



Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för
Kandidatexamen i omvårdnad
HT 2016

Sexuell hälsa - en prioriterad del av omvårdnaden?

Samtalet ur ett sjuksköterskeperspektiv

Louise Flint och Alexandra Sumner

Författare

Louise Flint och Alexandra Sumner

Titel

Sexuell hälsa- en prioriterad del av omvårdnaden? Samtalet ur ett sjuksköterskeperspektiv

Titel

Sexual health- a prioritized part of nursing? The communication through a nurse perspective

Handledare

Anna Pålsson

Examinator

Ann Christine Janlöv

Sammanfattning

Bakgrund: Årligen insjuknar 2800 kvinnor med gynekologisk cancer och behandlingen påverkar såväl kropp som själ och inte minst den sexuella hälsan. Samtal om sexuell hälsa har därför en stor betydelse för patienten för att kunna få information och kunskap i ämnet. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar innebär bland annat att utföra samtal om den sexuella hälsan samt göra patienten delaktig i den egna omvårdnaden. Studier pekar även på att patienter inte får samtala om sexualitet i den utsträckning de önskar. **Syfte:** Beskriva sjuksköterskors uppfattningar om att samtala om sexuell hälsa med patienter under behandling av gynekologisk cancersjukdom. **Metod:** En allmän litteraturöversikt baserad på kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Resultatet presenteras utifrån fyra kategorier; *Kunskapsbrist, Ansvar i samtalet, Arbetsituationens betydelse* och *Att beröra ämnet sexuell hälsa*. Sjuksköterskor anser sig ha otillräcklig kunskap och utbildning i sexuell hälsa och hur gynekologisk cancer påverkar den. Flertalet sjuksköterskor anser att det inte ingår i deras profession. Tidens betydelse för att hålla samtal var en faktor som skapade hinder i sjuksköterskors möjligheter för utförandet såväl som organisationens kultur och personalbrist. Ett flertal sjuksköterskor uppfattar även sexualitet som ett obekvämt ämne som är svårt att tala om. **Diskussion:** Sjuksköterskor har olika uppfattningar om den sexuella hälsans plats i omvårdnaden. De behöver därmed såväl kunskap som vilja för att kunna samtala om sexuell hälsa i omvårdnadsarbetet för patienter under behandling av gynekologisk cancersjukdom. Det ställer krav på sjuksköterskeutbildningens innehåll och att organisationen inom vården avsätter erforderliga resurser så att samtalen kan komma till stånd.

Ämnesord

Gynekologisk cancer, Omvårdnad, Samtal, Sexuell hälsa, Sjuksköterska, Uppfattning.

Innehåll

Inledning	4
BAKGRUND	4
Det professionella samtalet	4
Sexuell hälsa	6
Samtal om sexuell hälsa	6
Sexuell hälsa och gynekologisk cancer	7
SYFTE	8
METOD	9
Design	9
Sökvägar och datainsamling	9
Urval	10
Granskning och analys	10
Etiska överväganden	12
Förförståelse	12
RESULTAT	13
Kunskapsbrist	13
Ansvar för samtalet	14
Arbetsituationens betydelse	16
Att beröra ämnet sexuell hälsa	17
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	22
REFERENSER	28
Bilagor	33

Inledning

Samtal beskrivs enligt Baggens och Sandén (2009) som en essentiell del i kommunikationsprocessen, såväl för att skapa förståelse som för att tillgodose patientens omvårdnadsbehov. Att möjliggöra en givande kommunikation förutsätter att sjuksköterskan strävar efter att upprätta en god relation till patienten (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Årligen insjuknar 2800 kvinnor i gynekologisk cancer (Cancerfonden, 2014). Både upplevelsen av att ha fått cancer och de medicinska behandlingarna kan leda till att den sexuella hälsan påverkas (Sundbeck, 2013; Hulter, 2004; Bruun Lorentsen & Grov, 2011). I sjuksköterskans omvårdnadsansvar ingår samtal om sexualitet (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2013). Emellertid visade en finsk studie av Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lethinen, Aalto och Lehto (2007) att sjuksköterskor inom onkologisk vård sällan talade om sexualitet med patienten. Studien korrelerar väl med andra studier från Flynn et al., 2012; Ussher, Perz och Gilbert 2012, i vilka patienter med cancersjukdom uppgav att samtal om sexualitet inte förekom i den utsträckning de önskade (a.a.). Föreliggande studie avser beskriva sjuksköterskors uppfattning om att samtala om sexuell hälsa med patienter under behandling av gynekologisk cancersjukdom.

BAKGRUND

Det professionella samtalet

Kommunikation är en betydande beståndsdel i stiftandet av goda relationer i omvårdnaden, enligt en studie av Araújo, da Silva, Bonfim & Fernandes (2010). Även omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee beskrev kommunikation som grundläggande i omvårdnaden, för att sjuksköterskan ska kunna etablera en god relation till patienten (Travelbee, 1971). Enligt Travelbee måste dock sjuksköterskan vara medveten om vad målet med kommunikationen är. Det fordrar att sjuksköterskan själv förstår vad kommunikationen ska utmynna i och hur den ska ske så att patientens omvårdnads mål kan förverkligas. Vidare ansåg Travelbee att förhållanden som påverkar

kommunikationsprocessen är miljön där kommunikationen sker samt de känslor som utbytet väcker hos både sjuksköterska och patient (a.a.).

Samtal är en betydande del av kommunikationen (Nilsson & Waldemarson, 2007). Ett professionellt samtal skiljer sig från ett vanligt samtal eftersom det eftersträvar att nå ett mål såsom att stödja, förmedla något eller skapa delaktighet. Det kräver att samtalsledaren har förmåga att kunna lyssna men även att kunna skilja på när det är lämpligt att hålla distans eller närhet till samtalspartnern (a.a.). En av relationens hörnstenar är tillit, vilket kan beskrivas som att vara sårbar inför någon annan (Björngren Curada, 2010). Att sjuksköterskan är känslig för patientens subjektiva uppfattning av sin position spelar roll i mötet med patienten då det är avgörande för dennes tillit till sjuksköterskan (a.a.). Ett givande samtal erfordrar dessutom tillräckligt med tid. Emellertid visade en studie av McCabe (2004) att patienter upplevde att sjuksköterskor var alltför upptagna med den praktiska delen av omvårdnaden, vilket tog större delen av tiden i anspråk och ledde sedermera till att kommunikationen kom i skymundan (a.a.).

För sjuksköterskan är förmåga att samtala signifikant då det i yrkesrollen ingår såväl informationsutbyte med patienten som dokumentation och journalföring. Sjuksköterskans uppdrag innebär enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Vålbefinnande, integritet, prevention och säkerhet (VIPS)-modellen är ett verktyg med vilket sjuksköterskan utifrån givna sökord ska kunna dokumentera omvårdnad (Ehnfors et al., 2013). Ett av sökorden i VIPS-modellen är sexualitet/reproduktion under vilket sjuksköterskan kan dokumentera önskemål, problem eller attityder relaterat till den sexuella hälsan (a.a.). Enligt Sundbeck (2013) bör sjuksköterskan diskutera förhållanden som kroppsuppfattning, identitet, sexuell funktion och reproduktion med kvinnor som har gynekologisk cancer då det är vanligt förekommande att de upplever förändringar i dessa förhållanden i relation till sjukdomen. En studie av Olsson, Berglund, Larsson och Athlin (2012) visade att sjuksköterskor som möter patienter med cancersjukdom inte alltid talade om sexuell hälsa trots att de ansåg att det ingick i deras yrkesuppdrag. I en annan studie av Tsai,

Huang, Liao, Tseng och Lai (2013) framkom det att sjuksköterskor redan under utbildningen uppgav sig vara positivt inställda till att samtala om sexuell hälsa samtidigt som de upplevde ovilja att göra det i praktiken.

Sexuell hälsa

Sexuell hälsa innefattar livskvalitet, det vill säga att känna ett fysiskt men även psykiskt och socialt välmående i sin sexualitet (World Health Organisation [WHO], 2010; Statens folkhälsoinstitut, 2011). Det förutsätter att känna trygghet i sin sexualitet och att bli bemött med en positiv inställning till densamma (Socialstyrelsen, 2014). Sexualitet är enligt WHO (2010) en mänsklig rättighet som innefattar inte enbart biologisk process, utan även upplevelsen av att vara människa. Samspel mellan exempelvis sociala, kulturella och andliga förhållanden påverkar också sexualiteten (a.a.). Att som sjuksköterska samtala om sexuell hälsa innebär att vara väl förtrogen med vad som definierar och omfattar själva begreppet, vilket kan vara svårt att förhålla sig till om det finns okunskap kring ämnet (Sundbeck, 2013).

Samtal om sexuell hälsa

Samtal om sexuell hälsa kräver enligt Sundbeck (2013) inte bara att sjuksköterskan har kunskap inom området. Vilja att samtala, en positiv inställning till ämnet och aktivt lyssnande är andra förmågor sjuksköterskan bör besitta (a.a.). Samtal om sexualitet ingår i den holistiska hälsovården och ämnet ska initieras av sjuksköterskan eftersom det bör vara en naturlig del i omvårdnaden (Higgins, Barker & Begley, 2006). Samtidigt kan samtal om sexuell hälsa vara ett tabubelagt ämne för såväl sjuksköterska som patient (Bergmark, 2012). Faktorer som uppväxtmiljö, kultur, ålder och kön har betydelse för individens inställning till sexualitet (Skansgård, Svendsen, Aanrud & Aars, 1998). Den rådande asymmetrin mellan sjuksköterska och patient är dessutom särskilt viktig att beakta i samtal om sexuell hälsa (Sundbeck, 2013; Snellman, 2011). Genom sin yrkeskompetens har sjuksköterskan redan från början ett övertag i samtal, vilket genererar en tydlig diskrepans i dialogen och kan leda till maktobalans (a.a.). Det är primärt att sjuksköterskan sörjer för att omvårdnad ges på ett hänsynsfullt och integritetsbevarande sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Detta eftersom det

ojämlika förhållandet mellan sjuksköterska och patient kan leda till obalans mellan dem i samtalet (Sundbeck, 2013).

Integritet är sedermera även viktigt att värna om i informationsutbyte. Patientens rätt till information om såväl sitt hälsotillstånd som biverkningar och eftervård har stärkts i patientlagens tredje kapitel (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 2014:821, 1 §). Socialstyrelsen har även utformat ett underlag för en nationell strategi kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), i vilket rätten till kunskap och hälsovård på lika villkor för hela befolkningen tydliggörs (Socialstyrelsen, 2014). Syftet med underlaget är att förstärka det hälsofrämjande arbetet inom SRHR (a.a.). Information om hälsotillstånd och biverkningar av behandling innefattar hur den sexuella hälsan påverkas (Sundbeck, 2013). I ett antal studier påtalade mer än hälften av patienter med cancersjukdom vikten av samtal om sexuella problem i samband med cancerbehandling (Flynn et al., 2012; Southard & Keller, 2009; Ussher et al., 2012). De uppgav att de var i behov av upplysning kring såväl fysiologiska som psykologiska förändringar, sexuell respons och kroppsuppfattning i relation till sexualiteten (Ussher et al., 2012). Samtidigt visade två av studierna att endast hälften av de som önskade få information erbjöds detta (Flynn et al., 2012; Ussher et al., 2012).

