

Namn: Ida Ölmebäck Nilsson och Maria Ångbäck

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51B, HT2017

Nivå: Grundnivå

Handledare: Anna Klarare

Examinator: Annica Lagerin

## **Vuxna i onkologisk vård: kommunikation med vårdpersonal om sexualitet**

En litteraturöversikt

Adults in oncology care: communication with health professionals about sexuality

A literature review

## Sammanfattning

- Bakgrund:** Genom tiderna har sexualitet varit ett tabubelagt ämne. Idag är kunskapen mer omfattande och synsättet på sexualitet har utvecklats till att vara mindre tabubelagt men fortfarande är den sexuella aspekten i vårdsituationer ett relativt nytt och utforskat ämne. En av sjuksköterskans främsta uppgifter är att främja hälsa och förebygga ohälsa och dit räknas även den sexuella aspekten av hälsa. Forskning har visat att en stor del av personer som vårdas för cancer stöter på hinder eller problem gällande sexualitet och sexuell dysfunktion. Studier har visat att information, gällande behandling och läkemedelspreparat som används vid cancerdiagnoser samt dess möjliga biverkningar på sexualiteten, är knapphändig.
- Syfte:** Syftet med studien var att belysa kommunikationen mellan vårdpersonal och vuxna inom onkologisk vård om sexualitet.
- Metod:** Litteraturoversikten sammanställdes genom insamling av material från tidigare studier samt annan vetenskaplig litteratur för det valda vårdvetenskapliga området. Grunden för resultatet består av tio vetenskapliga artiklar gällande cancer, sexualitet och kommunikation. Artiklarna hittades i databaserna CINAHL Complete och PubMed. Materialet granskades och analyserades enligt Fribergs metod. Resultatet sammanfattades i två huvudteman med två underteman respektive.
- Resultat:** Resultatet visar att personer som drabbats av cancer sällan har pratat med vårdpersonal om, eller inte fått tillräcklig information om, behandling och läkemedel och vilka konsekvenser för sexualiteten dessa och sjukdomen i sig kan innebära. Både vårdpersonal och patienter uppger att det kan vara svårt att prata om sexualitet då det finns barriärer eller faktorer som kan förhindra samtal om detta. En barriär som ofta nämndes var tidsaspekten där patienter inte ville ta upp dyrbar tid för personalen med sina "triviala" problem eller att vårdpersonalen själva skyllde på tidsbrist. Resultatet visar även att information gällande sexualitet prioriterades till de som drabbats av cancer av sexuell sort trots att sexualitetsrelaterade problem kan upplevas oavsett typ av cancer eller behandling.
- Diskussion:** Slutsatsen är att med hjälp av rätt metoder och material kan kommunikationen om sexualitet underlättas till stor del. BETTER och PLISSIT är två modeller som med rätt tillämpning kan underlätta även för patienter att själva påtala problem relaterade till sexualiteten.
- Nyckelord:** Cancer, onkologi, sexualitet, kommunikation.

## **Abstract**

**Background:** Throughout the ages sexuality has been a taboo subject. Today, knowledge is more extensive and the view on sexuality has developed into being less of a taboo but nonetheless, sexuality is fairly new and unexplored in care situations. One of the nurse's primary tasks is to promote health and to prevent illness and to that the sexual aspect of health is also included. Research has shown that a large proportion of people who are cared for because of cancer, encounter obstacles or issues of sexuality or sexual dysfunction. Studies have shown that information regarding possible side effects on sexuality stemming from treatments and medications used against cancer, is scarce.

**Aim:** The aim with this review was to illuminate the communication between health care professionals and adults in oncology care about sexuality.

**Method:** This literature review was compiled by collection of material from previous studies and other scientific literature for the chosen field of health sciences. The basis for the outcome consists of ten scientific articles on cancer, sexuality and communication. The articles were found in the databases CINAHL Complete and PubMed. The material was examined and analyzed according to Friberg's method. The result was summarized in two main themes with two subthemes respectively.

**Results:** The result shows that people who have been diagnosed with cancer rarely had talked to healthcare professionals about, or been given insufficient information about, treatment and pharmaceuticals and what consequences for the sexuality these and the disease itself may imply. Both healthcare professionals and patients state that it can be difficult to talk about sexuality as there are barriers or factors that can prevent such conversations. An often mentioned barrier was time, where patients did not want to spend precious time for the staff with their "trivial" problems or that the healthcare staff themselves blamed it on a lack of time. The results also show that information on sexuality was a priority for those who suffered from sexuality related cancers despite the fact that sexuality-related problems can be experienced regardless of the type of cancer or treatment.

**Discussion:** The conclusion is that using the right methods and materials, communication on sexuality can be facilitated to a large extent. BETTER and PLISSIT are two models that, with the right application, also can help patients to address issues related to sexuality themselves.

**Keywords:** Cancer, oncology, sexuality, communication.



# Innehållsförteckning

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
SEXUALITETENS HISTORIA.....	1
SEXUALITET OCH SEXUELL HÄLSA .....	2
ONKOLOGI .....	2
ONKOLOGISK VÅRD.....	3
KOMMUNIKATION .....	5
KOMMUNIKATION OCH HÄLSA.....	5
SJKSKÖTERSANS ANSVARSOMRÅDE .....	5
ARBETSMODELLER .....	5
<i>BETTER</i> .....	6
<i>PLISSIT</i> .....	7
PROBLEMFÖRMULERING .....	8
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>TEORETISK UTGÅNGSPUNKT</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>9</b>
DESIGN.....	9
DATAINSAMLING .....	9
<i>Urval</i> .....	10
<i>Ämnesord</i> .....	10
DATAANALYS.....	10
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>11</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>11</b>
BRIST PÅ INFORMATION.....	11
<i>Patientens perspektiv</i> .....	12
<i>Vårdpersonalens perspektiv</i> .....	13
BARRIÄRER FÖR FUNGERANDE KOMMUNIKATION .....	13
<i>Patientens perspektiv</i> .....	13
<i>Vårdpersonalens perspektiv</i> .....	15
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>15</b>
METODDISKUSSION.....	15

RESULTATDISKUSSION.....	18
<i>Olika typer av cancer</i> .....	18
<i>Behov av kunskap och information</i> .....	19
Patientens perspektiv .....	19
Vårdpersonalens perspektiv .....	20
Tid.....	20
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	21
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING .....	22
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>22</b>
<b>REFERENSFÖRTECKNING</b> .....	<b>23</b>
<b>BILAGA 1. SÖKMATRIS</b> .....	<b>27</b>
<b>BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT</b> .....	<b>28</b>

## Inledning

“Min flickvän är 25 år yngre än mig och henne är det fart på. Hon är min helgbo och bor alltså hos mig på helgerna bara. När hon kommer hem till mig kan vi inte låta bli varandra. Vi “leker” så ofta vi kan och oj, så roligt och mysigt vi har! Men på senare tid har hon fått göra det mesta arbetet. Cancern börjar ta ut sin rätt...” Mannen som berättade var i 85-årsåldern och befann sig tillfälligt på en vårdavdelning för palliativ vård. Samtalet utspelade sig under en verksamhetsförlagd utbildning. Vårt intresse för ämnet ‘kommunikation med vårdpersonal om sexualitet’ uppstod efter detta samtal men även tillsammans med vår upplevelse av hur andra människor (även vårdpersonal) reagerar när samtalsämnet sexualitet tas upp. Många uppvisar en ovilja att prata om sexualitet till synes på grund av obekvämheter. Då många patienter vill prata om detta samt om möjliga hinder som kan uppstå för sexualiteten så behöver vårdpersonal kunna kommunicera om och möta dessa behov. Forskningsområdet som vi har valt att skriva om handlar således om vuxna som vårdas onkologiskt och deras upplevelser av kommunikation om sexualitet. Våra förhoppningar är att kunna bidra med en fördjupad förståelse för området samt en ökad förmåga för vårdpersonal att kommunicera om behov relaterade till patientens sexualitet.

## Bakgrund

### Sexualitetens historia

Förr skulle sexualiteten kuvas till varje pris då läkaren, prästen och juristen var tre klassiska professioner som tillsammans arbetade för den traditionen (Borgenhammar, 2012). En av sjukvårdens uppgifter då var till exempel att se till att “passionens dårskap” hos patienter inte skulle framträda för mycket. Det var tabu att prata om sexualitet och allt som hör det till. Idag är kunskapen mer omfattande än så och synsättet på sexualitet har utvecklats till att vara mindre tabubelagt men fortfarande är den sexuella aspekten i vårdssituationer ett relativt nytt och utforskat ämne.

Sverige var det land som var först i världen med att införa obligatorisk sexualundervisning i skolorna ([www.RFSU.se](http://www.RFSU.se)). Det gjordes år 1955 och har varit obligatoriskt sedan dess. Detta har lett till ökad kunskap om sexualitet och att det inte längre är samma tabu att prata om. När man pratar om sexualundervisning i skolor handlar det oftast om friska och unga vuxna (Hulter, 2014) och därför är sexualitet hos exempelvis äldre, rörelsehindrade eller sjuka människor inte ett ämne som pratas om lika ofta.

## Sexualitet och sexuell hälsa

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2006) är sexualiteten ett grundbehov och en central del av att vara människa genom hela människans liv. Den kan inte avskiljas från andra livsaspekter. Sexualitet innefattar begreppen kön, könsidentitet, könsroller, eroticism, intimitet, njutning, reproduktion och sexuell läggning och kan uttryckas och upplevas genom bland annat fantasi, värderingar, beteenden och förhållanden. Sexualiteten påverkas av många faktorer omkring oss såsom biologiska, sociala, psykologiska, politiska, ekonomiska, historiska, religiösa, kulturella, lagliga och andliga faktorer. Alla människors sexualitet och sexuell hälsa ska skyddas och respekteras för att behållas så länge det inte innebär fara, tvång eller diskriminering för någon annan. WHO (2006) definierar sexuell hälsa som ett tillstånd av emotionellt, mentalt, fysiskt och socialt välbefinnande i relation till sexualitet och innebär alltså inte endast avsaknad av sjukdom, svaghet eller dysfunktion.

