



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdeleningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskors erfarenheter av samtal om sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer

En deskriptiv litteraturstudie

Jessica Conradzon
Ida Nilsson

2015

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Ylva Pålsson och Jenny Söderberg
Examinator: Gunilla Mårtensson

Sammanfattning

Studier har visat att patienter diagnostiserade med cancer upplever betydande problem relaterat till sin sexualitet och önskar att sjuksköterskor samtalade om ämnet, i flertalet fall uteblir dock samtalet. Syftet med föreliggande litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av samtal om sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer.

Föreliggande studie är en deskriptiv litteraturstudie och databassökningar genomfördes via Pubmed, Cinahl och PsycInfo. Litteraturstudiens resultat vilar på sex vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats och sex med kvantitativ ansats. Efter bearbetning av artiklarna delades texten in i huvudkategorier och underkategorier.

Resultatet visade att sjuksköterskors **erfarenheter kring ansvar och prioriteringar** var att *ansvaret kring att ta upp ämnet sexualitet* var otydligt. Sjuksköterskor beskrev att *prioriteringen kring att ta upp ämnet sexualitet* med patienter diagnostiserade med cancer var låg. Många **erfarenheter av påverkande faktorer och barriärer** återfanns. Ämnet upplevdes tabubelagt, privat, pinsamt och en rädsla samt osäkerhet beskrevs kring samtalet om *det känsloladdade ämnet sexualitet*. *Tiden och miljön kring samtalet om sexualitet* var viktiga faktorer som kunde bli en stor barriär i samtalet. Sjuksköterskors erfarenheter av *kunskapen kring samtalet om sexualitet* var att den framträdande kunskapsbristen var en stor anledning till att ämnet inte togs upp.

En rimlig slutsats är att när samtalet om sexualitet undviks i sjukvården förbises även en stor del av människan. Oberoende av var den bristande fokuseringen på kommunikation och sexualitet i sjukvården har sin början vore det önskvärt att öka detta fokus i sjuksköterskeutbildningen, och på sätt implementera det vidare i sjuksköterskeyrket och omvårdnadsarbetet.

Nyckelord: Kommunikation, Sjuksköterska, Sexualitet, Cancer, Erfarenheter

Abstract

Studies has shown that patients diagnosed with cancer experience significant problems related to their sexuality and desire that nurses talked about the subject, in most cases the conversation did not take place. The aim of the present literature study was to describe nurses experiences of talking about sexuality with patients diagnosed with cancer.

The present study is a descriptive literature study and the databases Pubmed, Cinahl and PsycInfo were searched through. Six articles with qualitative approach and six articles with quantitative approach compose the result of the literature study. The text was divided into main categories and sub categories after processing the articles.

The result showed that nurses **experiences regarding responsibilities and priorities** was that the *responsibility of taking up the subject of sexuality* was unclear. Nurses described that the *priority on bringing up the topic sexuality* with patients diagnosed with cancer was low. Many **experiences of influencing factors and barriers** were found. The subject was perceived taboo, private, embarrassing and a fear and uncertainty were described regarding the conversation *of the emotionally charged topic sexuality. The time and environment around the conversation about sexuality* were important factors that could become a major barrier in the conversation. Nurses experiences in *knowledge of the conversation about sexuality* was that the dominant lack of knowledge was a big reason why the topic was not addressed.

A reasonable conclusion is that when the conversation about sexuality are avoided in health care a large part of the human being is overlooked as well. Regardless of where the lack of focus on communication and sexuality in health care has its beginning, it would be desirable to increase this focus in nursing education, and in that way implement it further in the nursing profession and nursing care.

Keywords: Communication, Nurse, Sexuality, Cancer, Experience

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	1
1.1 Omvårdnadsansvaret i sjuksköterskeyrket.....	1
1.2 Sexualitet.....	1
1.3 Sexualitet och cancer.....	2
1.4 Kommunikation.....	3
1.5 Kommunikationsteori.....	3
1.6 Problemformulering.....	4
1.7 Syfte och frågeställningar.....	4
2. Metod.....	5
2.1 Design.....	5
2.2 Databaser.....	5
2.3 Sökord/Sökstrategier/Urvalskriterier.....	5
2.4 Dataanalys.....	7
2.5 Forskningsetiska överväganden.....	8
3. Resultat.....	9
3.1 Erfarenheter kring ansvar och prioriteringar.....	12
3.1.1 <i>Ansvaret kring att ta upp ämnet sexualitet</i>	12
3.1.2 <i>Prioritering kring att ta upp ämnet sexualitet</i>	12
3.2 Erfarenheter av påverkande faktorer och barriärer.....	13
3.2.1 <i>Det känsloladdade ämnet sexualitet</i>	13
3.2.2 <i>Tiden och miljön kring samtalet om sexualitet</i>	14
3.2.3 <i>Kunskapen kring samtalet om sexualitet</i>	15
3.3 Metodologiska aspekten undersökningsgrupp.....	16
3.3.1 <i>Antal</i>	16
3.3.2 <i>Bortfall</i>	16
3.3.3 <i>Ålder</i>	17
3.3.4 <i>Könsfördelning</i>	17
3.3.5 <i>Antal år i arbetet</i>	17
4. Diskussion.....	18
4.1 Huvudresultat.....	18
4.2 Resultatdiskussion.....	18
4.2.1 <i>Erfarenheter kring ansvar och prioriteringar</i>	18
4.2.2 <i>Erfarenheter av påverkande faktorer och barriärer</i>	21
4.2.3 <i>Metodologiska aspekten undersökningsgrupp</i>	25
4.3 Metoddiskussion.....	27
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad samt förslag till fortsatt forskning.....	29
4.5 Slutsats.....	29
5. Referenslista	
6 Bilagor	
6.1 Bilaga 1.	

1. Introduktion

1.1 Omvårdnadsansvaret i sjuksköterskeyrket

När industrialismen influerade sjukvården under 1970-talet med löpandebandprincipen saknade vården en helhetssyn på patienterna. Sjukvården har utvecklats och idag har organisationsformer som är mer patientfokuserade fått genomslag i Sverige. Den patientfokuserade vården bygger på förtroende, samarbete och en kontinuitet i relationen vårdare-patient. För sjuksköterskan innebär detta att kunna sätta sig in i andras perspektiv och även vara inställd på att förändra och anpassa sitt arbetssätt utifrån patienters behov (Fransson Sellgren 2009). Inom svensk hälso- och sjukvård är sjuksköterskeyrket den största arbetskategori, vilket medför att sjuksköterskan är av stor betydelse för vårdens kvalitet (Jakobsson & Lützen 2009).

Ett perspektiv som ligger till grund för sjuksköterskans arbete är hälsa. Hälsa kan beskrivas som ett tillstånd av balans där målet är stabilitet och omvårdnad är som ett hälsoorienterat kunskapsområde (Jakobsson & Lützen 2009). Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde och inom den patientfokuserade vården arbetas det mot att se hela människan (Fransson Sellgren 2009). Att se hela människan är vad som benämns att ha ett holistiskt synsätt vilket samtliga inom hälso- och sjukvården förväntas ha, där sexualitet är inkluderat (Hulter 2004). Kompetensbeskrivningen för den legitimerade sjuksköterskan innefattar att ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett lyhört, respektfullt och empatiskt sätt. Vidare innefattas att sjuksköterskan ska ha förmåga att uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker ett informationsbehov (Socialstyrelsen 2005).

1.2. Sexualitet

I föreliggande studie definieras sexualitet i enlighet med Hulter (2004) som har översatt WHO:s definition; *“Sexualitet är en väsentlig del av att vara människa genom hela livet och innefattar kön, könsidentiteter och roller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet upplevs och uttrycks genom tankar, fantasier, önskningar, normer, attityder, värderingar, beteenden, praktiker, roller och relationer. Medan sexualitet kan omfatta alla dessa dimensioner, upplevs eller uttrycks inte alltid alla av dem. Sexualitet påverkas av interaktionen mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, legala, historiska, religiösa och andliga faktorer”* (Hulter 2004 s. 269-270).

Det är av vikt att sjuksköterskor beaktar aspekten sexualitet i sitt arbete då många patienter upplever lidande i samband med sjukdom. När sjuksköterskor agerar inom detta område krävs lyhördhet, kunskap, respekt och känslighet (Hulter 2009). Patienter uttryckte att sexualitet var en del av dem även om de var sjuka och de önskade att sjuksköterskor tog upp ämnet. Det ansågs även viktigt för patienter att sjuksköterskor hade kunskap i samtalet (Lemieux *et al.* 2004; Southard & Keller 2008). Sexualitet är ett svårt ämne att samtala om (Lorentsen & Grov 2011) och förberedelsen för att detta samtal ska kunna ske professionellt saknas i många utbildningar. Sexualitet är komplext för människor, det är många faktorer som påverkar vilket gör att det är svårt att förstå betydelsen av sexualitet för varje enskild människa. Sexualitet är av stor betydelse för livskvalitet och livsglädje men är i de flesta samhällen strängt tabubelagt. Det tabubelagda i ämnet sexualitet har bidragit till att forskning inom ämnet är eftersatt, detta även i Sverige (Hulter 2009).

1.3 Sexualitet och cancer

Det är ungefär 200 olika sjukdomar som inkluderas under samlingsnamnet cancer (Socialstyrelsen 2013) och mer än var tredje person riskerar att få en cancerdiagnos under sin livstid (Cancerfonden 2014). År 2013 diagnostiserades 61 297 fall av cancer i Sverige och trots att forskningen går framåt kommer fler att drabbas (Socialstyrelsen 2013). En orsak till att antalet fall av cancer ökar är att antalet äldre personer ökar, två tredjedelar av alla som får diagnosen är över 65 år (Cancerfonden 2014). Cancer är en diagnos som för många associeras med döden (Hulter 2009) och kan innebära en sårbar och stressig situation i livet (Lorentsen & Grov 2011). Sexuella svårigheter är något som ofta uppkommer för dessa patienter på grund av olika anledningar. Cancern kan ha drabbat särskilda organ såsom prostata eller bröst, eller så kan den påverka blodcirkulation och nerver som utgör ett hot mot sexualiteten. Behandlingen mot cancer och dess biverkningar kan hämma de sexuella möjligheterna och de problem som kan uppstå för patienterna är individuella (Hulter 2009).

Studier har visat att patienter diagnostiserade med cancer upplever betydande problem med sin sexualitet (Berterö 2001; Letts *et al.* 2010; Quintard *et al.* 2014) och att hjälp och stöd var av stor betydelse (Flynn *et al.* 2012; Lorentsen & Grov 2011). Patienter upplevde att de fått otillräcklig information om sjukdomens påverkan på sexualiteten (Flynn *et al.* 2012). Vidare att cancer var något som orsakade tystnad

(Ervik & Asplund 2012) och att det kommunikativa stödet av sjuksköterskan var viktigt (Lorentsen & Grov 2011).

1.4 Kommunikation

I föreliggande studie används ordet samtala då det är ett centralt begrepp i kommunikationen.

Kommunikation är något människor gör tillsammans med målet att förstå varandra, detta ofta inom ramen av ett samtal. Det finns olika typer av samtal men i samtliga är kommunikationen i fokus. Sjuksköterskan använder kommunikation för att ge omvårdnad åt människor. Kommunikation är främst kroppsliga och språkliga signaler och är inte en tilläggsaktivitet inom vården, den ska finnas med som en aspekt i alla mänskliga möten (Baggens & Sandén 2009). Inom den patientfokuserade vården är kommunikation en viktig aspekt. Samtal bör helst ske i ett enskilt rum samt utformas så att patienten inte känner sig utsatt eller upplever att dennes integritet är hotad (Fransson Sellgren 2009).