Sexuell hälsa och gynekologisk cancer

Gynekologisk cancer omfattas av cervix-, vulva-, uterus- och ovarialcancer (Sundbeck, 2013). I de flesta fall genomgår kvinnan olika typer av behandlingsmetoder såsom kirurgi-, cytostatika-, strål- och/eller hormonbehandling (Dizon, Suzin & McIlvenna, 2014). Behandlingsmetoderna ger stora effekter på kroppen med symtom såsom trötthet, smärta, illamående, nedsatt känsel på hud, torra slemhinnor, håravfall, neurologiska bortfall, viktförändringar, minskad sexlust, klimakteriebesvär, vallningar och sömnsvårigheter (Bergmark, 2012). Bruun et al. (2011) beskriver att cancerdiagnos inte enbart skapar fysiska utan även psykosociala och existentiella konsekvenser för individen, vilket enligt Bergmark (2012) även påverkar sexualiteten. Hur sexualiteten påverkas vid gynekologisk cancersjukdom beror emellertid på olika faktorer såsom livssituation, ålder, civilstånd, personlighetstyp och självbild (Bergmark, 2012). I en studie av Ekwall, Ternstedt, och Sorbe (2003) önskade kvinnor med gynekologisk

cancersjukdom att sjuksköterskor öppnade upp för samtal om sexualitet. I samma studie uppgav en kvinna att all information som gavs om sexualitet var av biomedicinsk karaktär och ökade inte hennes kunskap eller förståelse för den egna sexualiteten (a.a.). Följaktligen är det därmed viktigt att sjuksköterskan, i samtal om sexuell hälsa, iakttar cancersjukdomens såväl psykiska som fysiska påverkan på sexualitet och sexuell hälsa. Sammantaget visar ovanstående litteraturgenomgång vikten av samtal kring sexuell hälsa i samband med gynekologisk cancersjukdom samt att patienter efterfrågar denna kunskap. Samtidigt uppger sjuksköterskor att de sällan berör ämnet med patienten. Genom att beskriva sjuksköterskors uppfattning om att samtala om sexuell hälsa med patienter under gynekologisk cancersjukdom är förhoppningen att synliggöra vilka faktorer som sjuksköterskan uppfattar har betydelse för samtalet om sexuell hälsa.

SYFTE

Syftet är att beskriva sjuksköterskors uppfattningar om att samtala om sexuell hälsa med patienter under behandling av gynekologisk cancersjukdom.

Frågeställning

Vilken uppfattning har sjuksköterskan om att samtala om sexuell hälsa med patienter under behandling av gynekologisk cancersjukdom?

Definitioner

Författarna har valt att använda termen samtal som ett samlingsnamn, vilket inkluderar kommunikation i relationen mellan sjuksköterska och patient. Samtal innebär att information eller synpunkter muntligen förs mellan två eller flera individer (Björn, Rosengren, Ulfstrand, Helander & Sigurd, 2016). Kommunikation innebär ett ömsesidigt utbyte och ett överförande av information mellan individer (a.a.).

Uppfattning är synonymt med såväl inställning, åsikt, känsla, tanke, föreställning, tro, mening, övertygelse, idé, stämning som förnimmelse (Strömberg, 1996).

Föreliggande studies kontext fokuserar somatisk öppen- och slutenvård. Med somatisk öppen- och slutenvård menas öppenvårdsavdelningar samt allmänna mottagningar och avdelningar. Begreppet somatisk myntades ur grekiskans somatikos, vilket betyder kropp, och har således en kroppslig innebörd (Nationalencyklopedin, [NE] 2016).

METOD

Design

Designen för detta examensarbete var en allmän litteraturöversikt. För att få en djupare förståelse för ett ämne menar Polit och Beck (2016) och Friberg (2012) att en litteraturöversikt över vetenskapliga artiklar är en god metod för att undersöka och sammanställa ett rådande problemområde.

Sökvägar och datainsamling

Sökverktygen PubMed, CINAHL Complete och MedSök användes dels för att inkludera både medicinska och omvårdnadsrelaterade vetenskapliga artiklar dels för att minska risken för att relevanta artiklar faller bort.

Datainsamlingen påbörjades genom en sökning via databasen EBSCOhost's sökverktyg CINAHL Complete som är inriktad mot omvårdnadsrelaterade artiklar. Som andra sökväg användes databasen MEDLINE's sökverktyg PubMed som är riktad mot medicinska artiklar. Då dessa sökningar inte genererade tillräckligt många artiklar användes MedSök för att göra en mer omfattande sökning. MedSök är Region Skånes egen sökportal som täcker en rad olika databaser.

Boolesk sökteknik användes i samtliga databassökningar då sökord som AND och OR tillsammans med två sökord antingen kombinerar eller delar på sökorden som ska finnas i artikeln som eftersökts (Östlundh, 2012). Det rekommenderas även trunkering (*) som metod för att få olika ändelser på sökorden (a.a.). Denna metod användes på flertalet

sökord för att utöka antalet träffar. Sökorden som användes var nurs*, experience, perspective, view, perception, attitude, sexual*, gynecol*, gynaecol*, oncol*, cancer*, ovar*, hysterectomy* och communicat* (se bilaga 1). Dessa sökord sattes ihop i en rad olika kombinationer genom breda block-sökningar. Liknande söktekniker användes i samtliga databaser för att få en rättvisare sökning. De artiklar som handlade om samtalet om sexuell hälsa, men ur ett patientperspektiv, granskades noga utifrån deras referenslista och manuella sökningar gjordes därefter för att hitta ytterligare material, dock utan framgång. Vid sökningen i PubMed användes även sökningar via länken *liknande artiklar*.

Urval

Inledningsvis eftersöktes bara kvalitativa vetenskapliga artiklar, men eftersom det visade sig redan i pilotsökningen att det endast fanns ett fåtal studier att tillgå inkluderades även kvantitativa vetenskapliga artiklar. För att välja ut relevanta artiklar från sökningen gjordes först en överblick över alla tillgängliga titlar. Av de titlar som verkade svara på syftet lästes dess abstracts och för att minimera risken att missa relevant material lästes ett flertal artiklar i fulltext. Även de titlar som inte uttalat handlade om sjuksköterskors perspektiv gick noggrant igenom och dess abstracts lästes. Vid oklarheter lästes dessa artiklar i fulltext för att se huruvida de innehöll användbar data. Detta är i enlighet med Friberg (2012) som menar att det är viktigt att ha ett öppet sinne i läsningen av abstracts så att allt material som kan vara relevant inkluderas för vidare läsning. Ett flertal av artiklarna som inte fanns i free full text beställdes. Inklusionskriterierna för studien var att artiklarna skulle vara vetenskapliga och skriva på språk som författarna bemästrar med god säkerhet, vilket är svenska, norska, danska och engelska. Detta för att göra artiklarna rättvisa i översättning. Artiklarna skulle vara peer-reviewed originalartiklar samt vara etiskt godkända och inriktade mot sjuksköterskor som arbetar inom somatisk öppen- eller slutenvård.

Granskning och analys

För att säkerställa artiklarnas kvalitet bedömdes de med inspiration av Fribergs (2012) mall för kvalitativa och kvantitativa studier av de båda författarna (se bilaga 3 & 4).

Detta medförde inget bortfall av artiklar då de svarade på syftet, som inledningsvis var sjuksköterskors erfarenheter. Wallengren och Henricson (2012) betonar att det är artikelförfattaren som har huvudansvaret att säkerställa så god kvalitet som möjligt på studien men det är upp till läsaren att i slutändan avgöra hur kvaliteten uppfattas. För att ge läsaren och författarna en överskådlig bild av valda artiklar gjordes artikelöversikter av författarna gemensamt. Artikelöversikten presenteras i en översiktstabell (se bilaga 2).

Analysen gjordes med inspiration av Friberg (2012) som beskriver analysarbetet som att gå från en redan befintlig helhet till rörliga delar för att sedan skapa en ny enhet, ett nytt resultat. Kvalitativa artiklar delas med fördel in i kategorier utifrån ord medan kvantitativa presenteras i siffror (a.a.). Analysen gjordes i fem steg. I första steget lästes alla artiklar igenom individuellt ett flertal gånger, med fokus på studiernas resultat, för att bedöma huruvida materialet svarade på syftet samt för att få en helhetsbild. De efterföljande stegen utfördes av författarna gemensamt för att kunna ta gemensamma beslut och inte missa något av vikt. I det andra steget identifierades meningsbärande enheter som svarade på syftet och markerades i texten. I det tredje steget kodades meningarna med bestämda nummer som artiklarna getts och enheterna översattes väldigt textnära till svenska på separata lappar. I fjärde steget slogs meningarna som likande varandra samman under subkategorier som kom till under processens gång för att inte låta förförståelsen påverka kategorierna. Alla subkategorierna gick sedan noggrant igenom för minimera risken för att någon mening hamnat under fel kategori. Subkategorierna delades sedan in under fyra kategorier vilka i femte steget presenteras som resultatet. När analysen var klar och resultatet skulle skrivas upptäckte författarna att det rådande syftet med sjuksköterskans erfarenheter inte gick att utläsa i de kvantitativa vetenskapliga artiklarna och syftet ändrades därmed till sjuksköterskans uppfattningar. Detta medförde att en av de vetenskapliga artiklarna inte svarade på det rådande syftet och föll därmed bort från urvalet.

Etiska överväganden

Etiska överväganden som författarna tog ställning till innan artikelgranskningen var att endast artiklar som blivit granskade av etisk kommitté eller av artikelförfattarna själva skulle ingå i studien. Enligt Wallengren och Henricson (2012) ökar det vetenskapliga värdet om ett etiskt ställningstagande är gjorda i vetenskapliga studier, antingen av artikelförfattarna själva eller etiska kommittéer (a.a.). För att skydda deltagare i studier från skada har en rad etiska koder framtagits världen över (Polit & Beck, 2016). Helsingforsdeklarationen, som skapades 1964, är det mest grundläggande dokumentet med etiska riktlinjer för klinisk forskning i vårdkontext (Stendahl, 2003). Dessa riktlinjer är skapade för att skydda studiedeltagarnas integritet och autonomi som alltid ska gå före forskningens och samhällets vinster respektive intresse (a.a.).

Det finns fyra etiska principer, vilka kan användas vid etiska beaktanden och dilemman (Kjellström, 2013; Polit & Beck, 2016; Sandman & Kjellström, 2014; Stendahl, 2003). Autonomiprincipen innefattar att deltagaren ska delta frivilligt och den enskildes autonomi bevaras, alltså självbestämmande, även om denne väljer att inte delta i studien. Godhetsprincipen inriktas på att undvika, förhindra och minska skada. Rättvisepincipen ska skydda deltagaren genom att denne ges likvärdig behandling och skyddat privatliv. Principen att inte skada framhåller att deltagaren inte ska skadas eller utsättas för risk för skada (a.a.).

