Dyer et al., 2012; Haboubi et al., 2003; Saunamäki et al., 2014). Sjuksköterskorna i resultatet kände sig överlag inte förberedda för arbetsuppgiften, vilket främst tillskrevs avsaknad av erfarenhet, praktisk övning och kunskaper inom samtalsteknik. Trots att en övervägande majoritet menade att de förstod hur sjukdomen och behandlingen kunde påverka patienternas sexualitet, så framkom det vid vidare analys av materialet att sjuksköterskors kunskaper hade ett tydligt biomedicinskt fokus. De saknade kunnande och trygghet i att prata om den psykosociala påverkan, vilket styrks som de svåraste delarna som skapar störst obehag att hantera i studien av Wilkinson, Gambles och Roberts (2002). Även patienterna upplevde att informationen och kommunikationen med sjuksköterskorna var bristfällig, då de saknade samtal om cancersjukdomen och dess behandlings effekter på människan som helhet (Sainio et al., 2003).

Många sjuksköterskor i resultatet uppgav att de undvek ämnet sexualitet, trots att de upplevde sig ha kunskaperna, på grund av att det var svårt, pinsamt och obekvämt. Detta antyder att huvudproblemet är bristande samtalsfärdigheter och ovana, vilket även är ett framträdande resultat i Saunamäkis et al. (2014) forskningsrapport. En genomgående åsikt i resultatet var att sjuksköterskorna upplevde utbildningen som en otillräcklig grund för att kunna bemöta patienternas frågor och besvär relaterade till sexualitet. Detta samstämmer med annan forskning på området där sjuksköterskor uttryckte ett behov av utbildning och träning och pekade ut detta som möjligheter till att hjälpa dem överkomma barriärerna och inkorporera samtal om sexualitet som en del av omvårdnaden (Dyer et al., 2012; Haboubi et al., 2003).

Socialstyrelsen uppgav i sin senaste lägesrapport att antalet specialistsjuksköterskor har minskat kraftigt de senaste 20 åren och beräknas fortsätta minska (Socialstyrelsen, 2014). Följden av detta blir att den specialiserade vården får svårt att rekrytera sjuksköterskor med vidareutbildning och istället anställer grundutbildade sjuksköterskor utan rätt specialkompetens. Enligt egna erfarenheter innehåller grundutbildningen, åtminstone på Göteborgs Universitet, i dagsläget mycket lite om sexualitet och sexuell hälsa, samt hur ämnet kan hanteras i samtal med patienterna. Dessa faktorer i kombination utgör ett problem. Möjliga vägar att gå, för att snabbare komma vidare från en djupare rotad grundproblematik, skulle kunna vara korta utbildnings- och informationsdagar samt träningstillfällen som tillhandahålls på respektive arbetsplats. Resultatet visade att de som fick utbildning i form av seminarium och workshops om sexualitet visade lägre barriärer till att bemöta sexualitet, vilket styrks av annan forskning där sjuksköterskor som fått den här typen av träning känt att det hjälpt dem både kunskaps- och färdighetsmässigt (Dyer et al., 2012; Haboubi et al., 2003). Wilkinson et al. (2002) visade specifikt på att träning i samtalsteknik som integrerades i det dagliga arbetet kraftigt förbättrade sjuksköterskornas förmåga att hantera samtal om sexualitet i allmänhet och områden som var känslomässigt laddade i synnerhet.



En studie från Kina, som är en del av resultatet, visade på en oroväckande stor brist på utbildning och kunskap, då nästan en tredjedel ( $n \approx 67/202$ ) av sjuksköterskorna trodde att cancer var en sexuellt överförbar sjukdom och att sexuell aktivitet kunde försämra behandlingens effekter samt orsaka återfall. Ingen av de övriga studierna visade på liknande resultat. Förvisso har inte dessa specifika frågor ställts i de övriga studierna, men inte heller i närliggande diskussioner utifrån öppna frågor framkom likartade uppfattningar. Studien från Kina visade även avsevärt lägre förståelse för patienters sexuella problem och högre barriärer mot att samtala om sexualitet med patienterna än vad studierna från USA och Sverige gjorde. Det här tyder på kulturella skillnader i attityder till sexualitet, vilket styrks av Garcia, Terrell Kincannon, Poston Jr. och Walther (2014). Ett antagande är därför att detta sannolikt inte är någon generell uppfattning bland hälso- och sjukvårdspersonal i västerländska länder. Däremot kan det vara viktigt att som sjuksköterska ha med sig i bakhuvudet att dessa myter existerar, eftersom de eventuellt fortfarande kan leva kvar hos patienterna och deras familjer. Detta faktum bekräftas av att Cancerfonden valt att adressera och reda ut dessa myter i sin webbaserade information till patienter och närstående (Cancerfonden, 2014).