1.5 Kommunikationsteori

Enligt Eide och Eide (2009) återfinns tre grundläggande elementen inom professionsorienterad kommunikation. Varje grundläggande element kan ses som en triangel där varje hörn redovisar ett specifikt nyckelbegrepp. Grundelementen är omvårdnadsprofessionalitet, omvårdnadsrationalitet och omvårdnadstemporalitet.

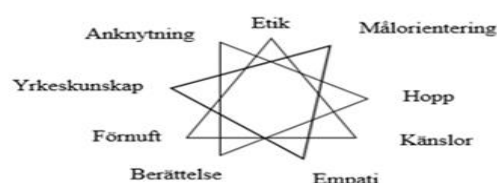
Omvårdnadsprofessionalitet fokuserar på vårdgivarens yrkeskompetens, där återfinns nyckelbegreppen empati, yrkeskunskap och målorientering. Att vara empatisk i den professionella rollen innebär att sjuksköterskan handlar utifrån patientens omvårdnadsbaserade bästa. Yrkeskunskap ses som en av mest grundläggande förutsättningarna då det är viktigt att sjuksköterskan arbetar med en hög omvårdnadsorienterad kompetens. Målorientering ses som den avsedda förmågan och viljan att styra kommunikationen för att nå målet i omvårdnadsarbetet.

Omvårdnadsrationalitet fokuserar på relationen mellan vårdgivare och patient, där återfinns nyckelbegreppen känslor, förnuft och etik. Många patienter är i behov av emotionellt stöd från sjuksköterskan. Det är inte tanken att sjuksköterskan ska avlägsna de svåra känslorna från patienten, utan vara närvarande och stöttande i bearbetningen. Det krävs att vara förnuftig och ändamålsenlig i sitt agerande för att målen i omvårdnaden ska uppnås. När känslor ska accepteras men sjuksköterskans handlande

samtidigt ska vara genomlyst av rationalitet är det lätt att återfinna sig i etiska dilemman.

Omvårdnadstemporalitet fokuserar på tiden i professionell kommunikation, nyckelbegreppen är anknytning, hopp och berättelse. Det handlar för sjuksköterskan om att vara närvarande i ögonblicket men även ta till sig kunskap från patientens förflutna, samtidigt som denne kan föreställa sig patientens framtid.

Den professionsorienterade kommunikationsmodellen bygger således på samtliga tre grundelement och integrerar varje specifikt nyckelbegrepp, se figur 1.



Figur 1. Grundelement i omvårdandsorienterad kommunikation (Eide & Eide, 2009, s 75).

1.6. Problemformulering

I Sverige riskerar mer än var tredje person som lever idag att få en cancerdiagnos under sin livstid. En cancerdiagnos påverkar sexualiteten på olika sätt. Enligt tidigare forskning upplever patienter en brist på samtal avseende sexualitet med sjuksköterskor. Den förberedelse som behövs för att detta samtal ska kunna ske professionellt saknas i många utbildningar. Att sexualitet är tabubelagt i många samhällen har resulterat i att forskningen är eftersatt inom ämnet, även i Sverige. Den forskning som är gjord fokuserar främst på patientperspektivet. Studier om hur sjuksköterskor beskriver sina erfarenheter av samtal om sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer är få. Genom att sammanställa redan befintlig forskning och därmed belysa samtalet om sexualitet önskar författarna till föreliggande studie att bidra till en ökad förståelse. Därefter medföra en klinisk betydelse i omvårdnaden med patienter diagnostiserade med cancer.

1.7 Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av samtal om sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer. Vidare var syftet att beskriva de inkluderade vetenskapliga artiklarna utifrån den metodologiska aspekten undersökningsgrupp.

-Vilka var sjuksköterskors erfarenheter av samtal om sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer?

-Hur beskrevs undersökningsgrupperna i de inkluderade vetenskapliga artiklarna?

2. Metod

2.1 Design

Föreliggande studie är en litteraturstudie med deskriptiv design. Detta är fördelaktigt enligt Polit och Beck (2012) då en sammanställning av befintlig forskning ska beskrivas.

2.2 Databaser

Databassökningar har genomförts via Pubmed, Cinahl och PsycInfo. Främst Pubmed och Cinahl men potentiellt även PsycInfo har ett stort utbud av vetenskapliga artiklar inom ämnet vårdvetenskap enligt Polit och Beck (2012), vilket är relevant för föreliggande studie.

2.3 Sökord/Sökstrategier/Urvalskriterier

För att hämta information på respektive databas finns det specifika termer som kan finnas som hjälp i sökningen, då flera olika begrepp ingår under varje term (Polit & Beck 2012). För framtagande av vetenskapliga artiklar med relevans för föreliggande studies syfte och frågeställningar utgick sökorden utifrån MeSh termer i Pubmed och Headings i Cinahl, dessa överensstämde med varandra. Dessa termer var "Sexuality", "Communication", "Nurses" och "Neoplasms". Författarna till föreliggande studie har enbart sökt på samtliga sökord i fritext. I både Pubmed och Cinahl gav sökordet "Cancer" fler träffar än "Neoplasms". I både Pubmed och Cinahl har fritextsökning gjorts med sökordet "Experience" vilket begränsade sökningen till ett patientperspektiv. En manuell sökning utfördes på en titel som återfanns i en inkluderad artikels referenslista.

Den systematiska sökstrategin som finns beskriven i Polit och Beck (2012) har författarna till föreliggande studie arbetat utifrån. Därmed har samtliga artiklar tagits fram genom en specificerad process som utgått från en bred sökning. För att få olika ändelser på sökordet "Nurses" användes "Nurse" med trunkering (*), "Nurse*". För att kombinera de olika sökorden har den booleska söktermen AND använts. Den breda sökningen började med att varje sökord användes var för sig för att sedan kombineras med varandra, i olika konstellationer, för att få en översikt av vad databaserna innehöll angående ämnet. För att ytterligare bredda sökningen användes databasen PsycInfo. De artiklar som återfanns i denna databas med relevans för föreliggande studies syfte och frågeställningar var enbart dubletter, därmed presenteras det inte i föreliggande studie.

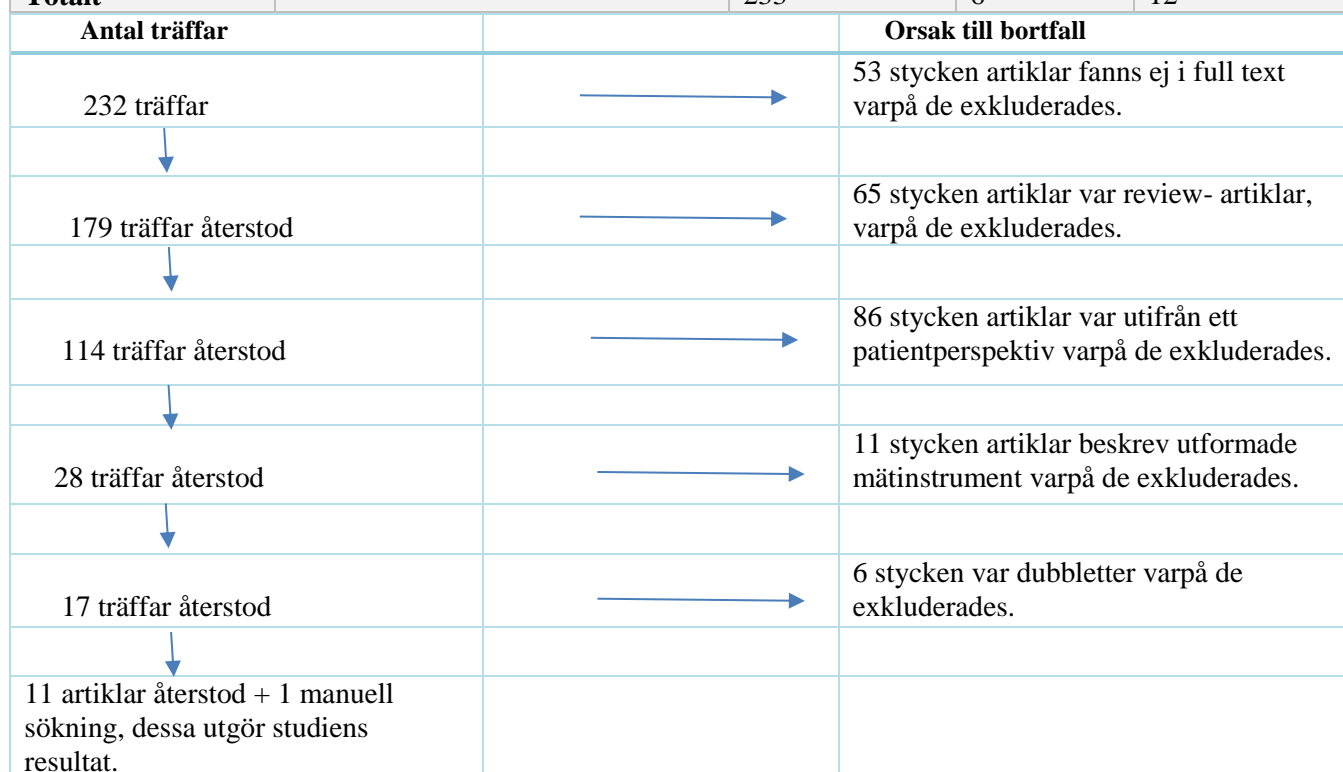
De databaser med konstellationer av sökord som presenteras i föreliggande studie är de som mynnade ut i artiklarna med relevans för syfte och frågeställningar.

För att vidare specificera den breda sökningen användes inklusions- och exklusionskriterier (Polit & Beck 2012). Inklusionskriterier för föreliggande litteraturstudie var enbart primära empiriska studier publicerade på svenska och/eller engelska av vetenskaplig kvalitet (peer reviewed) samt fritt tillgängliga i fulltext. Exklusionskriterier var vetenskapliga artiklar som inte svarade på litteraturstudies syfte och frågeställningar. Sökningarna begränsades från år 2004-2015. Identifierades dubletter valdes den träff som först påträffades i sökningarna oberoende av databas.

För översikt av databas, manuell sökning, sökord, antal träffar, dubletter samt valda källor se tabell 1. Artiklar som inte fanns i full text, var review-artiklar, ur patientperspektiv, som beskrev mätinstrument eller var dubletter exkluderades, se figur 2.

Tabell 1. Utfall av databassökningar

Databas	Sökord	Antal träffar	Dubletter	Valda källor
Pubmed	Nurse* AND Sexuality AND Communication AND Cancer	30	0	4
Pubmed	Nurse* AND Sexuality AND Cancer	176	4	5
Cinahl	Nurse* AND Sexuality AND Communication AND Cancer	26	2	2
Manuell sökning i referenslista	Relevans för syfte och frågeställningar	1	0	1
Totalt		233	6	12



Figur 2. Flödesschema för bortfall av vetenskapliga artiklar

2.4.Dataanalys

Grunden till litteraturstudien vilar på tolv vetenskapliga artiklar, dessa tolv artiklar skrevs ut i pappersformat. Artiklarna numrerades med post-it lappar från ett till tolv utifrån artikelförfattarnas efternamn. Siffrorna tillsammans med titel på artikeln dokumenterades i ett dokument för att underlätta hanteringen av artiklarna. Därefter lästes varje artikels resultat och metoddel två gånger av vardera författare. Det som svarade på syfte och frågeställningar skrev vardera författare individuellt ned på ett papper som enbart användes som stödanteckningar i diskussionen. Den diskussion som fördes var för att verifiera att båda författarna förstått artiklarna överensstämmande. Författarna tog hjälp av en lärare inom kvantitativ metod för att utläsa resultat från de kvantitativa artiklarna för att i möjligaste mån säkerställa att inget resultat förbisågs.