Förförståelse

Förförståelsen beskriver Priebe och Landström (2012) samt Birkler (2008) som kunskap, värderingar eller erfarenheter som författaren redan besitter innan något har börjat studeras. Författarna har under deras verksamhetsförlagda utbildning upplevt att sjuksköterskor undviker att tala om sexuell hälsa trots att det ingår i yrkesutövningen. Dessa sjuksköterskor har påtalat att sökordet sexualitet i dokumentationsverktyget VIPS i regel inte används. Författarnas förförståelse grundar sig i att det finns ett flertal faktorer till att sexualitet och sexuell hälsa inte berörs. Författarna menar att det kan handla om osäkerhet, okunskap kring ämnet och tabu att föra samtal om sexualitet såväl

som tidsbrist och miljö. Denna studie ligger till grund för författarnas egen förståelse att sexuell hälsa är lika viktigt att ta upp och samtala om som annan hälsa.

RESULTAT

Resultatet bygger på syftet att beskriva sjuksköterskors uppfattningar om att samtala om sexuell hälsa med patienter under behandling av gynekologisk cancersjukdom. Åtta vetenskapliga artiklar brukades för resultatet, varav fyra kvalitativa artiklar från Brasilien (1), Nederländerna (1) och Storbritannien (2) och fyra kvantitativa artiklar från Egypten (1) och Kina (3). Fyra kategorier framträdde under analysprocessen; *Kunskapsbrist*, *Ansvar i samtalet*, *Arbetsituationens betydelse* och *Att beröra ämnet sexuell hälsa*.

Kunskapsbrist

Studier visar att samtal om sexuell hälsa inte fördes i en bredare omfattning av sjuksköterskor då de ansåg att de hade begränsad kunskap om cancersjukdomens och behandlingens påverkan på sexualiteten (Huang et al., 2013; Mansour & Mohamed, 2015; Zeng, Liu & Loke, 2012). Enligt en kinesisk studie av Zeng et al. (2012), i vilken 202 sjuksköterskor medverkade, menade 68,8 % att brist på utbildning inom sexuell omvårdnad var en barriär som signifikant påverkade genomförandet av den sexuella omvårdnaden. Bland 72 sjuksköterskor i den egyptiska studien av Mansour och Mohamed (2015) ansåg hela 100 % att kunskapsnivån om sexuell hälsa var undermålig. Fyndet visade på en statistisk signifikans ($p < 0,05$) mellan kunskapsnivå och att vara obekvämt med att tillhandahålla vård inom sexuell hälsa (a.a.). Liknande framkom i den kinesiska studien av Huang et al. (2013), med 128 medverkande sjuksköterskor, där 87,5 % uppfattade att de hade bristande kunskap om hur sexuell aktivitet fungerar under strålningsbehandling av bäckenet. Att professionell kunskap i sexuell hälsa underlättade för att hjälpa patienter med sexuella problem uttryckte 71,3 % av sjuksköterskorna i studierna av Zeng et al. (2012) och 88,28 % av sjuksköterskorna i studien av Huang et al. (2013). Goda kommunikationsfärdigheter var ett förhållande som 82,7 % av

sjuusköterskorna ansåg underlättade för dem i omvårdnaden av sexuell hälsa (Zeng et al., 2012).

I några av studierna framkom att sjuusköterskor uppfattade utbildning inom sexuell hälsa som intressant (Huang et al., 2013; Mansour & Mohamed, 2015; Vermeer et al., 2015). Enligt studien av Huang et al. (2013) var 77,34 % av sjuusköterskorna övertygade om att de ville ha mer kunskap om vilka frågor om sexuell hälsa som kan uppstå hos patienter. Liknande återfanns i studien av Mansour och Mohamed (2015), där hela 94,4 % av sjuusköterskorna menade att de hade ett behov av mer utbildning i sexuell hälsa. En sjuusköterska uttryckte behovet av kunskap och träning i att hålla samtal om sexuell hälsa:

The topic [referring to sexuality] is difficult to discuss. So, I would like to know or have some help with how to bring it to someone's attention if I think that is needed while the patient remains aloof. You simply have people who want to keep that to themselves, while I think: then you will be facing some problems in the future (Vermeer et al., 2015, s. 834)

Ansvar för samtalet

I flertalet studier beskrivs sjuusköterskornas uppfattning om vem som har ansvaret för att samtala om sexuella frågor med patienterna (Huang et al., 2013; Stead, Brown, Fallowfield & Selby, 2003; Zeng, Li, Wang, Ching & Loke, 2011; Zeng et al., 2012). I studien av Zeng et al. (2012) framkom det att 57,4 % av sjuusköterskorna ansåg att de förstod hur patientens sexualitet kunde påverkas av sjukdom och behandling och 49 % av dem menade att det var viktigt att samtala om sexualitet för patientens tillfrisknande. Motsvarande återfanns i studien av Huang et al. (2013), i vilken sjuusköterskor ansåg att de borde samtala om sexuell hälsa med patienter. Av dessa sjuusköterskor instämde 47,65 % helt eller till viss del i att en sjuusköterska måste kunna hantera patienters frågor om sexualitet, medan 42,97 % var neutrala i frågan (a.a.). En sjuusköterska från en medicinsk avdelning i studien av Stead et al. (2003) förväntade sig däremot att personalen på den gynekologiska avdelningen ansvarade för att ämnet togs upp. I

studien av Zeng et al. (2011) uppgav 60,8 % av sjuksköterskorna att det ingår i deras ansvar som sjuksköterska att ge en patient tillåtelse att samtala om sexuella angelägenheter. Liknande syn återgavs i studien av Zeng et al. (2012), där 62,9 % av sjuksköterskorna var överens om att det var deras ansvar att ge en patient tillåtelse att samtala om sexuella angelägenheter. Å andra sidan uppstod åsikter kring huruvida ämnet sexualitet ingick i sjuksköterskans profession (Stead et al., 2003; Zeng et al., 2012) eller i omvårdnadsrutinerna (Mansour & Mohamed, 2015). I studien av Stead et al. (2003) ansåg endast sex av totalt 27 sjuksköterskor att det var deras ansvar att samtala med patienter om sexuella problem. Majoriteteten av de 27 sjuksköterskorna i studien av Stead, Brown, Fallowfield & Selby (2002) ansåg att psykosexuella problem skulle samtalas om med patienterna, men endast fem av dem gjorde det i praktiken. Att ämnet inte ingick i omvårdnadsrutinen uppgav 68,1 % av sjuksköterskorna i studien av Mansour och Mohamed (2015). En sjuksköterska menade att det fanns ett behov av att integrera sexualiteten i vården:

If I could change one thing, then I think that taking a sexual history should be an integral part of the general history. That you are accessible for patients with sexual concerns and that they receive good interventions and aids (Vermeer et al., 2015, s. 835)

Ett återkommande tema i studierna av Huang et al. (2013) och Zeng et al. (2012) var vem som var ansvarig för att initiera samtal om sexuell hälsa. Sjuksköterskor ansåg att de borde vänta med samtal om sexuell hälsa tills patienten frågar om det (Zeng et al., 2012). Sjuksköterskorna i studien av Huang et al. (2013) satte en tilltro till att de skulle komma att bli tillfrågade av patienterna om något sexuellt problem existerade (Huang et al., 2013). Av dessa sjuksköterskor höll 44,54 % helt eller till viss del med om det, medan 38,28 % var neutrala i frågan. I studien ansåg även 37,5 % av sjuksköterskorna att samtal med patienten ska utföras när patienten behöver det, medan 26,56 % gjorde det när både patient och familj behövde det (a.a.).

Arbetsituationens betydelse

Behov av tid för att hålla samtal om sexuell hälsa var en återkommande faktor i ett flertal studier (Ferreia, Gozzo, Panobianco, Santos & Almeida, 2015; Mansour & Mohamed, 2015; Zeng et al., 2012). Sjuksköterskor menade att tidsbrist var en påverkande omständighet, vilket sedermera utgjorde ett hinder för att hålla samtal om sexuell hälsa (a.a.). I studien av Mansour och Mohamed (2015) ansåg 45,8 % av sjuksköterskorna att de inte hade tid till samtal om sexuella angelägenheter, medan 31,9 % var av motsatt åsikt. I samma studie nämnde även hela 73,6 % av sjuksköterskorna att de var alldeles för upptagna för att samtala om sexuella frågor, medan 11,1 % inte höll med om det (a.a.). I studien av Zeng et al. (2012) återgav 34,2 % av sjuksköterskorna att det var viktigt att se till att skapa tid för samtal om sexualitet. Enligt studien Ferreia et al. (2015) menade sjuksköterskorna att de hade alldeles för mycket att göra och hinna med under sina arbetspass. Därtill uppgav sjuksköterskorna att de hade för många patienter att ta hand om eller att det redan var alltför mycket information som skulle ges till patienterna (a.a.). Detta uttryckte en sjuksköterska på följande vis:

I don't know if it's because everything here goes so fast, you see, you've got a lot of patients to take care of. How are you supposed to have time to address that, if sometimes you can't even see all the patients and do, let's say, progress reports for them, you see?
(Ferreia et al., 2015, s. 85)

Ytterligare faktorer som sjuksköterskor uppfattade utgjorde ett hinder för samtal om sexuell hälsa var organisationskulturen, där personalbrist och för lite resurser utgjorde en ökad arbetsbelastning i arbetet (Mansour & Mohamed, 2015; Zeng et al., 2012). Enligt sjuksköterskorna i studien av Zeng et al. (2012) var inskränkningar i organisationen ett hinder som påverkade omvårdnaden av den sexuella hälsan. Sådana inskränkningar var bland annat personalbristen, som 74,8 % av sjuksköterskorna ansåg ledde till att de hade varken tid eller energi till att lägga fokus på ämnet (a.a.). Liknande återfanns i studien av Mansour och Mohamed (2015), där 77,8 % av sjuksköterskorna menade att personalbristen ledde till minskad energi till att tillhandahålla vård i sexuell hälsa, medan 94,4 % menade att begränsade resurser hindrade dem. Likaså nämnde 72,8

% av sjuksköterskorna bristande resurser i studien av Zeng et al. (2012). Tilläggas kan att 56,4 % av sjuksköterskorna i samma studie ansåg att det innebar ett underlättande för omvårdnad av sexuell hälsa om ämnet inkluderades i rutinerna (a.a.).

Bristande tillgång på privat miljö eller avskildhet befanns vara en realitet som uppfattades utgöra ett hinder för samtal om sexuell hälsa (Mansour & Mohamed, 2015; Zeng et al., 2012). I studien av Zeng et al. (2012) var avskildhet en faktor som sjuksköterskor uppfattade signifikant påverkat samtal och omvårdnad inom sexuell hälsa. Hela 72,3 % av sjuksköterskorna ansåg att tillgång till avskildhet underlättade omvårdnaden i sexuell hälsa (a.a.). I studien av Mansour och Mohamed (2015) uppgav 47,2 % av sjuksköterskorna att det var svårt att hitta en lämplig plats att hålla samtal på.