Den vanligaste yttre faktorn som uppgavs som hindrande var brist på tid, vilket också stöds i annan forskning på ämnet (Bober & Varela, 2012; Calisi, Boyko, Ballantyne & Levesque, 2013; Haboubi et al., 2003). Att sjuksköterskor har en arbetssituation kantad av underbemanning, hög arbetsbelastning och begränsade resurser är ett känt faktum men problemet vad gäller tid får lite olika dimensioner beroende på om man väljer att se på det som att *det inte finns tid* eller att man inte prioriterar det och *tar sig tid*. Resultatet visade på att sexualitet inte prioriterades i omvårdnaden och att kommunikation överlag inte uppfattas som arbete på samma sätt som mer konkreta sysslor. McCabe (2004) beskrev detta fenomen som ett uppgiftscentrerat sätt att arbeta och kommunicera, i motsats till ett personcentrerat, vilket verkade vara ett så djupt rotat sätt att se på sjuksköterskans arbete att det även blev ett hinder från patienternas sida. De kände sympati och ville inte störa sjuksköterskan som uppfattades vara så upptagen, vilket gjorde att de inte framförde sina funderingar (McCabe, 2004). Ett mer personcentrerat sätt att arbeta skulle kunna göra att patientens upplevelser, önskemål och prioriteringar blir det fokus som omvårdnaden byggs upp kring (Ekman et al., 2011), och sexualitet skulle på det sättet kunna få samma rätt att dela på den ibland knappa tid som finns, som andra delar av omvårdnadsarbetet. En förutsättning för att sjuksköterskor ska våga öppna upp för samtalen verkar dock vara att de känner sig trygga i att det finns resurser för att erbjuda vidare stöd i de fall de inte kan hantera problemen själva. Ett flertal sjuksköterskor i resultatet saknade detta och undvek hellre ämnet än att starta upp något som de var rädda för att inte kunna avsluta. Dyer et al. (2013) menade att grunden till problemet till stor del ligger i detta, snarare än i okunskap och svårigheter att ta initiativ.

Avsaknaden av rutiner och kliniska riktlinjer för samtal om sexualitet framkom i resultatet som en viktig anledning till att samtalen inte ägde rum. Forskning visar att sjuksköterskor önskar tydligare riktlinjer för hur sexualitet ska kunna involveras i omvårdnadsarbetet. Dokumenterade rutiner upplevdes vara ett sätt att berättiga ämnets existens och göra det till en naturlig och icke förhandlingsbar del av omvårdnaden (Barnason et al., 2013; Dyer et al., 2013; Saunamäki et al., 2014). Det verkar som att hälso- och sjukvårdspersonal behöver hjälp och strategier för hur de ska initiera konversationen kring känsliga ämnen såsom sexualitet och intimitet, vilket det finns stöd för i forskningen (Gill et al., 2007; Higgins et al., 2006; Saunamäki et al., 2014). I dagsläget finns det flera utvecklade modeller för både bedömning

och som stöd vid samtal, varav många inkluderar såväl fysiska- som psykosociala aspekter (Krebs, 2008). En vedertagen modell, och enligt Krebs (2008), den mest använda modellen, kallas PLISSIT. Detta är ett redskap för att systematiskt kunna utvärdera patienternas upplevelse av sexuell hälsa i relation till sjukdom och behandling, i syfte att kunna ge råd och förslag till förbättrande insatser. Verktyget består av olika steg som succesivt ska guida personal från initiativtagande till förslag till terapi (Kaplan & Pacelli, 2011). Trots att det verkar vara en så pass etablerad modell (Kaplan et al., 2011; Katz, 2005; Krebs, 2008) var det få av författarna till resultatartiklarna som diskuterade eller föreslog varken PLISSIT eller annan liknande modell. En ämnesspecifik kommunikationsmodell borde kunna hjälpa sjuksköterskor att avdramatisera ämnet sexualitet och öppna upp för kommunikation på ett naturligt sätt. Det är dock viktigt att den används som stöd i en ömsesidig kommunikation snarare än en strikt mall för information och utbildning. Modellen finns med svensk översättning, vilket gör den tillgänglig att använda inom vården i Sverige (Hulter, 2004), men i vilken utsträckning det görs är svårt att svara på.

Några studier i resultatet tog upp en bristande tillgång till tryckt informationsmaterial om sjukdoms- och behandlingspåverkan på sexualiteten som hindrande för samtal. Barnason et al. (2013) och Dyer et al. (2013) visade i likhet med detta att sjuksköterskor trodde att sådant material hade kunnat vara ett stöd för dem och en ingång till att ta initiativ till samtal och patienter i studien av Cleary et al. (2013) uppgav att det var ett uppskattat sätt att få tillgång till information. Det som framkommit i resultatet är dock att tillgången till tryckt material inte är någon garanti för att det används och det kan eventuellt behöva ligga på en högre ansvarsnivå än den individuella sjuksköterskans att se till att det här redskapet utnyttjas.

