



# Samtala om sexualitet med cancersjuka patienter - Sjuksköterskans ansvar

En litteraturstudie

---

Discussing sexuality with patients diagnosed with cancer -  
nurse's responsibility

A literature study

---

Helena Hedenberg  
Malin Danielsson

---

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

---

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

---

Grundnivå

---

Handledare: Erica Lillsjö & Agneta Pihlman

---

Examinerande lärare: Monica Björkström

---

Datum: 2017-11-03

---

## Sammanfattning

Titel:	Att samtala om sexualitet med cancersjuka patienter – sjuksköterskans ansvar, En litteraturstudie
Engelsk titel:	Discussing sexuality with patients diagnosed with cancer - nurse's responsibility, A literature study
Fakultet:	Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap
Institution:	Institutionen för hälsovetenskaper
Ämne:	Omvårdnad
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå
Författare:	Helena Hedenberg & Malin Danielsson
Handledare:	Agneta Pihlman & Erica Lillsjö
Sidor:	22 exklusive bilagor
Nyckelord:	Cancer, sexualitet, samtal

**Introduktion:** När en individ drabbas av cancer så kan sexualiteten påverkas både fysiskt och mentalt. Samtal om sexualitet är en del av omvårdnaden och sjuksköterskan har en central roll att ta upp ämnet med cancersjuka patienter. Forskning visar att samtal om sexualitet och sexuell hälsa inte hålls med en stor del av patientgruppen.

**Syfte:** Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskan att initiera samtal om sexualitet med cancersjuka patienter.

**Metod:** Polit och Becks (2012) niostegsmodell. Litteratursökningar i Cinahl och PubMed resulterade i tio artiklar som analyserades och kvalitetsgranskades enligt Polit & Beck (2012).

**Resultat:** Genom databearbetning framkom totalt 3 huvudkategorier, *Miljö, Kunskap, Normer och värderingar*, samt 7 underkategorier, *Brist på tid/privata utrymmen, Organisation, Utbildning, Erfarenhet, Genant/obekvämt, Fördomar, Kultur, Religion och tabu*.

**Slutsats:** Resultatet belyser att miljö, kunskap samt normer och värderingar är faktorer som både kan hindra och underlätta för sjuksköterskan att initiera samtal om sexualitet med cancersjuka patienter. Resultatet visar att det är ett komplext ämne, att sjuksköterskor ser många hinder, och kan vara osäkra på sin kommunikativa förmåga. Rätt utbildning, en fungerande organisation och vara medveten om vilka värderingar och fördomar sjuksköterskan bär med sig är förutsättningar för att kunna hålla samtal om sexualitet.

## Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	4
1.2 Bärande begrepp.....	4
1.2.1 Cancer.....	4
1.2.2 Sexualitet.....	4
1.2.3 Samtal.....	5
1.3 Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter.....	6
1.3.1 Sjuksköterskans profession kopplat till omvårdnadsteorin.....	6
1.4 Problemformulering.....	6
1.4.1 Syfte.....	6
2. Metod.....	7
2.1 Litteratursökning.....	7
2.1.1 Urvalskriterier.....	8
2.2 Urvalsprocess.....	9
2.3 Databearbetning.....	9
2.4 Forskningsetiska ställningstaganden.....	9
3. Resultat.....	11
3.1 Miljö.....	11
3.1.1 Brist på tid och privata utrymmen.....	11
3.1.2 Organisation.....	11
3.2 Kunskap.....	12
3.2.1 Utbildning.....	12
3.2.2 Erfarenhet.....	12
3.3 Normer och värderingar.....	13
3.3.1 Genant/obekvämt.....	13
3.3.2 Fördomar.....	13
3.3.3 Kultur, religion och tabu.....	14
4. Diskussion.....	15
4.1 Resultatdiskussion.....	15
4.2 Metoddiskussion.....	16
4.3 Klinisk betydelse.....	17
4.4 Förslag till fortsatt forskning.....	18
4.5 Slutsats.....	18
5. Referenser.....	19
Bilaga 1. MATRIS	
Bilaga 2. Artikel från manuell sökning	

## 1. Introduktion.

Att få cancer kan vara en stor omställning och var tredje svensk får någon gång i livet en cancerdiagnos (Socialstyrelsen och cancerfonden 2013). I samband med diagnos och behandling kan patientens sexualitet påverkas på flera olika sätt, både fysiskt och psykiskt (Cancerfonden 2014; Krebs 2008). Där förändrad kroppsbild, stress och oro samt smärta, infertilitet och sterilitet kan vara till grund för frågor och funderingar.

Enligt World Health Organisation [WHO] (2006) är sexualitet en central del av att vara människa och sexuell hälsa är definierad som ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välmående i relation till individens egen sexualitet. Som sjuksköterska är samtal kring sexualitet en del av omvårdnaden, och innefattar att lyssna samt ge information, stöd och upplysning (Sjövall 2011). Det är av vikt att sjuksköterskan samtalar om sexualitet med just cancersjuka patienter då de kan påverkas både av sjukdomen i sig och av behandling (Katz 2007). Sjuksköterskan kan inte ha en holistisk helhetssyn på omvårdnaden när samtal om sexuell hälsa uteblir (Fitch et al. 2013; Rasmusson et al. 2013), och trots en större uppmärksamhet kring sexualitet i samhället så brister det i kunskapen om ämnet (White 2008). Forskning visar att sjuksköterskan inte har samtal kring sexualitet med patienter i så stor utsträckning som är önskad av patientgruppen (Rasmusson et al. 2013; Katz 2007). I den svenska studien av Rasmusson et al. (2013) framkommer det att enbart 52 % av de cancerdrabbade fått information kring sexualitet, och att patienten får information från annan vårdpersonal i större utsträckning än sjuksköterskan.

### 1.2 Bärande begrepp

#### 1.2.1 Cancer

År 2015 fick 61 000 personer i Sverige ett cancerbesked (Socialstyrelsen 2017), lika många män som kvinnor drabbas (Socialstyrelsen & cancerfonden 2013). Cancer i sig är ett samlingsnamn för 200 sjukdomar, där en del cancerformer utvecklas långsamt medan andra har ett snabbt förlopp. Det som är gemensamt är att celler börjar dela sig okontrollerat. Elakartad cancer kan orsaka metastaser, när cancerceller sprider sig och bildar dottertumörer (Socialstyrelsen & cancerfonden 2013).

En cancerdiagnos kan påverka livet på flera olika sätt, däribland ekonomiskt, fysiskt, psykosocialt och sexuellt (Thaler-Demers 2001). Enligt Ussher et al. (2015) uppgav såväl de kvinnliga som manliga informanterna att sexualiteten påverkas av cancerdiagnosen, oberoende av vilken cancertyp som individen drabbats av. Enligt tidigare studier har graden av sexuell aktivitet minskat sedan cancerdiagnosen, likaså individernas upplevelse av hur nöjda de var på det sexuella planet (Ussher et al. 2015; Roosen et al. 2012). Det var konsekvenserna av cancer och behandlingen, exempelvis fysiska och psykiska förändringar samt problem med individens självbild, som förändrade känslor inför samt förutsättningar för att kunna bejaka sin sexualitet (Thaler-Demers 2001; Ussher et al 2015; Roosen et al 2012). Kelvin & Steed (2014) skriver att sjuksköterskan har en viktig roll när det kommer till hur patienten upplever cancerbehandlingen och det är av stor vikt att hen ger patienten lämplig information.

#### 1.2.2 Sexualitet

WHO (2015) menar att sexualitet är ett övergripande begrepp för bland annat sexuell funktion, könsroller, läggning och fysisk närhet, samt innefattar också hur individen uppfattar och ger uttryck åt sin sexualitet. Sexualitet är ofta starkt förknippat med fysisk närhet samt att sexualiteten är en stor del av en persons identitet. Så när en individ drabbas av cancer så

påverkas sexualiteten både på en fysisk och en mental nivå (Katz 2007). Dels på grund av sjukdomsförloppet och dels dess inverkan på individens psykiska och fysiska status, ibland kopplat till biverkningar efter behandling (Katz 2007). Exempel på fysiska konsekvenser av cancer och/eller cancerbehandling som påverkar sexualiteten är erektionsbesvär, tidig menopaus, utebliven lubrikation och infertilitet (Krebs 2008; Rasmusson et al. 2013). Fatigue, depressioner samt ångest och oro är psykiska konsekvenser som har en stor inverkan (Krebs 2008). Exakt hur cancer påverkar sexualiteten avgörs av vilken cancertyp individen drabbas av (Katz 2007), exempelvis påverkar, enligt Stead et al. (2003), gynekologisk cancer kvinnans sexuella funktion. Gemensamt för många är att en cancerdiagnos ändrar individens syn på sin självbild, sin livssituation och inte minst sin sexualitet (Katz 2007).

