

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete

# **Att samtala om sexualitet med cancersjuka patienter**

En litteraturstudie

# **Discussing sexuality with patients diagnosed with cancer**

A literature review

Författare: Anna Bryngelsson, Emma Ulfhager

Handledare: Mia Kraft, Lars Strömberg

Examinator: Catarina Nahlén Bose, Med.Dr

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Sexualitet är för många en viktig del av livet. Cancer kan ha en negativ inverkan på individens sexualitet. Cancerpatienter önskar och behöver information kring ämnet men vårdpersonal förbiser ofta detta. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av samtal om sexualitet med cancersjuka patienter samt vad som kan hindra eller underlätta för dessa samtal. **Metod:** Allmän litteraturstudie baserad på sex kvantitativa och tre kvalitativa studier samt en med mixad metod. **Resultat:** Resultatet kategoriserades under fyra teman: *Professionalitet, Vårdrelation, Människosyn* och *Miljö*. Dessa teman bestod av nio subteman *Tilltro till sin kommunikativa förmåga, Kunskap kring sexualitet, Utbildning av patienten, Bjuda in till samtal, Att bygga en relation och skapa en tillåtande atmosfär, Ett genant och obekvämt område, Fördomar, Tidsbrist* och *Organisation*. **Slutsats:** Kunskap kring sexualitet och en förmåga att kommunicera den på rätt sätt är essentiellt vid samtal med cancerpatienter om deras sexualitet. Det är viktigt att vårdpersonal funderar kring sin syn på människan i allmänhet och på människan som sexuell varelse i synnerhet och hur det i sin tur kan påverka om patienten får en holistisk omvårdnad eller ej. **Förslag på fortsatt forskning:** Mer forskning på patienters upplevelser och önskningar kring samtal om sexualitet behövs. Det behövs också mer forskning som enbart riktar in sig på en svensk kontext.

**Nyckelord:** Cancer, Erfarenhet, Samtal, Sexualitet



## ABSTRACT

**Background:** Sexuality is for many an important part of life. Cancer may affect the sexuality of individuals in a negative way. Cancer patients need and wish for information regarding the subject but health professionals are often neglecting this. **Aim:** The aim of the study was to describe health professionals' experiences of discussing sexuality with patients diagnosed with cancer and barriers and facilitators for these kinds of discussions. **Method:** A literature review based on six quantitative and three qualitative studies and one with a mixed method approach. **Results:** The result were categorized in to four themes: *Professionalism, The caring relationship, Human perspective* and *Environment*. These themes included nine subthemes: *Trust in your communicating abilities, Knowledge regarding sexuality, Educating the patient, Invitation to a discussion, Building a relationship and creating a permissive atmosphere, An embarrassing and uncomfortable area, Prejudices, Lack of time* and *Organization*. **Conclusion:** Knowledge regarding sexuality and an ability to communicate it in a correct way is essential when it comes to discussing sexuality with cancer patients. It's important that health professionals consider their human perspective in a general way and especially how they see humans as a sexual beings and how that can effect whether the patients will receive a holistic care or not. **Suggestions for further research:** Further research is needed that focus on the patients experiences and requests when it comes to discussions about sexuality. There's also a need for research that only investigates the issue in a Swedish context.

**Key words:** Cancer, Discussing, Experiences, Sexuality

## **Innehållsförteckning**

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ii</b>
<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
<i>Sexualitet och dess betydelse för hälsan</i>	2
<i>Sjukdomars och behandlingars effekter på sexualiteten</i>	2
<i>Ansvar vid omvårdnad</i>	3
<i>Samtal om sexualitet</i>	4
<i>Patientens behov av information kring sexualitet vid cancersjukdom</i>	4
<i>När är det relevant att samtala om sexualitet?</i>	5
<i>Faktorer som hindrar vårdpersonal från att diskutera frågor kring sexualitet</i>	6
<b>BEGREPPSRAM</b>	<b>6</b>
<i>Människan ur ett holistisk perspektiv</i>	7
<i>Vårdande och vikten av en god vårdrelation</i>	7
<i>Professionalitet</i>	8
<i>Miljö</i>	8
<i>Definitioner</i>	8
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>9</b>
<b>SYFTE</b>	<b>9</b>
<b>METOD</b>	<b>9</b>
<i>Design</i>	9
<i>Urval</i>	10
<i>Datainsamlingsmetod</i>	10
<i>Dataanalys</i>	12
<i>Etiska aspekter</i>	13
<b>RESULTAT</b>	<b>14</b>
<i>Professionalitet</i>	15
<i>Vårdrelation</i>	17
<i>Människosyn</i>	18
<i>Miljö</i>	20
<b>DISKUSSION</b>	<b>21</b>
<i>Metoddiskussion</i>	21
<i>Resultatdiskussion</i>	25
<i>Slutsats</i>	31
<i>Betydelse</i>	31
<i>Förslag på vidare forskning</i>	32
<i>Författarnas insatser</i>	32
<b>REFERENSER</b>	<b>33</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>i</b>
<i>Bilaga I. Artikelmatris</i>	i



## INTRODUKTION

Numer är stunderna få då jag inte tänker på döden. Då jag inte är belägrad av det som väntar. När jag älskar är ett sådant tillfälle. Då upphör allt annat att existera. Då försvinner vi i ett trassel av kroppar. Då blir vi höga av varandra ... jag ska fortsätta att älska. Så mycket jag kan. Så mycket det går. För det är vad jag tror att livet går ut på – och den tanken i sig ger mig den omedelbara styrkan som jag är övertygad om att jag behöver.\* (Gidlund, 2013, s. 261)

Synen på sex och sexualitet har varierat genom historien från den hedonistiska, antika sexualmoralen vidare till den kristna moralen med kärleksnormen och äktenskapet som enda godtagbara anledning till sexuellt umgänge, fram till att idag i Sverige, anses som en självklar del av livet för många människor (Löfgren, 2013). Även om synen kring sexualitet tenderar att vara liberal hos den stora majoriteten har det forskats relativt lite på området vilket kan bero på att samtidigt som det är något vardagligt som de allra flesta har en koppling till, fortfarande är tabubelagt och kan anses som skamligt (Gustafsson & Rydström, 2009).

Under vår teoretiska och praktiska utbildning till sjuksköterskor har sexualiteten och dess betydelse för människan inte diskuterats i vidare utsträckning. Vi önskar att mer kunskap och övning hade erbjudits kring hur man samtalar med patienter kring känsliga och svåra ämnen. Utan ovan beskrivna kunskaper och förmågor riskerar man att förbise viktiga delar av patientens hälsa och livskvalitet vilket kan dra ner kvaliteten på vården. Därför väcktes intresset för att undersöka vårdpersonals erfarenheter av att samtala med patienter om sexualitet.

\*Utdrag ur boken I kroppen min där Kristian Gidlund beskriver sin kamp mot cancer.

## **BAKGRUND**

### **Sexualitet och dess betydelse för hälsan**

Sexualitet är för många en del av deras identitet samt av att vara människa och har därmed betydelse för individens livskvalitet (Hulter, 2009; Katz, 2005; WHO, 1997). Sexualiteten beskrivs som ett universellt, basalt behov som för de allra flesta inte kan skiljas från andra delar av livet (Krebs, 2008; WHO, 2006) och därför är det viktigt att vårdpersonal tar hänsyn till patienternas sexualitet för att kunna bistå med en holistisk omvårdnad. Att sjukdomar och behandlingar kan påverka sexualiteten, vilket i sin tur kan ha betydelse för hälsan, samt vikten av att inkludera frågor rörande sexualitet i omvårdnaden har på senare tid beskrivits i litteraturen (Wilmoth, 2001; Schwartz & Plawecki, 2002; Higgins, Barker & Begley, 2006).

WHO (2006) definierar sexuell hälsa som ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välmående i relation till ens egen sexualitet. Vidare beskrivs att för att en individs sexuella hälsa ska kunna uppnås och bibehållas ”måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas”. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter [SRHR] inkluderar bland annat allas rätt till högsta möjliga hälsa i relation till sexualitet, inkluderande tillgång till sexuell och reproduktiv hälso- och sjukvård (ibid.). Det innebär även möjligheten att söka, få och tillägna sig information i relation till sexualitet, att få besluta om att vara sexuellt aktiv eller inte samt att upprätthålla ett tillfredsställande, säkert och njutbart sexualliv. I Sverige har det fastslagits att sexuella rättigheter ingår i de mänskliga rättigheterna (Regeringskansliet, 2010).

### **Sjukdomars och behandlingars effekter på sexualiteten**

Det finns ett flertal sjukdomar och behandlingar som kan ha en negativ inverkan på en individs sexuella hälsa och funktion som exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och cancer (Berglund, Nystedt, Bolund, Sjöden & Rutquist, 2001; Berterö, 2001; Shabsigh, Shah & Sand 2008; Söderberg, Johansen, Herning & Berg, 2013). Fugate (1987) har beskrivit hur sexuella svårigheter kan drabba flera aspekter av en människas liv, där den första är identiteten, alltså hur förändringar kan påverka ens upplevelse av att känna sig som man eller kvinna. En annan rör den kroppsliga delen, att inte längre kunna agera sexuellt på önskat sätt och den sista aspekten som kan påverkas är relationen och kommunikationen till sin eventuella partner (ibid.).



Just cancer och dess behandling kan påverka sexualiteten i stor utsträckning (Hughes, 2000) och det är ett problem som drabbar både kvinnor och män (Ussher, Perz & Gilbert, 2015). Kirurgi, kemo- och radioterapi i samband med cancer kan ge fysiska och psykiska effekter som minskad lust och fertilitet, erektions-/lubrikationsproblem, för tidig menopaus för kvinnor m.m. (Jensen, Groenvold, Klee, Thranov, Petersen & Machim, 2003, 2004; Pelusi, 2006; Rossen, Pedersen, Zachariae & von der Maase, 2012). Psykiskt kan det även påverka individens sexuella identitet och självbild genom att personen inte längre känner sig sexuellt attraktiv eller får lägre självkänsla (Rossen et al., 2012). Har personen en partner kan det dessutom påverka förhållandet dem emellan på grund långa sjukhusvistelser, skuld känslor samt ovan nämnda faktorer (Holmberg, Scott, Alexy & Fife, 2001). Allt detta kan i sin tur reducera den drabbade individens livskvalitet (Crowe & Costello, 2003) vilket gör problemet viktigt att ta tag i.

### **Ansvar vid omvårdnad**

Omvårdnadens fyra huvudsakliga ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande (International Council of Nurses, 2012). I omvårdnaden ingår att systematiskt bedöma, utvärdera och ge rådgivning utifrån patientens vårdbehov vid sjukdom och behandling och där ingår det att se till patientens sexualitet då det är ett område som kan påverkas (Cort, Attenborough, & Watson, 2001; Shell, 2002). Enligt Socialstyrelsens (2005) riktlinjer för legitimerad sjuksköterska ska man ta hänsyn till samtliga av patientens omvårdnadsbehov: fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga. NANDA [The North America Nursing Diagnoses Assosiation] (2013) har tagit fram omvårdnadsdiagnoser som är kopplade till sexualitet och två av dessa är Sexuell dysfunktion (00059) och Oro över egen sexualitet (00065). Kännetecknen för nämnda omvårdnadsdiagnoser är bland andra bristande sexuell lust och oönskad förändring av sexuell funktion respektive förändrad sexuell aktivitet eller beteende. Relaterade faktorer som finns beskrivna är exempelvis förändringar av kroppens struktur eller funktion, felinformerad om sexuella funktioner, sårbarhet respektive otillräcklig kunskap om alternativ relaterat till sexualitet.

Goda kommunikationskunskaper är centralt i omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2005) och vid cancervård är det av stor vikt att dessa kunskaper används (Wilkinson, 1991; Wilkinson, Bailey, Aldridge & Roberts, 1999). I och med sin ofta nära och kontinuerliga kontakt med patienterna har vårdpersonal en viktig roll i att prata med dem om sexualitet och sexuella

problem som kan uppstå eller har uppstått (Higgins et al., 2006; Warner, Rowe & Whipple, 1999). Trots detta beskrivs det att vårdpersonal upplever kommunikationssvårigheter när det kommer till känsligare områden så som sexualitet (Wilkinson, 1991) och problem med att inkludera sina kunskaper om sexualitetsrelaterade ämnen i patientmötet (Cort et al., 2001).

### **Samtal om sexualitet**

I samtalet med patienten ingår det att aktivt lyssna och att vara närvarande genom att rikta sitt fokus mot patienten (Andersson, 2013). Att visa att man lyssnar innebär att man bekräftar patienten vilket kan medföra en förstärkt relation. Vidare menar Andersson (2013) att hur ett samtal genomförs, precis som hur en vårdrelation skapas, är beroende av vårdpersonalens människosyn, inställning till patienten samt synen på sig själv och vilken uppgift/ansvar man anser sig ha. Acceptans, respekt och intresse från vårdpersonalen är essentiellt för att kunna göra det lättare för patienten att dela sin berättelse (ibid.).