I resultatet framkom det att vissa sjuksköterskor aktivt undvek ämnet sexualitet i samtal med patienterna eftersom de ansåg att det skulle vara för privat att dokumentera i patientens journal. Ett tämligen enkelt sätt att undvika detta skulle kunna vara att sexualitet alltid ska finnas som sökord i vårdens dokumentationsprogram, vilket det ska göra enligt senaste VIPS-modellen (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2013). Detta styrks i studien av Saunamäki et al. (2014) där sjuksköterskorna upplevde det stödet som underlättande för samtal.

Bristen på privata utrymmen ansågs också vara ett betydande hinder för att samtala kring sexualitet med patienter, vilket även har stöd i annan forskning (Barnason et al., 2013; Dyer et al., 2013; Saunamäki et al., 2014). I resultatet kunde dock vissa samband ses mellan de som uppgav att de medvetet undvek ämnet på grund av obehag och de som uppgav brist på privat miljö som hinder. Reflektioner kring hur fysiska hinder överlag kan användas som undanflykter och som ett sätt att avsäga sig ansvaret är viktiga att ha med sig i det här sammanhanget. Att vårdens organisation så frekvent dyker upp som hindrande i forskning (Barnason et al., 2013; Bober et al., 2012; Dyer et al., 2013; Haboubi et al., 2003; Saunamäki et al., 2014) tyder dock på att det åtminstone är en betydande del av problematiken. Forskning beskriver hur sjuksköterskor upplever att de motarbetas av organisatoriska strukturer, vilket försvårar för samtal om sexualitet. För många hinder upplevs kunna leda till uppgivenhet och en känsla av att problemet ligger bortom deras kontroll (Saunamäki et al., 2014).

## Slutsats

Sjuksköterskors attityder till och upplevelser av att samtala kring sexualitet med patienter inom onkologisk vård var bland annat att sjuksköterskor ansåg att sexualitet var viktigt, men inte en prioritet för patienterna. Sjuksköterskors egna föreställningar hade stor inverkan där sexualitet ansågs vara något privat och att patienterna själva borde initiera till samtal. Vidare upplevdes vårdens organisation ha betydelse där resursbrist, tidsbrist, avsaknad av en privat miljö och brist på riktlinjer identifierades som hinder. En annan viktig del som påvisades var bristen på kunskap och utbildning, vilket delvis handlade om bristande ämneskunskap men även till stor del om brister vad gäller samtalsmetodik- och teknik.

## Klinisk tillämpning och vidare forskning

Resultatet kan, tillsammans med liknande översikter från andra specialistområden, användas som stöd i det vidare arbetet med att inkludera sexuell hälsa i omvårdnaden. Vid planering av omvårdnad kan det vara fördelaktigt att beakta att brist på tid, privat miljö samt rutiner och riktlinjer är faktorer som upplevs vara barriärer för samtal om sexualitet. Resultatet skulle även kunna användas som diskussionsunderlag på arbetsplatserna för att avdramatisera ämnet, starta en reflektionsprocess och hjälpa sjuksköterskor att komma till insikt om sina egna föreställningar och förbättringsområden. Vidare kan dessa fynd vara en del i det fortsatta arbetet med att utforma klinisk utbildning och färdighetsträning för sjuksköterskor samt att utarbeta modeller som kan underlätta för kommunikation kring sexualitet mellan sjuksköterska och patient.

## Referenslista

- Baggens, C., & Sandén, I. (2009). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt* (s. 201-234). 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. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 32(4), 191-198. doi:10.1097/DCC.0b013e31829980d1
- Bergmark, K. (2007). Sexualitet och cancer. I M. Carlsson (Red.), *Psykosocial cancervård* (s. 173-197). Lund: Studentlitteratur.
- Bober, S., & Varela, V. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *Journal Of Clinical Oncology*, 30(30), 3712-3719. doi:10.1200/JCO.2012.41.7915
- Calisi, R., Boyko, S., Ballantyne, B., & Levesque, S. (2013). What are the Perceived Barriers to Radiation Oncologists and Primary Care Nurses Addressing Sexuality Issues with Cancer Patients at the Northeast Cancer Center? *Journal Of Medical Imaging & Radiation Sciences*, 44(1), 46. doi:10.1016/j.jmir.2012.12.010
- Cancerfonden. (2014). *Sex och cancer*. Hämtad 2015-03-16, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/sex-och-cancer>
- Cancerfonden. (2015). *Hormonbehandling*. Hämtad 2015-02-26, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/hormonbehandling>
- Charlton, C., Dearing, K., Berry, J., & Johnson, M. (2008). Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 20(7), 382-388. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00336.x
- Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32-37.
- 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
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPS-boken: välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & ... Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Ekwall, E., Ternstedt, B., & Sorbe, B. (2003). Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(2 part 1), 313-319. doi:10.1188/03.ONF.313-319
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (sid 25-49). Lund: Studentlitteratur.

- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 133-145). Lund: Studentlitteratur.
- Galbraith, M., & Crighton, F. (2008). Alterations of sexual function in men with cancer. *Seminars In Oncology Nursing*, 24(2), 102-114.
- Garcia, G., Terrell Kincannon, H., Poston Jr., D.L., & Walther, C.S. (2014) Patterns of Sexual Activity in China and the United States. I D.L. Poston Jr., W.S. Yang, & D.N. Farris (Red.), *The Family and Social Change in Chinese Societies* (s. 99-116). [Elektronisk resurs].
- Gilbert, E., Ussher, J.M., & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70(1), 42-57. doi:10.1016/j.maturitas.2011.06.013
- Gill, K., & Hough, S. (2007). Sexuality training, education and therapy in the healthcare environment: taboo, avoidance, discomfort or ignorance?. *Sexuality & Disability*, 25(2), 73-76.
- Gott, M. (2006). Sexual health and the new ageing. *Age & Ageing*, 35(2), 106-107.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56(8), 1617-1628.
- Haboubi, N., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability & Rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Aalto, P., & Lehto, J. (2007). Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing*, 30(5), 399-404.
- Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Beaver, K., Lehto, J., & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2013). Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *European Journal Of Oncology Nursing*, 17(1), 9-15. doi:10.1016/j.ejon.2012.03.002
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. (2006). Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *International Journal Of Nursing Practice*, 12(6), 345-351.
- Hordern, A., & Street, A. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1704-1718.
- Hughes, M. (2008). Alterations of sexual function in women with cancer. *Seminars In Oncology Nursing*, 24(2), 91-101.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa: begränsningar och möjligheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2011). Sexualitet. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa* (s. 581-609). Lund: Studentlitteratur.
- Jirwe, M., Momemi, P. & Emami, A. (2009). Kulturell mångfald. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt* (s. 453-469). Lund: Studentlitteratur.

Julien, J., Thom, B., & Kline, N. (2010). Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), 186-90. doi:10.1188/10.ONF.E186-E190

Kaplan, M., & Pacelli, R. (2011). The sexuality discussion: tools for the oncology nurse. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 15(1), 15-17. doi:10.1188/11.CJON.15-17

Karlsson, E K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Katz, A. (2005). Sexually speaking. Do ask, do tell: why do so many nurses avoid the topic of sexuality?. *American Journal Of Nursing*, 105(7), 66-68.

Klaesson, K. (2011). *Sexuality in the aftermath of breast and prostate cancer - Gendered experiences* (Doktorsavhandling, Linköping University Medical Dissertations, ISSN 0345-0082; 1263). Linköping: Linköping University Electronic Press. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:459214/FULLTEXT02.pdf>

Krebs, L.U. (2008). Sexual assessment in cancer care: concepts, methods, and strategies for success. *Seminars In Oncology Nursing*, 24(2), 80-90

Kvarnström, S., & Cedersund, E. (2009). Självpresentationer i tvärprofessionella vårdteam. I J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg: Erfarenheter och reflektioner*. (s. 125-145). Lund: Studentlitteratur.

Kössler, I. (2011). Patienters perspektiv och upplevelser av cancersjukdom och cancervård. I M. Hellbom & B. Thomé (Red.), *Perspektiv på onkologisk vård* (s. 25-33). Lund: Studentlitteratur.

Lavin, M., & Hyde, A. (2006). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal Of Oncology Nursing*, 10(1), 10-18.

Magnan, M., Reynolds, K., & Galvin, E. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *MEDSURG Nursing*, 14(5), 282-290.

McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x

Mjörnstedt, J. (2014). Fuck Cancer-podden: #10 Våga fråga, Onanera mera. Hämtad 2015-01-27, från Ung Cancer <http://www.ungcancer.se/vad-vi-gor/fuck-cancer-podden/vaga-fraga-onanera-mera>

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

Nilsson, B. & Waldemarson, A. (2007). *Kommunikation: samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, C., Athlin, E., Sandin-Bojö, A., & Larsson, M. (2013). Sexuality is not a priority when disease and treatment side effects are severe: conceptions of patients with malignant blood diseases. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(23/24), 3503-3512. doi:10.1111/jocn.12333

Olsson, C., Berglund, A., 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 of Cancer Prevention*, 15(17), 7321-7326. doi: 10.7314/APJCP/2014.15.17.7321

Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Perz, J., Ussher, J. M., & Gilbert, E. (2014). Feeling well and talking about sex: Psycho-social predictors of sexual functioning after cancer. *BMC cancer*, 14(1), 228–247. doi: 10.1186/1471-2407-14-228

Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur.

Rasmusson, E-M. (2011). Påverkan på sexuell hälsa hos cancerpatienter. I M. Hellbom & B. Thomé (Red.), *Perspektiv på onkologisk vård* (s. 201-217). Lund: Studentlitteratur.

Rasmusson, E-M., & Thomé, B. (2008). Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality & Disability*, 26(4), 207-218.