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2017) står att finna att den legitimerade sjuksköterskans uppdrag bland annat handlar om att genom planering, genomförande och utvärdering av sina arbetsinsatser främja hälsa och förebygga ohälsa.

## Onkologi

Cancer är biologiskt sett en okontrollerad celltillväxt, även kallad malign celltillväxt, som kan orsaka sjukdom och i värsta fall död (Sundbeck, 2013; Ericson & Ericson, 2008). Hur prognosen ser ut samt vilka symtom det kan innebära beror på vilken typ av tumör det handlar om, utbredning, metastaser, var i kroppen den finns, malignitetsgrad samt när den upptäcks. Det beror även mycket på personens copingförmåga och allmäntillstånd.

Under de senaste tre årtiondena har antalet personer som överlever en cancerdiagnos ökat stadigt tack vare tidig upptäckt och terapeutiska framsteg (Tish Knobf, Ferrucci, Cartmel, Jones, Stevens, Smith, Salner & Mowad, 2012). De mest förekommande cancerdiagnoserna hos överlevande är bröst-, prostata-, kolorektalcancer och gynekologisk cancer.

Cancer kan drabba i princip alla organ i kroppen (Cancer Updates, Research & Education [CURE], 2016). Begreppet cancer kan delas upp i kategorierna carcinom, sarkom, lymfom och leukemier. Cancern döps ofta efter platsen där den uppstod, till exempel prostatacancer, bröstcancer eller livmoderhalscancer. Om cancern har spridits till andra organ från till exempel bröstet så kallas det för metastaserad bröstcancer.



Årligen drabbas cirka 3000 kvinnor i Sverige av någon typ av gynekologisk cancer som innefattar vulva-, ovarial-, cervix- och uteruscancer (Sundbeck, 2013). Reproduktionsorganen är därmed bland de vanligaste organen som drabbas av cancer. Forskning har visat att en stor del av personer som vårdas för cancer stöter på hinder eller problem gällande sexualitet och sexuell dysfunktion (Bergmark, 2007). Siffrorna skiftar i olika studier, men mellan 50-100 procent stöter på någon typ av sexuell dysfunktion under sjukdomsförloppet. Andelen som uppger så gott som kroniska problem uppskattas till 25 till 50 procent där variationen beror mycket på om den sexuella dysfunktionen är psykologisk, fysisk, hormonell eller social. Det beror även på bland annat mätmetod, diagnos och besvärens allvarlighetsgrad.

### **Onkologisk vård**

Enligt Mercadante, Vitrano och Catania (2010) kan olika psykiska och fysiska problem som påverkar sexualiteten uppstå under och efter en cancerbehandling. De menar att operation, cellgiftsbehandling, hormonbehandling och strålbehandling riskerar att påverka sexualiteten negativt. Alla typer av operationer kan påverka sexualiteten även om de inte involverar de sexuella organen, men främst påverkas sexualiteten då cancer drabbar organ såsom livmoder, äggstockar, urinblåsa, andra organ i buken eller bäckenet. Operation i detta område kan orsaka smärta och förlust av sexuell funktion. Trots att dagens kirurgi strävar efter att undvika att nerver skadas är det vanligt att kvinnor upplever att njutning vid sex och orgasm är förändrad efter en sådan operation. De flesta män som genomgått radikal prostatektomi får svårt att få eller bibehålla en erektion på grund av att nerver som kontrollerar erektionen har skadats under operationen. Mastektomi och operationer där testiklar har opererats bort bidrar till en så pass stor kroppsförändring att det ofta upplevs att självbilden ändras och likaså känslan av att känna sig feminin eller maskulin. Hos kvinnor som drabbats av bröstcancer är det vanligt att ett eller båda brösten opereras bort vilket kan påverka livet i stort, inte enbart inom området sexualitet, utan även sociala faktorer (Manderson & Stirling, 2007).

Vanliga biverkningar av cytostatikabehandling är att känna sig sjuk, deprimerad, svag, trött och låg på energi (Mercadante, Vitrano & Catania, 2010). Alla dessa biverkningar är faktorer som kan minska den sexuella lusten. För kvinnor som genomgår en cytostatikabehandling kan produktionen av hormoner i äggstockarna minska och i sin tur leda till förändringar av menstruationscykeln. Symtom liknande de som uppstår vid menopaus, såsom vallningar, dåligt humör, minskad elasticitet och torra slemhinnor i underlivet, är vanliga. Framförallt hos yngre kvinnor som drabbats av bröstcancer (Krychman & Millheiser, 2013). Även

svampinfektion och andra infektioner i underlivet är vanligt förekommande hos kvinnor. Män som genomgår en cytostatikabehandling kan uppleva att den sexuella lusten minskar på grund av trötthet och känslan av att vara sjuk. Vanligtvis kommer lusten tillbaka till sitt normala tillstånd snart efter behandlingen.

Hormonbehandling är en behandling som används mot cancer som svarar på hormoner eller då patienten tar mediciner som blockerar hormoner (Mercadante, Vitrano & Catania, 2010). Vissa av biverkningarna av behandlingen kan påverka sexuallivet. Anastrozole och Tamoxifen är två vanliga hormonella preparat vid bröstcancer. Dessa kan ge biverkningar som till exempel vaginal ömhet, torrhet eller minskad sexlust. Behandling av testikelcancer som minskar testosteronproduktionen har stor påverkan på mäns sexliv. Den sexuella driften minskar och det kan vara svårt att få en erektion. Spermaproduktion, kroppsbehåring och muskelmassa kan också minska. Vissa män upplever också svullnad och ömhet i bröstet.

Trötthet, illamående/kräkningar och diarré är vanliga biverkningar av strålbehandling som kan påverka den sexuella lusten (Lorusso, Bria, Costantini, Di Maio, Rosti & Mancuso, 2017; Mercadante, Vitrano & Catania, 2010). Tröttheten kan vara i veckor och till och med månader efter behandlingen. Strålbehandling kan orsaka infertilitet både hos kvinnor och män. Det gäller främst behandling av området kring bäckenet. När en kvinna genomgår en strålbehandling kring bäckenet kan äggstockarna påverkas och därmed minska produktionen av kvinnliga hormoner. Det kan i sin tur leda till humörsvängningar och vallningar likt en menopaus. I längden kan den hormonella förändringen leda till osteoporos och hjärtproblematik. Slidan kan också påverkas på så sätt att den blir öm och irriterad fram till några veckor efter behandlingen. Slidan kan också bli mindre flexibel som resulterar i att det kan framkalla smärta vid samlag. Män som genomgår en strålbehandling kring bäckenet kan få problem att få eller bibehålla en erektion. Vissa män kan få orgasm utan ejakulation och vissa män kan uppleva stark smärta vid ejakulation. Dessa problem kan förekomma i sex månader upp till ett år efter behandlingen.

Studier har visat att information, gällande behandling och preparat som används vid cancerdiagnoser samt dess möjliga biverkningar på sexualiteten, är knapphändig (Lorusso, Bria, Costantini, Di Maio, Rosti & Mancuso, 2017; McClelland, 2016; Tish Knobf, Ferrucci, Cartmel, Jones, Stevens, Smith, Salner & Mowad, 2012). Många gånger är informationen inte heller anpassad till individen och vad denne vill veta, utan handlar snarare om "allmänna" situationer som skulle kunna tillämpas på i princip alla individer som upplever sexuella hinder eller problem (McClelland, 2016).

## **Kommunikation**

Begreppet kommunikation kan definieras som utbyte av meningsfulla signaler eller tecken mellan två eller flera individer (Eide & Eide, 2009). Ordet "kommunikation" kommer från det latinska ordet "communicare" som betyder att få någon annan delaktig, ha förbindelse med andra eller gemensamhet. Begreppet kommunikation används alltifrån exempelvis vid stora globala nätverk där masskommunikation förekommer, då en eller flera har en chatt-kommunikation på internet, eller vid samtal mellan en eller flera personer.

## **Kommunikation och hälsa**

Kommunikation som är professionell och omvårdnadsorienterad är baserad på den värdegrund som yrket står för (Eide & Eide, 2009). All vårdpersonal har som värdegrund att oavsett ålder, trosuppfattning, hudfärg, utvecklingsstörning, kultur, fysisk/psykisk nedsatt förmåga, sjukdom, sexuell läggning, kön, politisk åsikt, nationalitet eller social status ska erhålla vård på lika villkor. Det främsta kännetecknet för all kommunikation inom vården är att de ska vara patienten till hjälp. Hjälpande kommunikation innefattar att förmedla information som kan lösa problem och bidra till att stimulera patienter och närstående att på ett så bra sätt som möjligt hantera svåra situationer. Att bidra med trygghetsskapande, respekt och tillit.

## **Sjuksköterskans ansvarsområde**

Alla människor är unika individer med unika behov och därför bör vård och omvårdnad vara individanpassade/personcentrerade för att sjuksköterskan i sin profession ska kunna ge en så god och säker vård som möjligt (SSF, 2017; SSF, 2014). Den legitimerade sjuksköterskan har ansvaret för att den omvårdnad som verkställs, i partnerskap med patienten och/eller närstående, görs på ett sådant sätt att integritet och värdighet bevaras. Därför är kommunikationen mellan vårdpersonal och patient ett viktigt verktyg för sjuksköterskan för att kunna bedriva personcentrerad vård. Det ligger även ett ansvar hos vårdpersonal att skapa en trygg och ärlig samtalsmiljö där patienten kan vara bekväm att prata om behov eller funderingar kring sexualitet (Blagbrough, 2010).

## **Arbetsmodeller**

Det finns ett antal arbetsmodeller som går att använda sig av i syfte att bedöma sexuell hälsa där BETTER och PLISSIT (förklaringarna på förkortningarna följer i nedanstående

avsnitt) är två arbetsmodeller som nämns oftast i sammanhanget (Ratner, Richter, Minkin & Foran-Tuller, 2012; Mick, Hughes & Cohen, 2004; Sundbeck, 2013).