Det finns flera kommunikationsmodeller som kan hjälpa vårdpersonal att samtala med patienter om sexualitet (Kaplan & Pacelli, 2011). En av dessa är BETTER-modellen som är specifikt utformad för vårdpersonal som arbetar inom onkologi (Mick, Hughes & Cohen, 2004). **B** innebär att vårdaren tar initiativet till att ta upp ämnet och skapar en tillåtande miljö där det är okej att prata om sexualitet. **E** står för att man ska förklara att sexualitet för många har betydelse för livskvaliteten samt att det berör mer än bara samlag utan har även att göra med ömhet, kärlek och tillgivenhet. **T**, berätta för patienten vilka resurser som finns tillgängliga för information och stöd rörande dessa frågor. **T** står för tid vilket syftar till patientens behov av den här typen av samtal eftersom det kanske inte alltid känns relevant. Då kan ämnet istället tas upp vid ett senare tillfälle. **E**, förse patienten med information kring hur olika biverkningar av sjukdom och behandling kan påverka sexualiteten samt se till att hen har förstått. **R**, dokumentera att samtalet har genomförts. Att använda sig av en modell som denna kan stödja vårdpersonalen i samtalet med patienten och göra det mer effektivt och bekvämt för bägge parter (Kaplan & Pacelli, 2011).

### **Patientens behov av information kring sexualitet vid cancersjukdom**

Tidigare studier har visat att cancerpatienter inte får den information som de behöver och önskar rörande frågor kring sexualitet i samband med sjukdom och behandling vilket gör att de är oförberedda på de förändringar som kan komma (Flynn et al., 2012; Rasmusson, Plantin, & Elmerstig, 2013). I en svensk studie gjord på cancerpatienter visade det sig att nästan hälften av de tillfrågade inte hade fått någon information om vilka effekter på

sexualiteten som deras sjukdom eller behandling kunde medföra trots att de önskade sådan information (Rasmusson et al., 2013). Många patienter vill att vårdpersonalen ska ta initiativet till samtal då de ofta kan tycka att det är för generande att ta upp det själva eller att de tror att deras problem inte är relevant (Rasmusson et al., 2013; Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015; Southard & Keller, 2009). Deras förväntningar på vårdpersonalen är att de aktivt ska ta upp ämnet, lyssna på vad patienten har att säga, vara ärliga, ge adekvat information samt att samtalet sker på deras villkor på ett sätt som passar dem (Hordern & Street, 2007; Sekse et al., 2015). Cancerpatienter önskar även att vårdpersonal som de byggt upp en relation till och som de känner sig bekväma med ska vara de som pratar med dem om sexualitet (Lemieux, Kaiser, Pereira & Meadows, 2004). Andra studier har beskrivit att patienter inte förväntar sig att vårdpersonal ska besitta expertkunskap inom området utan det viktigaste är att de skapar en tillåtande och stödjande atmosfär där patienten kan få berätta om sina erfarenheter, tankar, hopp och oro (Southard & Keller, 2009; Stead, Brown, Fallowfield, & Selby, 2003).

### **När är det relevant att samtala om sexualitet?**

Ur ett sexualitetsperspektiv genomgår patienter som får en cancerdiagnos enligt Wilmoth (2001) tre stadier i förhållande till sin förändrade kropp. Det första stadiet handlar om en rädsla för att dö och en rädsla för förändrade kroppsfunktioner, i det andra stadiet försöker patienten anpassa sig till sin nya självbild och sexualitet. Det tredje stadiet innebär att man får en känsla av kontroll och vill ha svar på frågor om sin förändrade sexualitet (ibid.). Det är viktigt under dessa faser, framförallt den sista, finnas tillhands för patienten när hen upplever att hen behöver stöd eller råd (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Andra studier har visat att det viktiga inte är att ha samtalet med patienten kring sexualitet i det akuta skedet (von Essen & Sjoden, 1991; Lemieux et al., 2004), utan att det även kan tas upp senare under sjukdomstiden (Lemieux et al., 2004). Liknande resultat beskrevs också i Olsson, Athlin, Sandin-Bojö & Larsson (2013) där patienterna i sjukdomens början inte var intresserade av frågor kring sexualitet då fokus låg på att bli botad från cancern. Däremot var det vissa patienter som ansåg att information och samtal kring detta var relevant men i ett senare skede och det berodde även på hur stor vikt man som individ la på ens egen sexualitet (ibid.).

## **Faktorer som hindrar vårdpersonal från att diskutera frågor kring sexualitet**

I Haboubi & Lincolns (2003) studie framkom att majoriteten av vårdpersonalen anser att bedömning av patientens sexuella hälsa måste ingå för att man ska kunna ge en holistisk omvårdnad. Annan forskning har å andra sidan beskrivit hur viss vårdpersonal inte håller med om att detta ingår i deras profession (Nakopoulou, Papaharitou & Hatzichristou, 2009). Vårdpersonal förbiser ofta frågor kring sexualitet hos patienter, de visar sällan för patienterna att de finns tillgängliga för den här typen av samtal och de anser att det är patienterna som ska ta initiativ till samtal om de har frågor (Butler & Banfield, 2001; Kautz, Dickey & Stevens, 1990; Matocha & Waterhouse, 1993). Andra studier har även visat att vårdpersonal ofta känner sig generade eller obekväma inför ämnet samt att de inte upplever att de besitter tillräcklig kunskap kring sexualitet, vilket kan förhindra att denna typ av samtal hålls eller att kvaliteten på dessa brister (Guthrie, 1999; Kautz et al., 1990; Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki, 2009; Matocha & Waterhouse, 1993; Tsai, 2004). Brist på resurser som visas i form av stress, tidsbrist, tung arbetsbörda, korta vårdtider och brist på kontinuerlig kontakt med patienten är också anledningar till att samtal inte genomförs (Butler and Banfield, 2001; Tsai, 2004). Även organisatoriska faktorer som att inte få stöd från chefer i dessa frågor eller att inte ha tillgång till utrymmen på arbetsplatsen där samtal kan hållas privat utan risk för att bli störd är andra orsaker till att vårdpersonal tvekar till att ta upp frågor rörande sexualitet med patienten (Kautz et al., 1990; Kotronoulas et al., 2009; Lewis & Bor, 1994; Nakopoulou et al. 2009; Tsai, 2004).

## **BEGREPPSRAM**

Inom omvårdnadsvetenskapen har man kommit fram till fyra centrala begrepp, så kallade konsensusbegrepp: människa, hälsa, miljö och vårdande/omvårdnadshandlingar (Flensner, 2014). I denna studie har fokus lagts på begreppen människa, vårdande/omvårdnadshandlingar, miljö samt professionalitet. Professionalitet är inte ett eget centralt begrepp men har valts då det är av stor vikt att man som vårdpersonal har en professionell hållning som genomsyrar allt arbete och den omvårdnad man ger till patienten (Andersson, 2013; Finnström, 2014).

## **Människan ur ett holistisk perspektiv**

Inom omvårdnaden utgår man från en värdegrund med bas i det humanvetenskapliga perspektivet (Flensner, 2014; Wiklund, 2003). Utifrån detta perspektiv har man en holistisk syn på människan och ordet holism betyder hel eller odelad och grunden är att människan ska ses som en helhet som är större än summan av de olika delarna (Willman, 2009). Människan ska ses som ett subjekt och en unik person med egna resurser (Flensner, 2014). I Erikssons caritativa omvårdnadsteori beskrivs människan som en flerdimensionell enhet bestående av kropp, själ och ande och hen kan aldrig reduceras till endast en av dessa delar utan måste ses som en helhet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Genom interaktion med andra människor och miljön skapas människan. Vilken syn man har på hälsa respektive ohälsa avgörs av hur man ser på människan och med ett holistiskt synsätt sätter man människans hälsa och lidande i fokus istället för sjukdomen (Wiklund, 2003). Utgår man utifrån ett holistiskt perspektiv ska även sexualiteten inkluderas och att förbise frågor som rör sexualitet går emot detta synsätt och kan få negativa konsekvenser för individens välmående (Di Giulio, 2003).

## **Vårdande och vikten av en god vårdrelation**

Vårdandet anses av många vara huvuduppgiften inom omvårdnaden (Flensner, 2014). Eriksson (1997) har i sin omvårdnadsteori utvecklat begreppet ”caring nursing” vilket beskrivs som grunden i vårdandet. Med detta menas att man i en vårdande relation, även kallad vårdgemenskap, utgår från patienten som person, hans behov och lidande samt att man värnar om patientens värdighet och fokus ligger på det mellanmänniska och lindring av lidande (Flensner, 2014; Wiklund, 2003; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Betydande att komma ihåg är att det är patienten som styr (Wiklund Gustin & Lindwall 2012). Som vårdpersonal är det viktigt att visa patienten att man står till deras förfogande och att möjligheten till en vårdrelation finns, man bjuder in, men det är minst lika viktigt att vänta på patientens mottagande av inbjudan för att på så sätt skapa en ömsesidig relation (ibid.).

Vårdrelationen är till en början ojämlik då vårdpersonalen besitter mer makt än patienten eftersom vårdaren är frisk och har kunskapen att bota (Wiklund 2003; Vinthagen, 2013). Det är då angeläget att fundera kring hur makten används. Rätt använd ska makten gynna patienten och kan även stärka dennes autonomi (Wiklund, 2003). Makten innebär även ett ansvar och vårdaren måste därför se till att vårdrelationen utformas så att den ger patienten kraft och inte ses som ett hot mot integriteten (ibid.).

## **Professionalitet**

Vårdpersonalens egen moral och värderingar ligger till grund för hur vårdrelationen utvecklas och därmed vilken vård patienten får (Flensner, 2014). Andersson (2013) beskriver hur vårdpersonals förmåga att tillsammans med patienten skapa en vårdrelation präglad av samarbete och att i den använda sin kompetens för att stödja patienten, är förutsättningar för att kunna ge en professionell vård av hög kvalitet. Med professionell hållning menas att man inte ska styras av sina egna behov utan av det som gagnar patienten. I vårdpersonalens yrke ingår att dela med sig av sina kunskaper och erfarenheter för att kunna ge en god och patientsäker omvårdnad till de som är i behov av det (Andersson, 2013; Finnström, 2014). I begreppet ingår även att man ska reflektera över sina egna behov, känslor, normer och värderingar och kunna styra över dessa i vårdrelationen eftersom det annars kan skada patienten. Denna reflektion tillsammans med egna erfarenheter och teoretisk kunskap är alltså grundläggande för en professionell hållning (ibid.).

## **Miljö**

En persons hälsa, välbefinnande och möjlighet till att interagera med andra människor kan påverkas både positivt och negativt av den omgivande miljöns utformning (Flensner, 2014). Det kan handla om den estetiska miljön som möblering, färgsättning, ljud, ljus, ren luft och vatten men även konst, musik och växter (Flensner, 2014; Ylikangas, 2012). Begreppet innefattar också den sociala miljön och med det menas sättet som människor ser och bemöter varandra (Flensner, 2014). Ylikangas (2012) beskriver hur det runtom vårdarna finns en vårdorganisation präglad av regler, värderingar och kulturella mönster vilket i sin tur har en inverkan på vårdpersonalens syn på sin arbetsroll. Detta förklaras i Erikssons caritativa omvårdnadsteori som begreppet vårdkultur (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Vidare redogörs inom detta begrepp att för att kunna ge en god omvårdnad är närvaron i mötet med patienten, att visa att man har tid och intresse för just denne av största vikt. En genomtänkt vårdmiljö, både den fysiska och sociala, ökar chanserna till upplevelser av trivsel, trygghet och säkerhet (Ylikangas, 2012).

## **Definitioner**

*Vårdpersonal/vårdare* – Vad som ingår i olika befattningars ansvarsområden inom vården varierar från land till land och ordet *nurse* kan innefatta även andra yrkeskategorier som exempelvis undersköterskor. Därför används begreppet vårdpersonal/vårdare i denna studie som framför allt inkluderar sjuksköterskor och undersköterskor men även läkare i vissa fall.

*Sexualitet* – i den här studien används WHO:s definition på sexualitet:

Sexualitet är en integrerad del av personligheten hos varje människa; man, kvinna och barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter. Sexualitet är inte synonymt med samlag, den handlar inte om huruvida vi kan få orgasm eller inte, och är inte heller summan av våra erotiska liv. Sexualitet är mycket mer; den finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet, den uttrycks i vad vi känner, hur vi rör oss, hur vi rör vid andra och själva tar emot beröring. Sexualitet påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och genom detta vår fysiska och psykiska hälsa (WHO, 2006, s. 5).

## **PROBLEMFORMULERING**

Tidigare forskning har visat att cancersjuka patienter vill att sjukvården ska ta upp frågor kring sexualitet samt informera om vilken påverkan sjukdomen kan medföra på sexualiteten eftersom det är ett område som ofta påverkas vid sjukdom och behandling. Sexuell bedömning och rådgivning ingår i omvårdnaden och med tanke på den nära relation vårdpersonal ofta har med patienten skapas en möjlighet att prata om känsliga ämnen. Forskning pekar dock på att detta inte görs i särskilt stor utsträckning i den kliniska verkligheten och det innebär ett problem. Att förbise frågor rörande sexualitet innebär att man inte ser patienten ur ett holistiskt perspektiv vilket ingår i omvårdnaden och det kan då ge negativa konsekvenser för individens välmående. Denna studie hoppas kunna bidra med kunskap kring vårdpersonalens syn på vad som eventuellt kan hindra eller underlätta för samtal om sexualitet med cancersjuka patienter.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av att samtala om sexualitet med cancersjuka patienter samt vad som kan hindra eller underlätta för dessa samtal.

## **METOD**

### **Design**

Designen som valdes var en allmän litteraturstudie baserad på både kvalitativa och kvantitativa studier. Syftet med denna design var att skapa en beskrivande sammanställning

av området (Friberg, 2012a). I en litteraturstudie väljs ett problemområde som kan vara angeläget inom både kvalitativ och kvantitativ forskning (Segesten, 2012a). Genom att sedan göra en bred sökning, analys och sammanställning kan man bestämma kunskapsläget och därför har både kvalitativa och kvantitativa studier använts.