Rasmusson, E., Plantin, L., & Elmerstig, E. (2013). 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal Of Cancer Care*, 22(3), 361-369. doi:10.1111/ecc.12039

Regionala cancercentrum i samverkan. (2013). *Peniscancer - Nationellt vårdprogram*. Hämtad 2015-02-26, från [http://www.cancercentrum.se/Global/RCC%20Samverkan/Dokument/V%C3%A5rdprogram/NatVP\\_Peniscancer\\_130515\\_final.pdf](http://www.cancercentrum.se/Global/RCC%20Samverkan/Dokument/V%C3%A5rdprogram/NatVP_Peniscancer_130515_final.pdf)

Regionalt cancercentrum Väst. (2012). *Regionalt vårdprogram/Riktlinjer 2011 - Vulva- och vaginalcancer*. Hämtad 2015-02-26, från [http://www.cancercentrum.se/Global/OCVast/cancersjukdomar/Gynonkologi/VulvaVagina/vardprogram/VP\\_reg\\_vulvaVagina\\_2012.pdf](http://www.cancercentrum.se/Global/OCVast/cancersjukdomar/Gynonkologi/VulvaVagina/vardprogram/VP_reg_vulvaVagina_2012.pdf)

Reynolds, K., & Magnan, M. (2005). Nursing attitudes and beliefs toward human sexuality: collaborative research promoting evidence-based practice. *Clinical Nurse Specialist: The Journal For Advanced Nursing Practice*, 19(5), 255-259.

Rheume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatric Nursing*, 29(5), 342-349.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-443). Lund: Studentlitteratur.

Sainio, C., & Eriksson, E. (2003). Keeping cancer patients informed: a challenge for nursing. *European Journal Of Oncology Nursing*, 7(1), 39-49.

Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). 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

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

SFS 1998:1656. *Lag om patientnämndsverksamhet m.m.* Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen. (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2015-02-05, från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2013) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013*. Hämtad 2015-03-09, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-2>

Socialstyrelsen. (2014) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014*. Hämtad 2015-03-10, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19329/2014-2-3.pdf>

Sollaci, L. B., & Pereira, M. G. (2004). The introduction, methods, results, and discussion (IMRAD) structure: a fifty-year survey. *Journal of the Medical Library Association*, 92(3), 364–371.

Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L., & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88(5), 666-671.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad 2015-02-04, från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2015-02-04, från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard\\_web.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard_web.pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2015-03-09, 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)

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

Thornquist, E. (2001). *Kommunikation i kliniken: möte mellan professionella och patienter*. Lund: Studentlitteratur.

Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. T., Mason, C., Hobbs, K., & Kirsten, L. (2013). Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychology & Health*, 28(12), 1370-1390. doi:10.1080/08870446.2013.811242



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

White, I. (2008). Oncosexology: from immaculate conception to integration. *Cancer Nursing Practice*, 7(3), 14-15.

Wilkinson, S., Gambles, M., & Roberts, A. (2002). The essence of cancer care: the impact of training on nurses' ability to communicate effectively. *Journal Of Advanced Nursing*, 40(6), 731-738. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02432.x

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa* (s. 27-42). Lund: Studentlitteratur.

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

WHO. (2003). *WHO definition of health*. Hämtad 2015-03-03, från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO. (2015a). *Defining sexual health*. Hämtad 2015-02-04, från [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

WHO. (2015b). *Sexual health*. Hämtad 2015-02-04, från [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/)

## Bilaga 1 – Översikt över artikelsökning

Söktabell Cinahl

| Datum | Sökord  | Antal träffar | Lästa abstrakt | Granskade artiklar | Artiklar som uppfyllde inklusionskriterier  |
|-------|---|---------------|----------------|--------------------|---|
| 20/1  | MM Sexuality AND MM Nurse-Patient Relations     | 37            | 11             | 5                  | <p>Saunamäki, N., Andersson, M., &amp; Engström, M.<br/><i>Journal Of Advanced Nursing</i> (2010)</p> <p>Olsson, C., Berglund, A., Larsson, M., &amp; Athlin, E.<br/><i>European Journal Of Oncology Nursing</i> (2012)</p> <p>Moore, A., Higgins, A., &amp; Sharek, D.<br/><i>European Journal Of Oncology Nursing</i> (2013)</p> <p>Magnan, M., Reynolds, K., &amp; Galvin, E.<br/><i>MEDSURG Nursing</i> (2005)</p>                                  |
| 20/1  | Sexuality AND Communication AND Cancer Patients | 41            | 13             | 7                  | <p>Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. T., Mason, C., Hobbs, K., &amp; Kirsten, L.<br/><i>Psychology &amp; Health</i> (2013)</p> <p>Zeng, Y. C., Liu, X., &amp; Loke, A. Y.<br/><i>Journal Of Advanced Nursing</i> (2012)</p> <p>Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Aalto, P., &amp; Lehto, J.<br/><i>Cancer Nursing</i> (2007)</p> <p>Hordern, A., &amp; Street, A.<br/><i>Social Science &amp; Medicine</i> (2007)</p> |
| 20/1  | Sexuality AND Oncologic Nursing                 | 67            | 7              | 2                  | <p>Julien, J., Thom, B., &amp; Kline, N.<br/><i>Oncology Nursing Forum</i> (2010)</p>   |
| 20/1  | MM Sexuality AND MM Oncologic Nursing           | 24            | 5              | 2                  | <p>Lavin, M., &amp; Hyde, A.<br/><i>European Journal Of Oncology Nursing</i> (2006)</p>   |