Synen på huruvida samtal om sexuell hälsa ingick i eller hade hög prioritet i förhållande till begreppet hälsa tenderade vara tämligen skiftande bland sjuksköterskor (Zeng et al., 2011; Zeng et al., 2012). I relation till patientens hälsa ansåg 52,3 % av sjuksköterskorna i studien av Zeng et al. (2011) att det var viktigt för patientens tillfrisknande att samtala om sexualitet. Av sjuksköterskorna i studien av Zeng et al. (2012) menade 71,3 % att sexuell hälsa hade en låg hälsoprioritet, vilket följaktligen utgjorde ett hinder i omvårdnaden av sexuell hälsa.

Att beröra ämnet sexuell hälsa

I studien av Vermeer et al. (2014), Zeng et al. (2012) och Mansour och Mohamed (2015) framkom det att sjuksköterskor var obekväma med eller blev generade av att samtala om sexuell hälsa med patienterna. I studien av Zeng et al. (2012) ansåg sig 41,6 % av sjuksköterskorna vara obekväma med ämnet och hela 87,5 % i studien av Mansour och Mohamed (2015). I studien av Huang et al. (2013) var 57,82 % obekväma med att samtala om sexuell hälsa med patienterna, varav 23,44 % var neutrala i frågan. I studien av Mansour och Mohamed (2015) visade det sig att 75 % av sjuksköterskorna var ovilliga till samtal om sex, medan 79,2 % menade att sexuell hälsa var ett svårt ämne att samtala om med patienterna. Att diskutera specifika sexuella aktiviteter ansågs av 87,5 % som obekvämt (a.a.).

Ett hinder för sjuksköterskorna att samtala om sexualitet var rädslan för att förolämpa patienterna, vilket 69,3 % av sjuksköterskorna höll med om (Zeng et al., 2012). Studien av Mansour och Mohamed (2015) visade att 34,7 % av sjuksköterskorna var rädda för att antingen förolämpa eller invadera patientens privatliv om de frågade om sex. Detta visar även studier av Stead et al. (2003) och Vermeer et al. (2014) då samtal om sexuell hälsa ansågs vara ett tabubelagt ämne. Samtidigt som 34,7 % av sjuksköterskorna i studien av Zeng et al. (2012) ansåg sig vara mer bekväma att samtala om sex än sina kollegor uppgav endast 35,1 % av dem att de var bekväma med ämnet. I studien av Mansour och Mohamed (2015) visade det sig att 31,9 % var rädda för att kollegorna var obekväma att samtala om ämnet. Samma studie av Mansour och Mohamed (2015) visade även att 33,3 % av sjuksköterskorna var rädda för att kollegor skulle anse det vara konstigt om de samtalade om sex med patienterna. I studien av Stead et al. (2003) angav sjuksköterskorna att en av de främsta anledningarna till att de inte samtalade om sexuell hälsa var att det ansågs för privat och inte ett lämpligt samtalsämne. Liknande fynd fanns även studien av Huang et al. (2013) då 41,41 % ansåg att sexuell hälsa var för privat att tala om, medan 29,69 % ställde sig neutrala i frågan. I studien av Zeng et al. (2012) tyckte 77,7 % av sjuksköterskorna att sexualitet kunde vara för privat att samtala om. De sjuksköterskor i studien av Stead et al. (2003) som förde samtal om sexualitet med patienter uppgav att de tyckte att det var lättare att samtala med yngre patienter samtidigt som de uteslöt att tala med patienter de ansåg var för gamla eller för sjuka. En annan betydelsefull faktor som sjuksköterskor tyckte underlättade samtalen om sexuell hälsa var en god relation mellan patienten och sjuksköterskan, vilket 83,3 % av sjuksköterskorna var överens om i studien av Mansour och Mohamed (2015) medan motsvarande siffra var 87,6 % i studien av Zeng et al. (2012).

I studien av Huang et al. (2013) ansåg 27,81 % av sjuksköterskorna att det är rätt tidpunkt för patienten att tänka på sex under cancersjukdom. Emellertid visade studien av Mansour och Mohamed (2015) att en majoritet, 73,6 % av sjuksköterskorna, ansåg att patienten har andra saker att tänka på i detta skede och detta menade även 71,3 % i studien av Zeng et al. (2012), vilket uppfattades som ett hinder för samtal. Sjuksköterskor ansåg även att kvinnors sexlust blir påverkad av cancern och istället för att tänka på sex bör de därför koncentrera sig på annat såsom livet, barn och att betala räkningar (Ferreira et al., 2015). Andra uppfattningar kring varför samtal om sexuell

hälsa inte förekom var föreställningar om behandlingen eller cancersjukdomen (Mansour & Mohamed, 2015; Zeng et al., 2012). I studien av Zeng et al. (2012) trodde 34,7 % och i studien av Mansour och Mohamed (2015) 63,9 % att sex påverkar cancerbehandlingen negativt, medan det framgick i studien av Huang et al. (2013) att 64,85 % trodde att sex kan påverka patientens prognos. I samma studie var 24,22 % neutrala i frågan medan endast 10,94 % inte höll med. Ytterligare faktorer som uppfattades som hinder för samtal var enligt 26,2 % av sjuksköterskorna i studien av Zeng et al. (2012) att cancer smittar, medan motsvarande fynd i studien av Mansour och Mohamed (2015) var 41,7 %. I studien av Zeng et al. (2012) trodde 27,7 % och i studien av Mansour och Mohamed (2015) 40,3 % att cancer kan komma tillbaka om patienten har sex.

Sjuksköterskorna uppfattade att det var svårt att samtala om sexuell hälsa med patienten (Zeng et al., 2012; Vermeer et al., 2014). Enligt Zeng et al. (2012) menade 57,9 % av sjuksköterskorna att patienter vägrar att samtala om det. Samtidigt uppgav 47 % av sjuksköterskorna att patienten förväntar sig frågor om sexuella angelägenheter, men 63,4 % ansåg att patienter på sjukhus är för sjuka för att vilja visa intresse för sex. Sjuksköterskorna påpekade även att en bedömning av den sexuella hälsan inte ansågs vara en relevant del av sjukdomens behandling (a.a.).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteraturstudiens trovärdighet kommer diskuteras utifrån fyra bärande trovärdighetsbegrepp för kvantitativa studier vilket enligt Polit och Beck (2016) beskrivs som *intern validitet*, *extern validitet*, *reliabilitet* och *objektivitet*. Metoddiskussionen beskriver Henricson (2012) ska påvisa kvalitetssäkringen i examensarbete. Med *intern validitet* menar Polit och Beck (2016) att studiens resultat överensstämmer med det som är tänkt att studeras och *extern validitet* handlar om det går att avgöra om resultatet kan tillämpas i andra sammanhang. *Reliabiliteten* handlar bland annat om resultatet kan bli

likadant om studien återskapas med liknande deltagare och förutsättningar. Med studiens *objektivitet* menas att författarnas förförståelse eller agenda inte ska påverka resultatet utan resultatet ska härstamma från deltagarna och kontexten som studierna är utförda i (a.a.)

Intern validitet: Författarna använde sig av en allmän litteraturöversikt som metod, vilket Friberg (2012) samt Polit och Beck (2016) anser vara en god metod för ändamålet. Författarna ansåg att denna metod var till fördel då ingen annan design hade kunnat ge samma överblick på området. Då syftet inledningsvis var att beskriva erfarenheter utifrån ett sjuksköterskeperspektiv eftersöktes kvalitativa vetenskapliga artiklar. Dock fanns inte tillräckligt datamaterial och författarna beslutade då att inkludera kvantitativa artiklar. I efterhand ses detta emellertid som en fördel då resultatet blev mer omfattande med ett stort respondentdeltagande i de vetenskapliga artiklarna, samt gjorde resultatet mångsidigt. De kvantitativa studierna gav följaktligen en mer objektiv och övergripande beskrivning av att samtala om sexuell hälsa medan de kvalitativa gav en djupare, mer reflekterande och subjektiv beskrivning.

Författarna använde ett flertal olika omvårdnadsfokuserade databaser i sökningen, vilket enligt Henricson (2012) innebär en ökad chans att finna relevanta artiklar. Då både MedSök, PubMed och CINAHL Complete användes stärks därmed studiens interna validitet. Sökorden som användes var trogna syftet, men för att utöka sökningen användes ett flertal begrepp för att finna artiklar beskrivna utifrån sjuksköterskans perspektiv. Denna metod innebar dock att ett stort antal irrelevanta artiklar kom fram i sökningarna, men var detta ett ställningstagande författarna tog för att minska risken för bortfall av relevanta artiklar.

Det engelska begreppet nurse är inte direkt överförbart till svenskans sjuksköterska vilket kan ifrågasätta studiens interna validitet. Detta ledde till svårigheter under granskningen då det inte gick att garantera utbildningens likvärdighet med den svenska sjuksköterskeutbildningen. På grund av denna svårighet valde författarna att inkludera alla artiklar som använde det engelska begreppet nurse, med vetskap om att det kan vara missvisande till syftet som är utifrån ett sjuksköterskeperspektiv. Trots detta ansåg

författarna att det var omvårdnadshandlingen som var av vikt och fortsatte eftersökningen av artiklar med detta i åtanke. Vid analysen togs de meningsbärande enheterna ut ur artiklarna och översattes väldigt troget från engelskan till svenskan. Detta försvårade emellertid arbetet vid analysen av resultatet då meningarna blev alltför textnära och förlorade sin kontext. Detta upptäcktes innan resultatet skrevs och varje mening gick därmed noggrant igen och jämfördes med respektive artikel för att inte äventyra den interna validiteten.

Extern validitet: Då artiklarna var utförda i Brasilien, Nederländerna, Egypten, Kina och Storbritannien kan resultatet förmodligen inte generaliseras till svensk kontext på grund av den geografiska spridningen. Den externa validitetens betydelse för studien är däremot att resultatet anses överförbart till de flesta omvårdnadsrelaterade vårdkontexter med sjuksköterskor som behandlar patienter med cancersjukdom i dessa länder. Dock är majoriteten av studierna i resultatet, gällande fördomar och myter, utförda i Kina och Egypten vilket författarna inte tror kan generaliseras till Brasilien, Nederländerna, Storbritannien eller Sverige då kulturella skillnader kan spela stor roll för synen på människors sexualitet. Den externa validiteten påverkas även av tveksamheterna över det engelska begreppet nurse samt att resultatet inte heller kan generaliseras till manliga sjuksköterskor då det var övervägande kvinnliga sjuksköterskor som ingått i studierna.

Reliabilitet: För att öka reliabiliteten utfördes omfattande och väl beskrivna block-sökningar i alla databaser. Då MedSök inte användes inledningsvis tog arbetet längre tid än beräknat, vilket kan ses som en svaghet i arbetet. Granskningarna som utfördes med inspiration av Fribergs (2012) mallar underlättade artikelöversikterna, men författarnas otillräckliga erfarenhet av att läsa vetenskapliga artiklar innebar att granskning och analys blev tidskrävande. En av de inkluderade vetenskapliga artiklarna var en pilotstudie och ett par av de vetenskapliga artiklarna hade samma artikelförfattare, vilket kan vara en svaghet för litteraturstudiens resultat. Analysen är enligt författarna beskriven på sätt som gör att den bör kunna replikeras, vilket stärker reliabiliteten. Externa granskare så som handledare, examinator, kurskamrater samt personer som är

kunniga i ämnet har varit till stor hjälp under analysen, främst under kategoriseringen samt resultatets innehåll i relation till syftet då båda författarna är noviser i förfarandet.