## BETTER

Denna arbetsmodell är en kombinerad samtalsmanual och checklista (Sundbeck, 2013).

BETTER står för de olika delarna 'Bring up the topic', 'Explain that sex is a part of life', 'Tell patients that resources are available to adress their concerns', 'Timing of interventions', 'Educate patients on sexual adverse effects of treatment' och 'Record all assessments and interventions in the medical record'. Beskrivningarna kan variera något beroende på exempelvis inom vilket sammanhang arbetsmodellen används men förkortningen BETTER står alltid för 'Bring up the topic', 'Explain', 'Tell', 'Timing', 'Educate' och 'Record'. Modellen går ut på att sjuksköterskan ska kunna närma sig ämnet sexualitet med patienten, förklara att sex är en del av livskvaliteten samt att kunna råda patienten att prata med vårdpersonalen om funderingar gällande detta (Southard & Keller, 2009).

'Bring up the topic' - ta upp ämnet, berätta för patienten att sexualitet är en del av utbildningen som alla patienter får, inte bara den enskilde individen (Sundbeck, 2013). 'Explain' - förklara att sex är en naturlig del av livet. Här kan det även vara bra att generalisera, till exempel "den här behandlingen, upplever många, kan ha den här effekten...", för att personen inte ska känna sig utpekad på något sätt. Poängen är att personen ska känna sig bekväm med att ställa frågor som rör sexualitet som kan uppstå under sjukdomsförloppet eller behandlingstiden. 'Tell' - berätta att det finns resurser för att hantera patientens tankar och frågor, även om inte just du kan ge ett ögonblickligt svar så finns det andra som kan rådfrågas eller som patienten kan kontakta. 'Timing' - det är viktigt att patienten vet om att denne kan avböja att prata om detta men att denne kan återkomma med frågor även vid senare tillfällen. 'Educate' - utbilda patienten gällande behandlings- och läkemedelsbiverkningar på sexualiteten. Att informera om att det kan finnas negativa biverkningar för sexualiteten är minst lika viktigt som alla andra faktorer kan vara. 'Record' - dokumentera. För att kunna följa upp behandlingar eller liknande bör samtal rörande detta dokumenteras skriftligt med en interventionsplan för att tydligt kunna se en utgångspunkt och förbättringar eller försämringar.

## PLISSIT

PLISSIT står för Permission, Limited Information, Specific Suggestions och Intensive Therapy och kan sägas vara en interventionsmodell (Sundbeck, 2013; Bergmark, 2007). Denna arbetsmodell är starkt rekommenderad från många håll när det gäller kommunikation om sexualitet med personer med en cancerdiagnos. Det finns ofta en uppfattning från patienten och närståendes håll om att sexualiteten är liten och obetydlig i förhållande till cancer, därav den första punkten i modellen: 'Permission'. Med det menas att ge tillåtelse, genom en tillåtande hållning, att prata om exempelvis sexuell intimitet. Det ger patient och anhörig möjligheten att känna sig hörda och inte mötas av undvikande eller nedlåtande attityder från vårdpersonalen. 'Permission' kan även innebära till exempel affischer eller broschyrer om ämnet i väntrummet. På så sätt kan även situationer som att ge oönskad information till patienter som inte vill prata om detta undvikas. LI står för 'Limited Information' som översätts till begränsad information eller undervisning gällande den information som ska ges vid alla typer av behandling, till exempel olika ingrepps effekter eller läkemedelsbiverkningar. Om något av detta kan påverka sexualiteten hos patienten är det sjuksköterskans uppgift att erbjuda information och utbildning, även om patienten själv inte frågat om detta. Att patienten i fråga är medveten om att denna information är frivillig att samtala om är viktigt men att det alltid går bra att återkomma gällande detta ämne vid ett senare tillfälle. Gränsen mellan 'Permission' och 'Limited Information' blir ofta flytande i praktiken då dessa delar till stor del innebär att normalisera ämnet. Dessa två delar kan sägas bör ingå i alla läkares och sjuksköterskors uppgifter.

'Specific Suggestions' är nästa steg i arbetsmodellen och innebär att förslag på åtgärder som kan hjälpa patienten aktivt föreslås av vårdpersonalen (Sundbeck, 2013). Samlagsställningar som är fysiskt skonsamma, dilatation av vagina efter strålskador eller olika typer av smärtstillande kan vara exempel på detta. Dessa förslag bör grundas på faktabaserad kunskap och därför bör denna typ av information involvera erfaren sjukvårdspersonal. 'Intensive Therapy' är den mest resurskrävande delen av arbetsmodellen och innebär sexologisk-terapeutisk behandling individuellt anpassat för de som upplever sexuella problem som kan ha uppstått på grund av medicinska behandlingar eller sjukdomar. Dock behöver de inte ha uppstått på grund av detta. Denna del kan vara lämplig där 'Specific Suggestions' inte räcker till men det kan även vara lämpligt för personer som tidigare har varit utsatta för sexuellt våld eller övergrepp. 'Intensive Therapy' innebär ofta utsträckta terapikontakter.

För att PLISSIT-modellen ska kunna användas optimalt bör vårdpersonalen ha kunskaper om vilka konsekvenser som kan uppstå för sexualiteten i samband med behandlingar och läkemedel (Southard & Keller, 2009). Om det uppstår sexuella hinder av sådan grad att det överstiger sjuksköterskans expertis kan det vara nödvändigt att hänvisa till en sexterapeut.

## **Problemformulering**

För att god och säker vård ska kunna uppnås bör vården vara personcentrerad. Alla människor är olika med olika behov som måste uppfyllas. Sexualitet är ett grundläggande behov, trots det har det genom tiden varit ett tabubelagt ämne. Sjuksköterskan har ett ansvar att främja hälsa och möta patienters behov, dit sexuell hälsa hör, och därför bör sjuksköterskan kunna prata om just sexuell hälsa. I dagens läge upplever patienter att sjukvårdspersonal ter sig obekväma då samtal om sexualitet uppkommer samt att ämnet gärna undviks. När ämnet undviks minskar möjligheten att få hjälp med möjliga hinder eller problem som sjukdomen eller tillståndet har orsakat.

## **Syfte**

Syftet med studien var att belysa kommunikationen mellan vårdpersonal och vuxna inom onkologisk vård om sexualitet.

## **Teoretisk utgångspunkt**

Den teoretiska utgångspunkten som valts för litteraturöversikten är Callista Roys adaptationsmodell. Enligt Roy (2009) handlar adaptationsmodellen om bearbetning och anpassning hos en människa i en föränderlig tillvaro. En människa som möter lidande och ohälsa som aktivt måste anpassa sig till sin nya situation för att kunna utvecklas, men även för att kunna bevara sin integritet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Då en person försöker bemästra sin föränderliga situation för att behålla en balans och jämvikt i tillvaron, men misslyckas med detta så är det sjuksköterskans ansvar att försöka hjälpa personen att återfå balansen. Detta för att tillståndet för personen kan vara ett hot mot sin hälsa.

Roy (2009) menar människans tillvaro kan påverkas och förändras på grund av tre olika typer av stimuli. Fokalt stimuli kan vara inre, men också yttre processer som har en uppenbar och direkt påverkan på en människa eller en grupp. Detta kan vara exempelvis smärta eller om en närstående har råkat ut för något. Residuala stimuli är även de yttre och inre processer där effekterna inte är riktigt lika uppenbara och direkta. Det kan handla om attityder, antaganden

och värderingar som har grunden i en människas tidigare erfarenheter. Exempelvis tidigare erfarenheter om vård och hälsa. Det tredje stimulit är det kontextuella. Dessa kan vara temperaturen i ett rum eller en orolig miljö på en vårdavdelning som påverkar människan. Roy anknyter sin adaptationsmodell till de tre konsensusbegreppen människa, hälsa och miljö som hon menar går hand i hand i ett metaparadigm och påverkar varandra (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Människan befinner sig i och förstås där miljön agerar som bakgrund. Hälsan påverkas av hur miljön påverkar människan. Roys adaptationsmodell kan anknytas till denna litteraturstudie på grund av att en människa som vårdas för cancer genomgår förändringar i sin livssituation och måste då anpassa sig till dessa för att bevara sin integritet.

## **Metod**

### **Design**

Arbetet är en litteraturöversikt, vilket innebär att genom att samla ihop och studera befintlig forskning få en översikt över ett specifikt problemområde (Friberg, 2012).

Det innebär att möjligheten fås att utveckla en större uppfattning om vad som tidigare har studerats inom det aktuella forskningsområdet. Möjlighet ges även att kunna förmedla denna och på så sätt kunna öka andras kunskap och förståelse för området.

### **Datainsamling**

Ett kritiskt förhållningssätt och noggrann planering är enligt Östlundh (2012) viktiga faktorer för en lyckad informationssökning. Relevanta vetenskapliga artiklar för arbetet söktes i databaserna PubMed och CINAHL Complete. Anledningen till varför dessa databaser valdes var att de, enligt Ersta Sköndal Bräcke Högskola (2017) är två av de största databaserna för områdena omvårdnad och medicin. Där är det mest sannolikt att det finns flest artiklar i full text. En del vetenskapliga artiklar hittades via manuella sökningar. Syftet för denna litteraturöversikt hölls hela tiden i åtanke under arbetets gång för att en röd tråd skulle kunna hållas. När en sökning på ämnesorden var gjord i PubMed och CINAHL Complete valde författarna tillsammans ut artiklar med en titel som lät intressant för syftet i denna litteraturöversikt. Med öppenhet läste författarna abstract av de vetenskapliga artiklar som valdes för att få en helhetsbild av studien. Enligt Friberg (2012) är öppenhet i denna fas viktig för att det annars är lätt att låsa sig eller bestämma sig för fort. De abstract som bäst passade syftet i denna litteraturöversikt valdes ut för att sedan leda till att dessa artiklar lästes i sin

helhet av båda författarna. Om det inte fanns en tydlig beskrivning av om studien var etiskt godkänd valdes artikeln bort.