### 1.2.3 Samtal

För att sjuksköterskan ska kunna förstå vad patienten känner och behöver krävs det samtal för att stämma av, och se till individens känslor och behov för att kunna ge bästa vård. I det vårdande samtalet finns tre steg där sjuksköterskan och patienten först samtalar och kommer fram till vad som orsakar lidande. Sedan belyser mönster och styrkor som ger meningsfullhet och i tredje steget så ska patienten kunna landa i den situation som är idag och se framåt (Sandberg 2014). När det kommer till information är det avgörande att kunna ge informationen på ett professionellt sätt med uppdaterad kunskap samt att sjuksköterskan har tid för det. Avskildhet är också en viktig del, och om informationen ska ges i delar eller allt vid samma tillfälle (Sandberg 2014). I sin roll som sjuksköterska skulle samtal om sexuell hälsa kunna inledas naturligt då det hör till omvårdnad, och genom samtalen visa att det är normalt och tillåtet att ha frågor och funderingar kring ämnet efter cancersjukdom (Rasmusson et al. 2013) Enligt Krebs (2008) finns det olika samtalsmodeller att följa som sjuksköterskan kan använda sig av för att bedöma den sexuella funktionen hos en individ, samt för att identifiera befintliga bekymmer. BETTER-modellen är en variant och handlar om att ta upp ämnet sexualitet med patienten för att kunna göra korrekta bedömningar av bland annat patientens inställning till sexuell aktivitet (Krebs 2008).

BETTER-modellen är framtagen för att användas inom just onkologisk vård, där bokstäverna står för: **B – Bring up**, sjuksköterskan tar upp ämnet och visar att det är ett accepterat ämne. **E – Explain**, sjuksköterskan förklarar att sexualitet är ett viktigt område som påverkar livskvalitén hos patienten. **T – Tell**, berätta för patienten att det finns tillgänglig information och vägledning. **T – Time**, att det är upp till patienten om det är rätt läge att diskutera ämnet. **E – Educate**, utbilda patienten om att cancerbehandlingen kan påverka hans sexualitet. **R – Record**, dokumentera att ämnet sexualitet har diskuterats (Kaplan & Pacelli 2011).

Ussher (2013) pekar på att det är viktigt att informera patienten att sexualiteten kan förändras i samband med en cancerdiagnos, samt att fertiliteten kan påverkas. Enligt Stead et al. (2003) finns det ett behov hos patientgruppen att få känna att de inte är annorlunda, att problem och funderingar är normalt kring sexualitet. Patienterna vill bli erbjudna samtal om ämnet, för att själva kunna välja att ha samtalen eller inte. De vill få känna att en möjlighet och tillåtelse finns att prata om sexualitet med personalen, och det skulle förenkla att få veta på förhand att problem gällande sex och samlag kan dyka upp (Stead et al. 2003). Flera tidigare studier pekar på att det finns stora hinder för denna typ av viktiga samtal och att de av olika anledningar inte hålls, alls eller i mycket begränsad utsträckning (Gott et al. 2004; Krebs 2008; Magnan & Reynolds 2006; Stead et al. 2003 Stokes & Mears 2000; Ussher et al. 2013).

### 1.3 Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter

Joyce Travelbees omvårdnadsteori (1971) förklarar vikten av att ha fungerande mellanmännsliga möten. Där sjuksköterskan ska se till varje patient som en enskild och unik varelse och förhålla sig till lidande, mening, relationer samt kommunikation. Travelbee menar då att sjuksköterskan ska förhålla sig till vad den enskilde patienten upplever av sin sjukdom. Att omvårdnad uppnår sitt syfte genom etablerade mellanmännsliga relationer, där kommunikation och ett empatiskt förhållningssätt är a och o. Kommunikation är en förutsättning för att uppnå målet för omvårdanden. Att hjälpa patienten bemästra sin sjukdom och det lidande som det medför samt att finna mening i livet. När det kommer till kommunikation är det en process som kan vara komplicerad. Det krävs kunskap, förmåga och timing, för att få till bra samtal mellan patient och sjuksköterska. Travelbee (1971) beskriver kommunikation som en ömsesidig process där tankar och känslor delas och förmedlas, och att syftet är att lära känna patienten samt utforska och tillgodose behov.

#### 1.3.1 Sjuksköterskans profession kopplat till omvårdnadsteorin

Sjuksköterskan har en central roll när det kommer till samtal om sexualitet med cancersjuka patienter. Det är viktigt med god kunskap om ämnet (Rasmusson 2011) samt ett empatiskt förhållningssätt (Katz 2007). Travelbee (1971) understryker vikten av kommunikation, kunskap och empati i patientmötet för att kunna uppnå god omvårdnad. I Svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning (2017) går att läsa att sjuksköterskan ska se till varje enskild individ för att kunna ge personcentrerad vård, och tillsammans med patienten identifiera hälsa. För att sedan skapa förutsättningar för att hälsa också främjas. Att omvårdnad som ges av sjuksköterskan ska se till patientens behov och rättigheter och ske utifrån ett holistiskt synsätt. Vilket kan kopplas till Travelbees teori (1971) att se till varje enskild patient och skapa goda relationer mellan patient och sjuksköterska.

### 1.4 Problemformulering

Forskning visar att en stor del av cancersjuka patienter inte får informativa och stöttande samtal om sexualitet, som ingår i sjuksköterskans profession. Det är nödvändigt med en fungerande dialog mellan sjuksköterska och patient för att kunna ge en personcentrerad vård, ett ansvar som ligger hos sjuksköterskan. Så vad kan underlätta för att initiera samtal kring sexualitet och vad kan hindra eller försvåra?

#### 1.4.1 Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskan att initiera och genomföra samtal om sexualitet med cancersjuka patienter.

## 2. Metod

Enligt Forsberg och Wengström (2016) är en litteraturstudie en process som grundas i en frågeställning som får sitt svar genom en metodisk och noggrann genomgång och värdering av existerande lämplig forskning. Sedan följs en diskussion samt slutsats. Litteraturstudien i denna uppsats har genomförts utifrån Polit & Becks niostegsmodell, se figur 1.

1. Formulera och förfinas syfte samt eventuella frågeställningar
2. Konstruera sökstrategi (välj databaser, identifiera nyckelord etc.)
3. Sök efter, identifiera och inhämta potentiella primärkällor
  - Dokumentera sökningen och handlingar.
4. Kontrollera sökningens relevans och lämplighet till syftet
5. Läs material
  - Identifiera nya referenser och spår
6. Sortera och koda information från studierna
7. Granska och utvärdera studierna
8. Analysera, skapa en helhetsbild samt sök efter teman
9. Kritisk sammanställning av resultatet

Figur 1. Polit & Becks niostegsmodell, fritt översatt till svenska (Polit och Beck 2012).

### 2.1 Litteratursökning

Enligt **steg ett** i niostegsmodellen (Polit & Beck 2012) formulerades ett syfte samt att begrepp och problemområde identifierades. I **steg två** valdes databaserna CINAHL och PubMed ut då båda innehåller forskning inom omvårdnad enligt Polit & Beck (2012). Relevanta sökord valdes ut utifrån litteraturstudiens syfte och begrepp, sökorden identifierades sedan som ämnesord i respektive databas. Major Subject Headings (MH) användes i Cinahl och Medical Subject Headings (MeSH) i PubMed, samt att fritextsökningar gjordes på de sökord som saknade ämnesord i databaserna. I **steg 3** gjordes sedan sökningarna i Cinahl samt PubMed.

I Cinahl användes sökorden *Cancer Patients*, *Attitude to Sexuality*, *Sexuality*, *Patient Relations* som ämnesord. Först gjordes en sökning på samtliga sökord var för sig för att få en överblick hur stort forskningsområdet på respektive sökord var, sedan kombinerades sökorden med AND och OR. Boelska operatörer används för att öka eller minska antal träffar på en sökning (Polit & Beck 2012). De tre förstnämnda kombinerades sedan för att få fram de 19 relevanta artiklarna till urval 1, se tabell 1. Sökordet *Patient Relations* valdes bort i sökkombinationerna då urvalet blev för snävt.