Varje artikel fördes in i en tabell för att få en översikt av funnen data vilket gjordes av författarna tillsammans, se bilaga 1. I bilaga 1 återfinns författare, år, land, syfte, titel, design/ansats, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod, dataanalysmetod och resultat för att lättare kunna gruppera och identifiera mönster som kunde bidra till litteraturstudiens resultat. När tabellen var ifylld läste författarna tillsammans återigen artiklarna, högt för varandra. Det som stämde överens med syfte och frågeställningar i artiklarnas metod och resultat markerades med överstrykningspenna. Det som var markerat i de vetenskapliga artiklarnas metoddel skrevs in i ett dokument för att underlätta resultatskrivandet utifrån den metodologiska aspekten i syftet. Uppdelningen i dokumentet var antal deltagare, antal bortfall, ålder, könsfördelning samt antal år i arbetet. Det som var markerat i de vetenskapliga artiklarnas resultatdel skrevs in i ett dokument och delades upp i meningar var för sig för att få en översiktlig syn samt underlätta resultatskrivandet, detta skrevs därefter ut i pappersformat.

Enligt Forsberg och Wengström (2013) underlättar det att gruppera data för att identifiera mönster, detta för att analysera på ett systematiskt sätt. Den text som var funnen i de inkluderade artiklarna grupperades genom att klippa sönder det utskrivna dokumentet med resultat från artiklarna, stycke för stycke. De papperslappar med meningar som påminde om varandra lades i högar. De olika högar med papperslappar med meningar bearbetades ytterligare för att identifiera mönster. Då valde författarna att använda post-it lappar som hjälpmedel för att identifiera nyckelord som var återkommande i de inkluderade vetenskapliga artiklarna. Utifrån mönster och nyckelord gjordes två huvudkategorier. När meningarna från studierna var placerade under kategorierna bearbetades texten ytterligare med nyckelord och därefter skapades

underkategorier. Utifrån det resultat som återfanns under vardera kategori diskuterade författarna eventuella likheter och skillnader, i denna bearbetning använde sig författarna av överstrykningspennor i olika färger.

De fakta som var funnen från de inkluderade vetenskapliga artiklarnas resultat och metod formulerades till en flytande text för att bilda föreliggande studies resultat. Utifrån bilaga 1 utformades en resultattabell för att förtydliga och göra resultatet mer överskådligt där författare, ansats, syfte, undersökningsgrupp och resultat återfinns, se tabell 2. Med tabellerna slutförda och resultattexten presenterad bearbetade författarna återigen artiklarna för att i möjligaste mån säkerställa att det framtagna resultatet överensstämde med artiklarnas resultat och metod. Detta gjordes genom att författarna läste varje vetenskapliga artikels resultat och metod samt föreliggande studies resultat och kontrollerade att de överensstämde.

Huvudkategorier, underkategorier, huvudrubriker och underrubriker har omformulerats under arbetets gång för att spegla innehållet på ett tydligt och överskådligt sätt.

2.5 Forskningsetiska överväganden

Författarna till föreliggande studie har strävat efter att presentera resultatet objektivt utan personligt tyckande. Samtliga vetenskapliga artiklar som svarat på föreliggande litteraturstudies syfte och frågeställningar har inkluderats utan hänsyn till författarnas åsikter. Författarna har även skrivit på ett sådant sätt att plagiering undvikts i möjligaste mån och tydliga referenser har använts (Polit & Beck 2012).

3. Resultat

De tolv vetenskapliga artiklarna som utgör resultatet i föreliggande studie redovisas i löpande text samt i tabell 2 där författare, ansats, syfte, undersökningsgrupp och resultat återfinns för att möjliggöra en överskådlig syn. Resultatet redovisat i löpande text är indelat under huvudkategorier och underkategorier.

Den första huvudkategorin är **erfarenheter kring ansvar och prioriteringar**, med underkategorierna *ansvaret kring att ta upp ämnet sexualitet* och *prioritering kring att ta upp ämnet sexualitet*. Andra huvudkategorin är **erfarenheter av påverkande faktorer och barriärer**, med underkategorierna *det känsloladdade ämnet sexualitet, tiden och miljön kring samtalet om sexualitet* och *kunskapen kring samtalet om sexualitet*. Huvudrubriken **metodologiska aspekten undersökningsgrupp** har underrubrikerna *antal, bortfall, ålder, könsfördelning och antal år i arbetet*.

Tabell 2. Resultat

Författare, Ansats	Syfte	Undersökningsgrupp	Resultat
Algier, L., & Sultan, K.A.V. Kvantitativ ansats.	Syftet med denna studie var att identifiera sjuksköterskors närmande kring sexuellt relaterade problem hos patienter med cancer i Turkiet.	77 sjuksköterskor deltog (33 bortfall). 13 stycken var 24 år och yngre, 46 st var mellan 25-29 år, 10 st var mellan 30-34 år och 8 stycken var 35 år och över. 8 av dem hade arbetat som sjuksköterska i ett år eller mindre, 27 stycken i 1-4 år, 22 st 5-8 år, 9 st 9-12 år, 11 st i 13 år eller längre. Könsfördelning är ej angivet.	Denna studie tar upp att sjuksköterskor känner att de har kunskap kring ämnet men de önskar mer kunskap i hur man samtalar om sexualitet med patienterna. Det framkommer även att de anser att tidsbrist inte är en anledning till att inte samtala om sexualitet.
Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Aalto, P. & Lehto, J. Kvantitativ ansats.	Syftet med denna studie var att beskriva vårdpersonalens attityder mot och erfarenheter av att diskutera sexuellt relaterade frågor med patienter med cancer i Finland.	181 sjuksköterskor deltog. Gällande dessa sjuksköterskor är bortfall, ålder, antal arbetade år och könsfördelning ej angivet.	Denna studie tar upp att sjuksköterskor ansåg att de sällan tog upp ämnet med patienterna och att de hade för lite kunskap. Att ämnet var svårt att samtala om framkom och de ansåg vidare att de sällan gav patienten möjlighet att samtala om sexualitet. Sjuksköterskor ansåg att läkarna var ansvariga att ta upp ämnet.
Hordern A.J., & Street A.F Kvalitativ ansats.	Syftet med denna studie var att presentera sjukvårdspersonalens perspektiv på kommunikationen med patienter om sexualitet och intimitet i samband med cancer och palliativ vård.	13 sjuksköterskor deltog. Gällande dessa sjuksköterskor är ålder, antal arbetade år och könsfördelning ej angivet.	Denna studie tar upp att sjuksköterskor ansåg att sexualitet är ett område som de inte är bra på att prata om, de är rädd att bli missförstådd samt det är svårt att vara så bekväm att de vågar ta upp de. Ytterligare ett resultat som framkommer är att sjuksköterskor anser att patienterna är så sjuka så de inte fokuserar på intimitet och sexualitet varpå det nedprioriteras. Ämnet är tabubelagt, och väldigt svårt att samtala kring, främst bland äldre patienter.
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. Kvantitativ ansats.	Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskor som arbetar på canceravdelningars attityder och erfarenheter kring sexuella frågor hos patienter som strålas mot cancer i Sichuan, Kina	128 sjuksköterskor deltog (22 bortfall). 83 stycken var 21-30 år, 35 stycken 31-40 och 10 stycken 41-50 år. 47 stycken hade arbetat i mindre än fem år, 42 stycken i 5-10 år, 26 stycken i 11-20 år och 13 stycken över 20 år. 128 kvinnor.	Denna studie visar att sjuksköterskor ansåg att de var deras ansvar och att de med mer arbetserfarenhet känner sig mer bekväma att prata om sexualitet med sina patienter. Samtalet kring sexualitet ansågs privat och att det var obekvämt.
Lavin, M., Hyde .A. Kvalitativ ansats.	Syftet med denna studie var att utforska uppfattningar och erfarenheter hos sjuksköterskor gällande samtal om sexualitet med kvinnor som får cytostatikabehandling för bröstcancer.	10 sjuksköterskor deltog. 8 stycken var mellan 25-40 år, 2 stycken var mellan 40-55 år. Samtliga hade arbetat som sjuksköterska i minst tre år. Samtliga var kvinnor.	Denna studie tar upp att sjuksköterskor uttryckt att sexualitet inte ansågs var ett problem förrän patienten tar upp det så de väntar ofta på att patienten ska ta upp det, när det sker lämnas inte ett ärligt utrymme till samtal. Det framkom även att det är ett eftersatt område och att det ansågs som pinsamt och privat, rädsla var en stor del av sjuksköterskors erfarenhet. Något som saknas inom ämnet anser sjuksköterskor är kunskap. Kultur och ålder på patienten var faktorer som kunde göra det svårare.
Moore, A., Higgins, A., Sharek, D Kvantitativ ansats.	Syftet med denna studie var att undersöka onkologisjuksköterskors självupplevda kunskap och trygghet i att diskutera sexualitet och oron kring detta med män som diagnostiserats med testikelcancer.	89 sjuksköterskor deltog (111 bortfall). 30 stycken av deltagarna var mellan 20-30 år, 46 st mellan 31-40 år, 9 st mellan 41-50 år och 4 st över 51 år. Samtliga var kvinnor. Gällande dessa sjuksköterskor är antalet arbetade år ej angivet.	I denna studie framkommer det sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om sexualitet med patienter med cancer var en känsla av kunskapsbrist. Det tas även upp att atmosfären kring sexualitet är väldigt sluten, och att det behöver ske en organisatorisk förändring. Språk och religion framkom som en barriär i samtalet samt att sjuksköterskor ansåg sig försätta patienten i en pinsam situation när de tog upp sexualitet.