## Urval

Inklusionskriterierna för studierna var förutom att de skulle svara på denna studies syfte, att de skulle följa forskningsprocessen, ta hänsyn till forskningsetiska aspekter och gälla vårdpersonal. Ytterligare inklusionskriterier var de avgränsningar som användes vid litteratursökningen: publikationsdatum (2005-2015), typ av artikel (forskningsartikel), typ av tidskrift (omvårdnad), språk (engelska), att de var referegranskade samt att abstrakten fanns tillgängliga. Exklusionskriterier var studier som handlade om studenter eller vårdpersonal som arbetade med barn och ungdomar. De artiklar som uppfyllde dessa kriterier kvalitetsgranskades (se vidare under datainsamling) och enbart de med hög/medelhög kvalitet inkluderades. Med hjälp av dessa inklusions- och exklusionskriterier underlättades urvalet och de dokument som inte var av relevans sorterades bort (Östlundh, 2012). Totalt inkluderades tio studier varav sex var kvantitativa, tre kvalitativa samt en med både kvantitativa och kvalitativa resultat.

## Datainsamlingsmetod

Först genomfördes tre sökningar på databasen CINAHL och sedan två på PubMed. Att bara använda dessa databaser motiverades av att de är mer omvårdnadsinriktade (framför allt CINAHL) än övriga databaser (Karlsson, 2012). Efter varje sökning hittades färre och färre nya artiklar samtidigt som redan funna fanns med vilket kunde tala för att de artiklar som var av relevans för denna studie hade hittats. Därför avslutades sökningarna efter femte sökningen. Totalt användes tre olika kombinationer av sökord: *discussing OR addressing AND sexual\* AND nurs\**; *sexual health AND nurs\* AND attitude\**; *sexual\* AND attitude\* AND nurs\* AND cancer*. Manuella sekundärsökningar genomfördes därefter i de funna studiernas referenslistor för att försäkra att alla studier av relevans hittades (Östlundh, 2012), dock hittades inga studier av relevans med denna sök teknik.

Fyra grundläggande sök tekniker användes; trunkering, boolsk söklogik, fältsökning och sökhistorik (Östlundh, 2012). Genom att använda sig av trunkering minskas risken för att missa relevanta studier inom det aktuella området, detta eftersom det ger träffar på samtliga



böjningsformer av ordet. Denna teknik användes på sökorden *nurs\**, *attitude\** och *sexual\**. Att inte ytterligare dela upp ordet *sexual\** till *sex\** var ett medvetet val då det gav allt för breda träffar eftersom det på engelska även syftar till ordet *kön*. För att vidare precisera sökningen användes boolesk söklogik med hjälp av sökoperatorerna AND och OR vilka kopplar ihop sökord respektive ger träffar på det ena eller det andra sökordet eller båda två. Att göra en fältsökning innebär en avgränsning av sökfält (titel, författare, publiceringsdatum, etc.) för att få en så relevant sökning som möjligt och under datainsamlingen avgränsades sökningarna till titelfältet. Den sista teknik som användes var sökhistorik, vilket gav en tydlig översikt som förenklade fortsatta sökningar (ibid.).

Datainsamlingen genomfördes vidare med en grovsällning och urvalsförfarande enligt Rosén (2012). Grovsällningen innebar att studier som inte förväntades besvara syftet valdes bort efter att ha läst titel och/eller abstract. Vidare skedde ett urvalsförfarande baserat på de artiklar som valts ut i fulltext. Dessa artiklar bedömdes efter inklusions- och exklusionskriterierna och ytterligare studier sorterades bort.

Kvalitetsgranskningen av studierna genomfördes enligt protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ respektive kvantitativ metod (Billhult & Gunnarsson, 2012; SBU, 2014). Granskningen utfördes, enligt Roséns (2012) rekommendationer, genom att två granskare (artikelförfattarna i det här fallet) enskilt gick igenom samtliga studier noggrant. Därefter jämfördes granskningarna författarna emellan och de studier som enligt bägge granskare uppnådde hög/medelhög kvalitet inkluderades. Kvaliteten räknades ut genom att tilldela varje, för studien, positivt svar vid kvalitetsbedömningen med ett respektive noll poäng för varje negativt svar (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Totalpoängen räknades sedan om i procent och de studier med 80 % eller högre inkluderades.

Litteratursökningen gav totalt 654 träffar där 592 exkluderades efter att ha läst studiernas titlar då de inte motsvarade inklusionskriterierna (Se tabell 1). Vidare exkluderades 44 studier efter att ha läst abstract och till sist exkluderades ytterligare åtta studier efter utförd kvalitetsgranskning där enighet rådde mellan författarna om samtliga studiers kvalitet.

Tabell I. Sökmatrix. Tabellen visar antal sökningar, i vilken databas de genomförts samt använda sökord. Varje kolumn därefter visar hur många studier som inkluderades efter varje steg i grovsällningen och urvalsförfarandet.

Datum (Sökning nr.x)	Sökord	Antal träffar	Antal lästa rubriker	Antal lästa abstract (Antal återkommande utvalda studier *)	Lästa artiklar	Valda artiklar (Kvalitet på studier enligt kvalitetsgranskning)
13/11 (sökning nr.1) CINAHL	discussing OR addressing AND sexual* AND nurs* AND cancer	474	474	27 (-)	13	6 (2 av medelhög samt 4 av hög kvalitet)
13/11 (sökning nr.2) CINAHL	sexual health AND nurs* AND attitude* AND cancer	13	13	4 (2)	1	1 (1 av medelhög kvalitet)
13/11 (sökning nr.3) CINAHL	sexual* AND attitude* AND nurs* AND cancer	67	67	12 (7)	2	1 (1 av medelhög kvalitet)
13/11 (sökning nr.4) PubMed	discussing OR addressing AND sexual* AND nurs* AND cancer	23	23	7 (6)	1	1 (1 av hög kvalitet)
13/11 (sökning nr.5) PubMed	sexual health AND nurs* AND attitude* AND cancer	77	77	12 (7)	1	1 (1 av hög kvalitet)

\*Antal redan valda studier som hittats i tidigare sökningar och som återkom i de fortsatta sökningarna.

## Dataanalys

Dataanalysen genomfördes med en deduktiv ansats vilket innebär att man använder redan befintliga teorier eller begrepp som struktur för hela studien, så även i analysen (Henricson, 2012a). Vid analysen användes begreppen Vårdrelation, Professionalitet, Människa (Människosyn i resultatet) samt Miljö som raster för den insamlade datan och de bildade studiens fyra teman. Utifrån Fribergs (2012a) modell i tre steg för analys vid litteraturstudie analyserades texterna. Till en början läste båda författarna samtliga studier ett par gånger för

att få en förståelse för helheten och därefter identifierades likheter och/eller skillnader i teoretisk utgångspunkt, syfte, metod, analys och till sist resultat. Dessa resultat dokumenterades i en översiktstabell som konstruerats efter Fribergs (2012b) tabell som bas (se bilaga I). Samtliga studier sammanfattades även i löpande text på en till två sidor för att kunna användas som stöd vid analysen (Whittemore & Knafl, 2005).

Då det inte går att göra precisa jämförelser mellan kvantitativa och kvalitativa resultat har studierna analyserats på olika sätt (Friberg 2012a). De kvalitativa studierna analyserades genom att författarna läste resultaten flera gånger och därefter plockade ut meningsbärande enheter som kodades (Willman & Stoltz, 2012). Koderna från de olika resultaten syntetiserades, kategoriserades och tematiserades (Friberg, 2012c). De kvantitativa studierna analyserades istället utifrån siffror och tabeller (Friberg 2012a). Gemensamt för de olika studierna är dock att författarna har använt de fyra begrepp som beskrivits ovan som raster vid båda typerna av analys. Utifrån dessa begrepp/teman sorterades resultaten från både de kvalitativa och kvantitativa studierna. Vidare fördelades resultaten från respektive tema under passande subkategorier.

### **Etiska aspekter**

Enlig svensk lagstiftning, Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460) 3 §, måste forskning som inkluderar och lagrar känsliga personuppgifter alternativt innebär ett lagöverträdande granskas av en etikprövningsnämnd. Även forskning som kan innebära en risk för fysisk eller psykisk skada på en person måste prövas. I Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) beskrivs vikten av att producera ny kunskap och forskning samtidigt som patientens hälsa inte ska utsättas för risk. Även om det vid en litteraturstudie inte förekommer någon direktkontakt med människor så måste etiska överväganden göras. Det är viktigt att göra korrekta bedömningar av den forskning som studeras och detta är beroende av författarnas metodologiska och språkliga kunskaper (Kjellström, 2012). Ur etisk synvinkel i denna studie har de valde studierna dels kontrollerats utifrån om det finns ett etiskt resonemang som stämmer överens med de lagar och riktlinjer som finns. Studierna har även lästs ur ett objektiva perspektiv och författarna har diskuterat innehållet sinsemellan och kontrollerat att det har uppfattats likvärdigt för att minska risken för feltolkning (ibid.).

## RESULTAT

Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av samtal om sexualitet med cancersjuka patienter samt vad som kan hindra eller underlätta för dessa samtal. Efter granskning och analys av data framkom fyra huvudteman som skapats av nio olika subteman (se tabell II). *Tilltro till sin kommunikativa förmåga*, *Kunskap kring sexualitet* och *Utbildning av patienten* var subteman som föll under temat Professionalitet. *Bjuda in till samtal* samt *Att bygga en relation och skapa en tillåtande atmosfär* placerades under Vårdrelation. *Ett genant och obekvämt område* och *Fördomar* skapade tillsammans temat Människosyn och slutligen bildade subtemana *Tidsbrist* och *Organisation* temat Miljö. Resultaten visade att vårdpersonal anser att kunskap kring sexualitet, goda kommunikativa förmågor var viktiga delar för att genomföra samtal om sexualitet av hög kvalitet. En god relation mellan vårdare och patient var en annan del som togs upp som centralt samtidigt som det fanns olika åsikter kring vem som skulle initiera/bjuda in till relationen eller samtalet. Vidare fann man att många såg sexualiteten som någon tabubelagt som var genant att samtala kring, vilket kunde hindra att samtalen hölls. Till sist visade resultaten även att tillräckligt med tid, tillgång till privata utrymmen och stöd från chefer var av relevans för ett gott samtal.

De kvantitativa resultaten presenteras främst i form av procent men kommer även på några ställen att presenteras som andelar eller medelvärden. Dessa medelvärden är baserade på siffror från de studier som använde sig av ett frågeformulär kallat SABS (Sexuality Attitudes and Beliefs Survey) där de tillfrågade fick gradera olika påståenden på en sexgradig Likertskala. 1-3 innebar att de tillfrågade höll med om ett visst påstående medan poäng mellan 4-6 innebar att de inte höll med. De kvalitativa resultaten presenteras som text, ibland med tillhörande citat.

Tabell II. Resultattabell. I kolumnen längst till vänster visas samtliga studier från resultatet. Resterande kolumner visar de subteman och teman som framkommit efter analysen och kryssen beskriver vilka subteman/teman som finns med i respektive studie.

Studie	Subtema								
	Tema								
	Tilltro...	Kunskap kring sexualitet	Utbildning av patienten	Bjuda in till samtal	Att bygga en relation ...	Ett genant och obekvämt område	Fördomar	Tidsbrist	Organisation
	Professionalitet		Vårdrelation		Människosyn		Miljö		
Hautamäki et al., 2007		X		X	X	X		X	
Huang et al., 2013		X		X		X			
Lavin & Hyde, 2005	X	X	X	X		X		X	X
Magnan et al., 2005	X	X		X		X	X		
Magnan & Reynolds, 2006							X	X	
Moore et al., 2013	X	X	X	X	X	X		X	X
Olsson et al., 2012		X			X	X	X		X
Saunamäki & Engström, 2013	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Zeng et al., 2010	X			X		X	X		
Zeng et al., 2011	X	X		X	X	X	X	X	X

## Professionalitet

### *Tilltro till sin kommunikativa förmåga*

Att känna sig säker på sin kommunikativa förmåga gällande känsliga ämnen var en viktig aspekt för att samtal kring sexualitet skulle tas upp och det kunde verka på ett främjande sätt för samtalet. Att få mer praktisk träning i form av workshops var något som efterlystes av vissa för att kunna tillämpa denna typ av samtal.

Goda kommunikationsfärdigheter var avgörande för om samtal skulle initieras och det visade sig att runt hälften av vårdpersonalen kände sig osäkra på sin kommunikativa förmåga i samband med samtal kring sexualitet (Magnan, Reynolds & Galvin, 2005; Zeng, Li, Wang, Ching & Loke, 2010; Zeng, Liu & Loke, 2011). Anledningen till denna osäkerhet kan ha berott på brist på övning och utbildning. Detta belystes av de tillfrågade i intervjustudierna som kände att de inte hade fått tillräcklig undervisning och praktisk träning sedan tidigare

vilket ledde till att de inte visste hur de skulle hantera frågor om sexualitet när de kom upp (Lavin & Hyde, 2006; Saunamäki & Engström, 2014). Åttiofem procent av de tillfrågade i Zeng et al. (2011) ansåg att kvaliteten på samtalet skulle höjas om man besatt en god kommunikationsförmåga och för att stärka denna förmåga och därmed förbättra samtalen kring sexualitet ansåg 85 % i Moore, Higgins och Sharek (2013) att möjligheten att få delta i workshops innehållande bl.a. rollspel skulle vara positivt. Detta beskrevs även i den kvalitativa delen av samma studie: ”*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*”.

### *Kunskap kring sexualitet*

Brist på kunskap kring hur sjukdom och behandling kan påverka patientens sexualitet sågs som något som gjorde det svårare att ha den här typen av samtal samtidigt som man ansåg att tillräcklig och adekvat kunskap kunde vara positivt och öppna upp för samtal.