Objektivitet: Henricson (2012) menar att genom handledning från handledare, examiner och studiekamrater stärks objektiviteten samt den generella trovärdigheten. Vid frågor eller osäkerhet gällande bland annat översättningar och sökmetod eftersöktes därmed hjälp och handledning vid seminarier och handledningstillfälle, både enskilt och i grupp.

Enligt Friberg (2012) kan författarnas förförståelse påverka resultatet i en studie. Det framkom förvånande fynd i resultatet såsom föreställningar om att cancer smittar och att cancer kan återkomma vid sexuellt umgänge. Detta är inte i enighet med författarnas förförståelse då detta kan bero på kulturella aspekter och inte bara kunskapsbrist och påvisar därmed att författarna inte låtit sig påverkas av förförståelsen under processens gång. Då båda författarna utförde de största delarna av analysen gemensamt samt granskade resultatet kritiskt är förhoppningen att objektiviteten blivit bevarad. Författarna blev däremot rädda för att objektiviteten kan ha blivit påverkad då de kinesiska och den egyptiska studien fick mer plats i resultatet än de andra artiklarna då de båda var av kvantitativ ansats och hade ett omfattande innehåll som svarade på syftet. I de kvalitativa artiklarna kunde endast delar av resultatet användas då de talade om mer än sjuksköterskors uppfattningar.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors uppfattningar om att samtala om sexuell hälsa med patienter under behandling av gynekologisk cancersjukdom. Den frågeställning författarna sökte svar på var: Vilken uppfattning har sjuksköterskan om att samtala om sexuell hälsa med patienter under behandling av gynekologisk cancersjukdom? Fyra framträdande kategorier kunde urskiljas ur analysen: Kunskapsbrist, Ansvar i samtalet, Arbetssituationen och Att beröra ämnet sexuell hälsa. De fynd som kommer diskuteras är följande; kunskapens betydelse, det

oklara ansvaret, tidens betydelse för samtalet och de obekväma faktorerna som påverkar samtalet om sexuell hälsa.

Samtal om sexuell hälsa förutsätter att sjuksköterskan har adekvat kunskap och utbildning i hur den sexuella hälsan kan påverkas, såväl av sjukdom som av behandling, i relation till gynekologisk cancersjukdom. Emellertid visar ett centralt fynd i litteraturstudien att en hög andel sjuksköterskor uppfattar sin kunskapsnivå om sexuell hälsa som låg och att erforderlig utbildning saknas. Bristande kunskap anses vara ett hinder som signifikant påverkat sjuksköterskors förmåga att kommunicera ämnet. En majoritet av sjuksköterskorna i några av de inkluderade studierna klargjorde att de önskar få utbildning i sexuell hälsa, vilket uppfattades som främjande för att kunna tala om ämnet. Även i studien av Depke och Ontilio (2015) uppfattade sjuksköterskor att en låg kunskapsnivå inom sexuell hälsa var ett hinder för samtalet om sexuell hälsa. Endast 27 % av sjuksköterskorna ansåg att de hade tillräcklig kunskap samtidigt som hela 92 % uppgav att ytterligare utbildning inom området skulle bidra till att deras självförtroende ökade, vilket i sin tur skulle möjliggöra samtalen (a.a.). En annan betydelsefull aspekt är patientens rätt till kunskap, vilket konkretiseras i SRHR (Socialstyrelsen, 2014). Likaså återges patientens rätt till information i patientlagens tredje kapitel (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 2014:821, 1 §). Dessutom visar studier att patienter med cancersjukdom efterfrågar samtal om sexuell hälsa (Ekwall et al., 2003; Flynn et al., 2012; Southard & Keller, 2009; Ussher, Perz & Gilbert, 2012). Kunskap om sexuell hälsa är alltså inte bara angeläget utifrån ett sjuksköterskeperspektiv. Även patienters kunskap bör tillgodoses, både ur ett rättighetsperspektiv och i enlighet med patienters önskemål om samtal kring sexuell hälsa. Då kunskapsbrist har visat sig utgöra ett stort hinder för samtal om sexuell hälsa kan ämnet genomgående ges större utrymme i sjuksköterskeutbildningen så att ämnet ses som en lika naturlig del som allt annat i det hälsofrämjande omvårdnadsarbetet.

En betydelsefull del för att möjliggöra samtal om sexuell hälsa är att sjuksköterskan uppfattar det som sitt ansvar och förstår samtalets betydelse för patienten. Ett annat centralt fynd som framträdde i litteraturstudien var att i genomsnitt hälften av sjuksköterskorna ansåg att det var deras ansvar att föra samtal om sexuell hälsa. Sjuksköterskor förstod att gynekologisk cancersjukdom kunde påverka sexualiteten och

tryckte därför på samtalets vikt för patientens tillfrisknande. Emellertid pekade en studie på motsatsen, i vilken endast ett fåtal sjuksköterskor såg ämnet som sitt ansvar. Sjuksköterskors uppfattningar om huruvida samtal om sexuell hälsa ingår som ett ansvar i deras yrkesroll synliggörs även i andra studier. I en kvalitativ studie av Gott, Galena, Hinchliff och Elford (2004) såg sjuksköterskor sexuell hälsa som en viktig del i sin yrkesroll och som en del av den holistiska omvårdnaden. Liknande bekräftas i studien av Magnan, Reynolds och Galvin (2005), i vilken majoriteten av sjuksköterskor menade att det var sjuksköterskans ansvar att ge patienten tillåtelse att ta upp frågor om sexualitet. Samtal om sexuell hälsa ingår i sjuksköterskans hälsofrämjande uppdrag och i den holistiska synen på omvårdnad, varför sjuksköterskan bör ta detta i beaktning. Enligt Travelbee (1971) ska sjuksköterskan vara fokuserad på målet med kommunikationen för att tillgodose patientens omvårdnadsbehov. Travelbee ansåg att kommunikation bör vara det redskap en sjuksköterska ska nyttja för att kunna samarbeta med och förstå patienten för att på så vis kunna tillgodose att dennes behov ombesörjs (a.a.). Detta innebär att sjuksköterskor bör ta upp samtal om sexuell hälsa för att på så sätt främja deras hälsa i ett helhetsperspektiv. Sjuksköterskans åliggande att främja hälsa poängteras dessutom utifrån ICN:s etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Trots det visar litteraturstudien att det råder skilda uppfattningar bland sjuksköterskor huruvida sexuell hälsa ses som ett begrepp som ingår i yrkesuppdraget. Om ämnet exkluderas av sjuksköterskan och bortprioriteras i exempelvis dokumentationsverktyg som VIPS är risken att den holistiska synen på patienten fallerar, vilket leder till att patientens omvårdnads mål inte kan sörjas för till fullo. Därutöver kan ej heller patientens sexuella rättigheter tillgodoses, vilka ingår i de mänskliga rättigheterna. För att stärka det hälsofrämjande arbetet och avdramatisera ordet sexualitet kan förslagsvis sökordet sexualitet/reproduktion i VIPS bytas ut mot sexuell hälsa.

Andra markanta hinder som utkristalliserades i litteraturstudien var tidens betydelse. Tidsbrist och att ha för mycket att göra uppfattades som ett hinder för att kunna fokusera på samtal om sexuell hälsa. Samtidigt såg en del sjuksköterskor det som betydelsefullt att se till att skapa tid för att hålla samtal om ämnet. Det visade sig även att samtal om sexuell hälsa främjades då det integrerades i rutinerna. Problemet med tidsbrist har även uppmärksammats i en studie av Gott et al. (2004), i vilken det sågs

som ett övergripande hinder till varför samtalen inte kunde komma till stånd. Sjuksköterskor menade att den begränsade tiden bidrog till att det var svårt att åstadkomma ett gott samtal med patienten (a.a.). För att samtalen ska kunna realiseras i praktiken kan ledningen inom organisationen avsätta tid och resurser. Att ta fram gemensamma strategier och riktlinjer för hur samtal om sexuell hälsa kan förverkligas kan även vara betydelsefullt. Det möjliggör en ökad trygghet för sjuksköterskor att såväl hantera ämnet som att sätta det på pränt i det hälsofrämjande arbetet.

Att sexuell hälsa ansågs vara ett obekvämt samtalsämne var ett annat centralt fynd. Såväl ovilja till att samtala om sexualitet med patienterna som rädsla för förolämpning eller att ämnet sågs som tabubelagt utgjorde hinder för sjuksköterskan. Ett annat intressant fynd var sjuksköterskans fördomar eller föreställningar om både patienten och sjukdomen, vilka hindrade samtal om sexuell hälsa. Andra faktorer som påverkade sjuksköterskor i samtalet var deras föreställningar om att sex påverkade cancerbehandlingen negativt eller att det kunde påverka patientens prognos. Ett annat oväntat fynd, som framträdde i studier från Kina respektive Egypten, var sjuksköterskors uppfattning om att cancersjukdom smittar. En trolig förklaring till detta är kulturella aspekter som gör att sexuell hälsa uppfattas som ett obekvämt samtalsämne. Enligt studien av Mansour och Mohamed (2015) betraktas sexualitet i Egypten som något skamfyllt och som varken undervisas om i skolan eller talas om inom familjen. Problemet med rädsla att förolämpa patienter eller att samtal om sexuell hälsa uppfattas som ett obekvämt ämne har även påvisats i andra studier. I en studie av Saunamäki och Engström (2013) framkom att sociala förhållanden, såsom sjuksköterskans egen bakgrund, kunde påverka om ämnet uppfattades som obekvämt och tabubelagt eller ej. Samtidigt menade en sjuksköterska att sexuell hälsa kommer att förbli ett skamfyllt ämne om varken sjuksköterskan eller patienten vågar ställa frågor om det (a.a.). Även i en studie av Tsai (2004) återgav sjuksköterskor att genans uppfattades som ett hinder för att adressera ämnet. Att samtal mellan sjuksköterska och patient skapar känslor av olika slag nämnde likaså Travelbee (1971) och det har i sin tur inverkan på kommunikationsprocessen. Vidare menade Travelbee att när känslor, uppfattningar och tankar uttrycks mellan sjuksköterska och patient ökar det möjligheterna att nå en ömsesidig förståelse och därigenom kan omvårdnadsmålen kan uppfyllas (a.a.). Samtidigt är det viktigt att sjuksköterskan beaktar patientens integritet

då sexuell hälsa kan upplevas som ett tabubelagt ämne (Bergmark, 2012). Det är därmed av vikt att sjuksköterskan arbetar med sin egen förförståelse, känslor och uppfattning om sexuell hälsa. Likväl är det angeläget att sjuksköterskor utbildas i samtalsteknik för att kunna hantera ämnet. En annan åtgärd skulle kunna vara att utforma nationella riktlinjer kring samtal om sexuell hälsa för patienter med gynekologisk cancer, vilket i nuläget inte existerar. På hemsidan för Regionala Cancercentrum i Samverkan (2015) finns däremot ett vårdprogram för äggstockscancer, i vilket samtal om sexualitet finns presenterat.