Tabell 2. Resultat

<p>Olsson, C., Berglund, A.L., Larsson, M., Athlin, E.</p> <p>Kvalitativ ansats.</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors uppfattningar om dialoger om sexualitet med patienten med cancer.</p>	<p>10 sjuksköterskor. Deltagarna var 24-54 år. Antal arbetade år var 2-32. Samtliga var kvinnor.</p>	<p>I denna studie framkommer det att sjuksköterskor ansåg att de borde prata om sexualitet, men de gör det inte. Sjuksköterskor ansåg att det var en del i professionen men samtidigt att någon annan har ansvaret för att samtala om sexualitet, dock framkom osäkerhet kring om det är någon som tar upp ämnet. Det framkommer att sjuksköterskor ofta väntar med att ta upp ämnet sexualitet då det hoppas att patienten själv ska ta initiativet.</p> <p>Osäkerhet framkommer kring var de ska prata om det, när det är bäst att ta upp ämnet och hur de i sådana fall ska göra och att de saknar kunskap kring detta. Samtalsämnet ansågs som privat, pinsamt, tabubelagt och att de försatte patienten i en pinsam situation. Tid och miljö ansågs vara en viktig aspekt i samtalet och att tidsbristen var ett stort hinder varpå organisatorisk förändring bör ske.</p>
<p>Oskay, U., Can, G. & Basgol, S.</p> <p>Kvantitativ ansats.</p>	<p>Syftet med denna studie var att fastställa de åsikter och attityder onkologisjuksköterskor som vårdar cancerpatienter har gällande sexuell rådgivning</p>	<p>87 sjuksköterskor deltog. Deltagarna var mellan 20-55 år och samtliga var kvinnor. Gällande dessa sjuksköterskor är antal bortfall och antal arbetade år ej angivet.</p>	<p>Denna studie tar upp att sjuksköterskor ansåg sig vara den ansvariga att ta upp ämnet och att tid till detta finns, men att de hade en kunskapsbrist. Att ämnet är tabubelagt, inte prioriterat och att de saknas rutiner inom organisationen var något som framkom.</p>
<p>Ussher, J., M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W.K., T., Mason, C., Hobbs, K. & Kirsten, L.</p> <p>Kvalitativ ansats.</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka hur vårdpersonal konstruerar och hanterar samtal om sexuella hälsoproblem i samband med cancer.</p>	<p>11 sjuksköterskor deltog. Gällande dessa sjuksköterskor är ålder, antal arbetade år och könsfördelning ej angivet.</p>	<p>Denna studie tar upp att sjuksköterskor anser att det är deras ansvar att ta upp ämnet sexualitet, men också att doktorn borde ha ansvaret att ta upp det. Sjuksköterskor tyckte att sexualitet är ett privat och känsligt ämne och att det är jobbigt och svårt att ta upp det med patienterna. Att äldre inte oroar sig för sexuell kontakt framkommer också. När ska de prata, var ska de prata och hur? De tar upp om kunskap och den önskade kunskapen.</p>
<p>Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Stiggelbout, A.M., Creutzberg, C.L., Kenter, G.G. & Ter Kuile, M.M.</p> <p>Kvalitativ ansats.</p>	<p>Syftet med denna studie var att bedöma sjukvårdspersonalens nuvarande psykosexuella stödmetoder, även hinder för att utföra dessa samt behovet av utbildning och stöd.</p>	<p>10 sjuksköterskor deltog. Gällande dessa sjuksköterskor är ålder, antal arbetade år samt könsfördelning ej angivet.</p>	<p>I denna studie framkommer det att sjuksköterskor upplever det som tabubelagt att samtala om sexualitet, främst med äldre patienter. Att det är obekvämt och att de kände sig osäkra i samtalet framkom samt en önskan om mer kunskap. Sjuksköterskor ansåg sig vara ansvariga att ta upp ämnet med sina patienter, men att få kontakttillfällen och lite tid utförde ett hinder.</p>
<p>Vieira, E.M., Ford, N.J., Santos, M.A., Junqueira, L.C. & Giami, A.</p> <p>Kvalitativ ansats.</p>	<p>Syftet med denna studie var att förstå hur sjuksköterskor förstår påverkan av sexualiteten hos kvinnliga patienter som genomgår behandling av bröstcancer.</p>	<p>28 sjuksköterskor deltog. Deltagarna var mellan 23-60 år, antal arbetade år var mellan 2-30år. 27 kvinnor och 1 man.</p>	<p>I denna studie framkommer det är att sjuksköterskor tycker det är lättare att samtala med yngre patienter än med äldre om sexualitet och eventuella sexuella problem, därför prioriterades dessa. Äldre ansågs vara mer privata och det sker därmed en större kulturkrock, det är ännu mer tabubelagt.</p>
<p>Zeng, Y.C., Liu, X. & Loke, A.Y.</p> <p>Kvantitativ ansats.</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva kinesiska sjuksköterskors attityder och upplevelser av att diskutera sexuella bekymmer med patienter med gynekologisk cancer.</p>	<p>202 sjuksköterskor (41 bortfall). 5 stycken var under 20 år, 121 stycken var 21-30 år, 65 stycken var 31-40 år och 11 stycken 41-50 år. 28 stycken hade arbetat i mindre än 1 år, 56 stycken 1-5 år, 54 stycken 6-10 år, 46 stycken 11-20 år och 18 stycken hade arbetat i över 20 år. Samtliga kvinnor.</p>	<p>I denna studie framkommer det att det är svårt att samtala om sexualitet med patienterna då de ansågs vara privat och trots att de ansåg sig vara ansvariga att ta upp samtalet var de bara en dryg tredjedel som tog sig tiden till att ta upp ämnet. Kunskapsbrist och osäkerhet framkommer som en svårighet och att sjuksköterskor önskar mer kunskap inom ämnet. De framkom även att sexualitet hade en låg prioritet och att patienterna var för sjuka för att vara intresserade av ämnet.</p>

3.1 Erfarenheter kring ansvar och prioriteringar

3.1.1 Ansvar kring att ta upp ämnet sexualitet

Flertalet studier visade att sjuksköterskor ansåg sig vara ansvariga att ta upp ämnet sexualitet med sina patienter diagnostiserade med cancer då det var en självklar del i professionen (Huang *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012; Oskay *et al.* 2014; Ussher *et al.* 2013; Vermer *et al.* 2014; Zeng *et al.* 2012). Vissa sjuksköterskor ansåg att det i huvudsak var någon annan som hade ansvaret att samtala om sexualitet med patienterna (Olsson *et al.* 2012), en del ansåg att ansvaret var läkarens (Hautamäki *et al.* 2007; Ussher *et al.* 2013) och andra uttryckte en tveksamhet till vem som faktiskt skulle ta upp samtalet (Olsson *et al.* 2012). Orsaken till att läkaren borde vara den som var ytterst ansvarig att ta upp ämnet ansågs enligt vissa sjuksköterskor berodde på att de hade en mer intim relation med patienterna (Ussher *et al.* 2013). Sjuksköterskor angav att de inte tog upp samtalet kring sexualitet frekvent med patienterna diagnostiserade med cancer (Hautamäki *et al.* 2007), en sjuksköterska beskrev att trots att denne visste att det var fel tog denne ändå inte upp samtalet (Lavin & Hyde 2006).

Sjuksköterskor uttryckte att de väntade tills patienter tog upp det och att patienterna därmed var ansvariga att ta upp ämnet sexualitet (Lavin & Hyde 2006). Vissa sjuksköterskor ansåg att patienterna tog upp frågor relaterade till sin sexualitet (Algier & Sultan 2008). Det ansågs inte finnas ett problem förrän patienter uttryckte det enligt somliga sjuksköterskor (Lavin & Hyde 2006) medan andra beskrev att patienter diagnostiserade med cancer inte gavs tillfälle att ta upp sin oro kring sin sexualitet (Hautamäki *et al.* 2007; Lavin & Hyde 2006). En sjuksköterska berättade att hon upplevde det lättare att undvika ämnet så länge som möjligt och kom ämnet på tal lät hon konversationen gärna glida ifrån ämnet (Lavin & Hyde 2006).

3.1.2. Prioritering kring att ta upp ämnet sexualitet

Flertalet studier belyste hur prioritering sker kring att ta upp ämnet sexualitet (Hordern & Street 2007; Lavin & Hyde 2006; Oskay *et al.* 2014; Ussher *et al.* 2013; Vieira *et al.* 2013; Zeng *et al.* 2012) och en sjuksköterska uttryckte en oro gällande om någon överhuvudtaget samtalade om sexualitet med sina patienter diagnostiserade med cancer (Olsson *et al.* 2012).

Somliga sjuksköterskor erfor att samtal kring sexualitet inte var prioriterat överhuvudtaget (Lavin & Hyde 2006; Oskay *et al.* 2014) medan andra menade att samtalet hade låg prioritet (Hordern & Street 2007; Zeng *et al.* 2012). Sjuksköterskor beskrev att få tog sig tid till att ta upp ämnet (Zeng *et al.* 2012) och det fanns

funderingar om sexualitet skulle prioriteras överhuvudtaget (Hordern & Street 2007).

Sjuksköterskor erfor att samtalet var olika prioriterat beroende på patienters ålder och de äldre patienterna nedprioriterades. Orsaker till detta beskrevs som att sjuksköterskor ansåg att de äldre inte oroade sig för sexuell kontakt (Ussher *et al.* 2013) och att de yngre patienterna behövde mer råd (Vieira *et al.* 2013). Sjuksköterskor beskrev att patienter diagnostiserade med cancer i 50-60 årsåldern inte ville prata om sexuella problem även om de oroade sig (Lavin & Hyde 2006).

Sjuksköterskor erfor att samtal om biverkningar såsom kräkningar och illamående prioriterades före patienters sexualitet. Detta ansågs inte vara tillräckligt bra då de såg sexualitet som en lika viktig aspekt i vården och i det holistiska synsättet (Lavin & Hyde 2006). Att annat prioriterades före sexualitet beskrevs av sjuksköterskor som att det viktigaste för patienter troligtvis var att överleva och att det skedde en sorts hierarki av patienters behov (Hordern & Street 2007). Sjuksköterskor beskrev även att patienter diagnostiserade med cancer mådde så dåligt att samtal kring sexualitet inte var ett av de viktigaste behoven (Zeng *et al.* 2012).

3.2 Erfarenheter av påverkande faktorer och barriärer

3.2.1 Det känsloladdade ämnet sexualitet

Flertalet studier belyste att samtalet gällande ämnet sexualitet var fyllt av känslor. När erfarenheten av att samtala om sexualitet med patienterna diagnostiserade med cancer efterfrågades framkom känslan av rädsla (Hordern & Street 2007; Lavin & Hyde 2006; Olsson *et al.* 2012), känslan av osäkerhet (Huang *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012; Vermer *et al.* 2014; Zeng *et al.* 2012), att det var tabubelagt (Hordern & Street 2007; Lavin & Hyde 2006; Moore *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012; Oskay *et al.* 2014; Vermer *et al.* 2014; Vieira *et al.* 2013) samt att det kändes privat och pinsamt (Huang *et al.* 2013; Lavin & Hyde 2006; Moore *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012; Ussher *et al.* 2013; Vieira *et al.* 2013; Zeng *et al.* 2012).

Rädslan grundade sig hos vissa i risken att misstolkas när de tog upp ämnet (Hordern & Street 2007), i risken att kränka patienten (Olsson *et al.* 2012), i att uttrycka sig på fel sätt och att göra ett misstag som kan komma att såra någon (Lavin & Hyde 2006). Osäkerheten inför och i samtalet beskrev sjuksköterskor var starkare vid samtal om komplexa problem relaterade till patienters sexualitet då praktiska lösningar var svåra att hitta (Olsson *et al.* 2012).

Att både cancer och sexualitet var tabubelagda ämnen gjorde det än mer känsligt och svårt när dessa två var i kombination enligt sjuksköterskor (Olsson *et al.* 2012).

Barriärer kring samtalet om sexualitet visade sig kunna grunda sig i kultur och religion (Moore *et al.* 2013; Lavin & Hyde 2006), då språkskillnader kunde göra det svårare att genomföra samtalen (Moore *et al.* 2013). Traditionella normer och kulturella barriärer kring samtalet om sexualitet påverkade graden av tabu (Vieira *et al.* 2013). Att patienter var av den äldre generationen var en ytterligare förstärkning av tabun (Hordern & Street 2007; Olsson *et al.* 2012; Vieira *et al.* 2013; Vermer *et al.* 2014), denna tabu gjorde det svårt att samtala om sexualitet (Hordern & Street 2007). Sjuksköterskor ansåg att det tydligt märktes att ämnet sexualitet var mindre tabubelagt bland yngre patienter (Vermer *et al.* 2014).

Att samtalet om sexualitet kändes pinsamt och privat ansåg sjuksköterskor berodde på att de försatte patienter och eventuella partners i en pinsam situation (Moore *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012). Än mer pinsamt blev det om patienten var äldre och om det var en sjuksköterska i ung ålder som skulle ta upp ämnet (Lavin & Hyde 2006). Erfarenheterna av känslan att det var mer eller mindre pinsamt och privat relaterat till patienternas ålder var tudelad, vissa sjuksköterskor ansåg det förstärkt när patienter var yngre medan andra ansåg att det inte var någon skillnad (Ussher *et al.* 2013).