Att vårdpersonal bör inneha professionell kunskap för att kunna lösa sexuella problem hos patienten höll 90 % med om och en fjärdedel pekade ut kunskapsbrist som det största hindret till att kunna samtala med patienter om detta i Huang et al. (2013). Resultaten i Magnan et al. (2005) visade dock att kunskapsbrist sågs som den minst troliga anledningen att man inte samtalade om sexualitet med patienten vilket skulle kunna förklaras av att den stora majoriteten ansåg att de hade tillräcklig kunskap inom området och att det därmed inte var ett problem. Andra studier visade att mellan 60-70 % kände att kunskapsbrist gjorde att det svårare att samtala med patienterna (Moore et al., 2013; Zeng et al., 2011) vilket också framkom i intervjustudierna där några av deltagarna kände att kunskapen saknades vilket gjorde dem osäkra inför att ha dessa samtal (Lavin & Hyde, 2006; Saunamäki & Engström, 2014). Även i Olsson, Berglund, Larsson & Athlins intervjustudie (2012) uppgavs det att man undvek ämnet på grund av rädslan för att göra fel och inte kunna stödja och vägleda patienten på korrekt sätt vilket enligt dem i grund och botten berodde på kunskapsbrist.

För att kunna förbättra och underlätta för samtal kring sexualitet ansåg mellan 75-90 % att mer utbildning och kunskap om de sexuella svårigheter som patienter med cancer upplever, behövdes (Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto, & Lehto, 2007; Moore et al., 2013). Detta bekräftades även i Lavin & Hydes (2006) samt Saunamäki & Engströms (2014)

intervjuer där många deltagare uppgav att de hade tillräcklig kunskap kring hur sjukdom och behandling kan påverka patientens sexualitet och denna kunskap öppnade upp för samtal.

### *Utbildning av patienten*

Att dela med sig av sin kunskap och utbilda patienten om frågor som rörde sexualitet sågs som viktigt hos de tillfrågade i intervjustudierna (Lavin & Hyde, 2006; Moore et al., 2013; Saunamäki & Engström, 2014). Några beskrev känslan av att ha gjort gott och rätt när patienterna med problem kopplat till sexualitet fått den hjälp de behövde och hade rätt till (Saunamäki & Engström, 2014). En deltagare i Lavin & Hydes studie (2006) berättade följande angående utbildning av patienter: *“It [sexuality education] is vital, not even to your breast cancer patients but to any patient to educate with cancer”*.

### **Vårdrelation**

#### *Bjuda in till samtal*

Att bjuda in patienten till samtal och ge denne utrymme/tillåtelse att prata om sexualitet sågs som vårdpersonalens ansvar i många studier. Andra ansåg dock att ämnet enbart skulle beröras om det var patienten som ställde frågor kring sexuella problem eller tog eget initiativ till ett samtal. Att patienterna var de som tog upp ämnet sågs som främjande för samtalet.

Majoriteten höll med om att det ligger inom deras ansvarsområde att ge patienten tillåtelse att samtala kring sexualitet (Hautamäki et al., 2007; Huang et al., 2013; Magnan et al., 2005; Zeng et al., 2011; Zeng et al., 2010). Även om många höll med om att det låg inom deras ansvarsområde var det runt 45-60 % som tyckte att samtalet endast skulle genomföras om det initierades av patienten (Magnan et al., 2005; Zeng et al., 2011) vilket också bekräftades i Saunamäki och Engströms (2014) samt Lavin och Hydes (2006) intervjuer. Liknande resultat fanns även i Moore et al. (2013) och Zeng et al. (2011) där 95 % respektive 55 % tyckte att det skulle underlätta om patienten tog initiativ till samtal. Endast ett fåtal av de tillfrågade gjorde det tydligt för patienten att de var tillgängliga för samtal eller gav dem möjlighet att ta upp ämnet (Hautamäki et al., 2007; Moore et al., 2013). Att ämnet inte togs upp frustrerade många i intervjustudierna som menade att en del patienter hoppades på att någon skulle ta upp ämnet med dem då de själva inte vågade vilket beskrivs i följande citat: *“We should be the patients’ spokespersons. We don’t get that part [sexuality] if we don’t bring it up”* (Saunamäki & Engström, 2014).

### *Att bygga en relation och skapa en tillåtande atmosfär*

Att ha känt patienten under en längre tid eller ha träffat denne mer kontinuerligt samt att ha en god vårdpersonal-patientrelation var en viktig faktor för att samtalet skulle bli så bra som möjligt. Vårdpersonalen använde sig av olika sätt för att öppna upp för samtal och skapa en tillåtande atmosfär. Det kunde vara humor eller att börja samtalet med fokus på relationer, förändrad självbild eller andra dimensioner av sexualiteten.

Att bygga upp en tillitsfull vårdrelation för att på ett respektfullt sätt kunna föra ett samtal med patienter kring sexualitet sågs som centralt av 75-90 % av de tillfrågade (Moore et al., 2013; Zeng et al., 2011) och i Olssons et al. (2012) intervjuer beskrevs det på följande sätt: *"It is not something you can come barging in with at the patient's first visit... you need to have some times ... you need to have established contact"*.

Då sexualitet ofta sågs som ett känsligt ämne var det viktigt att fundera kring hur samtalet skulle påbörjas. Några av deltagarna i intervjustudierna upplevde att humor, utan att ta bort allvaret av det existerande problemet, kunde fungera som en isbrytare för samtal och underlättade för både patienterna och vårdare (Saunamäki & Engström, 2014). Humorn gav vårdpersonalen mod att våga ta upp frågor kring ämnet med patienten (ibid.). Att ställa frågor som rörde förhållanden istället för att direkt fråga om sexualitet användes av 90 % i Hautamäki et al. (2007) och det kunde även ses i Olssons et al. (2012) intervjuer. I senast nämnda studie beskrevs även samtal om närhet, ömhet, tillgivenhet och känslor eller att börja prata om förändrad självbild som kan komma som en konsekvens av behandling, som möjliga vägar in i samtalet.

### **Människosyn**

#### *Ett genant och obekvämt område*

Sexualitet sågs som ett privat och tabubelagt ämne som många hade svårt att prata om. Resultaten visade en rädsla för att generera eller förolämpa patienten samtidigt som vårdpersonalen själva kände sig obekväma eller generade inför samtalet.

I intervjustudierna framkom att majoriteten av vårdpersonalen såg på sexualitet som något tabubelagt, obekvämt, genant och svårt att samtala kring och traditioner av att inte prata om det på avdelningen eller i den kultur man levde i försvårade det ännu mer (Lavin & Hyde, 2006; Olsson et al., 2012). Detta sågs även i de kvantitativa studierna där mellan 60-70 % kände sig obekväma eller generade (Huangs et al., 2013; Zeng et al., 2011) och en femtedel i



Hautamäki et al. (2007) pekade ut detta som den största barriären för att inte ta upp samtalet. I Magnans et al. (2005) studie visade det sig dock att strax över hälften kände sig bekväma med att prata med sina patienter om sexualitet. I samma studie var det 80 % som inte ansåg att ämnet var för privat för att diskutera med sina patienter medan 75-80 % i andra studier ansåg att det var för privat och trodde att patienten skulle känna sig generad eller förolämpad om ämnet kom upp (Moore et al., 2013; Zeng et al., 2010; Zeng et al., 2011). Föreställningen om att man skulle genera eller förolämpa sin patient bekräftades även i intervjuerna (Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014) och en deltagare beskrev följande: *It's something so private for some that, it has to come from them. That's how I'm thinking, but maybe they're fretting about a problem and they don't have the courage to ask and I don't have the courage to ask and then...the problem just remains...in shame.*” (Saunamäki & Engström, 2014).

En del av de tillfrågade förklarade att de ibland kunde uppleva en inre konflikt mellan vad man borde göra som professionell vårdpersonal och vad de personligen kände att de ville göra (Saunamäki & Engström, 2014). Denna konflikt uppstod då de kände sig osäkra eller hade känslor som de ansåg gjorde det omöjligt eller svårt att samtala kring sexualitet. De som vågade ta upp samtalet påpekade att det kunde vara relaterat till egen mognad samt att känna sig bekväm med sin egen sexualitet vilket beskrevs i Olsson et al. (2012): *”...to dare talk about this [sexuality], which is so very intimate, somehow I need [my] personal maturity. It also relates to my own sexuality...”*

### *Fördomar*

I resultatet framkom att många hade en föreställning om att patienter inte förväntade sig att vårdpersonal skulle ta upp frågor om sexualitet med dem, vilket medförde att samtalet inte genomfördes. En del ansåg även att hospitaliserade patienter inte skulle vara intresserade av att samtala kring sexualitet eftersom det inte var av intresse när man hade fått diagnosen cancer.

Största hindret för att ha ett samtal kring sexualitet var tron om att patienter inte förväntade sig att vårdpersonalen skulle ta upp det eller att de var för sjuka för att vara intresserade vilket mellan 65-80 % höll med om (Magnan et al., 2005; Zeng et al., 2010; Zeng et al., 2011). Även i Magnan och Reynolds (2006) studie var det en majoritet som inte höll med om att patienten förväntade sig att ämnet skulle tas upp (M=4,18) och i Saunamäki och Engströms (2014) intervjustudie återfanns liknande resultat. I Olssons et al. (2012) studie ansåg en del att

patienterna själva kunde ta hand om sina sexuella problem. Enligt deltagare i Saunamäki och Engströms (2014) intervjuer hade äldre personer och sängliggande personer inga sexuella behov utan de ansåg att sexualitet var något som berörde unga patienter som inte hade så allvarlig diagnos. Å andra sidan visade flera studier att en knapp majoritet (50-60 %) tyckte att det var viktigt att diskutera sexualitet med tanke på patientens hälsa (Magnan, et al., 2005; Zeng et al., 2010) och även i Magnan och Reynolds (2006) studie höll majoriteten med om detta ( $M = 2.81$ ).

## **Miljö**

Att föra ett gott samtal kring sexualitet med patienten var beroende av att vårdpersonalen hade tillräckligt med tid och att man inte skulle bli avbruten. Vidare var möjligheten till en privat miljö viktigt och de tillfrågade ansåg att stöd från chefer samt riktlinjer för hur dessa samtal skulle hållas kunde underlätta för samtalet.

## *Tidsbrist*

Sjuttiofem procent ansåg att otillräckliga resurser och personalbrist kan hindra att samtal om sexualitet med cancerpatienter kommer upp (Zeng et al., 2011). Vidare ansåg 90 % att tillräckligt med tid skulle främja samtalet om sexualitet (Moore et al., 2013). Majoriteten i Magnan & Reynolds (2006) studie höll inte med om att de tog sig tid för att samtala med patienten om sexualitet ( $M=4,05$ ) och tidsbristen sågs som ett hinder. Liknande resultat fanns i Hautamäki et al. (2007) där en femtedel såg tidsbrist som främsta orsak till att inte samtala med sina patienter om sexualitetsrelaterade problem. Att ha tillräckligt med tid för att kunna sitta ner med patienten i ett samtal utan att bli avbruten var centralt även i intervjustudierna då många ansåg att det var ett ämne som inte skulle diskuteras i förbifarten (Lavin & Hyde, 2006; Saunamäki & Engström, 2014).

## *Organisation*

I intervjuerna framkom att organisation av avdelningen och vården kunde ses både som förutsättningar eller hinder för att kunna skapa en tillitsfull relation mellan patient och vårdare (Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014). Stöd från chefer, att sexualitet fanns med som sökord i journalsystemet samt riktlinjer och rutiner för hur dessa samtal skulle hållas ansågs av deltagarna i Saunamäki & Engströms studie (2014) vara faktorer som kunde främja samtal kring sexualitet. Även i Moores et al. (2013) enkätstudie ansåg 80 % att riktlinjer på avdelningen kunde underlätta för samtalet.

Tillgång till privata utrymmen var också något som många av de intervjuade betonade som viktigt för ett gott samtal (Lavin & Hyde, 2006; Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014). Detta bestyrktes i de kvantitativa studierna där mellan 70-90 % såg tillgång till en privat miljö som en viktig del för att kunna föra samtal kring sexualitet (Moore et al., 2013; Zeng et al., 2011)

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Sökningarna genomfördes i databaser vilket ökar chansen att kvaliteten och standarden på de studier som hittas är hög då databaser är kvalitetskontrollerade informationskällor (Östlundh, 2012). De databaser som användes har bägge mer eller mindre ett omvårdnadsfokus, vilket enligt Henricson (2012b) kan öka möjligheten att finna studier av relevans som på så sätt kan stärka validiteten och trovärdigheten. Vidare ökar chansen att finna relevanta studier genom att använda avgränsningsfunktioner vid datainsamling och sökning (Östlundh, 2012). I denna studie gjordes följande avgränsningar: publikationsdatum (2005-2015), typ av artikel (forskningsartikel), typ av tidskrift (omvårdnad), språk (engelska), att de var refereegranskade samt att abstrakten fanns tillgängliga. Att en studie är refereegranskad innebär i sig inte att den är vetenskaplig, det måste läsaren själv ta reda på (ibid.). Däremot kan det sägas att möjligheten för att studien ska vara av god kvalitet ökar om den genomgått en refereegranskning eftersom det då har kontrollerats att den förmedlar ny kunskap, redovisar god forskning samt att forskningen presenteras så som den ska presenteras (Segesten, 2012b). Eftersom det aldrig går att lita på att den/de som granskat gjort korrekta bedömningar (ibid.) har studierna lästs kritiskt och kvalitetsbedömningar har gjorts av bägge författarna, oberoende av varandra. Vidare inkluderades endast tidskrifter med omvårdnadsinriktning (nursing) då forskningsproblemet och syftet berör aspekter inom denna vetenskap. Att avgränsa sökningarna till att enbart söka efter fulltextartiklar valdes bort eftersom datan då i första hand väljs ut efter utformning och inte innehåll vilket gör att lämpliga studier kan missas (Östlundh, 2012). Däremot gjordes avgränsningen att abstrakten skulle finnas tillgängliga vilket kan ses som en begränsning då relevanta studier kan ha missats. Dock gjordes bedömningen att det hade varit allt för tidskrävande att behöva läsa den mängd hela texter som det i så fall hade krävts med tanke på den tidsram som författarna hade till förfogande. Att söka studier skrivna på svenska hade visserligen givit en försäkran om att

innehållet var intressant för svensk hälso- och sjukvård men då huvuddelen av allt vetenskapligt material skrivs på engelska (ibid.) avgränsades sökningen till engelska språket. Synen på sex och sexualitet har genom historien ändrats otaliga gånger och är starkt kopplat till samhällsförändringar, rådande moral och värderingar (Löfgren, 2013). Med hänsyn till detta inkluderades endast tio år gamla studier för att försöka få en så korrekt bild som möjligt av hur forskningsproblemet ser ut idag.