## Urval

Artiklar på andra språk än svenska och engelska valdes bort på grund av att risken var för stor att det skulle bli fel i översättningen. Dubbletter togs bort. För att sökresultaten för resultatartiklarna endast skulle bestå av artiklar ur vetenskapliga tidskrifter så markerades 'peer-reviewed'. Även 'full text' markerades för att hela artikeln skulle finnas tillgänglig. För att forskningen skulle vara aktuell och relevant begränsades årtalen för sökningen för artiklarna med ett spann på tio år mellan 2007 och 2017. Eftersom att syftet var riktat mot vuxna patienter valdes endast artiklar där deltagarna i studierna var över 18 år. Dessa begränsningar som gjordes under sökningen av artiklar kallas inklusionskriterier som enligt Billhult (2017c) är bortfall som sker före datainsamling.

## Ämnesord

Ämnesorden som användes i sökningarna var oncology, cancer, sexuality och communication. Ämnesorden kontrollerades i Svensk MeSH (Medical Subject Headings) för att de skulle definieras rätt. I CINAHL Complete heter det CINAHL Headings och i PubMed heter det MeSH. Författarna använde sig av en metod som kallas Boolesk söklogik som enligt Östlundh (2012) innebär att de valda ämnesorden kombinerades med markeringen "AND" eller "OR" för att bestämma sökordens samband till varandra.

## Dataanalys

När urvalet av artiklar hade gjorts tematiserades de valda artiklarnas resultat genom att först delas upp i två olika teman 'ur patientens perspektiv' samt 'ur vårdpersonalens perspektiv'. Tematiseringen gjordes genom att resultaten i de olika artiklarna färgkodades utefter de olika teman som uppstod. Därefter upptäckte författarna två huvudsakliga teman 'barriärer för fungerande kommunikation' och 'brist på information'. Dessa två blev huvudteman och de tidigare nämnda 'ur patientens perspektiv' och 'ur vårdpersonalens perspektiv' valdes som underteman för att på ett tydligare sätt kunna nyansera skillnaderna mellan dessa perspektiv. Verkade studien relevant för litteraturoversikten lades fokus på resultatdelen och den lästes flera gånger om av båda författarna för att säkerställa att båda hade förstått artiklarna på



samma sätt. De artiklar som användes i resultatdelen av litteraturöversikten redovisades i två matriser (se bilaga 1 och 2).

## **Forskningsetiska överväganden**

När en vetenskaplig studie genomförs ska etiska överväganden göras innan studien utförs samt under studiens gång (Kjellström, 2017). Detta är på grund av att skydda personerna som deltar i studien från att skadas, utnyttjas eller såras i situationer som inte alltid kan förutses. Deltagarna ska också vara fullt informerade om vad deras deltagande i studien innebär för dem under hela processen. Som till exempel att de närsomhelst under studiens gång, utan att behöva uppge anledning till varför, ska kunna avsluta sin medverkan utan påföljder eller konsekvenser. Metoden som använts i detta arbete är en litteraturöversikt och behöver i sin tur inte godkännas av en etisk kommitté. De vetenskapliga artiklarna som ska användas i arbetet ska däremot ha blivit godkända av en etisk kommitté, vilket var ett krav som författarna hade.

För att litteraturöversikten skulle bli så etiskt korrekt som möjligt så eftersträvade författarna att ha ett opartiskt tankesätt och att försöka bortse från deras egna förutfattade meningar eller åsikter (bias) under sökandet och analyserandet av vetenskapliga artiklar (Billhult, 2017a). För att undvika systematiska fel eller bias så har författarna valt en strategi som innebär exempelvis att valda ämnesord ej tillskriver artiklarna positiva eller negativa egenskaper. De flesta vetenskapliga artiklar är skrivna på engelska, därför är det viktigt för författarna att översätta texten så korrekt som möjligt. Båda författarna tar hjälp av översättningsverktyg för att sedan kontrollera att de båda har tolkat översättningen på likvärdiga sätt.

## **Resultat**

Resultatet presenteras nedan i två huvudteman; 'Barriärer för fungerande kommunikation' beskriver patienters och vårdpersonals upplevelser av hur olika faktorer kan agera som barriärer för kommunikationen. 'Brist på information' beskriver patienters och vårdpersonals upplevelser av hur brist på information och/eller kunskap försvårar kommunikation om sexualitet.

### **Barriärer för fungerande kommunikation**

Att samtala om sexualitet och sjukdomars, behandlingars och läkemedels påverkan kan vara svårt då många uppper att det finns barriärer eller faktorer som kan förhindra samtal om

sexualitet (Fitch et al., 2013a; Fitch et al., 2013b; Perz, Ussher, Gilbert & The Australian Cancer and Sexuality Study Team, 2014; Seidler, Lawsin, Hoyt & Dobinson, 2015; Ussher et al., 2013). En barriär som ofta nämndes var tidsaspekten där patienter inte ville ta upp dyrbar tid för personalen med sina "triviala" problem eller att vårdpersonalen själva skyllde på tidsbrist (Fitch et al., 2013a; Fitch et al., 2013b; Gilbert et al., 2014; Hordern & Street, 2007; Ussher et al., 2013).

### Patientens perspektiv

Många patienter uppger att en av de mest betydande faktorerna som försvårade kommunikation om sexualitet var att ämnet gav upphov till känslor av obekvämheter (Fitch et al., 2013a; Fitch et al., 2013b; Seidler et al., 2015; Ussher et al., 2013).

Deltagare i en studie av Seidler et al. (2015) ansåg att en del av barriärerna var individuella i form av att det var obekvämt, pinsamt och att de kände en ilska kring samtalsämnet. Andra barriärer som angavs var sådana som kunde uppstå vid samtal där patientens partner medverkade. Dessa var de flest rapporterade barriärerna och de handlade om att konflikter triggades igång som bidrog till en frustration i förhållandet. En annan barriär som deltagarna i studien angav var att de var rädda att göra sin partner upprörd och valde då istället att inte säga det de egentligen ville ha sagt under samtalet.

Patienter i en studie av Fitch et al. (2013a) menade att om vårdpersonalen hade tagit initiativ till ett sådant samtal så hade det signalerat att det hade varit okej att prata om det och att det fanns någon som ville lyssna. En man i studien berättade att han dock tyckte att det var hans eget ansvar att ta upp sexuella problem med vårdpersonalen eftersom att han själv är den enda som vet hur han mår. Han menade att vårdpersonalen inte är tankeläsare. En barriär som nämndes i studien var att patienterna inte ville ställa frågor om sexualitet eftersom att de anade att vårdpersonalen inte hade tid för det och därför inte ville störa dem.

Fitch et al. (2013b) beskriver i sin studie att beroende på cancertyp är variationen stor gällande patienters initiativtagande att ta upp sexualitet som samtalsämne. Som exempel så vill en man med prostatacancer oftare veta mer om möjliga problem som rör erektion och potens och ställer oftare frågor kring detta område än vad en person med lungcancer gör.

En studie visade att personer som drabbats av gynekologisk cancer eller cancer i de reproduktiva organen var mindre benägna till att ange sex som en viktig del av livet än de som drabbats av icke-sexuell cancer (som till exempel cancer i rygg, nacke, hjärna, buk och så vidare) (Perz et al., 2014).

### Vårdpersonalens perspektiv

Onkologisk vårdpersonal i en av studierna ansåg att ämnet är privat, personligt och att det är högst individuellt hur bekvämt patienterna upplever att samtalsämnet är (Fitch et al., 2013b). De uppgav att de tror att ålder, religion och kultur kan påverka ifall patienter är bekväma med ämnet eller ej. Den främsta prioriteringen ansågs vara att lägga tiden på att behandla själva cancer och att tiden till att prata om sexualitet då inte finns. De flesta av vårdpersonalen som deltog i studien förklarade att de efter att ha svarat på patientens frågor inte tar initiativ till att ta upp ämnet igen, utan väntar på att patienten ska göra det om denne vill.

Vårdpersonal som deltog i en studie av Ussher et al. (2013) vittnar om hur situationsfaktorer, personliga och patientcentrerade faktorer i många fall agerade barriärer för att samtala om sex i kliniska konsultationer. Däribland inkluderades även avsaknad av kunskap, förtroende och bekvämlighet, i form av att sex ibland ansågs vara irrelevant eller olämpligt för vissa människor. Vid vissa tillfällen fanns även begränsningar för det kliniska sammanhanget. De som istället hade samtalsämnet sexualitet som rutin i sina konsultationer uppgav medverkan, ansvar och förtroende som genomgående egenskaper.

### Brist på information

Många studier visar att personer som drabbats av cancer sällan har pratat med vårdpersonal om, eller inte fått tillräcklig information om, behandling och läkemedel och vilka konsekvenser för sexualiteten dessa och sjukdomen i sig kan innebära (Fitch, Beaudoin & Johnson, 2013a; Fitch Beaudoin & Johnson, 2013b; Flynn et al., 2011; Gilbert, Perz & Ussher, 2014; Hordern & Street, 2007; Rasmusson, Plantin & Elmerstig, 2013; Ussher, Perz, Gilbert, Wong, Mason, Hobbs & Kirsten, 2013). Detta oavsett patientens kön, ursprung, ålder eller relationsstatus.

### Patientens perspektiv

I en studie av Flynn et al. (2011) ansåg de flesta deltagarna att samtal med vårdpersonal om sexualitet i samband med sin cancersjukdom var viktigt. Trots det upplevde 45% av deltagarna en bristande information från vårdpersonal om att cancer och dess behandlingar kan påverka sexuallivet. I en av fokusgrupperna rapporterades det att de kände sig berövade möjligheten att förbereda sig på detta. Exempel på bieffekter som patienterna inte fick information om var att cellgiftsbehandling vid bröstcancer skulle leda till torra slemhinnor i

underlivet, att prostatektomi skulle påverka ejakulationen och att strålbehandling vid koloncancer skulle orsaka erektil dysfunktion.

En annan studie visar att patienter med cancer som inte får någon eller tillräcklig information om hur deras sjukdom kan påverka sexuallivet hämtar information från annat håll (Gilbert et al., 2014). Till exempel från internet, litteratur från cancerorganisationer och genom samtal med personer i stödgrupper som befinner sig i samma situation. Deltagare i studien upplevde att det var så respektlöst av vårdgivarna att ge så bristfällig information att de övervägde att byta vårdteam.