## Söktabell PubMed

| Datum | Sökord                          | Antal träffar | Lästa abstrakt | Granskade artiklar | Artikel som uppfyllde inklusionskriterier  |
|-------|---------------------------------|---------------|----------------|--------------------|--|
| 28/1  | Sexuality AND Oncologic Nursing | 80            | 16             | 3                  | Oskay, U., Can, G., & Basgol, S.<br><i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i> (2014) |

## Söktabell Scopus - Manuell sökning

| Datum | Ursprunglig artikel  | Vald artikel  |
|-------|--|---|
| 28/1  | Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G.<br><i>Cancer Nursing Practice</i> (2013) | Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L., & Selby, P.<br><i>British Journal of Cancer</i> (2003) |

## Bilaga 2 – Översikt över granskade artiklar

Artiklar med kvantitativ metod

| Artikel   | Deltagare   | Syfte  | Metod/Design  | Resultat   | Bedömning och kommentarer   |
|---|---|--|---|--|---|
| Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Aalto, P., & Lehto, J. (2007).<br><br><i>Cancer Nursing</i><br><br>Finland | HSP (n = 215), från slutenvård.   | Att beskriva attityder till och upplevelser av att diskutera frågor och problem relaterade till sexualitet.        | Enkäter (Egen design).<br><br>Totalundersökning/ Kluster<br><br>Deskriptiv statistik. | Svarsfrekvens 215/300 (72 %).<br><br>96 % ansåg att det tillhör deras arbete.<br>2 % hade frekvent dessa diskussioner.<br>94 % diskuterade ämnet på patientens initiativ.<br>35 % tog upp ämnet på eget initiativ.<br>Anledningarna till att SSK inte diskuterade ämnet var brist på utbildning och att det är ett känsligt ämne.  | Väl beskriven metod vad gäller konstruktion och kontroll av mätinstrumentets validitet och reliabilitet.<br><br>Hög svarsfrekvens.<br><br>Etiskt godkänd och etiskt resonemang. |
| Julien, J., Thom, B., & Kline, N. (2010).<br><br><i>Oncology Nursing Forum</i><br><br>USA   | SSK (n = 576) från både öppen- och slutenvård inom onkologi.                      | Att utforska attityder och kunskaper kring sexuell hälsa och effekterna på omvårdnad i praktiken.                  | Enkäter (SABS) + demografiska frågor.<br><br>Bekvämlighetsurval<br>Sambandsanalys.    | Svarsfrekvens 576/860 (67 %).<br>Sexualitet ansågs inte för privat för att diskutera med patienter.<br>Majoriteten förstod att cancer och behandling kan påverka patienters sexualitet.<br>De tog sig inte tid att diskutera ämnet och tror inte heller att patienten förväntar sig att de ska ta upp det.<br>Yngre SSK och de med mindre yrkeserfarenhet identifierade fler barriärer för samtalets existens. | Inklusionskriterier redovisas.<br><br>Valida och reliabla mätinstrument.<br><br>Aningen låg svarsfrekvens.<br><br>Etiskt resonemang.  |
| Magnan, M., Reynolds, K., & Galvin, E. (2005).<br><br><i>MEDSURG Nursing</i>  | SSK (n = 148) från både öppen- och slutenvård inom onkologi, medicin och kirurgi. | Att identifiera och beskriva attityder till och föreställningar om sexualitet som skulle kunna hindra SSK från att | Enkäter (SABS) + demografiska frågor.<br><br>Klusterurval<br>Sambandsanalys.          | Svarsfrekvens 148/148 (100 %).<br><br>< 1/5 ansåg att sexualitet var för privat för att diskutera med patienterna.<br>Majoriteten förstod att cancer och behandling kan påverka patienters sexualitet.   | Valida och reliabla mätinstrument.<br><br>Etiskt godkänd och etiskt resonemang.   |