I PubMed användes sökorden *Sexuality*, *Nurse-Patient Relations*, *Neoplasms* som ämnesord. *Cancer* samt *nurs\** söktes som fritext. *Nurs\** användes istället för ämnesordet *Nursing Care* då ämnesordet i kombination med övriga sökord inte genererade tillräckligt många träffar. Separata sökningar och kombinationer av sökord gjordes på samma sätt som i Cinahl, se tabell

2. Då PubMed inte enbart är en databas för omvårdnadsforskning gjordes valet att lägga till *Nurs\** som sökord.

Filtrering för publiceringsår lades till i varje enskild sökning i både Cinahl och PubMed, likaså språk samt att Peer Reviewed användes i Cinahl för att enbart få granskade artiklar.

### 2.1.1 Urvalskriterier

Litteraturstudien består av kvalitetsgranskade vetenskapliga artiklar, vilka i resultatdelen är tillämpningsbara inom allmänsjuksköterskans arbetsområde samt publicerade mellan 2007-01-01 och 2017-08-29. Ett ytterligare inklusionskriterie är att artiklarna ska vara publicerade på svenska eller engelska och vara ur sjuksköterskans perspektiv. I resultatet exkluderas reviewartiklar samt artiklar från studier som riktar sig mot sjuksköterskor som arbetar med barn och ungdomar.

Tabell 1. Sökning i Cinahl den 29 augusti 2017 och urval 1-3

Databas		Sökord	Träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
Cinahl	S1	MH Cancer Patients	20 039			
	S2	MH Sexuality	7 997			
	S3	MH Attitude to Sexuality	1 242			
	S4	MH Patient Relations	7235			
	K1	S1 AND S2 OR S3	143	19	4	4
		Manuell sökning			1	1
SUMMA					5	5

*MH = Major Subject Heading. S = Sökterm. K = Kombination av söktermer.*

Tabell 2. Sökning i PubMed den 29 augusti 2017 och urval 1-3

Databas		Sökord	Träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
PubMed	S1	MeSH Sexuality	14 640			
	S2	MeSH Nurse-Patient Relations	9836			
	S3	MeSH Neoplasms OR "cancer"	1 364 355			
	K1	S1 AND S3	1041			
	K2	S1 AND S3 AND "nurs*"	135	39(7)	5	5
SUMMA					5	5
TOTAL SUMMA CINAHL & PUBMED				51	10	10

*( ) = Externa dubletter. MeSH = Medical Subject Heading. S = Sökterm. K = Kombination av söktermer.*



## 2.2 Urvalsprocess

*Urval 1:* Valen av samt kombinationerna av sökorden resulterade i 143 träffar i Cinahl samt 135 träffar i PubMed. I enlighet med **steg fyra** i niostegsmedellen lästes titlarna samt sammanfattningarna på de totalt 278 artiklarna. Därefter valdes 58 artiklar ut, varav 7 var externa dubbletter. I de artiklar som exkluderades kunde det inte utläsas om sjuksköterskor var informanter eller så svarade artiklarna inte på litteraturstudiens syfte.

*Urval 2:* I **steg fem-sex** av nio lästes de 51 artiklarna med fokus på metod samt resultat. Artiklar som sorterades bort i detta steg var artiklar vars resultat inte var relevanta för denna litteraturstudies syfte samt reviewartiklar och patientfall. Därefter återstod 9 st. artiklar i urval 2. En manuell sökning gjordes sedan i Cinahl via referenslistorna (se bilaga 2) där en artikel lades till urval två (se tabell 1) som totalt resulterade i tio artiklar.

*Urval 3:* I **steg sju** gjordes en kritisk granskning av de tio artiklarna enligt Polit och Beck (2012) *Guide to an overall critique of a quantitative research* och *Guide to an overall critique of a qualitative research*. Efter granskningen kvarstod samtliga tio artiklar i urval 3, då de alla bedömdes ha den vetenskapliga kvalitet som krävdes (se tabell 2).

## 2.3 Databearbetning

Den insamlade datan genomgick en kvalitativ dataanalys där syftet är att organisera, strukturera samt uttolka meningar (Polit och Beck (2012)).

**Steg 8–9** enligt niostegsmodellen (Polit & Beck 2012) började med att de tio artiklarna lästes en gång till enskilt. Material som var betydelsefullt för syftet identifierades genom att relevanta delar lyftes ut ur varje artikel och sedan diskuterades materialet. Efter att förståelse och säkerställande av relevans uppnåtts, bearbetades sedan materialet genom att innehållet kodades. Sedan granskades och utvärderades den kodade informationen gemensamt för att därefter identifiera likheter och motsatser. Det gjordes genom att materialet bröts ner i meningar som i sin tur sorterades in i flera mindre kategorier med liknande innebörd. Här identifierades tre huvudkategorier samt sju underkategorier, som alla redovisades i litteraturstudiens resultat.

## 2.4 Forskningsetiska ställningstaganden

Vetenskapsrådet (2017) skriver om riktlinjer som finns för god forskningssed. Enligt riktlinjerna ska forskaren ej låta forskningsresultatet påverkas av egna eller andras intressen eller förutfattade meningar. Information får ej utelämnas eller ändras för att överensstämna med egna eller andras tankar och motiv. Forskaren får inte heller dra vetenskapligt ogrundade slutsatser (Vetenskapsrådet 2017).

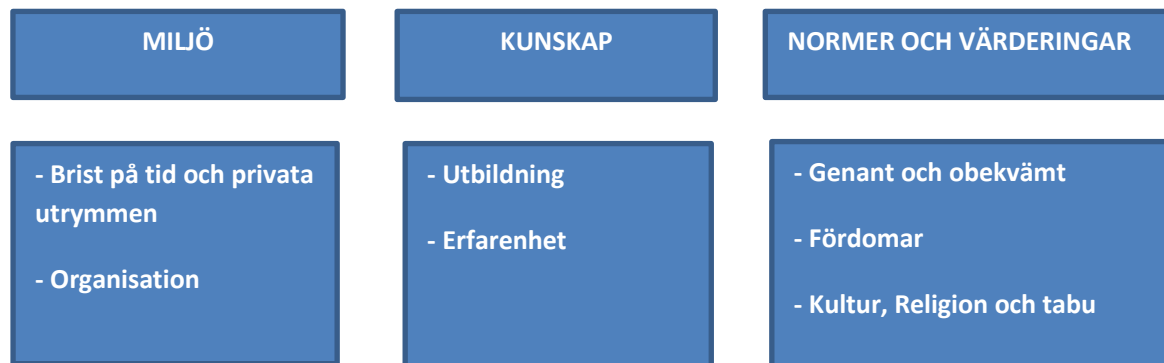
Enligt Polit och Beck (2012) hör fabricering, förfalskning och plagiering till oredlighet i forskning. För att undvika detta, samt förlust av information, har materialet till denna litteraturstudie först läst enskilt och sedan har författarna diskuterat innehållet. Likaså har författarna gemensamt diskuterat den egna förförståelsen samt fördomar och sedan strävat efter att bortse från dessa för att minska påverkan på litteraturstudien. För att ytterligare undvika att författarnas förförståelse ska ha påverkat resultatet, så har alla resultat redovisats oavsett om det stämmer överens med författarnas uppfattningar och värderingar eller inte.

Artiklarna som använts i litteraturstudien har fått tillstånd från en etisk kommitté innan de publicerades och bedömts som etiskt försvarbara av denna litteraturstudies författare vid egen kvalitetsgranskning. Resultatdelen av litteraturstudien bygger på artiklarna från urval tre som svarade på studiens syfte. Lexikon har använts vid översättningar från engelska till svenska för att undvika misstolkningar.

### 3. Resultat

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskan att initiera och genomföra samtal om sexualitet med cancersjuka patienter

Resultatet byggdes på tio vetenskapliga artiklar; sex kvantitativa, tre kvalitativa samt en mixad metod, artiklarna presenteras i artikelmatrisen (se bilaga 1). Efter analys och databearbetning framkom tre huvudkategorier samt sju underkategorier (se figur 2).



Figur 2. Faktorer som påverkar sjuksköterskan att initiera och genomföra samtal om sexualitet med cancersjuka patienter.

#### 3.1 Miljö

I den här huvudkategorin framkommer att brist på tid och privata utrymmen försvårar att ha goda samtal om sexualitet med patienter. Likaså hur avdelning och vård är organiserad. Sex artiklar belyste huvudkategorin.