3.2.2 Tiden och miljön kring samtalet om sexualitet

Flertalet studier påtalade att tiden och miljön kring samtalet kunde påverka möjligheten att utföra samtalet om sexualitet (Algier & Sultan 2008; Moore *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012; Oskay *et al.* 2014; Ussher *et al.* 2013; Vermeer *et al.* 2014).

Tidsbrist belystes återkommande, sjuksköterskor erfor detta som ett hinder till att bygga en relation med patienter diagnostiserade med cancer för att kunna ta upp ämnet sexualitet (Moore *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012; Ussher *et al.* 2013). Denna tidsbrist beskrevs som korta vårdtider, brist i kontinuiteten (Olsson *et al.* 2012) och för få kontakttillfällen med patienter (Vermer *et al.* 2014). Tidsbristen resulterade i att sjuksköterskor kände sig osäkra på när det var en lämplig tid till samtal (Olsson *et al.* 2012) och att de inte hann ge uppmärksamhet till patienters oro relaterat till sexualitet (Vermer *et al.* 2014). En del sjuksköterskor delade inte erfarenheten av att tidsbrist var en orsak till varför samtalet inte togs upp (Algier & Sultan 2008; Moore *et al.* 2013; Oskay *et al.* 2014).

Situationen i rummet kunde enligt sjuksköterskor försvåra samtalet (Olsson *et al.* 2012; Ussher *et al.* 2013). Sjuksköterskor erfor det svårt att ta upp ämnet om det var många personer i rummet, däribland även barn (Ussher *et al.* 2013). Erfarenheten av att det saknades en privat miljö för samtal framkom (Moore *et al.* 2013). Den bästa miljön

ansågs enligt sjuksköterskor vara inne på patienters rum men de erfor att tiden där ofta var bristande vilket kunde utgöra ett hinder (Olsson *et al.* 2012).

Sjuksköterskor ansåg att det saknades rutiner för samtal kring sexualitet inom verksamheten (Oskay *et al.* 2014) och att det behövde ske en förändring (Moore *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012). I dagsläget beskrevs atmosfären sluten gällande att samtala om sexualitet med sina patienter diagnostiserade med cancer (Moore *et al.* 2013), och de önskades bättre förutsättningar (Olsson *et al.* 2012).

3.2.3 Kunskapen kring samtalet om sexualitet

Flertalet studier belyste, på olika sätt, kunskapen kring samtalet om sexualitet (Algier & Sultan 2008; Hautamäki *et al.* 2007; Hordern & Street 2007; Huang *et al.* 2013; Lavin & Hyde 2006; Moore *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012; Oskay *et al.* 2014; Ussher *et al.* 2013; Vermeer *et al.* 2014; Zeng *et al.* 2012).

Kunskap ansågs vara en viktig del av sjuksköterskors känsla av att vara bekväm i samtalet om sexualitet med sina patienter diagnostiserade med cancer (Hordern & Street 2007; Moore *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012; Ussher *et al.* 2013) och att utbildning om sexualitet normaliserat ämnet (Ussher *et al.* 2013). Vissa sjuksköterskor ansåg att de hade tillräcklig kunskap kring samtal om sexualitet (Algier & Sultan 2008), en del var obekväma i sin kunskap (Zeng *et al.* 2012) och andra var mer bekväm i vissa frågor än i andra (Moore *et al.* 2013). Sjuksköterskor erfor att de undvek samtal om sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer på grund av kunskapsbrist (Olsson *et al.* 2012). Den kunskapsbrist som sjuksköterskor kände inom ämnet togs upp av ett flertal studier (Hautamäki *et al.* 2007; Lavin & Hyde 2006; Moore *et al.* 2013; Olsson *et al.* 2012; Oskay *et al.* 2014) och det beskrevs absolut svårast att samtala om problem som de ansåg sig ha en kunskapsbrist om (Moore *et al.* 2013).

Huang *et al.* (2013) visade att sjuksköterskors erfarenhet var av stor betydelse för att kunna känna sig bekväm i sin kunskap när det intima samtalet om sexualitet togs upp. Vissa beskrev att denna erfarenhet växte under åren inom arbetet (Ussher *et al.* 2013) och somliga beskrev att en erfarenhet som var av stor betydelse var att de kände sig trygga i sin egen sexualitet och i sin personliga mognad (Hordern & Street 2007; Olsson *et al.* 2012).

Sjuksköterskor uttryckte att fokus framförallt låg på den fysiska vården och inte på samtal om sexualitet med patienterna i utbildningen. De ansåg att det var en förbisedd del i sjuksköterskeutbildningen och då kunskapen inte erhöles blev det fortsatt förbisett i sjukvården (Lavin & Hyde 2006). Flertalet studier visade på att sjuksköterskor önskade

en ökad kunskap för att underlätta samtal om sexualitet med sina patienter (Algier & Sultan 2008; Moore *et al.* 2013; Ussher *et al.* 2013; Vermeer *et al.* 2014; Zeng *et al.* 2012). Det som önskades var en hjälp i hur de bör ta initiativ till samtalet (Ussher *et al.* 2013; Vermeer *et al.* 2014), en förberedd broschyr att lämna till patienter diagnostiserade med cancer (Algier & Sultan 2008), ett informationsblad samt en utbildning för sjuksköterskor (Ussher *et al.* 2013).

3.3 Metodologiska aspekten undersökningsgrupp

Enligt Polit och Beck (2012) stärks studiers trovärdighet om undersökningsgruppen är identifierad och beskriven på ett utförligt sätt, undersökningsgruppen bör även vara representativ för den stora populationen. Under denna kategori beskrivs de 12 inkluderade artiklarnas deltagande sjuksköterskor avseende antal, bortfall, ålder, könsfördelning samt antal år i arbetet i löpande text. De inkluderade artiklarnas undersökningsgrupp presenteras i sin helhet i tabell 2.

3.3.1 Antal

Enligt Polit och Beck (2012) bör deltagarantalet vara så stort som möjligt i kvantitativa studier. Ett lågt antal deltagare i kvantitativa studier innebär en risk att tendera till mindre exakta beräkningar och svårigheter att dra allmänna slutsatser till den större populationen av resultatet. I de kvalitativa studierna menar Polit och Beck (2012) att antal deltagare beror på informationsbehovet samt om syftet är omfattande, deltagarantalet baseras därmed på behovet av uttömmande information från varje deltagare och ingen speciell regel på minst antal deltagare finns.

Samtliga studier beskrev det totala deltagarantalet vilket sammanlagt var 846 sjuksköterskor. I de sex studier med kvantitativ ansats deltog sammanlagt 764 stycken med ett deltagarantal som varierade mellan 77-202 stycken. I de sex studier med kvalitativ ansats deltog sammanlagt 82 stycken med ett deltagarantal som varierade mellan 10-28 stycken.

3.3.2 Bortfall

Enligt Polit och Beck (2012) bör bortfall redovisas tydligt i studier med kvantitativ ansats och bortfallet ska vara så litet som möjligt för att undvika att resultatet blir vilseledande.

I två av de sex inkluderade studierna med kvantitativ ansats var antal bortfall inte angivet. De fyra studierna med kvantitativ ansats som angivit bortfall hade ett totalt

antal bortfall på 207 sjuksköterskor. Det angivna antalet bortfall från de studierna med kvantitativ ansats varierade mellan 22-111 stycken.

3.3.3 Ålder

Enligt Polit och Beck (2012) är det väsentligt att presentera deltagarnas ålder, detta för att bidra med förståelse för resultatet samt en uppfattning om resultatet kan generaliseras.

Åldern på de deltagande sjuksköterskorna var i fyra av studierna inte angivet. I de studier där ålder var angivet varierade det runt 20-60 år. I fyra av studierna går det inte att urskilja hur många deltagare som var äldre respektive yngre än trettio år. I de fyra studier där det går att urskilja var det sammanlagt 298 av deltagarna som var 30 år och yngre, 198 deltagare beskrevs vara 30 år och äldre.

3.3.4 Könsfördelning

Enligt Polit och Beck (2012) är det väsentligt att presentera deltagarnas kön detta för att bidra med förståelse för resultatet samt en uppfattning om resultatet kan generaliseras, ojämn könsfördelningen minskar möjligheten att värdera resultatet till både män och kvinnor.

Deltagarnas kön var inte angivet i fem av de inkluderade studierna. I sex studier var samtliga deltagande sjuksköterskor kvinnor, i en studie återfanns en manlig sjuksköterska.

3.3.5 Antal år i arbetet

Som tillägg valde författarna att undersöka antal år i arbetet i undersökningsgrupperna.

I sex av studierna var de deltagande sjuksköterskornas antal år i arbetet inte angivet. I tre studier går det att urskilja att deltagarna möjligtvis har arbetat i mindre än ett år och i de andra tre har deltagarna arbetat i minst två år.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

I föreliggande studies resultat angående **erfarenheter kring ansvar och prioriteringar** kunde det ses tendenser till att överföra *ansvaret kring att ta upp ämnet sexualitet* på någon annan samt att ansvaret var otydligt. Det beskrevs att somliga sjuksköterskor ansåg sig vara ansvariga medan andra ansåg att läkaren var ansvarig. Sjuksköterskor beskrev att *prioriteringen kring att ta upp ämnet sexualitet* med patienter diagnostiserade med cancer var låg.

Många **erfarenheter av påverkande faktorer och barriärer** återfanns i sjuksköterskors erfarenheter av samtal om sexualitet. Ämnet upplevdes tabubelagt, privat, pinsamt och en rädsla samt osäkerhet beskrevs kring samtalet om *det känsloladdade ämnet sexualitet*. *Tiden och miljön kring samtalet om sexualitet* framkom som viktiga faktorer som kunde bli en stor barriär i samtalet vid tidsbrist och en ogynnsam miljö. Sjuksköterskors erfarenheter av *kunskapen kring samtalet om sexualitet* var att den var viktig för att våga ta upp samtalet och att känna sig bekväm i det. Kunskapsbristen var dock tydligt framträdande och var en stor anledning till att ämnet inte togs upp, en ökad kunskap önskades.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Erfarenheter kring ansvar och prioriteringar

Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde (Fransson Sellgren 2009) och inom den patientfokuserade vården arbetas det med ett holistiskt synsätt vilket inkluderar patientens sexualitet (Hulter 2004). Resultatet visade att vissa sjuksköterskor ansåg sig vara ansvariga att ta upp ämnet sexualitet med patienterna medan andra ansåg att det var läkarens ansvar då denne har en mer intim relation med patienterna, detta åskådliggör det otydliga ansvaret. Liknande fynd beskrev både Saunamäki och Engström (2013) och Nakopoulou *et al.* (2009), de berörde en annan patientgrupp i sina studier men även där ansåg sjuksköterskor att det var läkarens ansvar. Läkarperspektivet belystes av Horden och Street (2007) då läkare uttryckte att det troligtvis fanns förväntningar på att de skulle ta upp samtalet men att det ofta blev bortglömt. Liknande fynd visade Ussher *et al.* (2013) då läkare beskrev att de är med i det akuta skedet för att bota sjukdomen och att de inte är involverade i efterdyningarna där sexualitet inkluderas. Målorientering som enligt Eide och Eide (2009) är den avsedda förmågan och viljan att styra kommunikationen för att nå målet i omvårdnadsarbetet kan i detta fall upplevas

bristande. Som Olsson *et al.* (2012) belyste ansåg vissa sjuksköterskor att det var någon annans ansvar vilket författarna till föreliggande litteraturstudie anser är anmärkningsvärt då denna någon oftast resulterar till att bli ingen. Den otydliga ansvarsfördelningen kan antas ha ett samband med tendensen till den låga målorienteringen avseende att ta upp ämnet sexualitet med patienterna.