Den totala evidensstyrkan i en studie är beroende av den analys som gjorts av den insamlade datan (Willman et al., 2012). Detta beror i sin tur på den vetenskapliga kvaliteten hos resultatstudierna var för sig, samstämmigheten dem emellan, deras överförbarhet, publikationsbias osv. För att kunna argumentera för eller emot studiernas evidensgrad genomfördes en kvalitetsgranskning. Det krävs förkunskaper i olika vetenskapliga undersökningsmetoder för att på ett korrekt sätt kunna värdera och granska studier (ibid.). Eftersom författarnas kunskap inom metodologi var begränsade då de endast ligger på en grundläggande nivå, kan det ha påverkat granskningen, men även hela studien, på ett negativt sätt. Dock utfördes kvalitetsgranskningen av båda författarna, oberoende av varandra, och sammanfördes sedan till en gemensam bedömning vilket stärker reliabiliteten (Henricson, 2012b; Rosén, 2012; Willman et al., 2012). De studier som exkluderades efter kvalitetsgranskningen var främst studier utan befintligt etiskt övervägande samt studier där metodbeskrivningen var ofullständig (utan relevanta referenser eller otydligt beskriven). En tydlig metodbeskrivning är viktig för studiens reliabilitet (Henricson, 2012b) och dessa studier ansågs därför sänka det vetenskapliga värdet av denna litteraturstudie och valdes bort. Att endast inkludera studier med etiska överväganden är dels viktigt för att det kan höja det vetenskapliga värdet i en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2008) men även för att försäkra sig om att deltagarna i studien inte utsatts för några risker, att deltagandet var frivilligt samt att personuppgifter hanterats korrekt (Kjellström, 2012; World Medical Association, 2013). Att dessa studier exkluderades förväntas inte ha några effekter på slutresultatet dels eftersom det vetenskapliga värdet var lågt men även eftersom deras resultat inte skiljde sig märkvärt från de inkluderade studiernas. Tvärtom kan då sägas att i och med att de studier som inkluderades hade tydliga metodbeskrivningar och etiska överväganden så ökade reliabiliteten och det vetenskapliga värdet av litteraturstudien.

I denna studie användes studier av både kvantitativ och kvalitativ typ vilket kan innebära både för- och nackdelar. Att enbart använda sig av studier som genomförts med samma typ av

forskningsdesign ökar validiteten och trovärdigheten (Henricson, 2012b) och man kan inte heller jämföra resultat från kvantitativ och kvalitativ forskning rakt av då de analyseras på olika sätt (Friberg, 2012a). Å andra sidan finns det fördelar med att använda båda typerna eftersom de kan komplettera varandras brister och därmed öka trovärdigheten för studien (Borglin, 2012). Även det faktum att resultatet i båda typerna av studier har besvarat denna studies syfte talar för den valda metodens styrka.

Man bör överväga risken att studier som är relevanta för forskningsproblemet kan ha missats vilket i sin tur kan ha gett ett snedvridet urval. Detta kan bero på svårigheter att hitta rätt sökord eller att inte tillräckligt många varianter/synonymer av sökorden har använts, vilket framför allt kan vara ett problem inom omvårdnadsforskningen som innefattar många olika varianter av begrepp och termer (Friberg, 2012a). För att minska risken att förbise relevanta studier användes i denna studie olika söktekniker som trunkering, booelsk söklogik, fältsökning samt sökhistorik, vilka ökade möjligheten för att all lämplig data hittades (Östlundh, 2012). Annat som tyder på att de studier som undersökt forskningsproblemet har hittats är att manuella sökningar i form av sekundärsökningar i de utvalda studiernas referenslistor genomfördes, för att på så sätt finna studier som eventuellt hade missats i de initiala sökningarna (ibid.).

Vid en litteraturstudie är det i princip omöjligt att hitta felfria studier utan man bör alltid ha i åtanke att förutom risken för snedvridet urval som beskrevs ovan, finns även risk för snedvridet resultat (Willman et al., 2012). En aspekt som kan bidra till ett snedvridet resultat är bortfall av data. I fem av de åtta kvantitativa resultatstudierna var bortfallet 15 % eller mindre, två låg på 30 % respektive 55 % och i en fanns bortfallet inte beskrivet. En anledning till detta bortfall kan ha varit en ovilja till att delta i studier som berör frågor kring sexualitet, då man kanske tycker att ämnet är generande eller tabubelagt. Man bör därför ha i åtanke att det kan finnas en resultatbias på grund av detta. Ur ett annat perspektiv finns risken att deltagarna svarat på ett sätt som anses vara socialt önskvärt då ämnet är så känsligt, vilket framförallt gäller för intervjustudierna då intervjuarens etnicitet, kön, sociala bakgrund och likande kan ha påverkat respondentens svar (Bryman, 2011). Dock visade det sig att resultaten i både de kvalitativa och kvantitativa studierna att stämde överens i många avseenden vilket ändå talar för deras trovärdighet.

I början av arbetsprocessen gick mycket tid åt att byta fokus av problemområde samt formulera ett syfte som ledde till att mindre tid kunde läggas på andra delar av processen. Detta kan ha haft en inverkan på både insamling och analys av data vilket kan ses som en begränsning av studien. Under arbetets gång lästes dock analys av data och resultat av både handledare och studiekollegor kontinuerligt i anknytning till grupphandledning vilket kan ha förstärkt både trovärdigheten och pålitligheten (Henricson, 2012b). Med det sagt bör man dock ha i åtanke att de inte har läst resultatartiklarna och därför inte kan gå i god för att författarnas analys är korrekt. För att vara säkra på att allt som var av substans i studiernas resultat hade hittats och dokumenterats skrev bägge författarna ner sammanfattningar som sedan användes vid analysarbetet och detta kan enligt Whittemore och Knafl (2005) ses som en slags validering av resultatet.

I den här studien har data samlats in från hela världen vilket man måste ta hänsyn till vid analys och tolkning av resultat. Man bör även fundera kring om eller vilken relevans de har för svensk hälso- och sjukvård (Willman et al., 2012). Relevansen i det här fallet ligger dels i att sexualitet som beskrivits tidigare för många är ett basalt behov (WHO, 2006) samt att de studier som inkluderats från andra länder än Sverige påvisade liknande resultat som de svenska studierna. Även om studierna är genomförda i olika länder av olika forskningsgrupper och undersökningsgrupper, så kan trovärdigheten öka om de påvisar liknande resultat (Willman et al., 2012), vilket var fallet i den här studien. Det krävs dock att undersökningsgrupperna då är någorlunda lika samt att inklusionskriterierna är tydliga. I vissa av de inkluderade studierna var inklusionskriterierna något otydliga men urvalet bestod genomgående av vårdpersonal som arbetade med direkt vård av cancersjuka patienter, vilket talar för att det ändå finns en viss likhet mellan undersökningsgrupperna. Viktigt i denna studie är att fundera och problematisera kring hur synen på sexualitet ser ut i olika länder med tanke på kontexten i form av religion, kultur och samhällsvärderingar. I denna studie inkluderades studier som har utförts i Finland, Kina, Sverige, USA samt på Irland. Kina har exempelvis en stark historia av att förtrycka människors sexualitet och frågor kring sex har länge setts som något tabubelagt och opassande och detta genomsyrar människors sätt att samtala kring ämnet (Khoo, 2009). På Irland har den katolska kyrkan haft och har delvis fortfarande, ett stort inflytande vilket har bidragit och bidrar till en konservativ syn på sexualitet (Hilliard, 2003). Att ha inkluderat studier utförda i olika länder där religion och samhällsvärderingar skiljer sig åt talar mot möjligheten att generalisera och överföra

resultaten till andra kontexter. Detta problem hade kunnat undvikas genom att göra en empirisk studie istället där enbart svensk vårdpersonal inkluderades. På grund av den knappa tiden som fanns för genomförande av studien valdes ändå litteraturstudie som design. Dock visade det sig som sagt efter analysen att resultaten inte skiljde sig åt märkvärt mellan studierna vilket ändå talar för att en viss generalisering skulle kunna göras. Samtidigt har inga studier utanför Europa, Asien och Nordamerika inkluderats eller hittats och detta medför att det inte går att säga säkert att resultaten kan överföras till alla kontexter.

Att använda sig av begreppet vårdpersonal innebär att fler yrkeskategorier än sjuksköterskor inkluderades. Även detta innebär att man bör vara försiktig med generaliseringar till andra kontexter och yrkesgrupper då det inte är en homogen grupp som undersökts och relevansen för svenska sjuksköterskor kan då ifrågasättas. Dock kan sägas att deltagarna i de svenska studier som inkluderades var legitimerade sjuksköterskor och resultaten i de studierna överensstämde till mångt och mycket med övriga studiers resultat vilket ändå kan tala för relevansen för den svenska vården och omvårdnaden.

Sett utifrån denna diskussion finns det flera faktorer som pekar mot en god validitet, reliabilitet och trovärdighet vilket är av intresse för att kunna avgöra om resultatet går att generalisera eller överföra till andra situationer (Henricson, 2012b). Dock innebär författarnas begränsade förkunskaper inom metodologi samt ovanstående resonemang kring hur olika kulturer, religioner och samhällsvärderingar eventuellt kan ha påverkat studiernas resultat, att man bör vara ytterst försiktig med att generalisera resultaten vidare.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av samtal om sexualitet med cancersjuka patienter samt vad som kan hindra eller underlätta för dessa samtal. Resultaten visade att vårdpersonal anser att kunskap kring sexualitet, goda kommunikativa förmågor var viktiga delar för att genomföra samtal om sexualitet av hög kvalitet vilket är kopplat till professionaliteten. En god vårdrelation mellan patient och vårdare var en annan del som togs upp som centralt samtidigt som det fanns olika åsikter kring vem som skulle initiera/bjuda in till relationen eller samtalet. Vidare spelade vårdpersonalens människosyn in då många såg sexualiteten som någon tabubelagt som var genant att samtala kring, vilket kunde hindra att samtalen hölls. Till sist visade resultaten även på miljöns inverkan på samtalet. Tillräckligt

med tid, tillgång till privata utrymmen och stöd från chefer var av relevans för ett gott samtal och om de skulle hållas eller ej.

Tidigare studier har beskrivit att patienter med cancer inte upplever att de får den information de behöver och önskar gällande vilken påverkan sjukdom och behandling kan ge på deras sexualitet (Flynn et al., 2012; Rasmusson et al., 2013). Detta innebär att omvårdnaden av patienten brister eftersom det ingår i professionen att dela med sig av sina kunskaper på ett för patienten begripligt sätt (Andersson, 2013). Orsaken till detta kan vara vårdpersonals självupplevda kunskapsbrist i ämnet och en osäkerhet på deras kommunikativa förmågor som enligt denna studies resultat var anledningar till att samtalen inte hölls. Det senare kunde även ses i Wilkinsons (1991) samt Corts et al. (2001) studier där vårdpersonal upplevde kommunikationsmässiga svårigheter när det kom till att samtala kring känsliga ämnen så som sexualitet. För att kunna förbättra dessa brister visade resultaten i denna studie att mer utbildning och praktisk träning önskades av vårdpersonalen för att på så sätt öka kvaliteten på samtalen. Att använda sig av kommunikationsmodeller vid samtalet var däremot inget som togs upp i någon av studierna, men att använda sig av sådana kan hjälpa och stödja vårdpersonalen och även göra samtalet bättre och bekvämare för bägge parter (Kaplan & Pacelli, 2011). Utöver detta har Andersson (2013) även beskrivit att acceptans, respekt och intresse från vårdpersonalen är centralt inom kommunikationen i vårdrelationen, detta för att göra det enklare för patienten att dela sin berättelse. Dessa delar har dessutom pekats ut av patienter själva, då de beskrivit en önskan om att vårdpersonalen ska lyssna på vad de har att säga (intresse/acceptans), vara ärliga (respekt) samt att se till samtalet sker på deras villkor på ett sätt som passar dem (respekt) (Hordern & Street, 2007; Sekse et al., 2015).