|  |  |   |   |  |   |
|--|--|---|---|--|---|
| USA  |  | uppmärksamma patienters sexualitet i sitt kliniska arbete.  |   | Sexualitet ansågs vara en viktig del av patienternas sammantagna hälsa och att det borde vara en naturlig del av deras arbete.<br>< 1/3 tog sig tid till samtal om sexualitet.<br>~20% trodde att patienterna förväntade sig att de skulle fråga om sexualitet.  |   |
| Moore, A., Higgins, A., & Sharek, D. (2013).<br><br><i>European Journal Of Oncology Nursing.</i><br><br>Irland   | Onkologi-SSK (n = 89) från 13 sjukhus i hela landet.   | Att undersöka kunskap och trygghet i relation till att diskutera sexualitet med män som fått diagnosen testikelcancer, samt att identifiera barriärer och möjligheter till sådana diskussioner. | Enkäter (Egen design).<br><br>Totalundersökning<br><br>Öppna kvalitativa frågor analyserades med kvalitativ innehållsanalys.<br><br>Sambandsanalys. | Svarsfrekvens 89/200 (45 %).<br><br>> 50 % ansåg sig ha kunskaper för att prata om fertilitet, spermabanker och behandlingseffekt på sexuell funktion.<br>~20% kunde prata om ejakulations-svårigheter.<br>38 % trodde att patienten själv vill initiera samtalsämnet.<br>~1/3 var ovilliga att diskutera sexualitet med patienter från annan kultur eller religion<br>Hög arbetsbelastning och frånvaro av privat miljö uppgavs som de främsta barriärerna. | Enkätfrågorna är testade av panel och i en pilotstudie.<br><br>Låg svarsfrekvens.<br><br>Etiskt godkänd och etiskt resonemang.      |
| Oskay, U., Can, G., & Basgol, S. (2014).<br><br><i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i><br><br>Turkiet | Onkologi-SSK (n = 87) från hela landet.                | Att utröna bilden av och attityder till sexuell rådgivning gentemot patienter med cancer.   | Webbaserade enkäter (Egen design).<br><br>Sambandsanalys.   | Många uppgav att de inte ville göra patienten generad, att det inte finns någon rutin och att kunskapen saknas.<br>Signifikant samband kunde ses mellan högre antal yrkesår och uppmuntran till samtal kring sexualitet.   | Inklusionskriterier redovisas.<br><br>Expert-granskning av enkätfrågor.<br><br>Svarsfrekvens redovisas inte.<br><br>Etiskt godkänd. |
| Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010).<br><br><i>Journal Of</i>                                    | SSK (n = 88) från slutenvård inom kirurgi och medicin. | Att beskriva attityder till och uppfattningar av att diskutera sexualitet med patienter.  | Enkäter (SABS) + demografiska frågor.<br><br>Bekvämlighetsurval   | Svarsfrekvens 88/100 (88 %).<br><br>> 90 % förstod att cancer och behandling kan påverka patienters sexualitet.<br>~2/3 kunde diskutera sexuell funktion.<br>60 % kände sig inte bekväma med att   | Inklusionskriterier redovisas.<br><br>Valida och reliabla mätinstrument.  |

|   |   |   |   |  |   |
|---|---|---|---|--|---|
| <p><i>Advanced Nursing</i></p> <p>Sverige</p>   |   |   | <p>Sambandsanalys.</p> <p>Slumpmässigt urval.</p>   | <p>diskutera patienternas sexualitet.<br/>80 % tog sig inte tid.<br/>Äldre SSK var mer bekväma med att diskutera ämnet.</p>  | <p>Hög svarsfrekvens.</p> <p>Etiskt resonemang.</p>   |
| <p>Zeng, Y. C., Liu, X., &amp; Loke, A. Y. (2012).</p> <p><i>Journal Of Advanced Nursing.</i></p> <p>Kina</p> | <p>SSK (n = 202) inom gynekologisk onkologi på sex olika sjukhus.</p> | <p>Att beskriva attityder till och föreställningar kring att diskutera sexualitet, att undersöka deras nuvarande arbetssätt samt att utforska vad som kan tänkas hindra respektive underlätta dessa diskussioner.</p> | <p>Enkäter i fyra delar + demografiska frågor. (SABS och egen design).</p> <p>Klusterurval</p> <p>Sambandsanalys.</p> | <p>Svarsfrekvens 202/243 (83,1%).</p> <p>~80 % ansåg att sexualitet är för privat för att diskutera med patienter.</p> <p>~<sup>2</sup>/<sub>3</sub> antog att patienter i slutenvård är för sjuka för att vara intresserade av sexualitet. Majoriteten hade sällan eller aldrig samtal om sexualitet, varken på eget eller patientens initiativ.</p> <p>Underlättande - God vårdrelation, goda kommunikationsfärdigheter samt privat miljö.</p> <p>Hindrande - Uppfattning att patienter hade viktigare saker att bry sig om än att ha sex, att det är ett pinsamt ämne samt att sexuell hälsa ansågs ha låg prioritet.</p> | <p>Inklusionskriterier redovisas.</p> <p>Validt och reliabelt mätinstrument samt väl beskriven metod vad gäller konstruktion och kontroll av de egendesignade delarna.</p> <p>Hög svarsfrekvens.</p> <p>Etiskt godkänd och etiskt resonemang.</p> |