Saunamäki och Engström (2013) belyste att sjuksköterskor ansåg sig vara patienternas talesperson och att de därför skulle ta upp ämnet. Däremot visade resultatet att en del sjuksköterskor väntade med att ta upp ämnet och därmed överlät ansvaret till patienten. Patienter kände av att sjuksköterskor lade över ansvaret på dem, de önskade att sjuksköterskor tog upp ämnet men upplevde att ingen gav sexualitet uppmärksamhet (Lemieux *et al.* 2004; Southard & Keller 2008). Att ansvaret hade benägenhet att landa på patienten kan anses beklagligt då sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig, inte patienten. Att resultatet även visade att vissa sjuksköterskor ansåg att sexualitet inte var ett problem förrän patienten själv tog upp ämnet är anmärkningsvärt. En oundviklig reflektion är om det verkligen ska behöva bli ett problem innan ansvaret tas gällande att ta upp ämnet sexualitet. Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor ingår det att uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker ett informationsbehov (Socialstyrelsen 2005). Författarna till föreliggande studie upplever, utifrån detta, att det är paradoxalt att som sjuksköterska lägga över ansvaret på patienten samt att vänta tills ett informationsbehov blir till ett problem.

Många patientgrupper upplever lidande i samband med sin sjukdom (Hulter 2009) och att sexualiteten kan bli ett problem för patienter i samband med cancer är tydligt (Berterö 2001; Flynn *et al.* 2012; Hulter 2009; Letts *et al.* 2010; Quintard *et al.* 2014). Enligt Eide och Eide (2009) innebär empati i den professionella rollen att sjuksköterskan handlar utifrån patientens omvårdnadsbaserade bästa. Resultatet visade att somliga sjuksköterskor erfor att samtalet om sexualitet inte var prioriterat alls och vissa att det hade låg prioritet, en rimlig tolkning är att en viktig aspekt av patienten förbises. Att resultatet även visade att få sjuksköterskor tog sig tid till att ta upp ämnet sexualitet och att funderingar återfanns hos vissa ifall sexualitet överhuvudtaget skulle prioriteras utgör ett problem. Detta då patienter, enligt Lorentsen och Grov (2011) då patienter anser att hjälp och stöd avseende sexualiteten efter sin cancerdiagnos är av stor betydelse. Att resultatet visade att sjuksköterskor prioriterar det som dem anser är det viktigaste behovet för patienten kan rimligtvis tolkas som att de försöker handla utifrån patientens omvårdnadsbaserade bästa. Då patienter diagnostiserade med cancer är

allvarligt sjuka människor är en av frågorna som måste ställas utifrån dessa resultat ifall detta överhuvudtaget är ett prioriteringsområde. Att som sjuksköterska prioritera, utan patientens delaktighet, vad som är den viktigaste informationen för patienten kan upplevas olämpligt då patienten är den som känner sig själv bäst.

Studier har visat att patienter med cancer upplever att sexualiteten är en del av dem även om de är sjuka (Lemieux *et al.* 2004; Southard & Keller 2008). Liknande fynd visade Flynn *et al.* (2012) då patienter med cancer ansåg att det var viktigt för dem att diskutera sina sexuella problem men att de fått otillräcklig information om sjukdomens påverkan på sexualiteten. En tänkbar koppling till detta kan ses då resultatet visade att sjuksköterskor bedömde patienters behov utifrån en hierarkisk ordning och att sexualitet inte ansågs vara ett av de viktigaste behoven. Å andra sidan visade Saunamäki och Engström (2013) att sjuksköterskor gör ett val i att ignorera samtalet så en ofrånkomlig reflektion sker kring om det verkligen är prioriteringen som är hindret eller om det helt enkelt är att samtalet ignoreras. Enligt Hordern och Street (2007) beskrev vissa läkare att de enbart tog upp lämpliga saker om sexualitet och aktiva val gjordes för att inte beröra det känslomässiga såsom kroppsbild. Detta kan upplevas intressant då Ussher *et al.* (2013) beskrev att läkare ansåg att samtal om förändringar på kroppsbilden var väldigt viktiga för exempelvis kvinnor med bröstcancer. Författarna till föreliggande studie har förståelse för att det behöver ske en viss prioritering av patientens behov men önskvärt vore ändå att sexualitet prioriteras högre i omvårdnadsarbetet än vad det gör i dagsläget.

Resultatet visade att sjuksköterskor ansåg att de äldre inte oroade sig för sexuell kontakt och vissa beskrev att patienterna i 50-60 årsåldern inte ville prata om sexuella problem även om de oroade sig. Liknande fynd visade Saunamäki och Engström (2013) då sjuksköterskor var av åsikten att äldre patienter inte längre var sexuellt aktiva och därmed inte hade behovet att samtala om sexualitet. Att även läkare ansåg att det var svårare att samtala med äldre patienter avseende sexualitet (Hordern & Street 2007) visar på en viss tendens till att patienterna särskiljs relaterat till ålder. Patienter med cancer i åldern 41-70 upplevde, enligt Rasmusson *et al.* (2013), att de inte fått den information de ville gällande sin sexualitet. Detta tillsammans med att två tredjedelar av de människor som får en cancerdiagnos är över 65 år (Cancerfonden 2014) gör det rimligt att anta att patienterna inte bör särskiljas relaterat till ålder i denna fråga. Eide och Eide (2009) beskriver omvårdnadstemporalitet med fokus på tiden, patienters framtid inkluderad, i den professionella kommunikationen. Författarna till föreliggande

studie upplever att den uppdelning som en del sjuksköterskor utförde utifrån patienters ålder tenderar att visa på en bristande syn på patienters framtid och därmed bristande omvårdnadstemporalitet. Om informationen uteblir när en viss ålder hos patienter är uppnådd kan den professionella kommunikationen i hög grad ifrågasättas. En kvinnlig patient i tidiga sextioårsåldern uttryckte att människan aldrig blir för gammal för sexualitet (Rasmusson *et al.* 2013). Om sjuksköterskor skulle ge adekvat information till patienter oavsett ålder är det möjligt att anta att patienters informationsbehov skulle uppfyllas på ett mer tillfredsställt sätt.

4.2.2 Erfarenheter av påverkande faktorer och barriärer

Tidigare studier har visat att patienter med cancer beskrev att en viktig aspekt i sexualiteten var att vara tillfreds med sin egen kropp. En del beskrev att den förändring kroppen genomgick, såsom håravfall, viktninskning och förändrad kroppsform ledde till känslan av att vara sexuellt oattraktiv. Andra patienter upplevde det som att de inte kände igen sin egen kropp och att de kände sig äckliga vilket ledde till minskad sexuell lust (Olsson *et al.* 2013). Detta tillsammans med att cancer även associeras med döden (Hulter 2009) kan sannolikt kopplas till sjuksköterskors rädsla och osäkerhet i samtalet om sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer. Resultatet visade att rädslan grundade sig hos vissa i risken att misstolkas, i att kränka patienten eller att göra att ett misstag som kan komma att såra någon. Utifrån sjuksköterskors erfarenheter av andra patientgrupper visade Nakopoulou *et al.* (2009) liknande fynd där främst rädsla att missförstås beskrevs. Enligt Fransson Sellgren (2009) innebär patientfokuserad vård att sjuksköterskor ska kunna sätta sig in i andra personers perspektiv. Eide och Eide (2009) beskriver att många patienter är i en känsloladdad situation med behov av emotionellt stöd. Det är inte tanken att sjuksköterskor ska avlägsna de svåra känslorna från patienten utan vara närvarande och stöttande i bearbetningen. Att många patienter är i en känsloladdad situation visade resultatet att flertalet sjuksköterskor hade en förståelse för. En rimlig tolkning är att patienters känslor verkar tendera till att bli för påtagliga för att sjuksköterskor ska kunna vara närvarande och stöttande. De känslor som patienter och sjuksköterskor upplever är båda stora och av samma betydelse men när de begränsar sjuksköterskorna i arbetet blir det problematiskt.

Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde att komplexa problem gjorde dem än mer osäkra, detta poängterar även Hulter (2009) då sexualitet är komplext för människor och det är svårt att förstå betydelsen av sexualitet för varje enskild människa.

Förståelsen för patienters känslor är viktig men även att vara förnuftig och ändamålsenlig i sitt agerande, så att målet i omvårdnadsarbetet kan uppnås (Eide & Eide 2009). En möjlig förklaring till att ämnet sexualitet ger uppskov till så mycket känslor kan vara att det både är tabubelagt och komplext. Trots att sjuksköterskor också är människor med komplexa känslor bör det vara patienternas behov som prioriteras. De känslor som sjuksköterskor i så fall känner kan förslagsvis och med fördel tas upp i arbetsgruppen, för att inte orsaka att patienter och den patientfokuserade vården blir lidande.

Cancer orsakar tystnad (Ervik & Asplund 2012) och sexualitet är strängt tabubelagt i de flesta samhällen (Hulter 2009). Resultatet visade att sjuksköterskor ansåg att både sexualitet och cancer var tabubelagt vilket gjorde det än mer känsligt och svårt när dessa två var i kombination. Många patienter upplevde att sexualitet var ett känsligt ämne att samtala kring men det var enbart vissa som ansåg det vara tabu (Olsson *et al.* 2013). Den patientfokuserade vården innebär att kunna förändra och anpassa sitt egna arbetssätt utifrån patientens behov (Fransson Sellgren 2009). Eide och Eide (2009) beskriver att det som sjuksköterska är lätt att återfinna sig i ett etiskt dilemma då känslor ska accepteras men handlandet ändå ska vara genomlyst av rationalitet. Då sexualitet är tabubelagt enligt många är det rimligt att det kan tänkas vara en utmaning för sjuksköterskor i omvårdnadsarbetet att ta upp samtal om sexualitet. Vidare återfinns en förståelse för att sjuksköterskor hamnar i etiska dilemman då både cancer och sexualitet är fyllt av känslor. Samtidigt är författarna till föreliggande studie konfunderade över vad som egentligen är tabu och varför det så omfattande påverkar den professionella rollen som sjuksköterska. En oundviklig reflektion som uppstår är om det möjligen beror på en allmän åsikt i samhället baserat på kultur och tradition.

Resultatet visade att den bristande tiden och den ogynnsamma miljön kunde påverka möjligheten att utföra ett samtal om sexualitet med patienterna. Hinder beskrevs som korta vårdtider, brist i kontinuiteten och för få kontakttillfällen med patienter. Liknande fynd beskrev Ussher *et al.* (2013) då läkare uttryckt att den begränsade tiden innebar att samtalet om sexualitet uteblev. Detta märkte patienterna av enligt Olsson *et al.* (2013) då de kände att sjukvårdspersonalen saknade tid till att ta upp samtalet. Det är anmärkningsvärt att för få kontakttillfällen med patienter och för korta vårdtider i många fall är orsaken till varför ämnet inte tas upp. Fundering sker kring om den professionella rollen och det ansvaret den innebär verkligen kan sättas åt sidan på grund av detta. Samtidigt finns förståelsen att tidsbrist är en del av det dagliga

omvårdnadsarbetet men att det går ut över patienterna är beklagligt. Resultatet visade vidare att den bästa miljön för samtal var inne på patienternas rum men samtidigt att det inte var optimalt då det ibland var många i rummet, Fransson Sellgren (2009) påtalar att samtalet helst bör ske i ett enskilt rum. Liknande fynd visade även Saunamäki och Engström (2013) då sjuksköterskor upplevde det problematiskt då patienterna ofta delar rum. Författarna till föreliggande litteraturstudie håller med om att det är av vikt med bra förutsättningar i miljön för samtalet men ställs även inför frågan varför det inte arrangeras en lämplig miljö då det anses betydelsefullt. Då tidsbristen och den ogynnsamma miljön är framträdande är detta troligtvis mer verksamhetens ansvar än den enskilda sjuksköterskans ansvar.