Av de patienter som deltog i en studie av Fitch et al. (2013a) var det få som påstod att de hade haft en konversation om sexualitet med vårdpersonalen. De tillfällen då det hade skett var i samband med operation eller behandling då de blev informerade om biverkningar som smärta eller torra slemhinnor i slidan. Aldrig var det någon i vårdpersonalen som tog upp samtalsämnen om personliga relationer eller intimitet. En kvinna i studien berättade både innan och efter sin operation för vårdpersonalen att hon hade problem med intima relationer. Ingen följde upp hennes problem, vilket hon upplevde som en besvikelse.

Så många som 48% av patienterna i en studie upplevde att de inte hade fått någon information alls om sexuell påverkan, medan andra patienter i samma studie hade fått information om sexualitet av personal från flera olika yrkesgrupper inom vården (Rasmusson et al., 2013). Psykologer var den yrkesgrupp som oftast hade tagit upp samtalsämnet. Studien visar att mängden information som patienten erhöll om sexualitet varierade beroende på patientens kön, diagnos och ålder. Det visade sig att män får information i större utsträckning än vad kvinnor får. De patienter som diagnostiserats med prostata- eller bröstcancer fick mer information än patienter med andra cancerdiagnoser.

Personer som drabbats av cancer och deras partners placerades slumpmässigt i en av två grupper där grupp ett erhöll en självhjälpsbroschyr innehållandes information om bland annat cancer, behandlingar och påverkan på sexualitet (Perz, Ussher & The Australian Cancer and Sexuality Study Team, 2015). Grupp två erhöll, förutom broschyren, muntlig konsultation av vårdpersonal. Målet med studien var att utvärdera de första stegen i arbetsmodellen PLISSIT. Med den första gruppen genomfördes de tre första stegen: 'Permission', 'Limited Information' och 'Specific Suggestions'. Med den andra gruppen genomfördes även den sista delen 'Intensive Therapy', om än en kort sådan. Resultatet visade att skriftlig information har större betydelse för patienter och deras partners om denna information följs upp med minst en muntlig konsultation med vårdpersonal. En av deltagarna i studien uttryckte sig som sådant:

“the booklet opened up ways to talk about my issues with my partner, the follow up consult gave me the courage to do so” (s. 9).

### Vårdpersonalens perspektiv

I en studie av Fitch et al. (2013b) upplever vårdpersonalen att deras egen brist på utbildning, tidsbrist och det faktum att de har andra prioriteringar gör det svårt att ta upp samtalsämnet. En av deltagarna menade att hen trodde att hen och de flesta av hens kollegor försöker undvika samtalsämnet på grund av att de inte vet hur de ska hantera det. Vårdpersonalen menar att det finns ett behov av information och utbildning även för vårdpersonal inom ämnet.

Information om olika typer av cancersjukdomar och deras påverkan på sexualiteten är av stor vikt för att slå hål på myter och fördomar, såsom exempelvis att “sex kommer vara omöjligt” eller “sex kommer vara skadligt för mig eller min partner” (Ussher et al., 2013). Vårdpersonal uppger även att patienter ibland kan behöva information i form av alternativa sexuella handlingar, som beröring till exempel, vid tillfällen där penetrativt sex inte längre är möjligt. De har även stött på fall där patientens partner inte har haft särskilt bra kunskaper om vad cancer är och har varit orolig för att “bli smittad” med cancer om de har oskyddat sex vilket är ett väldigt bra exempel på att det är mycket viktigt att informationen når fram till både patienter och deras partners.

## Diskussion

I denna litteraturöversikt är diskussionen uppdelad i en metoddiskussion och en resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras den valda metoden för litteraturöversikten och hur författarna har arbetat med den under studiens gång, samt möjliga svagheter och styrkor i litteraturöversikten. I resultatdiskussionen diskuteras tre huvudfynd som författarna uppmärksammade i litteraturöversiktens resultat. Dessa huvudfynd kopplas till Calista Roys adaptationsteori som är den valda teoretiska utgångspunkten för litteraturöversikten.

### Metoddiskussion

Metoden för denna studie var en litteraturöversikt som enligt Friberg (2012) innebär att få en översikt över ett specifikt problemområde genom att studera forskning kring detta. Syftet med litteraturöversikten var från en början att belysa kommunikationen mellan vårdpersonal och vuxna som vårdas inom palliativ vård. Författarna fann att de flesta vetenskapliga artiklar

rörde sig om patienter som vårdas palliativt på grund av cancer. Detta väckte då idéer för ett nytt syfte som istället skulle rikta sig till cancer och sexualitet. Författarna valde därför att ändra syftet för litteraturöversikten till att belysa kommunikationen mellan vårdpersonal och vuxna inom onkologisk vård om sexualitet. Detta för att författarna ansåg att resultatet inte skulle kunna bli rättvist redovisat då begreppet palliativ vård innefattar många fler sjukdomstillstånd än endast cancer. Därför blev grunden för litteraturöversikten onkologisk vård istället för palliativ vård.

Författarna sökte och studerade litteratur i form av studentlitteratur och information från relevanta organisationer från dess webbplatser men främst i form av vetenskapliga artiklar. De vetenskapliga artiklarna söktes och hittades på databaserna CINAHL Complete och PubMed med hjälp av ämnesorden cancer, oncology, communication och sexuality. Dessa ämnesord gav tillräckligt många träffar för att få fram relevanta artiklar med god kvalitet. Eftersom syftet riktade in sig på vuxna människor så sållade författarna bort artiklar där deltagarna i studien var under 18 år. I artikelsökningen för resultatartiklarna var 'peer reviewed' markerat för att artiklarna skulle vara vetenskapliga. Artiklarna begränsades till svenska eller engelska på grund av att författarna inte besitter tillräckliga kunskaper i andra språk än dessa. Detta var ett medvetet val för att undvika misstag såsom bortfall eller misstolkningar av viktiga data som hade kunnat uppstå under översättningen. En annan begränsning i sökandet var att artiklarna skulle vara skrivna mellan år 2007 och 2017 då forskningen skulle vara så aktuell som möjligt. Begränsningar av studiernas ursprungsländer valdes bort eftersom att författarna ville undersöka problemområdet i en stor uträkning av världen och inte endast i Sverige eller Norden. De valda artiklarna för resultatet kommer från Australien, Sverige, USA och Kanada.

Vissa artiklar kostar pengar att erhålla. Författarna enades om att denna litteraturstudie skulle vara kostnadsfri att genomföra och valde därför att avstå från köp. Detta kan vara negativt för litteraturöversikten i och med att artiklar som valdes bort på grund av kostnad möjligtvis hade kunnat bidra med relevant innehåll.

Av de sökträffar som framkom valde författarna att läsa abstract av de artiklar där artikelns rubrik verkade matcha det valda syftet för litteraturöversikten. Om abstract i dessa artiklar verkade relevant för litteraturöversikten så lästes även resultatdelen och därefter hela artikeln. Båda författarna läste artiklarna för att säkerställa att samma uppfattning och förståelse av artiklarna hade skett. En del av artiklarna som var tänkta att användas i resultatdelen visade sig vara litteraturöversikter och blev således bortvalda eftersom dessa måste vara originalartiklar. Ett antal artiklar valdes också bort på grund av att de inte var etiskt godkända,

vilket var ett krav från författarna för att de skulle få finnas med i resultatdelen. Författarna kom slutligen fram till vilka av artiklarna som skulle finnas med i resultatdelen.

Tidsbegränsningen på arbetet påverkade antalet artiklar författarna hann med att läsa, vilket kan vara negativt för en litteraturöversikt på så sätt att om fler artiklar hade kunnat läsas skulle chansen vara större att hitta fler bra resultatartiklar. Författarna var dock nöjda med de valda artiklarna eftersom att de visade hög kvalitet och tydliga resultat. Vid skrivandet av litteraturöversiktens resultatdel kom författarna fram till att dela upp fynden i olika teman; 'barriärer för fungerande kommunikation' och 'brist på information' för att således koppla dessa till 'patientens perspektiv' och 'vårdpersonalens perspektiv'. Författarna hade delade uppfattningar om vilka av dessa fyra som skulle stå som huvudteman och vilka som skulle stå som underteman. Efter konsultation med handledare kom författarna fram till att de två förstnämnda skulle bli huvudteman och inom dessa koppla samman till patientens och vårdpersonalens perspektiv som underteman.

Artiklarna som användes i litteraturstudiens resultatdel var av kvalitativ eller mixad design. Studier av kvalitativ design kan vara en fördel på så sätt att deltagarna i studien svarar beskrivande om upplevelser (Henricson & Billhult, 2017) till skillnad från en studie med kvantitativ design där resultaten ofta presenteras genom statistik och siffror (Billhult, 2017b). En fördel med kvantitativ design i en studie är dock ofta att fler deltagare medverkar i studien och resultatet blir mer övergripande. Tre författare förekommer i flera av de valda resultatartiklarna för litteraturöversikten. Detta beror på att författarna, vid sökandet av artiklar, upptäckte att dessa bedriver en ledande forskning inom det valda problemområdet. Riskerna med att ha för många artiklar med samma författare skulle kunna vara att resultaten kan verka riktade eller spegla dessa författares egna åsikter eller förutfattade meningar som kan påverka resultatet i denna litteraturöversikt negativt. Forskningen inom detta område verkar inte vara särskilt stor om det till exempel jämförs med andra områden. Dessutom förekommer det fler författare i en del av artiklarna i olika kombinationer tillsammans med dessa tre författare. Därför ansåg författarna att detta inte skulle påverka resultatet på ett negativt sätt. Författarna kan snarare påstå att det är en styrka då dessa artiklar inte alltid säger samma saker trots samma författare och att författarna därför skulle kunna dra slutsatsen att de har utfört sina studier på olika sätt och presenterat resultaten på ett korrekt sätt.