##### 3.1.1 Brist på tid och privata utrymmen

Brist på tid och privata rum på avdelningen där samtalen kan hållas ostört togs upp som faktorer vilket gjorde att sjuksköterskan inte hade samtal om sexualitet (Hautamäki et al. 2007; Moore et al. 2013; Olsson et al. 2012; Zeng et al. 2011). Tung arbetsbörda togs upp av sjuksköterskorna som en faktor vilket ledde till tidsbrist (Moore et al. 2013). När det fanns privata utrymmen (Moore et al. 2013; Zeng et al. 2011) och avsatt tid för att sätta sig ner (Moore et al. 2013) så hölls samtal om sexualitet i allt större utsträckning då det var faktorer som underlättade för sjuksköterskan.

En sjuksköterska berättar ”...The way it is here in the unit, there is no natural place to sit down and talk with the patient, you can't stand here in the corridor and talk about it either. If you are lucky you might have some time after the treatment, but you can't count on it.” (Olsson et al. 2012, s 429).

##### 3.1.2 Organisation

Det framkommer att faktorer som både underlättade och försvårade för att ha samtalen låg i hur avdelning och vård var organiserad (Olsson et al. 2012; Zeng et al. 2011). Informanterna uppgav att försvårande faktorer var att patienterna var inneliggande för kort tid på avdelningen, och därmed hann sjuksköterskan inte skapa en relation eller kände att det var läge att ta upp ämnet (Moore et al. 2013; Olsson et al. 2012). Brist i kontinuerlighet med samma sjuksköterska-patient (Olsson et al. 2012) samt personal- och resursbrist var faktorer som påverkade sjuksköterskan till att hålla samtal (Zeng et al. 2011).

En majoritet saknade rutiner kring samtal om sexualitet och sjuksköterskorna uppgav att det saknades skriftlig och pålitlig information om ämnet på avdelningen (Oskay et al. 2014; Huang et al. 2013). Brist på stöd från kollegor och chefer togs upp som en försvårande faktor, samtidigt uppgav samma informanter att det underlättade om en kollega uppmärksammade att en patient hade frågeställningar kring sexualitet (Moore et al. 2013). Likaså var det en underlättande faktor om sjuksköterskan arbetade på en specialiserad avdelning riktad mot tumörsjukdomar (Huang et al. 2013).

## 3.2 Kunskap

Denna huvudkategori beskriver hur samtalet och möjligheten att samtala påverkas av sjuksköterskans grad av utbildning, kunskap och erfarenhet. Samt att vårdrelationen från sjuksköterskans sida har en inverkan. Tio artiklar belyste huvudkategorin.

### 3.2.1 Utbildning

Sjuksköterskorna uppgav att det saknats utbildning om själva ämnet sexualitet men också att det brast i utbildning gällande att ha samtal om sexualitet (Hautamäki et al. 2007; Huang et al. 2013; Lavin & Hyde 2005; Oskay et al. 2014; Zeng et al. 2011). Enligt Lavin & Hyde (2005) så togs det inte upp tillräckligt under grundutbildningen och informanterna har inte fått utbildning i det senare. I Hautamäki et al. (2007) var brist på utbildning den största enskilda faktorn till att samtalen om sexualitet med cancersjuka patienter inte initierades.

Enligt Lavin & Hyde (2005) var det viktigt att bistå patienter med information om cancers och behandlingens effekter på sexualiteten. Majoriteten ansåg att sexualitet var ett viktigt ämne att samtala om med patienter samt att det tillhörde sjuksköterskans arbete (Hautamäki et al. 2007; Lavin & Hyde 2005; Olsson et al. 2012; Oskay et al. 2014; Zeng et al. 2010; Zeng et al. 2011). Trots detta kände sjuksköterskorna att de inte hade tillräcklig kunskap i ämnet och att det brast i deras förmåga att samtala om sexualitet (Huang et al. 2013; Julien et al. 2010; Lavin & Hyde 2005; Moore et al. 2013; Olsson et al. 2012; Oskay et al. 2014), faktorer som ledde till undvikande av ämnet. Med mer kunskap om sexualitet och kunskap om att samtala med cancersjuka patienter, skulle tryggheten öka och fler samtal initieras och genomföras (Hautamäki et al. 2007; Huang et al. 2013; Julien et al. 2010; Moore et al. 2013).

En sjuksköterska berättar: *”Workshops and a more open atmosphere surrounding discussing sexuality would encourage me personally to bring it up in conversation. Being knowledgeable about the topic would make me feel more comfortable and able to discuss it confidently.”* (Moore et al. 2013, s. 419).

Det krävde en god kommunikativ förmåga för att hålla samtal om ett så pass känsligt ämne (Zeng et al. 2011). Enligt Zeng et al. (2010) uppgav majoriteten att de var osäkra på sin förmåga att kommunicera med patienter om sexualitet då de inte fått utbildning i detta. Det framkom att samtalen underlättades mycket om patienten initierade samtalen, genom att exempelvis ställa frågor om ämnet (Moore et al. 2013; Vieira et al. 2013). Det berodde bland annat på att patienten, genom att ta upp ämnet, gav sitt godkännande för sjuksköterskan att prata om det samt visade att de ville diskutera (Vieira et al. 2013). När sjuksköterskan hade kunskap och såg till helheten istället för bara det medicinska så uppfattades detta som en underlättande faktor (Vieira et al. 2013).

### 3.2.2 Erfarenhet

Det framkom att sjuksköterskor med över 10–15 års erfarenhet i yrket var mer bekväma att samtala om sexualitet och hade samtal i större utsträckning (Huang et al. 2013; Julien et al. 2010; Oskay et al. 2014). Beträffande ålder så framkom det att sjuksköterskan var mindre

benägen att ta upp ämnet om de var yngre än 30–40 år (Huang et al. 2013; Julien et al. 2010). Enligt Olsson et al. (2012) så var egen mognad och trygghet i sin sexualitet en viktig faktor som underlättade för att initiera och genomföra samtalen.

En sjuksköterska berättar: *”...to dare to talk about this [sexuality], wich is so very intimate, somehow I need [my] personal maturity. It also relates to my own sexuality...”* (Olsson et al. 2012, s. 428.)

### 3.3 Normer och värderingar

Denna huvudkategori beskriver hur sjuksköterskan uppfattning av ämnet och hens syn på patienten påverkar samtalet. Här redogörs för inverkan som förutfattade meningar, känslor av obehag inför ämnet samt kultur och religion har på samtalet. Tio artiklar belyste huvudkategorin.

#### 3.3.1 Genant/obekvämt

Sexualitet sågs överlag som ett svårt, obekvämt eller pinsamt ämne att tala om (Hautamäki et al. 2007; Huang et al. 2013; Lavin & Hyde 2005; Zeng et al. 2011; Zeng et al. 2010; Olsson et al. 2012). Många hade en uppfattning om eller ansåg att det vara ett för privat ämne att samtala om med patienterna eller dokumentera (Julien et al. 2010; Moore et al. 2013; Olsson et al. 2012; Zeng et al. 2010; Zeng et al. 2011). Det fanns en rädsla och oro för att göra patienten generad, obekvämt eller förolämpa denne genom att initiera ämnet (Moore et al. 2013; Olsson et al. 2012; Oskay et al. 2014). Det fanns även en oro för att patienten skulle uppleva det som om hen förlorade en bit av sin integritet om sjuksköterskan började tala om sexualitet (Oskay et al. 2014). En underlättande faktor kunde då vara att inleda samtalen om närbesläktade ämnen som förhållanden, känslor och närhet istället (Olsson et al. 2012).

#### 3.3.2. Fördomar

Det fanns tankar om att det inte var rätt tid att diskutera sexualiteten i relation till sjukdom och behandling (Huang et al. 2013). Det rådde även osäkerhet om huruvida patienten ville eller förväntade sig att sjuksköterskan skulle ta upp ämnet sexualitet, och det fanns en osäkerhet om det var sjuksköterskans uppgift att inleda samtalen (Julien et al. 2010; Olsson et al. 2012; Oskay et al. 2014; Zeng et al. 2011). En ytterligare försvårande faktor var att patientens uppskattade behov av samtal var beroende av hur allvarligt eller viktigt patientens sexuella problem uppfattades av sjuksköterskan (Olsson et al. 2012). Patientens ålder och kön uppgavs av flera informanter som en avgörande faktor för patientens behov att samtala med sjuksköterskan (Olsson et al. 2012; Vieira et al. 2013). Det upplevdes vara enklare att tala med män om att spara spermier än vad det var att ta upp infertilitet med kvinnor, då kvinnors infertilitet upplevdes som ett mer komplext ämne där det inte fanns några enkla lösningar (Olsson et al. 2012). Enligt Vieira et al. (2013) framgick det att vissa sjuksköterskor hade en föreställning om att äldre patienter fann obehag i sexuella aktiviteter. Samt att äldre hade svårare att diskutera sexualitet för att de var mer påverkade av kultur och känslor av skam än vad de unga patienterna var.