Resultatet visade att det krävdes kunskap för att sjuksköterskan skulle kunna föra samtalet om sexualitet professionellt dock beskrevs kunskapsbristen tydligt. Liknande fynd visade Saunamäki och Engström (2013) då otillräcklig kunskap var orsaken till att ämnet undveks. Patienter ansåg det viktigt att sjuksköterskor hade kunskap i samtalet (Southard & Keller 2008) dock belyser Hulter (2009) att denna förberedelse saknas i många utbildningar. Detta exemplifierar Lavin och Hyde (2006) då utbildningen främst fokuserar på den fysiska vården och mindre på sexualitet. Detta gör det rimligt att ana ett samband till den fortsatta bristen i vården. Att resultatet visade att känslan av kunskap var så olika, allt ifrån att vissa sjuksköterskor kände att de hade tillräcklig kunskap till att andra undvek samtalet relaterat till kunskapsbrist visar på en stor variation. Enligt Eide och Eide (2009) är yrkeskunskap en av de mest grundläggande förutsättningarna för professionell kommunikation i omvårdnaden. Författarna till föreliggande studie har uppmärksammat att flertalet av sjuksköterskor presenterade i resultatet upplevde sig ha en brist i sin yrkeskunskap gällande samtal om sexualitet. Det påverkar vidare den professionella kommunikationen och det kan antas leda till att arbetet avseende samtal om sexualitet inte har en hög omvårdnadsorienterad kompetens.

Att resultatet visade att sjuksköterskor önskade mer kunskap kan rimligt tolkas som att kunskapsbristen troligtvis inte beror på den enskilda sjuksköterskan. Då det finns ett intresse och en förståelse för vikten av adekvat kunskap hos sjuksköterskor tenderar problemet till att grunda sig i utbildningen och vidare i verksamheten. Eide och Eide (2009) beskriver att målorientering innebär förmågan och viljan att styra kommunikationen för att nå målet i omvårdnadsarbetet. Författarna till föreliggande studie upplever det som att bristen i yrkeskunskapen avseende samtal om sexualitet tillsammans med sjuksköterskors önskan om mer kunskap tyder ytterligare på att

problemet är mer omfattande än den enskilda sjuksköterskans kompetens. Att sjuksköterskor var medvetna om sin kunskapsbrist och önskade mer kunskap är något som borde vara motiverande för verksamheten.

Att den professionsorienterade kommunikationsmodellen som Eide och Eide (2009) beskriver sammanlagt bygger på nio nyckelbegrepp tydliggör att det är många delar som ska vara fungerande för att en helhet ska uppnås. I föreliggande studies resultat återfanns vissa nyckelbegrepp mer beskrivna än andra ur sjuksköterskors perspektiv, helhetsbilden blir att samtalet om sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer har en bristande professionsorienterad kommunikation. Nakapoulou *et al.* (2009) poängterar att sjuksköterskor som är sociala och talangfulla i sin kommunikation är ett bra stöd för patienterna, dock är dessa sjuksköterskor få. Vidare sker en reflektion gällande att sjukvården arbetar i team där många olika arbetskategorier och individer inkluderas, det kan vara av värde att ta hjälp av varandras styrkor för att på så vis nå helheten. Samtliga nyckelbegrepp bör vara presenterade i den dagliga omvårdnaden och den stora frågan i detta är var bristen börjar som gör att helheten i kommunikationen inte nås.

4.2.3 Metodologiska aspekten undersökningsgrupp

Att samtliga vetenskapliga artiklar beskrev det totala deltagarantalet sjuksköterskor anses vara en styrka enligt Polit och Beck (2012). Enligt Polit och Beck (2012) kan undersökningsgruppen i en studie med kvalitativ ansats vara förhållandevis liten, vanligtvis under 50 personer. Detta är något som författarna till föreliggande studie uppmärksammat, då de inkluderade artiklarna med kvalitativ ansats maximalt har haft ett deltagarantal på 28 sjuksköterskor. Polit och Beck (2012) menar att det därmed inte går att generalisera resultaten från en studie med kvalitativ ansats då de syftar till att beskriva en mindre grupps upplevelser och erfarenheter av ett visst fenomen. De studier med kvantitativ ansats ska enligt Polit och Beck (2012) ha ett större deltagarantal och kan då generaliseras. Författarna till föreliggande studie har dock uppmärksammat att de artiklar med kvantitativ ansats som inkluderats gett, i stor mån, samma resultat som de med kvalitativ ansats. Den inkluderade vetenskapliga artikeln med kvantitativ ansats som hade minst antal deltagare i sin studie hade ett totalt deltagarantal på 77 stycken. Att det totala deltagarantalet var 846 sjuksköterskor är en styrka enligt författarna till föreliggande studie då det innebär att många olika sjuksköterskor har delat med sig av sina erfarenheter.

Enligt Polit och Beck (2012) bör bortfall redovisas tydligt i studier med kvantitativ

ansats och bortfallet ska vara så litet som möjligt för att undvika att resultatet blir vilseledande. Att två av de inkluderade vetenskapliga artiklarna med kvantitativ ansats inte angivit antal bortfall kan därmed innebära att resultatet eventuellt är vilseledande i dessa studier. Att det sammanlagda bortfallet var 207 sjuksköterskor i de studier med kvantitativ ansats som angivit bortfall kan ses som en svaghet då det är ett stort bortfall. Dock är det Moore *et al.* (2013) som ligger bakom drygt hälften av bortfallen, detta ser författarna till föreliggande studie som en svaghet i den studien.

Att ålder på deltagarna inte är angivet i fyra av de inkluderade vetenskapliga artiklarna försvagar enligt Polit och Beck (2012) studiens trovärdighet och läsaren får en minskad helhetsbild. Dock har författarna till föreliggande litteraturstudie återfunnit ålder på deltagarna i alla inkluderade artiklar, men i dessa fyra har det inte varit möjligt att urskilja yrkeskategorin sjuksköterska och deras ålder. Enligt Polit och Beck (2012) är det en styrka i studien om det är en stor spridning i ålder hos deltagarna. De inkluderade artiklarnas spridning i ålder är från under 20 till cirka 60 år, detta ger en spridning på cirka 40 år vilket författarna till föreliggande studie därmed ser som en styrka. I åtta av de inkluderade vetenskapliga artiklarna går det inte att urskilja deltagarna från yngre respektive äldre än 30 år. I de fyra där det gick att urskilja var det 298 deltagare som var 30 år och yngre medan 198 deltagare var 30 år och äldre. Utifrån det beskrivna kan det ses att deltagarna som var 30 år och yngre var fler, detta tror författarna kan vara något som påverkar resultatets möjlighet att generaliseras till samtliga sjuksköterskor oavsett ålder. Polit och Beck (2012) har vidare beskrivit att det är av vikt att beskriva ålder för förståelse för resultatet. Med tanke på att resultatet tyder på att svårigheten i att samtala om sexualitet i vissa fall är relaterat till personlig mognad och erfarenhet hos sjuksköterskor funderar författarna till föreliggande litteraturstudie om de unga sjuksköterskor som deltagit i studierna kan ha stått för svaren där samtalen upplevts svåra.

Att könsfördelningen inte beskrevs i fem av de inkluderade vetenskapliga artiklarna är något som enligt Polit och Beck (2012) försvagar trovärdigheten hos läsaren och förminskar helhetsbilden. I de artiklarna där könsfördelningen inte är angiven har författarna dock återfunnit kön på deltagarna men de har inte varit möjligt att urskilja könsfördelningen bland yrkeskategorin sjuksköterska. Stor spridning i könsfördelningen ger styrka till studien enligt Polit och Beck (2012) och i de inkluderade artiklarna är det endast en angiven man som deltagit, resterande var kvinnor. Författarna till föreliggande studie anser det därmed som en brist då det kan ha påverkat resultatet och som Polit och

Beck (2012) menar blir möjligheten att generalisera resultatet minskat. Med de statistiska siffrorna från Socialstyrelsen (2015) att antal manliga sjuksköterskor i Sverige år 2012 var 11 553 medan antal kvinnliga var 94 623 uppfattar författarna till föreliggande studie att det är svårt att nå en stor spridning i kön gällande sjuksköterskor.

Författarna till föreliggande studie hade i åtanke att som tillägg inkludera sjuksköterskors antal år i arbetet då tidigare erfarenhet av samtal om sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer eventuellt kunde påverka resultatet. Hälften av de inkluderade vetenskapliga artiklarna hade inte angivit detta vilket försvårar författarnas diskussion gällande aspekten. I många av de inkluderade studierna som angivit antal arbetade år är det svårt att veta trots allt då det angivits som exempelvis 2-32 år eller minst tre år. Författarna till föreliggande studie anser att det är en stor skillnad att ha arbetat som sjuksköterska i 2 eller 32 år, önskan fanns avseende att det skulle vara angivet tydligare då författarna är av åsikten att det skulle delge föreliggande litteraturstudie med ett viktigt perspektiv.

4.3.Metoddiskussion

I de fall där studiens syftet ska besvaras utifrån tidigare forskning är det enligt Polit och Beck (2012) fördelaktigt med en litteraturstudie. En styrka med föreliggande litteraturstudies metod är att en systematisk sökstrategi utifrån Polit och Beck (2012) var eftersträvad. Sökningen täckte därmed befintlig forskning i största möjliga mån utifrån författarnas förutsättningar med tillgång till vetenskapliga artiklar. En brist kan ses i att sökordet ”sex” inte användes, ändelser och därmed forskning kan ha missats. Författarna till föreliggande studie ser dock detta även som en styrka då ”sex” enligt MeSh-termer betyder kön, och föreliggande studies definition på sexualitet innefattar mycket mer än kön varpå ”sexuality” ansågs vara mer lämpligt. Ytterligare en brist som kan ses är att sökordet ”nurs” med trunkering inte användes, även detta kan ha orsakat att ändelser och därmed forskning kan ha missats. Författarna till föreliggande studie gjorde dock ett aktivt val i att använda sökordet ”nurse” med trunkering då enbart olika ändelser på sjuksköterska eftersträvades, inte omvårdnad. Att formuleringen av sökord utgick ifrån MeSh-termer och Headings kan ses som en styrka då de är relevanta sökord i respektive databas som använts. Då författarnas modersmål är svenska och artiklar som varit skrivna på engelska var inkluderade kan det ses som en svaghet. Missförstånd kan ha skett i översättningar men författarna till föreliggande studie har använt sig av uppslagsverk för att översätta korrekt i möjligaste mån. En brist i litteraturstudien kan

vara den begränsning med årtalen som sökningarna gjordes utifrån. Det kunde ha varit fördelaktigt att välja ett större tidsspänn och därmed möjligen återfunnit fler artiklar som svarade på syfte och frågeställningar. Begränsningen kan även ses som en styrka då inkluderade artiklar är inom en aktuell tidsram. Att författarna valde att ta hjälp av en lärare inom kvantitativ metod kan ses som en styrka då missförstånd i de statistiska resultaten blev i möjligaste mån begränsade. Att artiklar inkluderades oavsett ursprungsland kan ses som en svaghet då sexualitet i många fall är betingat med kultur och religion. Det är en svaghet att det enbart är en inkluderad artikel från Sverige. Författarna anser dock att litteraturstudiens resultat, med till stor del samstämmiga svar och erfarenheter, oavsett land minskar den svagheten.