Det kan vara så att författarna har haft något av en förutfattad mening innan arbetet med denna litteraturöversikt påbörjades. Detta handlar då om att de, på grund av deras tidigare erfarenheter inom ämnet, upplevt att patienter inte har fått den information eller det bemötande de har önskat gällande att föra ämnet sexualitet på tal. Författarna tror dock inte att

detta har påverkat resultatet på nämnvärt sätt då de vetenskapliga artiklarna i resultatet har bekräftat deras misstankar om att så faktiskt var fallet. Dock har de vid några tillfällen blivit överraskade av hur omfattande detta problem har varit för vissa patienter. Författarna har inte haft som mål att finna artiklar med dessa resultat. Hade de funnit artiklar vars resultat inte överensstämde med resultatet i denna studie hade även de redovisats. Till författarnas besvikelse fanns sådana artiklar inte att tillgå.

## Resultatdiskussion

I resultatet kunde författarna finna att antalet personer med cancer som erhåller någon form av information om sexualitet under sjukdom och behandlingstid, men även efteråt, är förhållandevis lågt. Anledningarna till detta kan vara många men de mest framstående anledningarna handlar till stor del om osäkerheter och ovana att hantera situationer där samtalsämnet sexualitet tas upp, kunskapsbrist gällande vilken påverkan sjukdom och behandling kan ha på sexualiteten samt tidsbrist. Huvudfynden diskuteras nedan under tre kategorier; 'Olika typer av cancer', 'Tid' och 'Behov av kunskap och information'.

### Olika typer av cancer

Resultatet visar att den andel personer med cancer som fått mest information gällande påverkan på sexualiteten är de som har drabbats av cancer av sexuell sort (bröstcancer, gynekologisk cancer eller cancer i eller kring bäckenet). Anledningen till detta kan tyckas vara uppenbar med tanke på cancerens placering. Dock kan det diskuteras mot att all cancer, oavsett placering, ofta påverkar psykiska och fysiska faktorer även lång tid efter avslutad behandling (Treanor & Donnelly, 2015). Psykologisk påverkan visas oftast redan under behandlingstiden medan påverkan på fysiska faktorer kan visa sig allt mellan en månad efter avslutad behandling och efter så lång tid som 15 år. Lymfödem var enligt denna studie en effekt som deltagarna kunde uppleva dagligen medan andra upplevde det mer sällan men ändå som konstanta och ständiga påminnelser om cancer. Vissa upplever cancerrelaterad stress eller ångest dagligen medan andra kan uppleva detta i samband med exempelvis åter- eller uppföljningsbesök. Känslor av rädsla har visat sig sjunka signifikant vid exempelvis femårsdagen för friskförklaringen. Det finns även evidens för att personer som har tidigare erfarenheter eller kunskap om cancer upplever känslor av rädsla för återinsjuknande i mindre utsträckning än andra. Med detta drar författarna slutsatsen att förhöjd kunskap för patienterna om sjukdomstillståndet kan hjälpa dem att minska dessa typer av psykologisk påverkan.



En person som vårdas för cancer lever i en föränderlig tillvaro och genomgår många förändringar som kan förstås med hjälp av Roys adaptionsmodell. Att anpassa sig till dessa förändringar för att bevara sin integritet kan innebära ett sökande efter kunskap och information som kan vara av hjälp. Vid de tillfällen som personen själv inte kan anpassa sig till förändringarna eller om misslyckade försök till detta kan hota individens hälsa kan sjuksköterskan vara till hjälp för att uppnå och bevara livsbalans (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Vår tolkning av resultatet är att sjuksköterskan eller övrig vårdpersonal inte lever upp till detta när samtal om sexualitet undviks eller när det reserveras för de som har cancer av sexuell sort. Detta kan då leda till ökat lidande eller försvårad anpassning enligt Roy.

Sexuell dysfunktion drabbar cirka hälften av alla män och kvinnor som drabbats av cancer i bäckenområdet och ungefär en fjärdedel av personer som drabbats av andra cancertyper (Schover, van der Kaaij, van Dorst, Creutzberg, Huyghe & Kiserud, 2014). Det finns alltså en relativt stor risk för att drabbas av sexuella problem efter en cancerdiagnos även om den inte är av sexuell sort. Av den anledningen kan det tyckas vara något underligt att information gällande påverkan på sexualitet reserveras för den som drabbats av sexualitetsrelaterad cancer.

## Behov av kunskap och information

### *Patientens perspektiv*

Ett av de största fynden i resultatet handlar om att patienter upplever en stor brist på information gällande sexualitet. Informationen kan handla både om hur cancer i sig påverkar den sexuella funktionen men även hur behandling och läkemedel påverkar den. Som definierat i stycket 'olika typer av cancer' kan känslor som rädsla minskas med hjälp av ökad kunskap om det aktuella läget eller den aktuella sjukdomen. Sexualitet är ett grundläggande behov som bör ses efter med samma allvar som människans andra grundläggande fysiologiska behov då dessa är den absoluta grunden för en människas motivationsskapande (Maslow, 2012). Det verkar i resultatet som att detta ofta glöms bort och andra grundläggande behov, som sömn, hunger och elimination, ofta går före eller tas på större allvar. Sjuksköterskor som arbetar inom onkologi säger ofta att de vårdar på ett holistiskt sätt, alltså att de ser och vårdar patientens hälsa i helhet, men det är många som i praktiken misslyckas att inkludera sexualitet (Chamberlain Wilmoth, 2006). Om sjuksköterskan inte inkluderar sexualitet så blir det svårt att bedöma om patienten har specifika problem inom detta område (Higgins, Barker & Begley, 2006). Patienten riskerar då att kämpa ensam med obesvarade frågor och bekymmer.

### *Vårdpersonalens perspektiv*

Vårdpersonal i allmänhet upplever att de har för lite kunskap om att kommunicera med patienter om sexualitet och tycker därmed att det känns obekvämt att ta upp det som samtalsämne. Kommunikation och kritiskt tänkande är två nödvändiga yrkeskunskaper som ingår i sjuksköterskans arbete (Chamberlain Wilmoth, 2006). Att samtala om sexualitet skiljer sig inte mycket från att samtala om andra känsliga samtalsämnen såsom tarm- och blåsvanor, döende och död. I studien av Fitch et al. (2013b) berättar till exempel en sjuksköterska att hon pratar med unga män med testikelcancer om spermabank och fertilitet, men sällan frågar hon om patientens situation i övrigt såsom intimitet, känslor och förhållande. I resultatet beskriver författarna hur deltagarna i den studien menade att vårdpersonalens egen brist på kunskap om ämnet gör det svårare att nämna eller ställa frågor om det. En deltagare i studien förklarade att hon tar upp samtalsämnet med alla patienter med livmoderhalscancer, men aldrig med patienter med bröstcancer eftersom de endast hade fått strålbehandling. I bakgrunden beskrivs hur personer som drabbats av bröstcancer kan behandlas på olika sätt. Däribland återfinns hormonella preparat som bland annat kan påverka slidans funktion att producera lubrikation. Avsaknaden av ett bröst kan ha en negativ inverkan på sexualiteten och sexlivet även om det är högst individuellt (Faghani & Ghaffari, 2016).

Studien av Fitch et al. (2013a) handlar om patienters perspektiv. I den studien var det en man som tyckte att det var hans eget ansvar att ta upp sexuella problem med vårdpersonalen då de inte är tankeläsare samt att han är den ende som vet hur han mår. Anledningen till att författarna har tagit upp detta som en barriär är att om detta tankesätt anammas i för stor utsträckning innebär det ett mycket större ansvar för patienten själv att påtala problem som kan vara svåra att prata om, men ett mycket mindre ansvar för sjuksköterskan att förmedla information. Om det skulle jämföras med en annan situation där det allmänt sett skulle vara patientens eget ansvar att påtala tarmrörelser och toalettvanor i samband med förskrivning av exempelvis morfinpreparat, som ofta har bland annat hård avföring eller förstoppning som biverkning (www.FASS.se; Bengtsson, 2014), skulle det kunna innebära allvarliga risker för patientens hälsa om sjuksköterskan inte hade en skyldighet att föra ämnet på tal och förmedla denna information.

### *Tid*

Författarna har kliniska erfarenheter av att patienter inte alltid vågar ta upp sexualitet med vårdpersonal på grund av att de är rädda för att de ska ta upp vårdpersonalens tid i onödan.

Vårdpersonal är även de benägna att använda tidsaspekten som en ursäkt till varför ämnet inte tas upp.

Roys adaptationsmodell kan knytas till konsensusbegreppen miljö, hälsa och människa (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Där miljön agerar som bakgrund befinner sig och förstås människan samt påverkas hälsan hos denne beroende på hur miljön påverkar människan. Om patienter uppfattar miljön som så stressig att deras problem inte skulle bli tagna på allvar eller ens en gång lyssnade till av vårdpersonal så anser författarna att det då blir uppenbart att patientens hälsa blir lidande.

Att följa en arbetsmodell kan ibland vara ett hjälpmedel för att sätta undan tid till ämnen som bör lyftas. Ingen av de artiklar som finns i resultatet har använt sig av BETTER men det går att diskutera om denna modell inte redan tillämpas, om än till viss del, omedvetet av vårdpersonal när de för frågan på tal då denna metod liknar konsultationer och journalföring såsom de redan utförs inom många vårdsammanhang.