Även att inneha god kunskap kring cancers påverkan på sexualiteten för att på så sätt kunna ha ett professionellt samtal med patienten sågs i resultatet som viktigt för deltagarna. Enligt Cort et al. (2001), Haboubi & Lincoln (2003) och Shell (2002) ingår det i vårdpersonalens yrke att besitta tillräcklig kunskap för att kunna bedöma, utvärdera och rådgiva patienters vårdbehov kopplat till deras sexuella hälsa vid sjukdom och behandling för att kunna ge en holistisk omvårdnad. Vårdpersonal ska alltså dela med sig av sina kunskaper och erfarenheter till de som är i behov av dem (Andersson, 2013). Detta kan också ses i ett av stegen i kommunikationsmodellen BETTER där man bl.a. ska förse patienten med information kring hur olika biverkningar av sjukdom och behandling kan påverka sexualiteten (Mick et al., 2004). Dock visade resultaten i denna studie att få ansåg att de hade den kunskap som krävdes



för att kunna samtala med patienten om dennes eventuella svårigheter relaterat till sexualiteten. Detta har även setts i tidigare studier gjorda på området där vårdpersonal upplever att de inte har tillräcklig kunskap kring sexualitet vilket hindrar dem från att hålla dessa samtal eller att kvaliteten på dessa brister (Guthrie, 1999; Kautz et al., 1990; Kotronoulas, et al., 2008; Matocha & Waterhouse, 1993; Tsai, 2004). Å andra sidan har studier som undersökt cancerpatienters upplevelser visat att de viktigaste är att vårdpersonalen skapar en tillåtande och stödjande atmosfär där patienten får prata fritt, inte att de besitter expertkunskap inom området (Southard & Keller, 2009; Stead, Brown, Fallowfield, & Selby, 2003). I motsats till detta har annan forskning beskrivit att patienter önskat att de fått adekvat information kring de sexuella problem som uppstått/kan uppstå (Hordern & Street, 2007; Sekse et al., 2015). Detta innebär att det dels finns motsättningar mellan vad vårdpersonalen tror och känner är viktigt å ena sidan och vad patienter värdesätter å den andra, samtidigt som det även skiljer sig åt från patient till patient och vad de tycker är viktigt. Ur ett professionellt perspektiv måste vårdpersonalen alltså ha tillräcklig kunskap kring sexualitet och kunna förmedla den på rätt sätt och samtidigt ha ett personcentrerat synsätt med utgångspunkt från patientens behov som ibland bara innebär att man ska finnas där som stöd (Andersson, 2013; Flensner, 2014; Wiklund, 2003; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Även om många av deltagarna ansåg att det låg inom deras profession att ha denna typ av samtal rådde det delade meningar om hos vem ansvaret låg när det gällde initiering av ett samtal. Vissa ansåg att det var patientens ansvar medan andra menade att skyldigheten låg hos vårdpersonalen. Några pekade på vikten av att man agerade som företrädare för patienten eftersom de inte vågade ta upp ämnet själva och menade att om frågan kring sexuella problem aldrig togs upp av vårdpersonal skulle problemet inte heller kunna lösas. Detta styrks även av tidigare studier av patienter med cancer som visat att de önskade att vårdpersonalen skulle ha tagit initiativet då de själva tyckt att det var genant eller haft en tro om att deras problem inte var relevanta (Rasmusson et al., 2013; Sekse, et al., 2015; Southard & Keller, 2009). Ur ett omvårdnadsperspektiv är det i en vårdrelation vårdarens ansvar att visa att man står till patientens förfogande genom att bjuda in och ta initiativ till relationen för att sedan vänta på att patienten accepterar denna inbjudan (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Vårdaren besitter även mer makt än patienten vilket gör vårdarens ansvar ännu större och därför bör initiativet tas av denne (Wiklund 2003; Vinthagen, 2013), framför allt om patienten tycker att ett ämne är genant eller inte tror att deras problem är viktiga nog. Även enligt

kommunikationsmodellen BETTER är det vårdaren som både ska ta initiativet till att ta upp ämnet samt skapa en tillåtande atmosfär där det är okej att prata om sexualitet (Mick et al., 2004).

Just att skapa en tillåtande atmosfär och att inom ramen för den bygga upp en tillitsfull vårdare-patientrelation med stöd, respekt och acceptans i fokus, har belysts som viktiga faktorer hos patienter för att ett gott samtal kring sexualitet ska kunna hållas (Hordern & Street, 2007; Lemieux et al., 2004; Sekse et al., 2015; Southard & Keller, 2009; Stead et al., 2003). Därtill har Eriksson (1997) i sin caritativa omvårdnadsteori beskrivit vikten av den vårdande relationen och att man i den måste utgå från patientens specifika behov och lidande. Även i denna studies resultat visade sig vårdrelationens betydelse för om eller hur samtal kring sexualitet hölls, vara stor för en del av de tillfrågade. Det sågs som viktigt att bygga upp en relation baserad på tillit innan samtalet kunde genomföras. Liknande resultat syns i annan forskning där det har beskrivits att ett gott samtal rörande ett så pass känsligt ämne som sexualitet bör genomföras av vårdpersonal som har en god och tillitsfull relation till patienten (Gott, Henchiff & Galena, 2004).

Resultaten visade hur de tillfrågade använde sig av olika metoder för att öppna upp för samtal kring sexualitet. Humor var en metod som användes vilken även inom andra områden, har visat sig fungera som verktyg för att inleda samtal kring svåra och känsliga ämnen men kan även hjälpa vårdpersonalen och patienten att bygga upp en relation (Kinsman, Dean & Gregory, 2004; Haydon & Riet, 2014). Dock finns det alltid en risk att patienten inte känner att hen tas på allvar om humorn får ta för stor plats (Haydon & Riet, 2014) och därför är det viktigt att inte glömma bort allvaret av problemet vilket även belystes i resultatet av denna studie. Andra öppnade upp samtal med frågor kring närhet, ömhet, tillgivenhet och känslor eller att börja prata om förändrad självbild som kan komma som en konsekvens av behandling. Detta kan ses som ett sätt att inkludera hela personen, dvs. att ha ett holistiskt synsätt och att man utgår från patienten som person, vad som är viktigt för just den individen, eftersom problem som rör sexualiteten kan påverka flera delar av människan (Flensner, 2014; Fugate, 1987; Wiklund, 2003; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Det är även ett av stegen i kommunikationsmodellen BETTER där vårdpersonalen ska förklara att sexualiteten sexualitet för många har betydelse för livskvaliteten samt att det berör mer än bara samlag utan har även att göra med ömhet, kärlek och tillgivenhet (Mick et al., 2004). Likväl skulle man kunna se denna metod som ett sätt att gå runt det egentliga problemet för de som känner sig obekväma

med ämnet. Det är viktigt att komma ihåg att somliga patienter efterlyst ärlig, adekvat och relevant information (Hordern & Street, 2007; Sekse et al., 2015) och därför måste vårdpersonal även kunna samtala om de direkta problemen.

Vårdpersonalens har en viktig roll i att prata med sina patienter om sexuella problem (Higgins et al., 2006; Warner et al., 1999) och för att kunna utföra en holistisk omvårdnad är det som tidigare nämnts viktigt att ta hänsyn till patientens sexualitet (Di Giulio, 2003; Schwartz & Plawecki, 2002; Wilmoth, 2001). I denna studies resultat visade det sig att en del av vårdpersonalen ansåg att det var viktigt att prata med sina patienter om deras sexualitet för att kunna nå bästa möjliga hälsoreultat. Dock visade det sig även att sexualitet sågs som ett tabubelagt ämne som för många var svårt att prata om. Att vårdpersonal känner sig obekväma eller generade när dessa samtal ska hållas eller att de inte anser att det ingår i deras profession, har beskrivits som anledningar till att det upplevs som svårt i Guthries (1999), Kautz et al., (1990), Kotronoulas et al., (2008), Matocha och Waterhouses, (1993), Nakopoulou et al., (2009) och Tsais (2004) studier.

I resultatet framkom att deltagarna inte trodde att patienterna väntade sig att vårdpersonalen skulle samtala med dem om sexualitet. Många var rädda att förolämpa eller generera patienterna genom att ta upp ämnet vilket även visats i studier gjorda på vårdpersonal som arbetar med hjärtsjuka (Doherty, Byrne, Murphy & Mcgee, 2011; Jaarasma et al., 2010). I denna studies resultat fanns även tankar kring att hospitaliserade patienter, sängliggande eller äldre patienter var för sjuka för att intressera sig för sexualitet och inte hade några sexuella behov vilket även setts i annan forskning (Fisher, Bowman & Thomas, 2003; Hordern & Street, 2007; Stead et al., 2003). Andra har haft föreställningar att patienter inte vill ha barn när de vet att deras svåra sjukdom kan göra att de inte kommer leva länge nog för att se sitt barn växa upp, vilket medförde att vårdpersonalen ej tog upp frågor kring fertilitet och sexualitet (King et al., 2008). Dock har studier gjorda med patienter som sagt visat att de vill att vårdpersonalen ska ta initiativ till att prata med dem om sexualitet eftersom ämnet är viktigt för dem (Rasmusson et al., 2013; Sekse et al., 2015; Southard & Keller, 2009) och de väntar sig att vårdpersonalen ska ge information om det som är aktuellt för deras hälsa (Hordern and Street, 2007; Sekse et al., 2015). Tanken om att patienten är för sjuk för att vara intresserad av sexualitet kan emellertid vara befogad då patienter med cancer beskrivit att de vid sjukdomens början inte ansett att frågor kring sexualitet varit viktiga (von Essen & Sjoden, 1991; Lemieux et al., 2004; Olsson et al., 2013). När, hur och vilken information som ska ges är helt beroende av

vem patienten är och vilken vikt denne lägger vid sin egen sexualitet (Olsson et al. 2013) och därför är det viktigt att finnas tillhands för patienten under hela sjukdomsprocessen för att ge stöd eller information då frågor kring sexualitet kan uppkomma när som helst (Meleis et al., 2000).

Vilken människosyn, moral samt vilka värderingar vårdpersonal har påverkar hur vårdrelationen och även samtal med patienten utvecklas och spelar därmed roll för kvaliteten på vården (Andersson, 2013; Flensner, 2014). Om vårdpersonal tabubelägger sexualiteten, inte tror att patienter med cancer har några sexuella behov eller funderingar kring detta tappas professionaliteten eftersom man då inte gör det som kan gagna patienten eller delar med sig av den kunskap som patienterna kan vara i behov av (Andersson, 2013). Som vårdpersonal är det därför av yttersta vikt att man kan reflektera över sina egna behov, känslor, normer och värderingar, hur man ser människan och hur det sedan kan påverka huruvida vården som ges är av hög kvalitet och av professionell karaktär (ibid.).

Under temat miljö pekade de tillfrågade i denna studie på hur otillräckliga resurser som exempelvis personalbrist vilket visade sig i form av brist på tid kunde hindra att samtal om sexualitet med cancerpatienter skulle komma att tas upp. Andra påpekade att de helt enkelt inte tog sig tiden för att föra dessa samtal. Sett ur ett annat perspektiv ansåg många att samtalen kunde främjas att ha tillräckligt med tid samt att inte bli avbruten, eftersom det är ett ämne som inte bör diskuteras i all hast. Resursbrist har även i tidigare forskning visat sig vara anledningar till att samtal kring sexualitet inte hålls (Butler and Banfield, 2001; Tsai, 2004). Stress och en upplevd tung arbetsbörda är andra faktorer som har en negativ inverkan på dessa samtals vara eller icke vara (ibid.) men det var dock inget som framkom i denna studies resultat. Dock innebär en tung arbetsbörda ofta brist på tid vilket i sin tur kan skapa känslor av stress så dessa begrepp är ändå nära sammankopplade. Enligt Erikssons omvårdnadsteori är intresse och närvaro i varje möte med patienten centralt vilket då kan upplevas som problematiskt av vårdpersonalen när tiden inte räcker till (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Att inte bli störd var även kopplat till möjligheten att hålla samtalet i ett privat utrymme som ansågs vara av vikt för ett gott samtal kring sexualitet. Hur avdelningen var organiserad, om det fanns riktlinjer rörande området samt hur chefer såg på hur eller om samtal om sexualitet skulle hållas kunde både hindra och underlätta för att samtalen hölls samt på vilket sätt de utfördes. Att inte få stöd från chefer samt möjligheter till privata utrymmen har även tidigare visat sig vara hinder i samband med den här typen av samtal (Kautz et al., 1990; Kotronoulas

et al., 2009; Lewis & Bor, 1994; Nakopoulou et al. 2009; Tsai, 2004). Hur en vårdorganisation är utformad beror bland annat på den vårdkultur som råder på avdelningen (Ylikangas, 2012) och kan därför sägas vara av betydelse för hur och om samtal kring sexualitet hålls. Om det finns värderingar hos majoriteten av chefer och personal på avdelningen som antyder att den här typen av samtal inte är av relevans eller att tid inte avsätts, är risken stor för att de samtalen inte hålls även om det finns annan personal som inte håller med om detta. Eftersom den sociala miljöns (och den estetiska) utformning har betydelse för omvårdnaden samt kan påverka patientens hälsa och välbefinnande (Flensner, 2014, Ylikangas, 2012) är det även viktigt att man funderar kring hur organisationen och vårdkulturen ser ut och vilken påverkan det till sist får för patienten.

### **Slutsats**

Vårdpersonalen ansåg att relevant kunskap kring sexualitet och en förmåga att kunna kommunicera den på rätt sätt är essentiellt vid samtal med cancerpatienter om deras sexualitet. Huruvida det är vårdpersonalen eller patienten som bör initiera ämnet rådde det delade meningar om, men enligt forskning och omvårdnadslitteratur bör det vara vårdpersonalens ansvar. Att ha tillräckligt med tid samt tillgång till ett privat utrymme var också viktigt för att kunna vara närvarande och kunna hålla ett professionellt samtal. Synen på sexualitet som något privat, genant och tabubelagt hindrade vårdpersonal från att samtala om ämnet, vilket kan innebära att patienten inte får alla sina omvårdnadsbehov tillgodosedda. Därför är det av största vikt att vårdpersonal som möter dessa patienter har ett reflexivt förhållningssätt där de funderar kring sin syn på människan i allmänhet, men framförallt på människan som sexuell varelse i synnerhet och hur det i sin tur kan påverka om patienten får en holistisk omvårdnad eller ej. Med hjälp av adekvat kunskap, goda kommunikativa förmågor samt ett reflexivt förhållningssätt kan alltså samtal kring sexualitet hålla en god och professionell kvalitet.