Slutsats

Som sjuksköterska är det essentiellt att låta samtal om sexuell hälsa vara en naturlig del i omvårdnaden. Emellertid visar litteraturstudien att sjuksköterskor ofta har en ansträngd arbetssituation med både hög arbetsbelastning och tidsbrist men även brist på kunskap för att kunna bemästra ämnet, vilket sjuksköterskor uppfattar försvårar för deras förmåga att samtala om sexuell hälsa. Endast tidsbristen kan dock inte utgöra en enskild förklaring då kunskap är en avgörande faktor. Att samtala om sexuell hälsa kräver dessutom vilja och känna sig bekväm med ämnet. Återkommande faktorer som sjuksköterskor ansåg främjade samtal om sexuell hälsa var framförallt kunskap om ämnet samt att det integrerades i omvårdnadsrutinerna. Samtidigt såg hälften av sjuksköterskorna sexuell hälsa som sitt ansvar att samtala med patienter om. Föreliggande litteraturstudie kan vara av klinisk betydelse för ökad medvetenhet om betydelsen av samtal om sexuell hälsa vid gynekologisk cancersjukdom. Vidare synliggör litteraturstudien sjuksköterskans uppfattningar om vad som främjar respektive hindrar att dessa samtal kan komma till stånd. En enad profession kring betydelsen av att samtala om sexuell hälsa med patienter under gynekologisk cancersjukdom kan öka denna patientgrupps livskvalitet och kunskap. Samtidigt fordrar det även att den enskilda sjuksköterskan medvetandegör sin egen syn på sexualitet och sexuell hälsa och hur det påverkar möjligheterna att föra samtal kring ämnet.

Kliniska implikationer

Ett sätt att arbeta vidare med samtal om sexuell hälsa kan vara att i den kliniska verksamheten och på lärosätena för sjuksköterskeprogrammet satsa på

omvårdnadshandledning där sjuksköterskor ges möjlighet att samtala och dryfta vad som främjar respektive hindrar att samtalen kan möjliggöras. Vidare kan förbättringsarbete inom sexuell hälsa vara ett sätt för sjuksköterskor att skapa nya redskap och rutiner samt erhålla ytterligare kunskap om ämnet.

Förslag till fortsatt forskning

Litteraturstudien visar att ytterligare forskning behövs för att beskriva sjuksköterskors olika perspektiv på samtal om sexuell hälsa. Därtill fordras studier som lyfter fram vad som främjar samtalen så att dessa kan implementeras i omvårdnaden. Likväl finns det ett behov av adekvata redskap, som exempelvis samtalsteknik, vilka underlättar sjuksköterskors möjligheter att föra samtal på ett obehindrat sätt. Eftersom litteraturstudien fokuserat på samtalet under tiden behandling sker hade det varit av intresse att utforska hur sjuksköterskor uppfattar samtalet efter behandlingen är avslutad i olika kontexter där patienten befinner sig. Författarna ser gärna att ämnet studeras i Sverige för att se om denna litteraturöversikts resultat kan generaliseras till även svensk eller nordisk vårdkontext. Det har visat sig finnas få studier utförda ur sjuksköterskans perspektiv och ännu färre med en kvalitativ ansats. Kvalitativa studier hade på ett djupare och mer nyanserat plan kunnat ge svar på vad som hindrar och främjar samtal om sexuell hälsa, varför forskningen bör kompletteras med denna ansats. Även fast sjuksköterskors uppfattningar om samtal om sexuell hälsa med patienter under gynekologisk cancersjukdom återgavs i få studier förefaller ämnet till synes vara generaliserbart även till andra sjukdomar, då det i flertalet studier uppfattas vara obekvämt att tala om. På samhällsnivå saknas det nationella mätinstrument som beräknar hur sexuell hälsa kan ha för positiv inverkan på hälsan (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Även detta visar på värdet av fortsatt forskning inom området sexuell hälsa och dess betydelse ur ett hälsoperspektiv under gynekologisk cancersjukdom.

REFERENSER

* *Vetenskapliga artiklar som ingår i resultatet*

Araújo, I., da Silva, R., Bonfim, I. & Fernandes, A. (2010). Nursing communication in nursing care to mastectomized women: a grounded theory study. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 18(1), 54-60. doi: 10.1590/S0104-11692010000100009

Baggens, C. & Sandén, I. (2011). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 207-223). Lund: Studentlitteratur.

Bergmark, K. (2012). Sexualitet och cancer. I M. Carlsson (Red.), *Psykosocial cancervård* (s. 173-197). Lund: Studentlitteratur.

Björn, L.O., Rosengren, K.E., Ulfstrand, S., Helander, B. & Sigurd, B. (2016). Kommunikation. I *Nationalencyklopedien*. Hämtad 24 september, 2016, från <http://www.ne.se.ezproxy.hkr.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kommunikation>

Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori: en grundbok*. Stockholm: Liber.

Björngren Cuadra, C. (2010). Tillit och dess avgörande faktorer utifrån sjuksköterskors erfarenheter. I C. Björngren Cuadra. (Red.), *Omvårdnad i mångkulturella rum: frågor om kultur, etik och reflektion* (s. 213-230). Lund: Studentlitteratur.

Bruun Lorentsen, V. & Grov, E-K. (2011). Allmän omvårdnad vid cancersjukdomar. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth, (Red.), *Klinisk omvårdnad 2* (s. 401-437). Stockholm: Liber.

Cancerfonden. (2014). *Vanliga frågor om cancer*. Hämtad 31 augusti, 2016. från Cancerfonden, <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/om-canceru4>

Depke, J.L. & Onitilo, A.A. (2015). Sexual health assessment and counseling: oncology nurses' perceptions, practices, and perceived barriers. *The Journal of Community and Supportive Oncology*, 13(12), 442-445. doi: 10.12788/jcso.0174

Dizon, D.S., Suzin, D. & McIlvenna, S. (2014). Sexual health as a survivorship issue for female cancer survivors. *The Oncologist*, 19(2), 202-210. doi: 10.1634/theoncologist.2013-0302

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPS-boken: Välbehövande, integritet, prevention, säkerhet*. Lund: Studentlitteratur.

Ekwall, E., Ternstedt, B.M. & Sorbe, B. (2003). Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 313-319. Från <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=92b8db92-a812-4de3-aa9a-74173f8e1bd5%40sessionmgr1>

* Ferreira, S., Gozzo, T., Panobianco, M., Santos, M. & Almeida, A. (2015). Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of preprofessionals. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 23(1) 82-89. doi: 10.1590/0104-1169.3602.2528

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. *Psychooncology*, 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.

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

Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lethinen, P.L., Aalto, P. & Lehto, J. (2007). Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing*, 30(5), 399-404. doi: 10.1097/01.NCC.0000290808.84076.97

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur.

Higgins, A., Barker, P. & Begley, C.M. (2006). Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 345-351. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00593.x

* Huang, L.L., 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 in pelvic radiation patients: A survey in Sichuan, China. *Contemporary Nurse*, 43(2), 146-151. doi: 10.5172/conu.2013.43.2.146

Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa: Begränsningar och möjligheter*. Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2013). Forskningsetik. I M. Henricsson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

Kourkouta, L. & Papathanasiou, I.V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), 65-67. doi:10.5455/msm.2014.26.65-67

Magnan, M.A., Reynolds, K.E. & Galvin, E.A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg Nursing*, 14(5), 282-289. Från <http://search.proquest.com/openview/9858e353aae4f8ff86425fefe350d527/1?pq-origsite=gscholar>

* Mansour, S. & Mohamed, H. (2015) Handling sexuality concerns in women with gynecological cancer: Egyptian nurse's knowledge and attitudes. *Journal of Education and Practice*, 6(3), 146-159. Från <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1083761.pdf>

- McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41–49. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x
- Nilsson, P. & Waldemarson, A. (2007). *Kommunikation: samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, C., Berglund, A.L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426-431. doi: 10.1016/j.ejon.2011.10.003
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 32-50). Lund: Studentlitteratur.
- Regionalt cancercentrum i samverkan. (2015). *Äggstockscancer: Nationellt vårdprogram*. Hämtad 14 november, 2016, från Regionalt cancercentrum i samverkan, http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/aggstockscancer/natvp_ovarialcancer_v2.0_3jun15_final.pdf
- Riksdagen. (2014). Patientlag (2014:821). Hämtad 12 november, 2016, från Regeringen, http://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Samtal (2016). I *Nationalencyklopedien*. Hämtad 24 september, 2016, från <http://www.ne.se.ezproxy.hkr.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/samtal>
- Sandman, L. & Kjellström, S. (Red.). (2014). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Saunamäki, N. & Engström, M. (2013). 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
- Skansgård, B., B. Svendsen, K-O., Aanrud, A. & Aars, H. (1998). Sexualitet. I N. Jahren Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad 3: Patient och sjuksköterska, kropp, behov och metoder* (s. 432-433). Stockholm: Liber.
- Snellman, I. (2011). Vårdrelationer- en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén. (Red.). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 377-407). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2014). *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Hämtad 27 augusti, 2016, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf>

- Somatikos. (2016). I *Nationalencyklopedien*. Hämtad 12 november, 2016, från <http://www.ne.se.ezproxy.hkr.se/sök/?t=uppslagsverk&q=somatikos>
- 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
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Sexualitet och reproduktiv hälsa: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010* [Broschyr]. Östersund. Från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12538/R2011-02-Sexualitet-och-reproduktiv-halsa.pdf>
- * 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(5), 666-671. doi: 10.1038/sj.bjc.6600799
- * Stead, M., Fallowfield, L. & Selby, P. (2002). Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: a qualitative study. *Western Journal of Medicine*, 176, 836-837. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.323.7317.836>
- Stendahl, O. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Uppsala: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. Från https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf
- Strömberg, A. (1996). *Stora synonymordboken*. (1. uppl.). Borås: Centraltryckeriet.
- Sundbeck, M. (2013). *Sexuell hälsa i vården: en metodbok för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.
- Tsai, L.Y., Huang, C.Y., Liao, W.C., Tseng, T.H. & Lai T.J. (2013). Assessing student nurses' learning needs for addressing patients' sexual health concerns in Taiwan. *Nurse Education Today*, 33(2), 152-159. doi: 10.1016/j.nedt.2012.05.014
- Tsai, Y.F. (2004). Nurses' facilitators and barriers for taking a sexual history in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 17(4), 257-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2004.09.011>
- Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012). Information needs 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

* Vermeer, W., Bakker, R., Stiggelbout, A., Creutzberg, C., Kenter, G. & Kuile, M. (2014). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Support Care Cancer*, (23), 831-839. doi: 10.1007/s00520-014-2433-7

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-495). Studentlitteratur: Lund.