En sjuksköterska berättar: *”Old ladies have more barriers to talk about sex... I think so...with young people it is different... to have cancer is much worse for young people than old people because those already have had children...”* (Vieira et al. 2012, s. 2052.)

Enligt Zeng et al. (2011) ansåg vissa sjuksköterskor att sexualitet var en låg prioriteringsfråga. Det fanns uppfattningar om att patienten hade mycket att tänka på före och under cancerbehandlingen så att de hade inget intresse av att diskutera ämnet (Olsson et al. 2012).

Zeng et al. (2010) pekade på att det fanns uppfattningar om att patienter som låg på sjukhus var för sjuka för att vara intresserade av att diskutera ämnet.

### **3.3.3 Kultur, religion och tabu**

Cancer och sexualitet upplevdes som känsligt och tabubelagt och var därför svårt att prata om (Olsson et al. 2012). Vissa informanter hade en traditionellt snäv syn på sexualitet som bara fokuserade på biologi (Vieira et al. 2013). Det kunde vara svårare för sjuksköterskor att ta upp ämnet sexualitet med patienter som kom från en annan kulturell bakgrund eller religiös tillhörighet (Lavin & Hyde 2005; Moore et al. 2013). Det kunde försvåra samtalen även om sjuksköterskan och patienten kom från samma kulturella eller religiösa bakgrund, då sexualitet i flera länder inte diskuterades utanför individens innersta krets eller överhuvudtaget med andra personer (Lavin & Hyde 2005; Oskay et al. 2014; Zeng et al. 2010; Zeng et al. 2011).

## 4. Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskan att initiera och genomföra samtal om sexualitet med cancersjuka patienter. Resultatet visar på fler faktorer som försvårade än underlättade för sjuksköterskan att inleda och genomföra samtal om sexualitet. Det framkom tre kategorier: miljö, kunskap samt normer och värderingar.

### 4.1 Resultatdiskussion

Denna litteraturstudie visar att sjuksköterskans förutsättningar för att ha samtal med patienten om sexualitet beror på en rad olika faktorer. Däribland faktorer som rör miljön och organisationen på arbetsplatsen. Tidigare studier (Fitch et al, 2013; Guthrie 1999; Haboubi & Lincoln 2003; Magnan & Reynolds 2006; Nakopoulou et al. 2009) visar att tidsbrist begränsade möjligheterna till att samtala med patienterna, vilket stämmer överens med litteraturstudiens resultat. Det framkom även att brist på privata utrymmen försvårar att initiera och genomföra samtalen om sexualitet enligt Nakopoulou et al. (2009). En reflektion beträffande miljön är att tidsbrist i stor grad påverkar möjligheten att initiera och genomföra samtal om sexualitet. Litteraturstudiens författare anser att det är fullt förståeligt att samtal om sexualitet inte hålls när varken tid eller privata samtalsrum finns. Detta kan vidare kopplas till att organisationen i helhet behöver ses över, då tidsbrist beror på flera faktorer som exempelvis tung arbetsbörda.

Utbildning och kunskap var viktiga faktorer för att samtal om sexualitet med cancersjuka patienter skulle inledas. Dock kände informanterna i denna litteraturstudien att de saknade kunskap i ämnet eller att det brast i deras kommunikativa förmåga. Det framkommer i flertalet andra studier att detta var faktorer som begränsade sjuksköterskan att initiera samtal om sexualitet (Fitch et al. 2013; Haboubi & Lincoln 2003; Nakopoulou et al. 2009; Saunamäki et al, 2010; Stokes & Mears 2000). Från ett patientperspektiv så framkom det i en studie (Flynn et al. 2012) att informanterna, som utgjordes av patienter, ansåg att det var viktigt att få samtala om sexualitet med sjuksköterskor. Den här litteraturstudien visar också att sjuksköterskorna anser att det är viktigt att diskutera sexualitet med patienter även om det framkommer många försvårande faktorer. Det redovisas i flertalet andra studier som påvisar samma resultat (Fitch et al. 2013; Nakopoulou et al. 2009; Saunamäki et al. 2010; Stead et al. 2003; Gott et al. 2004). Resultatet pekar på att utbildning och kunskap är grunden för att kunna hålla i samtal om sexualitet samt ge rätt information, och när detta saknas så är det förståeligt att samtalen uteblir. Sexualitet är ett viktigt ämne som kräver att sjuksköterskan får rätt förutsättningar för att kunna inleda samtalen. Ett komplement skulle kunna vara att använda sig av BETTER-modellen (Kaplan & Pacelli 2011), för att sjuksköterskan ska ha en tydlig samtalsordning och ett stöd i att träna upp sin kommunikativa förmåga.

Erfarenhet och ålder är något som denna litteraturstudie pekar på underlättar för sjuksköterskan att samtala om sexualitet med patienterna. På så sätt att äldre sjuksköterskor och de med mer erfarenhet hade lättare att samtala om ämnet, än vad unga oerfarna sjuksköterskor hade. Det styrks av tidigare studier (Saunamäki et al. 2010; Ussher et al. 2013) och enligt Saunamäki et al. (2010) framgår ett tydligt samband mellan sjuksköterskans ålder och graden av bekvämlighet när det kom till att diskutera sexualitet. Detta visar på att sjuksköterskan blir mer bekväm i sin yrkesroll med åren och att erfarenhet väger tungt när det kommer till att initiera och genomföra samtal om sexualitet. Däremot bör sjuksköterskans ålder inte väga lika tungt som erfarenhet, då personlig mognad och trygghet i sin egen sexualitet är något som även yngre sjuksköterskor kan besitta.

Denna litteraturstudies resultat visar på att sjuksköterskans personliga känsla av obehag eller rädsla för att samtala om sexualitet, hindrar deras möjligheter att föra samtal med patienter om

ämnet. Många sjuksköterskor känner sig obekväma, blir generade när sexualiteten ska diskuteras eller att de anser att det är ett för privat ämne. Dessa faktorer är stora hinder för att initiera och genomföra samtal med patienter vilket går att utläsa i tidigare studier (Fitch et al. 2013; Guthrie 1999; Haboubi & Lincoln 2003; Nakopoulou et al., 2009; Saunamäki et al., 2010; Stokes & Mears 2000). Med detta i åtanke kan det vara viktigt att lyfta och diskutera sexualitet i arbetsgruppen. För att på så sätt normalisera ämnet så att fler sjuksköterskor känner sig bekväma att ta upp det med patienterna. Även här skulle BETTER-modellen (Kaplan & Pacelli 2011) kunna vara ett komplement för sjuksköterskan.

Det framkommer i denna litteraturstudie att den rådande kulturen och religionen påverkar möjligheterna till att inleda samtal om sexualitet, vilket överensstämmer med tidigare studier (Fitch et al. 2013; Gott et al. 2004; Guthrie 1999; Nakopoulou et al. 2009). Enligt Gott et al. (2004) är det svårare för sjuksköterskan att tala med personer som har en annan kulturell bakgrund. Det finns även felaktiga antaganden om att vissa grupper, som exempelvis muslimer inte vill diskutera ämnet sexualitet. På grund av sådana antaganden så tar inte sjuksköterskan upp ämnet (Gott et al. 2004). Detta tror litteraturstudiens författare tyder på okunskap som leder till en osäkerhet när sjuksköterskan möter patienter från andra kulturer eller religioner.

Litteraturstudiens resultat pekar på brister i kunskap och mellanmännsliga möten. Travelbee (1971) menar att omvårdnaden uppfyller sitt syfte genom att skapa en relation där de omvårdnadsbehov som individen har tillfredsställs, och att kommunikation är en förutsättning. I litteraturstudiens resultat framkom att sjuksköterskan inte såg till varje enskild patient samt att utbildning och kunskap i ämnet brister. Det gör att sjuksköterskan inte kunde se till helheten och kan ge patienten bästa tänkbara omvårdnad. Samtidigt framkom att sjuksköterskorna ansåg att det är deras ansvar att hålla i samtalen, vilket stämmer överens med Travelbee. Då hon anser att det är en självklarhet att det ligger på sjuksköterskan att skapa en god relation där patientens omvårdnadsbehov blir tillfredsställda samt att det är sjuksköterskans ansvar att relationen upprätthålls.