### **Betydelse**

Sexualitet ses av många som ett basalt behov med betydelse för människans livskvalitet. Patienter med cancer kan drabbas av sexuella svårigheter på grund av sjukdomen i sig, kirurgi och behandling och det finns en önskan från dem att vårdpersonalen ska uppmärksamma detta i större utsträckning än vad som redan görs. Då människor har rätt till att själva få besluta om de vill vara sexuellt aktiva eller inte samt ska ges möjligheter till att upprätthålla ett tillfredställande, säkert och njutbart sexualliv måste vårdpersonal tillgodose patienters behov

rörande dessa frågor för att kunna bidra med en holistisk omvårdnad. Denna studie har visat att kunskap kring sexualitet, förmåga att kommunicera och reflexivitet är viktiga komponenter för att denna typ av samtal och omvårdnad ska kunna genomföras. Inom omvårdnadsutbildningen och fortbildning för yrkesverksam vårdpersonal kan och bör därför teoretisk och praktisk undervisning kring detta erbjudas.

### **Förslag på vidare forskning**

Eftersom det verkar råda delade meningar mellan hur patienter och vårdpersonal anser att samtal kring sexualitet inom cancervården ska genomföras och initieras behövs framförallt mer forskning på patienters upplevelser och önskningar. Detta för att vårdpersonal ska kunna tillgodogöra sig sådan forskning och på så sätt möta patientens förväntningar av omvårdnaden. Det behövs också mer forskning som enbart riktar in sig på en svensk kontext eftersom synen på sexualitet skiljer sig åt mellan olika länder, kulturer och samhällen.

### **Författarnas insatser**

Arbetet har fördelats jämnt mellan författarna under processens gång och det mesta har gjorts gemensamt. Inläsning av litteratur har delvis skett på varsitt håll för att sedan diskuteras författarna sinsemellan. Datainsamling, analys samt diskussion har författarna genomfört tillsammans för att hela tiden kunna föra en kritisk dialog i förhållande till innehållet och för att försäkra sig om att det tolkats på samma sätt. Struktur och tidsplan har hållits enligt överenskommelse.

## REFERENSER

- Andersson, S. (2013). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (s. 113-146). Lund: Studentlitteratur AB.
- Berglund, G., Nystedt, M., Bolund, C., Sjöden, P-O. & Rutquist, L-E. (2001). Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: a prospective randomised study. *Journal of Clinical Oncology*, 1;19(11), 2788-2796
- Berterö, C. (2001). Altered sexual patterns after treatment for prostate cancer. *Cancer Practice*, 9(5): 245–251. doi: 10.1046/j.1523-5394.2001.009005245.x
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.139-149 ). Lund: Studentlitteratur.
- Borglin, G. (2012). Mixad metod – en introduktion. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.269-286 ). Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Butler, L. & Banfield, V. (2001). Oncology nurses' views on the provision of sexual health in cancer care. *Journal of Sexology Reproduction Medicine*, 1(1), 35–39.
- Crowe, H. & Costello A-J. (2003). Prostate cancer: perspective on quality of life and impact of treatment on patients and their partners. *Urologic Nursing* 23(4), 279-285.
- Cort, E., Attenborough, J., & Watson, J. (2001). An initial exploration of community mental health nurses' attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8(6), 489-499. doi:10.1046/j.1351-0126.2001.00425.x
- Di Giulio, G. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: a review of key issues. *Canadian Journal Of Human Sexuality*, 12(1), 53-68.
- Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A.W. & Mcgee, H.M. (2011). Cardiac Rehabilitation Staff Views about Discussin Sexual Issues with Coronary Heart Disease Patients: A National Survey in Ireland. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 101-107. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.05.002
- Eriksson, K. (1997). Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1),8-13.
- von Essen, L., & Sjöden, P. (1991). Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *Journal Of Advanced Nursing*, 16(11), 1363-1374. doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01566.x

- Finnström, B. (2014). Den professionella sjuksköterskan i dagens vård. I E. Dahlborg-Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne* (s. 59-84). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fisher, J. A., Bowman, M., & Thomas, T. (2003). Issues for South Asian Indian patients surrounding sexuality, fertility, and childbirth in the US health care system. *The Journal Of The American Board Of Family Practice / American Board Of Family Practice*, 16(2), 151-155. doi: 10.3122/jabfm.16.2.151
- Flensner, G. (2014). Det vetenskapliga ämnet. I E. Dahlborg-Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne* (s. 85-106). Lund: Studentlitteratur AB.
- 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
- Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 33-143). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Tankeprocessen under examensarbetet. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37-46). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012c). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Fugate, W. (1987). Toward a holistic perspective of human sexuality: Alterations in sexual health and nursing diagnoses. *Holistic Nursing Practice*, 1(4), 1-11.
- Gidlund, K. (2013). *I kroppen min – Resan mot livets slut och alltings början*. Stockholm: Bokförlaget Forum.
- Gott M., Hinchliff S. & Galena E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine* 58(11), 2093–2103. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.08.025
- Gustafsson, T. & Rydström, J. (2009). Den goda sexualiteten. *Historisk tidsskrift*, 129(3), 356-360.
- 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: 10.1080/0963828021000031188



- \*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. doi: 10.1097/01.NCC.0000290808.84076.97
- Haydon, G., & Riet, P. (2014). A narrative inquiry: How do nurses respond to patients' use of humour?. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 46(2), 197-205. doi:10.5172/conu.2014.46.2.197
- Henricson, M. (2012a). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.53-66). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2012b). Diskussion. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur.
- Hilliard, B., 2003. The Catholic church and married women's sexuality. *Irish Journal of Sociology* 12 (2), 28–49.
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. (2006). Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *International Journal Of Nursing Practice*, 12(6), 345-351
- Holmberg, S.K., Scott, L.L., Alexy, W. & Fife, B.L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(1), 53-60.
- 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(x), 224-227.
- \*Huang, LL., Pu, J., Liu, L-H., Du, X-B., Wang, J., Li, J-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
- Hughes, M. (2000). Sexuality and the cancer survivor: a silent coexistence. *Cancer Nursing*, 23(6), 477-482.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2009). Sexualitetet. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 677-709). Lund: Studentlitteratur AB
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Genève: International Council of Nurses.
- Jensen P.T., Groenvold M., Klee M.C., Thranov I., Petersen M.A. & Machin D. (2004). Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. *Cancer* 100(1), 97–106. doi: 10.1002/cncr.11877
- Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P., ... Thompson, D.R. (2010). Sexual Counselling of Cardiac Patients: Nurses' Perception of

Practice, Responsibility and Confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 24-29. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.11.003

Jensen P.T., Groenvold M., Klee M.C., Thranov I., Petersen M.A. & Machin D. (2003). Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 56(4), 937–949. doi:10.1016/S0360-3016(03)00362-6

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. (2012). Informationsökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.95-113). Lund: Studentlitteratur.

Katz, A. (2005). The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(x), 238-241. doi: 10.1200/JCO.2005.05.101

Kautz, D D., Dickey, C A. & Stevens, M N. (1990). Using research to identify why nurses do not meet established sexuality nursing care standards. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 4(3), 69-78.

Khoo, S.B. (2009). Impact of cancer on psychosexuality: cultural perspectives of Asian women. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 481–488. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01797.x

King, L., Quinn, G.P., Vadaparampil, S.T., Gwede, C.K., Miree, C.A., Wilson, C., Clayton, H. & Perrin, K. (2008). Oncology nurses' perceptions of barriers to discussion of fertility preservation with patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 467–476. doi:10.1188/08.CJON.467-476

Kinsman Dean, R. & Gregory, D. (2004) Humor and laughter in palliative care: An ethnographic investigation. *Palliative & Supportive Care*, 2(2), 139-148. doi: 10.1017/S1478951504040192

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

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

Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., & Patiraki, E. (2009). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Supportive Care in Cancer*, 17, 479–501. doi: 10.1007/s00520-008-0563-5.

\*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. doi:10.1016/j.ejon.2005.12.006

Lemieux, L., Kaiser, S., Pereira, J., & Meadows, L. (2004). Sexuality in palliative care: patient perspectives. *Palliative Medicine*, 18(6), 630-637. doi: 10.1191/0269216304pm941oa

Lewis, S. & Bor, R. (1994). Nurses' knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of this with nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 251–259. doi:10.1046/j.1365-2648.1994.20020251.x

Löfgren-Mårtensson, L. (2013). *Sexualitet*. Malmö: Liber AB.

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

\*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.

Matocha, L.K. & Waterhouse, J.K. (1993). Current nursing practice related to sexuality. *Research in Nursing & Health*, 16(5), 71-378. doi: 10.1002/nur.4770160508

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances In Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Mick, J., Hughes, M., & Cohen, M.Z. (2004). Using the BETTER model to assess sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 84–86. doi: 10.1188/04.CJON.84-86

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

Nakopoulou, E., Papaharitou, S. and 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

NANDA International. (2013). *Omvårdnadsdiagnoser – definitioner och klassifikation 2012-2014*. Lund: Studentlitteratur AB

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

Pelusi J. (2006) Sexuality and body image: research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *American Journal of Nursing* 106(3), 32–38.

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

Regeringskansliet. (2010). *Dialog för förändring. Ett material för policydialog om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Utrikesdepartementet: Stockholm.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 429-444). Lund: Studentlitteratur.

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

\*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

SBU (2014). States beredning för medicinsk utvärdering. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. Stockholm. Från <http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Schwartz, S., & Plawecki, H. (2002). Consequences of chemotherapy on the sexuality of patients with lung cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 6(4), 212-218. doi:10.1188/02.CJON.212-216

Segesten, K. (2012a). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F, Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2012b). Användbara texter. I F, Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 47-56). Lund: Studentlitteratur.

Sekse, R., J-T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness - Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International* 36(11), 1255-1269. doi: 0.1080/07399332.2014.989436

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Shabsigh, R., Shah, M. & Sand, M. (2008). Erectile Dysfunction and Men's Health: Developing a Comorbidity Risk Calculator. *Journal of Sexual Medicine*, 5(5), 1237-1243. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00793.x

Shell, J. (2002). Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: sexual dysfunction. *Oncology Nursing Forum*, 29(1), 53-69. doi:10.1188/02.

Søderberg, L. H., Johansen, P. P., Herning, M., & Berg, S. K. (2013). Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(23/24), 3532-3540. doi:10.1111/jocn.12382

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Southard, N. & Keller, J. (2009) The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 13(2), 213-217. doi: 10.1188/09.CJON.213-217

- 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
- Tsai, Y-F. (2004). Nurses' facilitators and barriers for taking a sexual history in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 17(4), 257-64. doi:10.1016/j.apnr.2004.09.011
- 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
- Vinthagen, S. (2013). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (s. 73-110). Lund: Studentlitteratur AB.
- Warner, P., Rowe, T., & Whipple, B. (1999). Shedding light on the sexual history. *American Journal Of Nursing*, 99(6), 34-41.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- WHO. (1997). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. X: World Health Organization. Från [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- WHO, Department of Reproductive Health and Research. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. Genève: World Health Organization. Från [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf?ua=1](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1)
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wilkinson, S. (1991). Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal Of Advanced Nursing*, 16(6), 677-688. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01726.x
- Wilkinson, S., Bailey, K., Aldridge, J., & Roberts, A. (1999). A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 13(4), 341-348. doi: 10.1191/026921699672159169
- Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 37-50). Lund: Studentlitteratur AB
- Willman, A. & Stoltz, P. (2012). Metasyntes. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s.457-468). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Wilmoth, M.C., 2001. The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nursing*, 4(x), 278-286.

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Fortaleza: World Medication Association.

Ylikangas, C. (2012). Miljö - ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin & I Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.265-277). Lund: Studentlitteratur AB.