World Health Organisation. (2010). *Defining sexual health*. Hämtad 25 augusti, 2016, Från World Health Organisation, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

* Zeng, Y.C., Li, Q., Wang, N., Ching, S. & Loke, A. (2011). 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. (2012). 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.

Bilaga 1, Sökschema

Datum	Databas	Sökning	Sökord	Begränsningar	Typ av sökning	Antal träffar	Lästa abstracts	Relevanta artiklar
2016-10-10	CINAHL	1	Nurs*	Peer- reviewed, svenska, engelska, norska och danska	fritext	484438		
		2	experience OR perspective OR view OR perception OR attitude			444772		
		3	1 AND 2			80055		
		4	Sexual*			62484		
		5	3 AND 4			1868		
		6	gynaecol*			2993		
		7	Gynecol*			14951		
		8	5 AND 6			22	16	3

		9	5 AND 7			75	23	
		10	Oncol*			46325		
		11	5 AND 10			103	34	2
		12	Cancer*			223892		
		13	5 AND 12			5044		
		14	13 AND 10			100		
		15	11 AND 6			3	3	
		16	11 AND 7			3	3	
		17	1 AND 4			5685		
		18	17 AND 6 OR 7			213	28	
		19	Ovar*			19103		
		20	1 AND 19			561	31	
		21	Hysterectomy*			6104		
		22	1 AND 21			254		
		23	22 AND 4			37		

		24	Communicat*			105076		
		25	1 AND 24			25538		
		26	25 AND 4			446		
		27	26 AND 6 OR 7			19		
2016-10-11	Pubmed	1	Nurs*	Peer- reviewed, svenska, engelska, norska och danska	fritext	812424		
		2	Experience* OR perspective* OR view* OR perception* OR attitude*			1877390		
		3	1 AND 2			165972		
		4	Sexual*			249179		
		5	3 AND 4			4994		
		6	Gynecol* OR			453294		

			gynaecol*					
		7	5 AND 6			364		
		8	Oncol*			631564		
		9	5 AND 8			229		
		10	7 AND 8			38	6	
		11	Cancer*			1749355		
		12	5 AND 11			539		
		13	7 AND 11			90	9	1
		14	Ovar*			210404		
		15	5 AND 14			28	7	1
		16	Hysterectomy*			40833		
		17	5 AND 16			29	3	
		18	Communicat*			348100		
		19	1 AND 18			38796		
		20	4 AND 19			840		

		21	6 AND 8 AND 20			50	11	1
		22	12 AND 18			85		
		23	13 AND 18			13	2	
	Medsök	1	Nurs*	Peer- reviewed, svenska, engelska, norska och danska	fritext	1747395		
		2	Experience* OR perspective* OR view* OR perception* OR attitude*			6584186		
		3	1 AND 2			346031		
		4	Sexual*			856051		
		5	3 AND 4			11202		
		6	Gynecol* OR gynaecol*			644896		

		7	5 AND 6			714		
		8	Oncol*			1020549		
		9	5 AND 8			500		
		10	7 AND 8			87	14	2
		11	Cancer*			3078192		
		12	5 AND 11			1203		
		13	7 AND 11			134	8	
		14	Ovar*			338138		
		15	5 AND 14			99	4	
		16	Hysterectomy*			46267		
		17	5 AND 16			40		
			1 AND 4 AND 16			112	12	
		18	Communicat*			3375918		
		19	1 AND 4 AND 19			3360		
		20	6 AND 19			196		

		21	2 AND 20			103	5	
--	--	----	----------	--	--	-----	---	--

Bilaga 2, Artikelöversikt

Författare, Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Stead, M. L. Brown, J. M. Fallowfield, L. Selby, P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. Storbritannien, 2003	Identifiera vilken nivå av information om sexualitet som för närvarande tillhandahålls, vårdpersonalens åsikter om sexuella frågor och behov av kompetensutveckling. Kvinnors åsikter och erfarenheter av tillhandahållandet av information om sexuella problem undersöktes också.**	Urval: strategiskt urval. Alla läkare och ssk som deltar i vården av kvinnor med gyn. cancer, totalt 43 st: 16 läkare (11 män + 5 kvinnor): 27 – 62 år, medianålder 38. 27 ssk (2 män + 25 kvinnor): 22 – 52 år, medianålder 34 år. Int. + ext. bortfall + exkl.krit: förekom ej. Inkl.krit: alla läkare + ssk från 3 olika sjukhus i Leeds som är involverade i vården av kvinnor med gyn.cancer. Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerade individuella intervjuer av kvalitativ metod.	Genomförande: Intervjuerna ägde rum mellan juli & okt. 1998. Kontexten där intervjuerna skedde framgår ej. Hur informanterna tillfrågades el. vem som genomförde datainsamlingen framgår ej. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Framgår ej hur länge intervjuerna varade. 3 öppna frågor ställdes. Informanterna tillfrågades utifrån ett skriftligt samtycke. Analys: kvalitativ latent innehållsanalys? Oklart.	Presenteras utifrån 5 teman: 1) Sexuella problem 2) Attityder från all vårdpersonal om behovet för kommunikation om sexuella frågor 3) Demografi av vårdpersonal som talar/inte talar om sexuella frågor 4) Beteende hos vårdpersonal 5) Kunskap om skriftlig information till patienter.	Tillförlitligheten stärks då studien svarar på syftet, men sänks något eftersom fler korta citat förekommer. Verifierbarheten sänks då metod är oklart beskriven. Oklart av vem eller var intervjuerna skedde. Pålitligheten sänks p.g.a. otydligt vem som har gjort vad i analysen, för att förståelsen inte beskrivs i analysen och för att resultatet inte går att jämföra med förståelsen. Överförbarheten Sänks då en del av resultatet inte beskriver vem som sagt vad.
Ferreia, S. M. A. Gozzo, T. O. Panobianco, M. S. dos Santos, M. A. de Almeida, A. M. Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals Brasilien, 2015	Identifiera hinder som påverkar omvårdnadsutövandet i relation till sexualiteten av de kvinnor som har gynekologisk cancer och bröstcancer. **	Urval: bekvämlighetsurval. 16 vårdpersonal av kvinnligt kön ingick varav 4 ssk. Av samtliga 16 arbetade 9 på avdelning och 7 inom öppenvården på ett universitetssjukhus i Brasilien. Ålder: förekom ej. Datainsamlingsmetod: semistrukturerade individuella intervjuer av kvalitativ metod.	Genomförande: Intervjuerna skedde mellan maj och juli 2011. Individuella inbjudningar till informanterna. En av författarna genomförde semistrukturerade, djupgående enskilda intervjuer som hölls i ett privat rum på arbetsplatserna. Genomsnittslängden på varje intervju var 30 minuter och spelades in en digitalt. Analys: kvalitativ innehållsanalys med en kombination av induktiv och deduktiv ansats.	Hinder för införande av sexualitet i omvårdnaden identifierades utifrån tre huvudteman: 1) Hinder i samband med den biomedicinska modellen 2) Hinder i samband med institutionell dynamik och 3) Hinder i samband med sociala tolkningar av sexualitet.	Tillförlitligheten stärks då intervjuer utförts med öppna frågor och flertalet långa citat presenteras samt studien svarar väl an mot syftet. Verifierbarheten stärks då analysen är mycket väl beskriven steg-för-steg, men sänks något då det inte framgår tydligt vilka frågor som ställts i intervjuerna. Pålitligheten sänks då endast en författare varit involverad i analysen samt för att förståelsen ej är beskriven. God överförbarhet då kontexten är väl beskriven.

**Endast den del i artikeln som svarar på syftet behandlas i litteraturstudien redovisas i artikelöversikten

Författare, Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Zeng, Y.C. Liu, X. Loke, A. Y. Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice Kina, 2012	Beskriva kinesiska sjuksköterskors inställningar till och utövande i att samtala om sexuella angelägenheter med personer som har gynekologisk cancer.	Urval: Bekvämlighetsurval med ssk från 3 onkologisjukhus och 3 allmänna sjukhus i Kina. N=243, int. bortfall: 41. Tot. 202 deltagare. Ålder: <20 – 50. 60 % var mellan 21 – 30 år. Kön: alla var kvinnor. Inkl.krit: (1) Kinesiska ssk som arbetar vid gyn. cancerenheter på onkologi- eller allmänna sjukhus (2) kliniska ssk som bedriver direkt patientvård. Ext. bortfall + exkl.krit. förekom ej. Datainsamlingsmetod: Enkät med 50 frågor (i 4 delar) + demografisk blankett.	Genomförande: Data samlades in via enkäter från dec. 2009 till feb. 2010. Informanterna tillfrågades om deltagande. Kontext + vem som genomförde datainsamling: framgår ej. Pilotstudie på 55 ssk. Del 1 i enkäten testades för reliabilitet och validitet av 3 akademiker. Validiteten av del 2-4 i enkäten verifierades av 3 kinesiska ssk-studerande. Analys: deskriptiv statistik + inferential statistik, vilket inkluderade faktoranalys, Spearmans rang koefficienter och regressionsanalys. Likertskalor.	77,7 % anser att sexualitet är en för privat fråga att diskutera med patienter. 34,2 % tar sig tid att diskutera sexuella angelägenheter med patienter. Ssk:s civilstånd och arbetsplats påverkade deras utövande av samtal. Ssk:s konservativa attityder till sexualitet, fördomar om gynekologisk cancer, bristande tillgång på privat miljö, bristen på utbildning i sexuell hälsa var faktorer som påverkade huruvida samtal om sexualitet gavs eller ej.	Intern validitet stärks i relation till vald metod för datainsamling, resultat och att frågeformuläret är validerat samt att en pilotstudie med 55 ssk utförts på 3 av frågeformulären. Sänks däremot då internt bortfall på 17 % förekommer. Den externa validiteten stärks då urvalet är representativt för målpopulationen och för att externt bortfall ej förekom. Reliabiliteten stärks då psykometriska tester i form av regressionsanalys och faktoranalys förekom. Objektivitet sänks av utebliven powerberäkning.
Huang, L. L., Pu, J., Liu, L-H, Du, X-B Wang, J., Li, J-Y Yao, W-X, Zhu, X-Q Zhang, R., Zhao, Y. He, M. Cancer department nurses' attitudes and practices in response to the sexual issues of pelvic radiation patients: A survey in Sichuan, China Kina, 2013	Undersöka sjuksköterskors inställningar och utövande jämfört mot bäckenstrålade patienters sexualfrågor på canceravdelningar i Sichuan, Kina	Urval: Inget urval beskrivet. Ssk från 6 sjukhus med canceravdelningar i Kina. N=150, externt bortfall n=22, totalt antal deltagare n=128. Kön: alla var kvinnor. Ålder: 21 – 50 år, 64,8 % var mellan 21 – 30 år. Inkl.krit, exkl.krit. eller internt bortfall förekom ej. Datainsamlingsmetod: egenhändigt tillverkad enkät i 3 delar.	Genomförande: Data samlades in via enkäter från jun. 2007 till aug. 2008. En pilotstudie på 20 ssk gjordes först. Enkäterna delades ut personligen av forskarna och samlades in efter 2 veckor – kontexten är oklar. Hur informanterna tillfrågades framgår ej. Data kodades och fördes in i databas. Analys: Deskriptiv statistik med likertskalor, χ^2 -text, p-värde.	46,88% hade blivit tillfrågade om sexuella frågor från patienter eller familjer. 87,5% ansåg att "tillförlitlig information om hur sexualiteten påverkas av bäckenstrålbehandling saknas". 77,34% var intresserade av att få utbildning om sexuella frågor vid bäckenstrålning. 4,69% hade erhållit professionell sexualundervisning om bäckenstrålningsspatienter. Kategori av sjukhus, antal sjukhusbäddar samt ssk:s ålder och tjänsteår påverkade svaren.	Den interna validiteten stärks relaterat till vald metod för datainsamling + resultatet svarar på syftet. Sänks p.g.a. icke validerat frågeformulär. Extern validitet stärks då urvalet är representativt för målpopulationen. Sänks p.g.a. externt bortfall på 15 %. Reliabiliteten sänks då det ej framgår om mätinstrumentet var psykometriskt testat. Inter- och intrabedömarreliabiliteten stärks då mätinstrumentet använts i andra studier. Objektivitet sänks av utebliven powerberäkning och stärks då rätt statistiska analyser använts i relation till skalnivå och spridning.