## 4.2 Metoddiskussion

Litteraturstudiens författare har följt Polit och Becks niostegsmodell (2012) för att garantera ett systematiskt arbetssätt där artiklar med både kvantitativ och kvalitativ metod har använts. Det ses som en styrka att en litteraturstudie använder sig av båda metoderna (Forsberg & Wengström 2013). Litteratursökningen gjordes i databaser, en fördel då det ökar chansen för att hitta artiklar med hög kvalitet som är etiskt granskade. Henricson (2012) menar att en studies trovärdighet och validitet stärks genom att använda flera databaser som har omvårdnad som huvudfokus, och därmed öka möjligheten att hitta relevanta artiklar. Litteratursökningen gjordes i två databaser med omvårdnadsfokus, Cinahl och PubMed, som ökar studiens validitet och trovärdighet (Polit & Beck 2012). Det gjordes även en tredje sökning i PsycInfo vilket inte gav några relevanta träffar.

En styrka och något som Östlundh (2012) menar ökar relevans när det kommer till urvalet av artiklar är att författarna använde sig av avgränsningsfunktioner i sökningen, vilka var: språk, publikationsdatum och att artiklarna skulle vara Peer Reviewed. Artiklarna skulle vara skriva på svenska eller engelska för att författarna skulle ha förutsättningar för att kunna förstå och översätta korrekt. Citat har redovisats på originalspråk för att misstolkningar ska undvikas. Författarna har valt att vid några kategorier använda citat, för att ytterligare stärka resultatet (Polit & Beck 2012). Sökningen av artiklar gjordes först med intervallet 2012–2017, urvalet blev då för litet och ytterligare fem år lades på. Sexualitet och cancersjukdomar är områden



som ständigt utvecklas, samt att det uppmärksammas mer och mer i media enligt litteraturstudiens författare. Så det kan ses som en svaghet när det kommer till relevans och tillförlitlighet att ha så pass stor bredd på åren. Den äldsta och senaste artikeln pekar dock på samma resultat, och styrker att de faktorer som underlättar och försvårar fortsätter vara desamma trots samhällets utveckling.

Under databearbetningen lästes de 10 utvalda artiklarna, först enskilt för att sedan gemensamt diskutera och tolka artiklarna. Detta för att vara säker på att resultatet inte hade misstolkats av någon av författarna, vilket gjorde att bias kunde undvikas. Artiklarna numrerades och relevanta delar från varje artikel skrevs ner på post it lappar för att sedan sorteras och på så vis skapa kategorier och underkategorier. Författarna kom gemensamt fram till tre huvudkategorier och sju underkategorier. Författarna har lagt vikt vid att beskriva litteraturstudiens metod, litteratursökning, urval och databearbetning för att i så hög grad som möjligt uppnå reliabilitet och replikerbarhet.

När artiklar från flera länder har använts i en studie är det viktigt att författarna diskuterar kring likheter och skillnader i resultatet och om resultatet går att överföra till svenska förhållanden (Henricson 2012). Litteraturstudiens författare har använt artiklar från sju länder och flertalet världsdelar är representerade. Överförbarheten i detta fall styrks av att det ingick en svensk studie i litteraturstudien vars resultat överensstämmer med resultatet från övriga länder. Det som skulle kunna vara en svaghet är att vissa av länderna i litteraturstudien är mer präglade av kultur och religion, än i Sverige, som i sin tur påverkar huruvida samtalen om sexualitet inleds. Litteraturstudiens författare ser det ändå som en styrka att ha ett brett perspektiv som inkluderar olika kulturer och religioner, då Sverige idag är ett mångkulturellt samhälle där sjuksköterskan vårdar människor från hela världen.

Till litteraturstudiens resultat har enbart artiklar använts där sjuksköterskor har varit informanter. Vilket bör stärka studiens relevans samt för att litteraturstudien genomgående ska verka inom omvårdnad. Artiklar där det inte gått att se specifikt vad sjuksköterskor tycker har uteslutits. Därav blev urvalet för litet och en manuell sökning gjordes för att få tillräckligt underlag. Den manuella sökningen utgick från referenser i de andra nio artiklarna som använts till resultatet och på så vis hittades en relevant artikel. Den manuella artikeln hamnar utanför de sökår som använts som avgränsningsfunktion, detta anser inte författarna ska vara en svaghet eftersom den manuella artikeln var relevant för syftet. Då flera artiklar använt sig av bekvämlighetsurval kan det ses som en risk för bias (Polit och Beck 2012), samtidigt är det en vanlig urvalsmetod och litteraturstudiens författare anser att det inte bör ha påverkat resultatet.

### 4.3 Klinisk betydelse

Studier har visat att sjuksköterskor tycker att det är viktigt att samtala om sexualitet med cancersjuka patienter, men att dessa samtal inte initieras och genomförs. Det kan vara betydelsefullt för verksamma sjuksköterskor att medvetenheten ökar kring detta och varför det är så. Tid och organisation framkommer i litteraturstudiens resultat som faktorer vilka påverkar sjuksköterskan att initiera samtal om sexualitet. Här har chefer en stor roll att se över hur organisationen är uppbyggd, och hur tid och resurser skulle kunna användas för att fler samtal om sexualitet kan hållas i framtiden. Resultatet visar även att egna normer och värderingar spelar in, samt att utbildning och kunskap många gånger efterfrågas. Utbildning i ämnet sexualitet samt träning i att samtala om det, är något som litteraturstudiens författare tror skulle underlätta. Förhoppningsvis kan denna litteraturstudie vara till hjälp för sjuksköterskor och gynna en stor patientgrupp.

#### **4.4 Förslag till fortsatt forskning**

Mycket av den forskning som finns koncentrerar sig på de faktorer som begränsar sjuksköterskan till att ha samtal om sexualitet. Istället skulle vidare forskning kunna se på de faktorer som underlättar för sjuksköterskan. Med litteraturstudiens resultat i åtanke vore det intressant med interventionsstudier, där sjuksköterskor från mer utbildning samt delta i workshops. För att sedan utvärdera om det gör att fler samtal hålls. Även forskning från patientens perspektiv skulle vara önskvärt. För att se till vad patientgruppen cancersjuka anser i ämnet och vad de kan bidra med för att sjuksköterskan ska initiera fler samtal om sexualitet i framtiden.

#### **4.5 Slutsats**

Resultatet belyser att miljö, kunskap samt normer och värderingar är faktorer som både kan hindra och underlätta för sjuksköterskan att initiera och genomföra samtal om sexualitet med cancersjuka patienter. Resultatet visar att sjuksköterskor ser många hinder, då cancersjuka patienters sexualitet är ett komplext ämne, och då sjuksköterskan är osäker på sin kommunikativa förmåga. Rätt utbildning, en fungerande organisation och vara medveten om vilka värderingar och fördomar sjuksköterskan bär med sig är förutsättningar för att kunna hålla givande samtal om det viktiga ämnet sexualitet.

## 5. Referenser

\* =Artiklar som använts i litteraturstudiens resultat

Cancerfonden. (2014). *Sex och cancer*. <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/sex-och-cancer> (2017-05-17)

Fitch, M.I., Beaudoin, G. & Johnson, B. (2013). Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part II-- Health care provider perspectives. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 23, 182–188.

Flynn, K-E., Reese, J. B., Jeffery, D. D., Abernethy, A. P., Lin, L., Shelby, R. A. & Weinfurt, K. P. (2012). Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-Oncology*, 21(6), 594–601. doi:10.1002/pon.1947

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4.uppl. Stockholm: Natur och Kultur.

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

Guthrie, C. (1999). Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 8(3), 313–321. doi: 10.1046/j.1365-2702.1999.00253.x

Haboubi, N.H.J., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), 291–296. doi: 10.1080/096382021000031188

\* Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Aalto, P. & Lehto, J. (2007). Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues. *Cancer Nursing*, 30(5), 399-404. doi: 10.1097/01.NCC.0000290808.84076.97

Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Beaver, K., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P-L. (2013). Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 9–15.

Hedefalk, B. (2015). *Efter cancerbeskedet*. Cancerfonden. <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/efter-cancerbeskedet> [2017-05-12]

Henricson, M. (2012). Diskussion. I Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. s. 471-480.

Hordern, A.J. & Street, A.F. (2007). Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Medical Journal of Australia*, 186, 224–227.