### **Kliniska implikationer**

Denna litteraturöversikt är av värde för sjuksköterskor och annan vårdpersonal inom vården. Inte endast inom onkologi utan för vården i allmänhet eftersom sexualitet är ett grundläggande behov och av att förstå utifrån resultatet så finns ett behov hos patienter att samtala om detta ämne. Författarna har endast stött på ett fåtal studier där arbetsmodellen PLISSIT har använts. Enligt Chamberlain Wilmoth (2006) bör sjuksköterskan ställa avväpnade frågor till patienten på ett sådant sätt att patienten förstår att andra människor som befinner sig i en liknande situation kan uppleva samma problem. Sjuksköterskan skulle exempelvis kunna berätta att många patienter som vårdas för cancer har problem med sina sexuella funktioner och sedan fråga patienten om hen själv har några problem. Dessa typer av frågor sker i steget 'Permission' i PLISSIT (Sundbeck, 2013; Bergmark, 2007). I studien av Faghani & Ghaffari (2016) används arbetsmetoden PLISSIT för att hjälpa kvinnor som genomgått mastektomi efter bröstcancer att finna copingstrategier och sätt att lösa problem relaterade till sexualiteten. Resultatet visade på att den grupp som PLISSIT hade applicerats i uppgav färre sexualitetsrelaterade problem än kontrollgruppen som ej hade haft någon intervention. Liknande resultat finns i en studie av Tutuncua och Yildizb (2012). Författarna anser att denna arbetsmodell eller liknande bör kunna användas oftare i praktiken för att främja kommunikationen om sexualitet mellan patienter och vårdpersonal, men även för att

hitta rätt vård relaterat till patientens sexualitetsrelaterade problem. Det finns även färdiga frågeformulär att tillgå för att uppskatta sexualitet (Sundbeck, 2013).

### **Förslag till fortsatt forskning**

Utifrån resultaten författarna har funnit finns det vissa aspekter som bör noteras. Till exempel var det inte någon av de studier som undersöktes som hade tagit patienternas preferenser gällande skriftlig eller muntlig information med i beräkningen. Det har visat sig att vissa föredrar skriftlig information (Ussher, Perz & Gilbert, 2012), andra föredrar en blandning av skriftlig information och muntlig konsultation med vårdpersonal (Perz, Ussher & The Australian Cancer and Sexuality Study Team, 2015). Ett förslag för framtida studier skulle kunna vara att använda sig av en design som tillåter patientens preferenser då detta på ett bättre sätt skulle kunna motsvara ett verkligt vårdklimat där patienter ofta har möjligheter likt dessa att välja mellan.

Författarna har tyvärr inte stött på någon studie som använder sig av arbetsmodellen BETTER. De anser att denna arbetsmodell tycks vara användbar och önskar därför forskning om denna för att se om den fyller en givande funktion i praktiken.

### **Slutsats**

Resultatet visar att det finns svårigheter och barriärer i kommunikationen mellan vårdpersonal och personer som vårdas onkologiskt om sexualitet. Både patienter och vårdpersonal upplever svårigheter med att samtala om sexualitet. Vårdpersonal känner att de har för lite kunskap för att samtala om sexualitet och känner sig därför obekväma. Även tidsbrist visar sig i resultatet vara en bidragande faktor. Vårdpersonalen menar ofta att de har andra prioriteringar och har därför inte tid att samtala om sexualitet.

Resultatet visar att patienter upplever att det är obekvämt och pinsamt att prata om sexualitet. Det är vanligt att patienter önskar att vårdpersonalen kunde underlätta genom att ta upp sexualitet som ett samtalsämne för att visa att det är okej att samtala om det. I och med att kommunikationen om sexualitet är bristfällig inom den onkologiska vården upplever de flesta patienter att de inte får tillräcklig information om vad cancerbehandlingarna eventuellt skulle ha för påverkan på deras sexualitet.

## Referensförteckning

\* = Resultatartiklar

- Bengtsson, M. (2014). Elimination med fokus på mag- och tarmkanalen. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2. uppl. s. 527-551). Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, K. (2007). Cancer och sexualitet: patienten vill att frågan väcks. *Onkologi i Sverige 2*, 72-80. Från [http://www.onkologiisverige.se/wp-content/uploads/2014/02/OIS\\_2\\_07.pdf](http://www.onkologiisverige.se/wp-content/uploads/2014/02/OIS_2_07.pdf)
- Billhult, A. (2017a). Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s. 265-283). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017b). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl. s. 99-110). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017c). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl. s. 265-274). Lund: Studentlitteratur.
- Blagbrough, J. (2010). Importance of sexual needs assessment in palliative care. *Nursing Standard 24*(52), 35-39. Hämtad från databasen Academic Search Complete.
- Borgenhammar, E. (2012). Tiden, döden och de palliativa intelligenserna. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4. uppl., s. 56-66). Stockholm: Liber.
- Cancer Updates, Research & Education (CURE). (2016). What is cancer? Understanding cancer means knowing it's more than one disease. *Cancer Guide*, 14-15. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Chamberlain Wilmoth, M. (2006). Life after cancer: What does sexuality have to do with it? *Oncology Nursing Forum 33*(5) 905-910. doi: 10.1188/06.ONF.905-910
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2.uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ersta Sköndal Bräcke Högskola. (2017). *Databaser och länkar*. Hämtad 24 oktober, 2017 från Ersta Sköndal Bräcke Högskola, <http://esh.se/bibliotek/soka/databaser-och-lankar.html>

- Faghani, S., & Ghaffari, F. (2016). Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 17(11), 4845-4851. Hämtad från databasen MEDLINE.
- \*Fitch, M.I, Beaudoin, G., & Johnsson, B. (2013a). Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part I - Patients perspectives. *Canadian Oncology Nursing Journal* 23(11), 4-10. doi: 10.5737/1181912x231410
- \*Fitch, M.I, Beaudoin, G., & Johnsson, B. (2013b). Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part II - Health care provider perspectives. *Canadian Oncology Nursing Journal* 23(11), 4-10. doi:10.5737/1181912x233182188
- \*Flynn, K.E., Barsky Reese, J., Jeffery, D.D., Abemethy, A.P., Lin, L., Shelby, R.A., Porter, L.S., Dombeck, C.B., & Weinfurt, K.P. (2011). 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. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur AB.
- \*Gilbert, E., Perz, J. & Ussher, J.M. (2014). Talking about sex with health professionals: the experience of people with cancer and their partners. *European Journal of Cancer Care* 25(2), 280-293. doi: 10.1111/ecc.12216
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s. 111-120). Lund: Studentlitteratur.
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2006). Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice* 2006(12), 345-351. Hämtad från databasen PsycINFO.
- \*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(5), 224-227. Hämtad från databasen Academic OneFile.
- Hulter, B. (2014). Sexualitet. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa*. (2. uppl. s. 581-609). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl. s. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.
- Krychman, M., & Millheiser, L. S. (2013). Sexual Health Issues in Women with Cancer. *Journal of Sexual Medicine* 10(1, suppl 1). doi: 10.1111/jsm.12034
- Lorusso, D., Bria, E., Costantini, A., Di Maio, M., Rosti, G., & Mancuso, A. (2017). Patients' perception of chemotherapy side effects: Expectations, doctor-patient communication

- and impact on quality of life - An Italian survey. *European Journal of Cancer Care* 26(2), 1-9. doi: 10.1111/ecc.12618
- Manderson, L., & Stirling, L. (2007). The absent breast: speaking of the mastectomized body. *Feminism & Psychology* 17(1), 75-92. doi: 10.1177/0959353507072913
- Maslow, A. H. (2012). *A Theory of Human Motivation*. United States of America: Start Publishing LLC.
- McClelland, S. I. (2016). "I wish i'd known": patients' suggestions for supporting sexual quality of life after diagnosis with metastatic breast cancer. *Sexual and Relationship Therapy* 31(4), 414-431. doi: 10.1080/14681994.2015.1093615
- Mercadante, S., Vitrano, V., & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Care Cancer* 18(6), 659-665. doi: 10.1007/s00520-010-0814-0
- 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
- \*Perz, J., Ussher, J. M., Gilbert, E., & The Australian Cancer and Sexuality Study Team. (2014). Feeling well and talking about sex: psycho-social predictors of sexual functioning after cancer. *Biomed Central Cancer* 14(228). doi: 10.1186/1471-2407-14-228
- \*Perz, J., Ussher, J. M., & The Australian Cancer and Sexuality Study Team. (2015). A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities. *BMC Cancer* 15(1), 629-644. doi:10.1186/s12885-015-1638-6
- \*Rasmusson, E.-M., 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
- Ratner, E. S., Richter, C. E., Minkin, M. J., & Foran-Tuller, K. A. (2012). How to talk about sexual issues with cancer patients: Beginning the dialogue. *Contemporary OB/GYN* 57(5), 40-51. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model*. (3. uppl.). Upper saddle River: Pearson.
- Schover, L. R., van der Kaaij, M., van Dorst, E., Creutzberg, C., Huyghe, E., & Kiserud, C. E. (2014). Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *European Journal of Cancer Supplements* 12(1), 41-53. doi: 10.1016/j.ejcsup.2014.03.004
- \*Seidler, Z. E., Lawsin, C. R., Hoyt, M. A., & Dobinson, K. A. (2015). Let's talk about sex after cancer: exploring barriers and facilitators to sexual communication on male cancer survivors. *Psycho-Oncology* 25(6), 670-676. doi: 10.1002/pon.3994

- Southard, N. Z., & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 13(22), 213-217. doi: 10.1188/09.CJON.213-217
- Sundbeck, M. (2013). *Sexuell hälsa i vården: en metodbok för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2014). Omvårdnad och god vård. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Tish Knobf, M., Ferrucci, L. M., Cartmel, B., Jones, B. A., Stevens, D., Smith, M., ... Mowad, L. (2012). Needs assessment of cancer survivors in Connecticut. *Journal of Cancer Survivorship* 6(1), 1-10. doi: 10.1007/s11764-011-0198-2
- Treanor, C., & Donnelly, M. (2016). Late effects of cancer treatment - the perspective of the patient. *Support Care in Cancer* 24(1), 337-346. doi: 10.1007/s00520-015-2796-4
- Tutuncua, B., & Yildizb, H. (2012). The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 47(2012), 2000-2004. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.06.939
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Information need associated with changes to sexual wellbeing after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 69(2), 327-337. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x
- \*Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, T. W. K., Mason, C., Hobbs, K., & Kirsten, L. (2013). Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychology & Health* 22(12), 1370-1390. doi:10.1080/08870446.2013.811242
- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- World Health Organization (WHO). (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Genève: World Health Organization. Hämtad 18 oktober, 2017, från WHO, [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
- Östlundh, L. (2012) Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB.