Författare, Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Mansour, S. E. Mohamed, H. E. Handling Sexuality Concerns in Women with Gynecological Cancer: Egyptian Nurse's Knowledge and Attitudes Egyten, 2015	Undersöka onkologisjuksköterskors kunskap och inställningar i förhållande till tillhandahållandet av sexuell hälsa för kvinnor som diagnostiseras med gynekologisk cancer och undersöka rimliga möjligheter och hinder för sådana diskussioner.	Urval: Ändamålsenligt urval. Inkl.krit: ssk som arbetade på gynekologisk avdelning, hade arbetslivserfarenhet i mer än 6 månader och som var villiga att delta i studien. Totalt 72 ssk deltog. Ålder: <20 - ≥30. 80,6 % var mellan 20 – 30 år. Kön: framgår ej. Exkl.krit, int.bortfall + ext. bortfall: framgår ej. Datainsamlingsmetod: enkät utifrån 4 olika mätvärden. 3 av dem var, av forskarna, egenhändigt komponerade strukturerade enkäter. Det fjärde var en skala om inställning till sexuell hälsovård utifrån Kim's domäner. Mätinstrumenten validerades av 5 expertiser inom området.	Genomförande: Data samlades in via enkäter från juni 2014 till juli 2014 på onkologcentrat Mansoura University Hospital. Pilotstudie på 10 ssk. Forskarna tog kontakt med de ssk som var ändamålsenliga. Framgår ej hur lång tid enkäterna tog att genomföra. Analys: deskriptiv design i form av frekvenser + procentsatser för kvalitativa variabler och medelvärden och standardavvikelser för kvantitativa variabler. Kvantitativa variabler med t-test, korrelationstest (r), Cronbachs alpha för att säkerställa reliabiliteten. Statistisk signifikans med p-värde.	100 % av ssk hade låga kunskapspoäng gällande sexuell hälsovård. Majoriteten av ssk uppgav att begränsade resurser, patienters genans, personalbrist, patienter har fler saker att oroa än att ha sex, otillräcklig utbildning var de viktigaste hindren för att ge sexualupplysning. Att få relevant utbildning, tillgång till privat miljö, ha ett gott ssk-patientförhållande och bra kommunikation är faktorer som underlättar tillhandahållande av sexuell hälsovård.	Den interna validiteten relaterat till vald metod stärks för data-insamling, resultatet svarar an på syftet och för att mätinstrumenten var validerade. Sänks något p.g.a. internt bortfall ej redovisas + egenhändigt komponerade enkäter. God extern validitet då urvalet är representativt för målpopulationen och för att externt bortfall förmodligen ej förekom. Reliabiliteten sänks då det ej framgår om mätinstrumentet var psykometriskt testat
Zeng, Y-C Li, Q. Wang, N. Ching, S. S. Y. Loke, A. Y. Chinese Nurses' Attitudes and Beliefs Toward Sexuality Care in Cancer Patients Kina, 2011	Beskriva kinesiska sjuksköterskors inställningar och föreställningar rörande sexuell omvårdnad hos cancerpatienter och att utforska relevanta demografiska faktorer som påverkar sjuksköterskor syn på sexualitet och sjukvård. **	Urval: bekvämlighetsurval. Samtliga ssk från ett tumörsjukhus i Kina rekryterades. N=211, internt bortfall 12. Totalt n=199. Ålder: <20 – 50 år, 55.8% var mellan 21 – 30 år. 25,6 % kom från en gynekologisk canceravdelning. Kön: kvinnor. Inkl.krit: kinesiska ssk som arbetar och utövar omvårdnad inom klinisk onkologi. Exkl.krit: ssk med en administrativ position. Internt bortfall: n=12. Externt bortfall: före-kom ej. Datainsamlingsmetod: Enkätundersökning i två delar. Mätinstrumentet SABS validerades av 3 kinesiska ssk.	Genomförande: Hur informanterna tillfrågades är oklart. Data samlades in via enkäter på ett tumörsjukhus i Changsha, Kina, dec. 2009. En ssk med erfarenhet av forskning hjälpte till vid datainsamling, oklart vilka andra som genomförde datainsamling. Först en pilotstudie på 55 ssk. Analys: deskriptiv och inferential sambandsstatistik med Pearsons korrelationskoefficient. Likertskalor. Explorativ faktoranalys (=ej definierat faktorerna på förhand) och gruppvalidation.	76,4% av ssk ansåg att sexualitet var en för privat fråga att diskutera med cancerpatienter, 63,8% antog att de flesta cancerpatienter saknade intresse för sexualitet p.g.a. sina sjukdomar. 77,9% av ssk får inte tid att diskutera sexualitetsfrågor med patienter. 70% känner sig inte säkra och bekväma att diskutera sexuella angelägenheter med cancerpatienter.	Intern validitet stärks i relation till vald metod för datainsamling, resultat, lågt internt bortfall och att enkäten är validerad. Den externa validiteten stärks då urvalet är representativt för målpopulationen och för att externt bortfall ej förekom. Reliabiliteten sänks då det ej framgår om mätinstrumentet var psykometriskt testat. Objektivitet sänks av utebliven powerberäkning.

**Endast den del i artikeln som svarar på syftet behandlas i litteraturstudien redovisas i artikelöversikten

Författare, Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Stead, M. L. Brown, J. M. Fallowfield, L. Selby, P. Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: a qualitative study Storbritannien, 2002	Oklart - står ej beskrivet. I inledningen står att författarna undersökte de psykos sexuella effekterna och nivån av kommunikation om sexuella problem mellan kvinnor och vårdpersonal. **	Urval: strategiskt urval. En förstudie. Kvinnor som har gyn. cancer och totalt 43 vårdpersonal från Leeds ingick: 16 läkare och 27 sjuksköterskor. Kön samt ålder framgår ej. Int. bortfall, ext. bortfall, inkl.krit. samt exkl.krit. framgår ej. Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade individuella intervjuer av kvalitativ metod.	Genomförande: Semistruktu- rerade intervjuer. Framkommer ej hur informanterna tillfrågades, var eller av vem datainsamling skedde eller hur länge intervjuerna varade. Endast utförligt beskrivet om hur intervjuerna med kvinnorna gick till. Analys: framgår ej	Alla utom en i vårdpersonalen ansåg att de skulle diskutera sexuella problem, men bara 4 läkare (25 %) och 5 sjuksköterskor (19 %) gjorde det i verkligheten. Kunskap om hur äggstockscancer inverkar på sexuell funktion saknades och få av vård- personalen är medvetna om de problem som kan uppstå.	Tillförlitligheten stärks då studien svarar på syftet. Dock förekommer ej utförliga och långa citat, vilket påverkar tillförlitligheten något. Verifierbarheten sänks då metod är oklart beskriven. Oklart av vem eller var intervjuerna skedde. Pålitligheten sänks p.g.a. otydligt vem som har gjort vad i analysen, för att förförståelsen inte beskrivs i analysen och för att resultatet inte går att jämföra med förförståelsen. Överförbarheten sänks eftersom kontexten ej framgår tydligt men stärks då fynden har hög abstraktionsnivå.
Vermeer, W. M. Bakker, R. M. Stiggelbout, A. M. Creutzberg, C. L. Kenter, G. G. Kuile, M. M. Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance Nederländerna, 2015	Syftet var att utvärdera vårdpersonals nuvarande psykos sexuella stödmeter, hinder för att ge psykos sexuellt stöd och vårdpersonalens behov av utbildning och stöd.	Urval: strategiskt urval av gynekologiska onkologer (n=10) och strålnings- onkologer (n=10). Snöbolls- urval på onkologi- sjuksköterskor (n=10). Totalt 30 st deltog (N=30) från 9 holländska centra för gyn. onkologi, varav ett av centrumen hade två avdelningar. Kön: 77 % kvinnor Ålder: medelålder var 49 år. Datainsamlings- metod: semistrukturerade individuella intervjuer, ansikte-mot-ansikte av kvalitativ metod på 22 st – övriga 8 via telefon.	Genomförande: Ett mejl skickades först till 36 gyn. onkologer och strålningsonkologer vilka repre- senterar alla nio holländska centra. Mottagarna ombads identifiera de som kunde vara aktuella. Inter- vjuerna tog ca 25 minuter, ljud- inspelades och transkriberades ordagrant. Informanterna fyllde in en kort undersökning om bl.a. ålder, och hur ofta de ger psykos sexuellt stöd. Oklart var intervjuerna skedde – 8 av dem skedde via telefon. Analys: Kodades via ett ramverk, vars tillvägagångssätt var en blandning mellan deduktiv och induktiv kodning för kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet presenteras utifrån 7 tema: 1) Timing för information och utförande av omvårdnadshandling 2) Metoder för information och omvårdnad 3) Innehållet av informationen. 4) Partners involvering 5) Organisationen av information och erbjuden omvårdnad 6) Hinder 7) Behov av träning och assistans.	Tillförlitligheten stärks då studien svarar an mot syftet + långa citat tyder på djupa intervjuer. Urvalet är väl anpassat till studien. Veri- fierbarheten stärks då intervju- frågor är väl beskrivna med tabeller samt i text. Analysen är presenterad utförligt. Sänks något då 3 informanter intervjuades via telefon. Pålitligheten stärks då 2 av forskarna deltog i analysen + att analysen är väl beskriven, men sänks något då förförståelsen inte är presenterad och går därmed inte att relatera till. Överförbarheten stärks i relation till att kontexten är väl beskriven samt att resultatet har god abstraktionsnivå.

**Endast den del i artikeln som svarar på syftet behandlas i litteraturstudien redovisas i artikelöversikten

Bilaga 3, Fribergs mall för granskning av kvalitativa studier

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningsspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antagande?

Bilaga 4, Fribergs mall för granskning av kvantitativa studier

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?