\* Huang, L-L., Pu, J., Liu, L-H., Du, X-B., Wang, J., Li, J-Y., Yao, W-X., Zhu, X-Q, Zhang, R., Zhao, Y. & He, M. (2013) Cancer department nurses' attitudes and practices in

response to the sexual issues of pelvic radiation patients: A survey in Sichuan, China. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 43(2), 146–151. doi: 10.5172/conu.2013.43.2.146

- \* Julien, O-J., Thom, B. & Kline, E-N. (2010) Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), 186–190.
- 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
- Katz, A. (2007). *Breaking the silence on cancer and sexuality. A handbook for healthcare providers*. Pittsburg: ONS
- Kelvin, J-F. & Steed, R. (2014). Discussing Safe Sexual Practices During Cancer Treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 18:4, 449–453.
- Krebs, L.U. (2008). Sexual assessment in cancer care: concepts, methods, and strategies for success. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 80–90. doi: 10.1016/j.soncn.2008.02.002
- \* Lavin, M. & Hyde, A. (2005). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(1), 10–18. doi:10.1016/j.ejon.2005.03.013
- Magnan, M. & Reynolds, K. (2006). Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clinical Nurse Specialist: The Journal For Advanced Nursing Practice*, 20(6). 285–292.
- \* 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, 416-422.
- Nakopoulou, E., Papaharitou, S. & Hatzichristou, D. (2009). Patients' Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses' Perceptions. *Journal of Sexual Medicine*, 6(8), 2124–2132. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01334.x
- \* Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?. *European Journal of Oncology nursing*, 16(4), 426-431. 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.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9. uppl., Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Rasmusson, E-M. (2011). Påverkan på sexuell hälsa hos cancerpatienter. I Hellbom, M. & Thomé, B. *Perspektiv på onkologisk vård*. Studentlitteratur: Lund. s. 201–217.
- 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.
- Rossen, P., Pedersen, A.F., Zachariae, R. & Von der Maase, H. (2012). Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer. *European Journal of Cancer*, 48(4), 571–578. doi: 10.1016/j.ejca.2011.11.029
- Sandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal – professionalitet och medmänsklighet*. Studentlitteratur: Lund.
- 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
- Sjövall, K. (2011). Behandlingsrelaterade besvär. I Hellbom, M. & Thomé, B. *Perspektiv på onkologisk vård*. Studentlitteratur: Lund. s. 131–148.
- Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om nyupptäckta cancerfall 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-1-14> [2017-10-01]
- Socialstyrelsen & Cancerfonden. (2013). *Cancer i siffror, 2013. Populärvetenskapliga fakta om cancer*. Stockholm: Socialstyrelsen och Cancerfonden. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19108/2013-6-5.pdf> [2017-05-12]
- Stead, M., Brown, J., Fallowfield, L. & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, (88), 666–671. doi:10.1038/sj.bjc.6600799
- Stokes, T. & Mears, J. (2000). Sexual health and the practice nurse: a survey of reported practice and attitudes. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 26, 89–92.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningarpublikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf> [2017-09-01]
- Thaler-Demers, D. (2001). INTIMACY ISSUES: SEXUALITY, FERTILITY, AND RELATIONSHIPS. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol. 17, No 4, 255–262.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. F.A Davis Company: Philadelphia.
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2015). Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men: a mixed method study. *BMC Cancer*, 15(1), 1–18. doi:10.1186/s12885-015-1243-8
- Ussher, J.M., Perz, J., Gilbert, E., W.K. Wong, 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. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.811242>

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig: [https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/?\\_ga=2.65975214.1272240916.1509097215-465582577.1509097215](https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/?_ga=2.65975214.1272240916.1509097215-465582577.1509097215) [2017-10-27]

\* Vieira, E-M., Ford, N-J., Santos M-A., Junqueira L-C. & Giami, A. (2013). Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2049-2056.

White, I. (2008). Sexuality and cancer. I Corner, J. & Bailey, C. (red). *Cancer Nursing – Care in Context*. Blackwell Publishing Limited.

World Health Organisation. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1) (2017-05-17)

World Health Organisation. (2006). *Sexual and reproductive health*. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

\* Zeng, Y., Li, Q., Wang, N., Ching, S-S. & Loke, A-Y. (2010). Chinese nurses' attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients. *Cancer Nursing*, 34(2), 14-20.

\* Zeng, Y-C., Liu, X. & Loke, A-Y. (2011). Addressing sexuality issues of women with gynecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 280-29

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I Friberg, F. (red). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur. s. 57-79.

Bilaga 1.  
MATRIS

Författare (årtal) Land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu Lehtinen, P-L., Aalto, P. & Lehto, J. (2007). Finland	Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues.	Att beskriva vårdpersonals attityder och erfarenhet av att diskutera sexualitetsrelaterade problem med patienter på ett universitetssjukhus i Finland.	Kvantitativ enkätstudie med tvärsnittsdesign. Datan analyserades med hjälp av Statistical Package for Social Sciences (SPSS). 300 vårdpersonal fick ut enkäten, 215 deltog, varav 137 stycken var legitimerade sjuksköterskor. De jobbade på avdelningar inriktade på cancervård. I jämförande syfte deltog även personal från internmedicin-, neurologi-, gynekologi- och urologiavdelningar.  Deltagarna fick vara anonyma och svaren behandlades konfidentiellt. Bortfall 28%	Få sjuksköterskor tog upp samtal kring sexualitet, trots att majoriteten tyckte det var sjuksköterskans ansvar att ta upp ämnet. Den största faktorn till att sjuksköterskor inte tog upp sexualitet var brist på utbildning följt av att det känns som ett svårt ämne att ta upp till diskussion, obekväm situation. Samt tidsbrist. Skulle underlätta med mer utbildning i ämnet.
Huang, L-L., Pu, J., Liu, L- H., Du, X-B., Wang, J., Li, J- Y., Yao, W-X.,	Cancer department nurses´ attitudes and practices in response to the sexual issues of	Att undersöka onkologisjuksköterskors attityd och praxis kring frågor gällande sexualitet hos patienter som	Kvantitativ, självadministrerad enkät med demografiska frågor. Datan analyserades med deskriptiv statistik, de använde sig av	Sjuksköterskorna är positiva till att diskutera sexualitet, och majoriteten tycker det ingår i deras profession. Dock känner sig hälften av sjuksköterskorna ändå

<p>Zhu, X-Q, Zhang, R., Zhao, Y. &amp; He, M. (2013). Kina.</p>	<p>pelvic radiation patients: A survey in Sichuan, China.</p>	<p>genomgår strålning av bäckenet i Sichuan, Kina.</p>	<p>Statistical Package for Social Sciences (SPSS). X2-test användes.</p> <p>150 registrerade sjuksköterskor på sex sjukhus i staden Sichuan Kina fick formuläret, 128 st. svarade. deltagarna var anonyma.</p> <p>Bortfall 14,67%.</p>	<p>obekväma att prata om sexualitet. Över 88 % tycker att sjuksköterskan ska ha professionell kunskap att lösa och/eller diskutera problem som gäller sexualitet. Äldre sjuksköterskor hade lättare för att prata om sexualitet. Över 87% tycker det fattas pålitlig information om patientgruppen och sexualitet.</p>
<p>Julien, O-J., Thom, B. &amp; Kline, E-N. (2010). USA</p>	<p>Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice</p>	<p>Att undersöka onkologisjuksköterskors attityd och kunskap om sexuell hälsa.</p>	<p>Kvantitativ, beskrivande tvärsnittsdesign. Självadministrerad skattningsskala, SABS. (Sexuality Attitude and Beliefs Survey).</p> <p>Datan analyserades med Statistical Package for Social Sciences, SPSS. 576 sjuksköterskor från ett nationellt cancersjukhus i nordöstra USA deltog.</p> <p>Bekvämlighetsurval, deltagande var frivilligt och anonymt</p> <p>Bortfall redovisas ej.</p>	<p>Majoriteten av sjuksköterskorna tycker att sexualitet ska diskuteras med patienterna. Ett hinder för samtalen kan vara att de inte tror att patienterna förväntar sig att det är något som sjuksköterskan ska ta upp. Vissa ansåg att ämnet var för privat och att det bara bör diskuteras om patienten påbörjar samtalet.</p>
<p>Lavin, M. &amp; Hyde, A. (2005). Irland</p>	<p>Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemo-therapy for</p>	<p>Att ta reda på sjuksköterskors uppfattningar och upplevelser av att hantera</p>	<p>Kvalitativa djupintervjuer. Intervjuerna var bandade och transkriberades senare. Dataanalys involverade en intensiv läsning och</p>	<p>Sjuksköterskorna var eniga om vikten av att ge information om sexualitet i relation till patientens behandling, dock var det få som hade samtal om sexualitet.</p>