**Bilaga 1. Sökmatrix** Sökningarna utfördes 2017-11-07

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Antal lästa abstrakt</b>	<b>Antal lästa artiklar</b>	<b>Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.</b>
CINAHL Complete	Cancer OR oncology AND sexuality AND communication.	89	Full text Peer reviewed 2007-2017	12	7	4
PubMed	Cancer OR oncology AND sexuality AND communication.	88	Free full text 2007-2017	8	4	2
Manuella sökningar						4

## Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Fitch, M.I., Beaudoin, G., & Johnsson, B.	Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part I – patients perspectives.	2013, Kanada, Canadian Oncology Nursing Journal.	Att utforska patienters perspektiv som fått en cancerdiagnos av att konversera om sexualitet med vårdpersonal.	Design: Kvalitativ metod. Urval: 32 deltagare som fått en cancerdiagnos. Datainsamling: Intervjuer. Analys: Utskrifterna genomgicks av en standardkvalitativ innehålls- och termanalys.	Patienterna beskrev många förändringar i deras kroppar som har framträtt efter cancerbehandling som hade potential att påverka sexualiteten, men faktiska bekymmer eller problem kring sexualitet var mycket individualiserade. Få hade haft konversationer om sexualitet med vårdpersonal. De flesta patienterna tyckte att det var vårdpersonalens ansvar att ta upp frågor kring det ämnet.
Fitch, M.I., Beaudoin, G., & Johnsson, B.	Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part II – Health care provider perspectives.	2013, Kanada, Canadian Oncology Nursing Journal.	Att utforska vårdgivares perspektiv av att konversera med patienter om påverkan på sexualiteten efter en cancerdiagnos.	Design: Kvalitativ metod. Urval: 34 deltagare som arbetar som vårdpersonal (läkare, sjuksköterskor, strålterapeuter och socialarbetare) inom onkologi. Datainsamling: Utskrifter av intervjuer. Analys: standardkvalitativ innehålls- och termanalys.	De flesta samtalen som vårdpersonalen hade med patienter angående sexualitet skedde innan en behandling eller om patienten frågade om möjliga bieffekter. De flesta vårdgivarna tog inte upp ämnet själv, utan väntade istället på att patienten möjligtvis skulle ta upp ämnet. De flesta vårdgivarna kände sig obekväma och ansåg att de hade bristande utbildning om dessa typer av samtal.
Flynn, K.E., Barsky Reese, J., Jeffery, D.D., Abemethy, A.P., Lin, L., Shelby, R.A., Porter, L.S., Dombeck, C.B., & Weinfurt, K.P.	Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer.	2011, USA, Psycho- Oncology.	Att studera patienters upplevelser av kommunikation med vårdpersonal inom onkologi om sexuella problem under och efter behandling av cancer.	Design: Mixad metod. Urval: 109 engelsktalande personer över 18 år som fått en cancerdiagnos. totalt 16 fokusgrupper. Datainsamling: Frågeformulär och intervjuadministrerad telefonundersökning. Analys: Statistik	De flesta patienter anser att diskussioner med onkologipersonal om sexuella problem var viktiga, men huruvida de någonsin hade fått information om sexuella problem av en vårdgivare varierade.
Gilbert, E., Perz, J. & Ussher, J.M.	Talking about sex with health professionals: the experience	2014, Australien, European Journal of Cancer Care.	Att undersöka upplevelser av att diskutera sexualitet med hälso- och sjukvårdspersonal ur cancersjuka män och	Design: Mixad metod. Urval: Totalt 805 deltagare: 657 personer som fått en cancerdiagnos varav 122 män,	Diskussioner om sexualitet med vårdpersonal rapporterades oftare av män med cancerdiagnos jämfört med kvinnor med cancerdiagnos. Av de intima partners var det

	of people with cancer and their partners.		kvinnor och dess intima partners perspektiv.	535 kvinnor. 148 intima partners, varav 87 kvinnor, 61 män. Datainsamling: Frågeformulär och intervjuer. Analys: Tematiserande.	fler kvinnor än män som hade diskuterat sexualitet med vårdpersonal. Män med cancerdiagnos och män som var partner med någon med cancerdiagnos visade sig vara de som uppskattade sådana diskussioner. Många av deltagarna upplevde att vårdpersonal visade missnöje gällande att prata om sexualitet. Dessa fynd stöder uppfattningen av att personer med cancer och deras partner kan ha gått miste om sexuell information eller stödbehov.
Hordern, A. J., & Street, A. F.	Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs.	2007, Australien, Medical Journal Australia.	Att utforska de sätt som patienter och vårdpersonal kommunicerar om intima och sexuella förändringar i samband med cancer och palliativ vård.	Design: Kvalitativ metod. Urval: 50 personer som fått en cancerdiagnos och 32 personer som har arbetat inom onkologi eller palliativ vård i minst 12 månader. Datainsamling: trestegsreflexiv undersökning och intervjustudie. intervjuer. Analys: Transkriptioner av intervjuer och granskning text.	De flesta patienter sökte information, support och praktiska strategier om hur man lever med intima och sexuella förändringar efter en cancerbehandling, även om deras cancerform inte påverkade fertilitet eller sexuell prestanda. Vårdpersonal antog ofta att patienten endast var fokuserad på att bekämpa sjukdomen och glömde bort de emotionella och fysiska besvären som kunde tillkomma med sjukdomen. Vårdpersonalen hade också en begränsad förståelse för patientens sexualitet, fertilitet och erektila status. Många stereotypa antaganden gjordes om patientens sexualitet, baserat på ålder, kön, diagnos, kultur och partnerskapsstatus. Det var ett förhållande mellan att tillhandahålla patientcentrerad kommunikation om intimitet och sexualitet och hälso- och sjukvårdspersonalens förståelse för sina egna attityder och övertygelser.
Perz, J., Ussher, J.M., Gilbert, E., & The Australian Cancer and Sexuality Study Team	Feeling well and talking about sex: Psycho-social predictors of sexual functioning after cancer.	2014, Australien, BMC Cancer.	Att undersöka förändringar inom sexualitet efter en cancerbehandling och att utvärdera interaktionen mellan sexuell funktion, psykologisk status, livskvalitet och kommunikation angående	Design: Mixad metod Urval: 657 personer med en cancerdiagnos (535 kvinnor, 122 män) 148 partners (84 kvinnor, 61 män). Datainsamling: Enkäter. Analys: Univariat analys.	Både de manliga och de kvinnliga deltagarna rapporterade minskad sexuell funktion efter cancerbehandling. Fysisk livskvalitet var en prediktor för män och kvinnor med cancer och för manliga partners då det gällde sexuell funktion. Kommunikation om sexualitet var viktigt för kvinnor med cancer och för manliga och kvinnliga partners. Mental livskvalitet

			detta.		och depression var prediktorer för kvinnor med cancer. För män med cancer var självupppoffrande en prediktor.
Perz, J., Ussher, J. M., & The Australian Cancer and Sexuality Study Team.	A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities	2015, Australien, BMC Cancer.	Att utvärdera de tidiga stadierna i PLISSIT-modellen genom att undersöka effekten av skriftlig information om cancerrelaterade sexuella problem.	Design: Mixad metod. Urval: Alla deltagare är över 18 år. 88 personer med en cancerdiagnos och 55 partners. Datainsamling: Intervjuer. Analys: Statistisk analys.	Öppna undersökningsobjekt och intervjuer visade sig vara användbara och effektiva för majoriteten av deltagarna i och med att det ökade förståelsen av information om sexualitet.
Rasmusson, E.M., Plantin L., & Elemerstig, E.	'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients.	2013, Sverige, European Journal of Cancer Care.	Att undersöka tillgängligheten av information till patienter om sexuella effekter av cancer, vad gäller fertilitet, sexuell lust och sexuell funktion.	Design: Kvantitativ metod. Urval: 205 personer med en cancerdiagnos varav 48% var män och 51% var kvinnor. Åldern på deltagarna var 36 till 89 år. Datainsamling: Enkäter. Analys: Kvantitativ statistik.	Resultaten visar att 48% av de svarande inte hade fått någon information inom undersökningsområdena. Den största skillnaden var i frågan om sexuell aktivitet borde undvikas. Övrigt högre antal män än kvinnor fick information om effekter på fertilitet och sexuell lust. Resultaten visade också att information om sexualitet måste beaktas i en större utsträckning än vad som för närvarande görs.
Seidler, Z. E., Laws, C. R., Hoyt, M. A., & Dobinson, K. A.	Let's talk about sex after cancer: exploring barriers and facilitators to sexual communication in male cancer survivors.	2015, Australien, Psycho-Oncology.	Att kvalitativt utforska barriärer och underlättande för sexuell kommunikation hos män som överlevt en cancersjukdom.	Design: Kvalitativ metod. Urval: 17 män över 18 år som överlevt en cancersjukdom. Datainsamling: Transkriberade telefonintervjuer. Analys: Kodning.	Den framväxande teorin beskrev att de deltagarna som hade mindre sexuell kommunikation var de som upplevde minskad uppfattad maskulinitet efter cancerrelaterad sexuell dysfunktion. Dessa känslor förstärktes då de kände otillräckligt stöd av sin partner. Deltagare rapporterade att en stabil självkänsla och ett partnerstöd var till stor hjälp vid sexuell konversation.
Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, T. W. K.,	Talking about sex after cancer: A	2013, Australien, Psychology and Health.	Att undersöka hur vårdpersonal inom onkologi samtalar med patienter om	Design: Mixad metod. Urval: 38 vårdarbetare inom onkologi, varav 33 kvinnor och	Majoriteten av deltagarna angav att brist på kunskap, självförtroende och bekvämlighet var barriärer som gjorde det olämpligt att prata om

Mason, C., Hobbs, K., & Kirsten, L.	discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients		sexualitet. Vilka samtalssätt som formar kommunikationen.	5 män. 9 läkare, 11 sjuksköterskor, 10 psykologer och 8 socialarbetare. Datainsamling: Intervjuer. Analys: Kvalitativ och kvantitativ analys av intervjuer	sexualitet. Deltagare som tog upp sexualitet som ett samtalsämne kände ansvar och självförtroende.
-------------------------------------	---	--	---	--	--