\*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. doi:10.1097/NCC.0b013e3181f04b02

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

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

\*Resultatartiklar

## BILAGOR

### Bilaga I. Artikelmatris

Författare, År, Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
<p>Hautamäki, Miettinen, Kello-kumpu-Lehtinen, Aalto &amp; Lehto, 2007, Finland</p> <p><i>Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues</i></p>	<p>Att beskriva vårdpersonalens attityder mot och erfarenheter av att diskutera sexualitetsrelaterade problem med patienterna på ett universitetssjukhus i Finland,</p>	<p>Enkätstudie med tvärsnittsdesign med kvantitativ ansats.</p> <p>Enkät med frågor kring demografi, graderings- och kryssfrågor.</p> <p>Data analyserades med Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Frekvensdistribution och korstabeller användes för att beskriva resultatet.</p>	<p>300 vårdpersonal från utvalda avdelningar som specialiserar sig på cancer. Även personal från internmedicin-, neurologi-, urologi- och gynekologiavdelningar deltog i studien i jämförande syfte.</p> <p>215 svarade (bortfall 28 %)</p>	<p>Majoriteten ansåg att det var deras ansvar att tala med patienterna om sexualitet. Dock visade det sig att det var få som i praktiken tog upp ämnet med sina patienter.</p> <p>En del tyckte att patienterna borde vara de som tog upp ämnet om de ville veta något.</p> <p>Tidsbrist, att känna sig obekvämt hindrade deltagarna från att ta upp ämnet samtidigt som mer utbildning och kunskap skulle förbättra och underlätta.</p>	<p>90 %</p> <p>Oklart med reliabilitetstestning</p>
<p>Huang et al., 2013, Kina</p> <p><i>Cancer department nurses' attitudes and practices in response to the sexual issues of pelvic radiation patients: A survey in Sichuan, China</i></p>	<p>Att undersöka vårdpersonalens erfarenheter/ upplevelser av frågor som rör sexualitet hos cancerpatienter som genomgår strålning av bäcken i Kina.</p>	<p>Enkätstudie med kvantitativ ansats.</p> <p>Självadministrerad enkät med bestående av demografiska frågor, gradering av påståenden kring sexualitet samt en del där de skulle identifiera de frågor</p>	<p>150 personer som arbetade på canceravdelningar vid sex olika sjukhus i Sichuan, Kina.</p> <p>Totalt svarade 128 på enkäten (bortfall 14,66%)</p>	<p>Majoriteten av vårdpersonalen ansåg att sexualitet är ett område som ingår i deras profession.</p> <p>Vårdpersonalen var positivt inställda till att diskutera frågor kring sexualitet med patienter men faktorer som hindrade var bl.a. kunskapsbrist, att inte känna sig bekväm med ämnet samt att man trodde att patienterna var för sjuka för att vara intresserade.</p>	<p>80 %</p> <p>Otydligt urvalsförfarande och något litet urval. Saknas inklusions-/exklusionskriterier.</p> <p>Få jämförelser med andra</p>

		<p>som patienterna ställde oftast.</p> <p>Data analyserades genom deskriptiv statistisk metod med Statistical Package for Social Sciences (SPSS). <math>\chi^2</math>-test användes för att söka efter korrelation mellan upplevelser och demografisk data.</p>			studier i diskussionen.
<p>Lavin &amp; Hyde, 2005, Irland</p> <p><i>Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemo-therapy for breast cancer in an Irish context</i></p>	<p>Vårdpersonals uppfattningar och upplevelser av att hantera sexualitet som en aspekt av vården för kvinnor som får kemoterapi mot bröstcancer.</p>	<p>Kvalitativ forskningsstrategi</p> <p>Djupintervjuer</p> <p>Jämförande analysmetod</p>	<p>Ändamålsenligt urval. 10 vårdpersonal från kemoterapiavdelningar från tre sjukhus på Irland deltog.</p> <p>Inklusionskriterier: -Minst tre års erfarenhet som vårdpersonal och minst ett års erfarenhet av kemoterapi, -Utbildade på Irland.</p>	<p>Vårdpersonalen hade en bred definition av sexualitet som inbegrep både det fysiska och psykiska. De var överens om att det var viktigt att få information om sexualitet i förhållande till sin behandling men i verkligheten var det få som gjorde det.</p> <p>Hälften tyckte att patienten var det som borde ta upp ämnet först. Bristar i miljö och organisation hindrade. En del var rädda för att förolämpa patienterna och att säga fel saker. Kulturen på Irland är konservativ och sexualitet är i många avseende tabu att tala om.</p>	<p>85 %</p> <p>Relationen forskare-urval är ej tydligt beskriven.</p> <p>Ingen tydlig generering av hypotes/modell</p>
<p>Magnan et al., 2005, USA</p> <p><i>Barriers to Addressing Patient's Sexuality in Nursing Practice</i></p>	<p>Att identifiera och beskriva framträdande attityder och upplevelser hos vårdpersonal av att diskutera sexualitet med patienter som kan hindra att ämnet tas upp i den kliniska verkligheten. Man ville även fastställa om eller hur miljörelaterade samt demografiska faktorer</p>	<p>Deskriptiv, jämförande enkätstudie med kvantitativ ansats.</p> <p>Enkäten bestående av en demografisk del samt SABS (Sexuality Attitude and Beliefs Survey).</p>	<p>Bekvämlighetsurval bestående av 148 vårdpersonal som arbetade på utvalda avdelningar på sjukhus i USA, samtliga svarade ja (bortfall 0 %).</p> <p>59 (40 %) av dessa arbetade på avdelningar med inriktning mot cancer, resterande på kirurgiska och medicinska avdelningar.</p>	<p>Huvudfyndet var att vårdpersonal från samtliga tre områden ansåg att patienter inte förväntade sig att vårdpersonal skulle ta upp ämnet med dem. Andra hinder var brist på kunskap och kommunikationsfärdigheter samt att känna sig obekväma med ämnet.</p> <p>72,3 % av vårdpersonalen tyckte att det var deras ansvar att ge patienter tillstånd att fråga om sexualitet men endast en tredjedel gjorde detta i den kliniska verkligheten.</p>	<p>90 %</p> <p>Otydligt urvalsförfarande och något litet urval. Saknar inklusions-/exklusionskriterier.</p>



	kan påverka vårdpersonalens attityder och upplevelser av området.	Data analyserades med Statistical Package for Social Sciences (SPSS), korrelationstester, t-tester samt variationsanalys (ANOVA).			
Magnan & Reynolds, 2006, USA  <i>Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas of Specialization</i>	1. Att utreda hur ålder, erfarenhet av att jobba som vårdpersonal, utbildningsnivå och att få sexualutbildning påverkar vårdpersonalens attityder och tankar om att tala om patientens sexualitet 2. Att undersöka vad som hindrar vårdpersonal från att prata om patienters sexualitet inom fem specialistområden.	Deskriptiv jämförande studie SABS SPSS 11,0.  Deskriptiv och inferential statistik för att analysera data.	302 specialiserad vårdpersonal inom onkologi, gyn/obstetrik, kirurgi, medicin och rehab.	Största hindret för att ta upp ämnet bland samtliga specialiteter var att vårdpersonalen inte trodde att patienterna ville att de skulle prata om sexualitet.  På andra plats kom tidsbristen följt av att känna sig obekvämlig/generad inför att ha dessa samtal.	95 %  Inget bortfall finns beskrivet
Moore et al., 2013, Irland  <i>Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer</i>	Att undersöka onkologivårdpersonals självupplevda kunskap och bekvämlighet i förhållande till att diskutera frågor kring sexualitet hos män som diagnostiserats med testikelcancer samt att identifiera hinder och möjligheter till sådana diskussioner.	Enkätstudie med kvantitativ och kvalitativ ansats.  Strukturerad, självadministrerad enkät.  Kvantitativ data analyserades med Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Kvalitativ data analyserades med innehållsanalys.	200 slumpmässigt utvalda vårdpersonal från 13 sjukhus på Irland. 105 svarade och 89 stycken av dessa ansågs vara användbara (bortfall på 55 %).  Vårdpersonalen arbetade på avdelningar med olika inriktning mot cancer (totalt fem st.)  Både allmän- och specialistvårdpersonal inkluderades.	Trots att vårdpersonalen var positiva till att ta upp frågor kring sexualitet var det få som gjorde det i praktiken.  Faktorer som hindrade var bl.a. kunskapsbrist, tidsbrist, brist på privata miljöer, samt att inte känna sig bekväm.  Faktorer som å andra sidan kunde skapa möjligheter för att ta upp ämnet var bl.a. om patienten själv skulle fråga, ökad kunskap och mer tid att sitta ner med patienten.	90 %  Urvalet är för litet för att kunna göra några generaliseringar utanför den kontext den är gjord.

<p>Olsson et al., 2012, Sverige</p> <p><i>Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing?</i></p>	<p>Att beskriva vårdpersonals upplevelse av att ha en dialog kring sexualitet med cancerpatienter.</p>	<p>Fenomenologisk design med kvalitativ ansats.</p> <p>Tematiska intervjuer med öppna frågor å 30-60 min.</p> <p>Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>10 legitimerade sjuksköterskor som arbetade på fem vårdavdelningar på ett sjukhus i Sverige, där de vårdade cancerpatienter i olika stadier av sjukdomen.</p> <p>Alla deltagare som valdes ut tackade ja till att medverka.</p> <p>Inklusionskriterier: -Minst 2 års erfarenhet -Förstå och prata svenska -Att man vårdar cancerpatienter</p>	<p>Vårdpersonalen ansåg att det var deras ansvar att samtala med sina patienter om sexualitet och att det var ett viktigt ämne. Samtidigt ansåg många att det var ett för privat ämne för att prata med. Många av vårdpersonalen trodde även att patienterna var för sjuka för att vara intresserade av frågor som rör sexualitet. Vårdpersonalen tog sig inte tid att prata med patienterna och kände sig osäkra på sin kommunikativa förmåga i samtal kring sexualitet. Hinder var tidsbrist och avsaknad av privata utrymmen.</p>	<p>85 %</p> <p>Något svårt att avgöra om det rådde datamättnad samt saknar tydlig generering av hypotes/teori</p>
<p>Saunamäki &amp; Engström, 2013, Sverige</p> <p><i>Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: response-bilities, doubts and fears</i></p>	<p>Att beskriva vårdpersonals reflektioner om att diskutera sexualitet med patienter.</p>	<p>Deskriptiv design med kvalitativ ansats.</p> <p>Intervjuer</p> <p>Deskriptiv innehållsanalys</p>	<p>10 intervjuade vårdpersonal från tre olika sjukhus i Sverige. (3 från en strokeavdelning, 1 från diabetesmottagning samt 2 från onkologi-, kirurg- resp. hjärtavdelning).</p> <p>Jobbar med sjukdomar som har visat sig kunna påverka sexualitet. Ingen hade specialistkompetens inom sexualitet.</p>	<p>Vårdpersonalen ansåg att det var deras uppgift att prata med patienterna om sexualitet. Men samtidigt ansågs ämnet sexualitet svårt att ta upp och ibland omöjligt.</p> <p>Humor ansågs kunna vara till hjälp för att starta samtalet om sexualitet. De som kände sig säkra på ämnet hade i större grad samtal om sexualitet med patienterna och utbildning sågs som något som kunde underlätta samtalet. Det saknades en privat miljö där samtalet kunde ske.</p> <p>Vårdpersonalen beskrev en känsla av att göra gott när en patient fått den hjälp den behövde rörande sexuella problem.</p>	<p>85 %</p> <p>Något svårt att avgöra om det rådde datamättnad samt saknar tydlig generering av hypotes/teori.</p>
<p>Zeng, Li, Wang, Ching &amp; Loke, 2010, Kina</p> <p><i>Chinese nurses attitudes and beliefs</i></p>	<p>Att beskriva vårdpersonals attityder och värderingar angående sexualitet i vård av cancerpatienter i Kina.</p>	<p>Deskriptiv jämförande design.</p> <p>Enkät bestående av demografiska frågor samt SABS (Sexuality</p>	<p>Bekvämlighetsurval bestående av 211 vårdpersonal från ett tumörsjukhus i Kina. 199 enkäter kunde användas (bortfall 6 %).</p> <p>Inklusionskriterier:</p>	<p>Vårdpersonalen ansåg att det var deras ansvar att samtala med sina patienter om sexualitet och att det var ett viktigt ämne. Samtidigt ansåg många att det var ett för privat ämne för att prata med.</p> <p>Många vårdpersonal trodde även att</p>	<p>95 %</p> <p>Något oklart urvalsförfarande</p>

<p><i>towards sexuality care in cancer patients</i></p>		<p>Attitude and Beliefs Survey).</p> <p>Deskriptiv och inferential analys. Data analyserades med Statistical Package for Social Sciences (SPSS).</p>	<p>– Vårdpersonal som arbetade kliniskt inom onkologi – Vårdpersonal som var delaktiga i den direkta vården av patienten</p> <p>Exklusionskriterier: -Vårdpersonal som arbetade administrativt</p>	<p>patienterna var för sjuka för att vara intresserade av frågor som rör sexualitet.</p> <p>Vårdpersonalen tog sig inte tid att prata med patienterna och kände sig osäkra på sin kommunikativa förmåga i samtal kring sexualitet.</p>	
<p>Zeng et al., 2011, Kina</p> <p><i>Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice</i></p>	<p>Att beskriva vårdpersonals upplevelser/ erfarenheter av att kommunicera med personer med gynekologisk cancer kring sexualitet, hur det ser ut i praktiken, samt att identifiera hinder och möjligheter till sådana diskussioner i Kina.</p>	<p>Deskriptiv, jämförande enkätstudie med kvantitativ ansats.</p> <p>Enkät bestående av demografiska frågor och gradering av påståenden kring sexualitet. I del 1 användes SABS (Sexuality Attitude and Beliefs Survey).</p> <p>Data analyserades med Statistical Package for Social Sciences (SPSS), faktoranalys, Spearman's rho och regressionsanalys</p>	<p>Bekvämlighetsurval bestående av 243 vårdpersonal från 6 sjukhus i Kina. 202 deltog (bortfall 16,9 %).</p> <p>Inklusionskriterier -Kinesisk vårdpersonal som arbetade på vårdavdelningar med inriktning på gynekologisk cancer. Vårdpersonal som var involverade i den direkta vården av patienterna.</p>	<p>En majoritet av vårdpersonalen ansåg att ämnet är för privat att diskutera med patienter samt att patienterna är för sjuka för att vara intresserade av sexualitet.</p> <p>De flesta av vårdpersonalen avsatte inte tid för att prata om sexualitet, kände sig inte kunniga eller bekväma med att ta upp ämnet. De ansåg att ämnet endast ska diskuteras om patienten tar upp det.</p> <p>Faktorer som kunde skapa möjligheter för att ta upp ämnet var bl.a. en god kontakt mellan vårdpersonal och patient, goda kommunikationsfärdigheter, en privat miljö samt kunskap.</p>	<p>95 %</p> <p>Minus för litet urval</p>