	breast cancer in an Irish context	sexualitet när det kommer till vården av kvinnor som genomgått kemoterapi mot bröstcancer	omläsning av data för att identifiera teman.  Ändamålsenligt urval. 10 st. sjuksköterskor från kemoterapiavdelningar från tre sjukhus på Irland deltog. Inklusions- och exklusionskriterier redovisas. Bortfall redovisas ej.	50 % tyckte at det var upp till patienten att ta upp ämnet. Befintliga brister i miljö och organisation hindrade för att ha samtalen, likaså den katolska kulturen på Irland.
Moore, A., Higgins, A. & Sharek, D. (2013). Irland.	Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer.	Att undersöka onkologisjuksköterskors självupplevda kunskap och bekvämlighet i förhållande till att diskutera frågor gällande sexualitet med män som diagnostiserats med testikelcancer. Samt identifiera hinder och möjligheter till sådana samtal	Enkätstudie med både kvantitativ och kvalitativ ansats. En strukturerad, självadministrerad enkät. All kvantitativ data analyserades med Statistical Package for Social Sciences (SPSS), och den kvalitativa datan analyserades med innehållsanalys. Slumpmässigt urval av 200 onkologisjuksköterskor på 13 irländska sjukhus. 105 st. svarade, varav 89 deltagares svar användes i studien. Sjuksköterskorna var både allmän- och specialistsjuksköterskor. 55% bortfall	10% av sjuksköterskorna informerade sina patienter frekvent att de fanns tillgängliga för att diskutera sexualitet, 51% gjorde detta ibland och 39% informerade aldrig patienterna. De flesta kunde tänka sig att diskutera kring sexualitet, men få gjorde det. Hinder var att de kände sig obekväma och hade för lite kunskap. Även brist på tid och privata samtalsrum var ett hinder. För kort vistelsetid för patienten, att sexualitet är för privat att dokumentera samt brist i stöd från kollegor och chef var andra faktorer.

<p>Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. &amp; Athlin, E. (2012). Sverige.</p>	<p>Patient´s sexuality – A neglected area of cancer nursing?</p>	<p>Beskriva sjuksköterskans upplevelse av att diskutera om sexualitet med cancersjuka patienter.</p>	<p>Kvalitativ ansats, fenomenologisk design.  Datan analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.   Tematiska, öppna intervjuer i 30–60 min, de spelades in och transkriberades av intervjuaren.   10 st. legitimerade sjuksköterskor från fem avdelningar på ett sjukhus i Karlstad valdes ut, efter att författarna kontaktat avdelningschefen. Alla tio valde att medverka.   Inklusionskriterier redovisas. Inga bortfall.</p>	<p>Sjuksköterskorna uppgav att de borde prata om sexualitet med patienterna, då det var ett viktigt ämne, men det skedde oftast inte. De ansåg att samtalen tillhörde deras profession, men var osäkra på när och hur det skulle tas upp. Sjuksköterskans attityd, kunskap och färdigheter spelar in ifall samtalen hålls. Likaså påverkade vårdavdelningens miljö, samt att många sjuksköterskor tyckte det var ett känsligt och svårt ämne. Tidsbrist och att sjuksköterskan ansåg att patienten var för sjuk var andra faktorer som spelade in.</p>
<p>Oskay, U., Can, G. &amp; Basgol, S. (2014). Turkiet</p>	<p>Discussing Sexuality with Cancer Patients: Oncology Nurses Attitudes and Views.</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka åsikter och attityder hos onkologisjuksköterskor som vårdar cancersjuka patienter angående sexuell rådgivning.</p>	<p>Kvantitativ ansats.  En beskrivande tvärsnittsstudie genomfördes online på Oncology Nurses Association.  Data analyserades med Statistical Package for Social Sciences (SPSS).  87 sjuksköterskor från onkologiska avdelningar deltog.   Inklusionskriterier redovisas. Bortfall redovisas ej.</p>	<p>Sjuksköterskorna uppgav att det viktigaste var att diskutera med patienterna om cancerns påverkan på sexualiteten, cancerbehandlingens negativa effekter samt hur patienten ska hantera tillhörande problem under hela behandlingen. De uppgav att de saknade ett underlag som förklarade hur cancer och behandling påverkade sexualiteten. Över hälften av deltagarna tyckte att de hade otillräcklig kunskap och utbildning avseende sexuell</p>

				rådgivning. Faktorer som var ett hinder för att hålla i samtalen var brist på rutiner, tron att patienterna skulle bli generade samt känslan av att sjuksköterskan är otillräcklig i ämnet.
Vieira, EM., Ford, NJ., Santos, MA., Junqueira, LC. & Giami, A. (2013). Brasilien.	Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil.	Att undersöka hur bröstcancerdrabbade kvinnors sexualitet förstås av de sjuksköterskor som är ansvariga för dessa patienter efter diagnos och under behandling.	En undersökande kvalitativ studie. Intervjuer med 28 sjuksköterskor. Datan har bearbetats genom en innehållsanalys.  28 sjuksköterskor som bor och arbetar i Sydöstra Brasilien deltog. Samtliga sjuksköterskor arbetade på cancerkliniker i Ribeirão Preto, en stad i São Paulo State.  Inklusionskriterier redovisas. 6,66 % bortfall.	Sjuksköterskor ansåg att patientens ålder var en avgörande faktor för hur bröstcancer påverkade sexualiteten och därmed hur dessa skulle bemötas. Vissa sjuksköterskor ansåg att det var lättare att diskutera sexualitet med yngre patienter. Flertalet hade föreställningen att äldre var mer påverkade av kultur och normer, och därför inte ville samtala om sexualitet.
Zeng Y., Li, Q., Wang, N., Ching, S-S. & Loke, A-Y. (2010). Kina	Chinese nurses' attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients	Att beskriva kinesiska sjuksköterskors attityder och värderingar angående sexualitet i vården av cancerpatienter.	Deskriptiv jämförande design, med kvantitativ ansats. Självadministrerad skattningsskala, SABS. (Sexuality Attitude and Beliefs Survey). Deskriptiv samt inferentiell analys. Data bearbetades med Statistical Package for Social Sciences (SPSS).	Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att sexualitet är för privat för att diskuteras. Över hälften ansåg även att patienterna som befann sig på sjukhus hade för dåligt hälsotillstånd för att ens vara intresserade av sådana frågor. Enbart dryga 20% av sjuksköterskorna tog sig tid att samtala med patienterna och 30% kände sig säkra i sin

			<p>Bekvämlighetsurval. 211 sjuksköterskor från ett tumörsjukhus deltog, 199 enkäter var användbara.</p> <p>Inklusionskriterier redovisas. Bortfall 6 %.</p>	<p>kommunikation med patienterna om sexualitet. Över hälften, ca 60 % ansåg dock att det ingår i sjuksköterskans ansvarsområde att ge patienterna möjlighet att diskutera det.</p>
<p>Zeng, Y-C., Liu, X. &amp; Loke, A-Y. (2011). Kina.</p>	<p>Addressing sexuality issues of women with gynecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice.</p>	<p>Att beskriva kinesiska sjuksköterskors attityd och uppfattning av att samtala om sexualitet med patienter som har gynecologisk cancer samt att undersöka hinder och möjligheter till dessa samtal.</p>	<p>Kvantitativ ansats, deskriptiv jämförande enkätstudie. SABS (Sexuality Attitude and Beliefs Survey).</p> <p>Datan analyserades med Statistical Package for Social Sciences (SPSS).</p> <p>Bekvämlighetsurval, 243 sjuksköterskor från 6 st. sjukhus i Kina blev inbjudna, 202 st. slutförde enkäten.</p> <p>Inklusionskriterier redovisas. Bortfall 16,9 %.</p>	<p>77% av sjuksköterskorna ansåg att det var för privat ämne att samtala om. De flesta deltagare kände sig inte bekväma med ämnet eller kunniga om det, och flertalet ansåg att sexualitet enbart ska diskuteras om patienten tar upp det. 63% ansåg att patienterna var för sjuka för att vilja diskutera sexualitet. Faktorer som kunde påverka samtalen positivt var om en privat miljö fanns, samt att sjuksköterskan hade kunskap om ämnet och en god kommunikativ förmåga.</p>

## **Bilaga 2. Artikel från manuell sökning.**

Lavin, M. & Hyde, A. (2005). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing* 10(1), 10–18. doi:[10.1016/j.ejon.2005.03.013](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.03.013)