SSK = Sjuksköterska/Sjuksköterskor HSP = Hälso- och sjukvårdspersonal

Artiklar med kvalitativ metod

| Artikel   | Deltagare   | Syfte  | Metod/Design  | Resultat   | Bedömning och kommentarer  |
|---|---|--|---|--|--|
| Hordern, A., & Street, A. (2007).<br><br><i>Social Science &amp; Medicine</i><br><br>Australien                               | Patienter med cancerdiagnos (n = 50). HSP (n = 32) inom cancer- och palliativ vård. | Att beskriva föreställningar om intimitet och sexualitet.  | Strategiskt urval.<br><br>Semistrukturerade enskilda intervjuer.<br><br>Feedback från cancerforum.<br><br>Textanalys av riktlinjer från cancer- och palliativ vård. | Fem teman framkom från HSPs perspektiv:<br>- Det är inte liv eller död<br>- Jag lyckades undvika ämnet<br>- Jag kan/vill inte visa mig sårbar<br>- Det är vanskligt<br>- Ömsesidig kommunikation   | Materialet analyserat av flera personer.<br><br>Citaten styrker resultatet.<br><br>Etiskt godkänd och etiskt resonemang.   |
| Lavin, M., & Hyde, A. (2006).<br><br><i>European Journal Of Oncology Nursing</i><br><br>Irland                                | SSK (n = 10) från öppenvård inom onkologi/kemoterapi från tre olika sjukhus.        | Att undersöka uppfattningar och erfarenheter av att bemöta sexualitet som en del av vården av kvinnor som genomgår kemoterapi mot bröstcancer. | Strategiskt urval.<br><br>Djupintervjuer.<br><br>Ständigt jämförande metod.   | Fem teman framkom:<br>- Deltagarnas föreställningar om sexualitet.<br>- Effekterna av kemoterapi på sexualitet.<br>- Sexualitet anses viktigt men det undviks.<br>- Oförberedd av SSK-utbildning.<br>- Influenser av en hämmande kultur.   | Urval och inklusionskriterier redovisade.<br><br>Citat styrker resultat.<br><br>Etiskt godkänd och etiskt resonemang.  |
| Olsson, C., Berglund, A., Larsson, M., & Athlin, E. (2012).<br><br><i>European Journal Of Oncology Nursing</i><br><br>Sverige | SSK (n = 10) inom onkologisk vård i olika skeden.                                   | Att beskriva tankar om samtal kring sexualitet med patienter med cancer.   | Strategiskt urval.<br><br>Semistrukturerade intervjuer.<br><br>Fenomenografisk metod i datainsamling och analys.  | En huvudkategori framkom:<br>- Vi borde prata om sexualitet men vi gör det vanligtvis inte.<br>Tre beskrivningskategorier framkom:<br>- SSKs attityder, kunskaper och färdigheter påverkar.<br>- Patienters sexuella problem är grunden till samtalen.<br>- Miljön/klimatet på avdelningen påverkar. | Inklusionskriterier redovisas.<br><br>Väl beskriven metod med förankring i litteratur.<br><br>Citaten styrker resultatet.<br><br>Etiskt godkänd och etiskt resonemang. |

|   |  |  |  |   |   |
|---|--|--|--|---|---|
| <p>Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L., &amp; Selby, P. (2003).</p> <p><i>British Journal of Cancer</i></p> <p>United Kingdom</p>                           | <p>HSP (n = 43) från både öppen- och slutenvård inom onkologi.</p> | <p>Att identifiera nivån av information som i nuläget erbjuds, åsikter angående sexualitet samt eventuella behov av utbildning för personal.</p> | <p>Strategiskt urval</p> <p>Totalundersökning.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Svaren sammanställdes genom kvantifiering av information.</p> <p>Deskriptiv statistik.</p> | <p>98 % tyckte att sexualitet behövde diskuteras och att det inte är patienten ansvar att lyfta frågan. &lt; ¼ ansåg att det var deras ansvar att initiera samtalet. Varierande anledningar till att inte diskutera ämnet med patienten.</p>  | <p>Materialet analyserat av flera personer.</p> <p>Etiskt godkänd.</p>  |
| <p>Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. T., Mason, C., Hobbs, K., &amp; Kirsten, L. (2013).</p> <p><i>Psychology &amp; Health</i></p> <p>Australien</p> | <p>HSP (n = 38) från slutenvård inom onkologi.</p>                 | <p>Att undersöka uppfattningar om sexuella problem samt hur de hanterar att samtala kring detta.</p>   | <p>Slumpmässigt urval.</p> <p>Del av en större studie med mixad metod.</p> <p>Semistrukturerade enskilda intervjuer.</p> <p>Induktiv innehållsanalys</p>                             | <p>Tre huvudteman framkom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskursiva föreställningar om sexualitet, adopterade av personal inom kontexten av cancer.</li> <li>- Ämnets prioritering inom cancervård, vårdpersonals perspektiv på kommunikation rörande sexualitet.</li> <li>- Vad anses vara barriärer för kommunikation kring sexualitet inom kontexten cancer.</li> </ul> | <p>Resultatet analyserat av oberoende personer.</p> <p>Citaten styrker resultatet.</p> <p>Etiskt godkänd.</p> |

SSK = Sjuksköterska/Sjuksköterskor HSP = Hälso- och sjukvårdspersonal