Inledningsvis fördes en diskussion mellan författarna avseende att enbart bygga litteraturstudien på vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats då syftet var att beskriva erfarenheter. Trots att det vore önskvärt skulle detta bidra till ett för tunt underlag till föreliggande litteraturstudie. De inkluderade artiklarna var därmed både av kvantitativ och kvalitativ ansats, detta är fördelaktigt enligt Polit och Beck (2012) då de båda ansatsernas styrkor och svagheter kompletterar varandra.

Med kommunikationsteorin av Eide och Eide (2009) som teoretisk referensram valde författarna att göra ett test för att se om denna kunde bidra med tydlighet i studiens resultat. Detta gjordes genom att sortera nyckelorden och underkategorierna utifrån de grundelement och nyckelbegrepp som framkommer i teorin. En diskussion med för- och nackdelar fördes mellan författarna och utfallet blev att de huvudkategorier samt underkategorier författarna formulerade själva speglade resultatet på ett tydligare sätt.

Under den tid då litteraturstudien bearbetats, från första början till det färdigställda arbetet, har författarna skrivit dagbok och alltid suttit tillsammans. Dagboksanteckningarna från samtliga dagar har varit ett stöd åt författarna till föreliggande studie för att inte förglömma viktiga steg i processen. Detta ser författarna som en styrka då samtliga steg med tydlighet kunde preciseras i litteraturstudiens metod och möjligheten i att backa tillbaka för att kontrollera eventuella datum och förändringar. Att författarna vid varje tillfälle suttit tillsammans ser författarna som en framträdande styrka. Tolkning och egna åsikter av det funna resultatet har på så sätt i möjligaste mån undvikits då författarna fört en dialog kring varje del i resultatet och besluts som tagits. När resultattexten var färdigställd valde författarna att återigen bearbeta artiklarnas resultat och metod med föreliggande studies forskningsetiska överväganden i åtanke. Detta genom att jämföra resultatet i föreliggande studie med de

inkluderade vetenskapliga artiklarna, detta anses vara en styrka enligt författarna.

4.4 Kliniska implikationer samt förslag till fortsatt forskning

Författarna till föreliggande studie är av åsikten att det är många olika aspekter som en sjuksköterska ska ta hänsyn till i sin yrkesprofession och att det vid vissa tillfällen kan upplevas övermäktigt. Föreliggande studies resultat visar att sjuksköterskors erfarenheter av samtal om sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer är genomsyrade av svårigheter vilket är oroväckande. Om de sexuella problem som kan uppstå vid cancer inte vidrörs i sjukvården kan en viktig aspekt som har en stor påverkan på patientens livskvalitet förbises.

Om kunskap skulle vara det enda som krävs hade möjligen svårigheten kring samtalet om sexualitet varit mindre men det är många komponenter som spelar in för att kunna kommunicera om något tabubelagt. Resultatet visade dock tydligt sjuksköterskors erfarenheter av kunskapsbrist vilket gör det rimligt att anta att ökad kunskap trots allt är en huvudsaklig och grundläggande komponent till förändring. Resultatet av föreliggande studie kan vara ett stöd i den kliniska verksamheten då sjuksköterskor kan finna hjälp och bekräftelse men främst motiveras till att skapa en tanke gällande sitt eget arbetssätt. Genom att belysa de brister som återfinns är förhoppningen att verksamheter blir uppmärksammade och att de fortsätter att utvecklas i takt med sjuksköterskorna och omvårdnadsbehovet.

Författarna till föreliggande studie föreslår att fortsatt forskning behövs, främst i Sverige då författarna enbart funnit en svensk studie som svarade på syfte och frågeställningar. Det vore av intresse att identifiera nyexaminerade sjuksköterskors erfarenheter av samtal om sexualitet med patienter, detta för att på ett tydligare sätt kunna identifiera eventuella styrkor och brister kopplat till utbildningen. Författarna anser att vidare forskning kan ligga till grund för en fortsatt utveckling av sjuksköterskeutbildningen och sjuksköterskeyrket. Detta så att kommunikation avseende sexualitet med patienter diagnostiserade med cancer men möjligt även andra patientgrupper därmed får ett större utrymme i omvårdnadsarbetet.

4.5.Slutsats

När samtalet om sexualitet undviks i sjukvården förbises även en stor del av människan. Oberoende av var den bristande fokuseringen på kommunikation och sexualitet i sjukvården har sin början vore det önskvärt att öka detta fokus i sjuksköterskeutbildningen, och på sätt implementera det vidare i sjuksköterskeyrket och omvårdnadsarbetet.

5. Referenser

Referenser markerat med * är artiklar som använts i resultatet.

*Algier, L., Sultan, K.A.V. (2008) Nurses' approach to sexuality-related issues in patients receiving cancer treatments. *Turkish Journal of Cancer* **38**(3), 135-141.

Baggens C. & Sandén I. (2009) Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt*. (Friberg F. & Öhlén J. red.) Studentlitteratur AB, s. 201-233.

Berterö, C. (2001) Altered sexual patterns after treatment for prostate cancer. *Cancer practice* **9**(5), 245-251.

Cancerfonden (2014) *Vanliga frågor om cancer*. Hämtad 2/3- 15 från <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Fragor-och-svar/Vanliga-fragor-om-cancer/>

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, Samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Ervik, B. & Asplund, K. (2012) Dealing with a troublesome body: A qualitative interview study of men's experiences living with prostate cancer treated with endocrine therapy. *European Journal of Oncology Nursing* **16**(2), 103-108.

Flynn, K.E., Reese, J.B., Jeffery, D.D., Abernethy, A.P., Lin, L., Shelby, R.A., Porter, L.S., Dombeck, C.B. & Weinfurt, K.P. (2012) Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-oncology* **21**(6), 594-601.

Forsberg C. & Wengström Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Liber AB, Stockholm.

Fransson Sellgren, S. (2009) Ledarskap och organisering av omvårdandsarbete. I *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (Ehrenberg A. & Wallin L. red.), Studentlitteratur, Lund, s. 244-269

*Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Aalto, P. & Lehto, J. (2007) Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer nursing* **30**(5), 399-404.

*Hordern, A.J. & Street, A.F. (2007) Let's talk about sex: risky business for cancer and palliative care clinicians. *Contemporary nurse* **27**(1), 49-60.

*Huang, L.L., Pu, J., Liu, L.H., Du, X.B., Wang, J., Li, J.Y., Yao, W.X., Zhu, X.Q., Zhang, R., Zhao, Y. & He, M. (2013) Cancer department nurses' attitudes and practices in response to the sexual issues of pelvic radiation patients: a survey in Sichuan, China. *Contemporary nurse* **43**(2), 146-151.

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

Hulter, B. (2009) Sexualitet. I *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (Edberg, A-K., & Wikl, H., red.), Studentlitteratur, Lund, s. 678-709

Jakobsson K. & Lützen K. (2009) Omvårdnad som profession och akademiskt ämne. I *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (Ehrenberg A. & Wallin L. red.), Studentlitteratur, Lund, s. 23-45.

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

Lemieux, L., Kaiser, S., Pereira, J. & Meadows, L.M. (2004) Sexuality in palliative care: patient perspectives. *Palliative medicine* **18**(7), 630-637.

Letts, C., Tamlyn, K. & Byers, E.S. (2010) Exploring the impact of prostate cancer on men's sexual well-being. *Journal of Psychosocial Oncology* **28**(5), 490-510.

Lorentsen, V-B. & Grov, E-K. (2011) Allmän omvårdnad vid cancersjukdomar. I *Klinisk omvårdnad 2* (Almås, H., Stubberud D-G., & GrØnseth, R. red.), Stockholm Liber, AB.

*Moore, A., Higgins, A. & Sharek, D. (2013) Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society* **17**(4), 416-422.

Nakopoulou, E., Papaharitou, S. & Hatzichristou, D. (2009) Patients' sexual health: A qualitative research approach on Greek nurses' perceptions. *Journal of Sexual Medicine* **6**(8), 2124-2132.

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

*Olsson, C., Berglund, A.L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012) Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing? *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society* **16**(4), 426-431.

*Oskay, U., Can, G. & Basgol, S. (2014) Discussing sexuality with cancer patients: oncology nurses attitudes and views. *Asian Pacific journal of cancer prevention:APJCP* **15**(17), 7321-7326.

Polit D. & Beck C. (2012) *Nursing research. Generating and assesing evidense for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkens, Philadelphia.

Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F., Labeyrie-Lagardère, H.(2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence. *European Journal of Oncology Nursing* **18**(1), 41-45.

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

Saunamäki, N. & Engström, M. (2013) Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing* **23**(3), 531-540.

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

Socialstyrelsen (2013) *Cancer i statistik*. Hämtad 19/02-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19108/2013-6-5.pdf>

Socialstyrelsen (2015) *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*. Hämtad 24/2-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/halsoochsjukvardspersonal>

Southard, N. Z. & Keller, J., (2008) The Importance of Assessing Sexuality: A Patient Perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **13**(2), 213-217.

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

*Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Stiggelbout, A.M., Creutzberg, C.L., Kenter, G.G. & Ter Kuile, M.M. (2014) Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* **23**(3), 831-839.

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

*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.

6. Bilagor

6.1 Bilaga 1

Författare, År, Land	Syfte	Titel	Design /Ansats	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod	Resultat
Algier, L., & Sultan, K.A.V. 2008 Turkiet	Syftet med denna studie var att identifiera sjuksköterskors närmande kring sexuellt relaterade problem hos patienter med cancer i Turkiet.	Nurses' approach to sexuality-related issues in patients receiving cancer treatments	Deskriptiv design. Kvantitativ ansats.	77 sjuksköterskor deltog (33 bortfall). 13 stycken var 24 år och yngre, 46 st var mellan 25-29 år, 10 st var mellan 30-34 år och 8 stycken var 35 år och över. 8 av dem hade arbetat som sjuksköterska i ett år eller mindre, 27 stycken i 1-4 år, 22 st 5-8 år, 9 st 9-12 år, 11 st i 13 år eller längre. Kön fördelning är ej angivet.	Enkäter som författarna själva har formulerat. Enkät namn ej angivet.	Fisher's Exact test. Chi-Square test. Hur den öppna enkätfrågan analyserades angavs ej.	Denna studie tar upp att sjuksköterskor känner att de har kunskap kring ämnet men de önskar mer kunskap i hur man samtalar om sexualitet med patienterna. Det framkommer även att de anser att tidsbrist inte är en anledning till att inte samtala om sexualitet.
Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Aalto, P. & Lehto, J. 2007 Finland	Syftet med denna studie var att beskriva vårdpersonalens attityder mot och erfarenheter av att diskutera sexuellt relaterade frågor med patienter med cancer i Finland.	Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality- Related Issues	Tvärsnittsstudie. Kvantitativ ansats.	181 sjuksköterskor deltog. Gällande dessa sjuksköterskor är bortfall, ålder, antal arbetade år och könsfördelning ej angivet.	Enkäter som författarna själva har formulerat. Enkät namn ej angivet.	Fisher's Exact test.	Denna studie tar upp att sjuksköterskor ansåg att de sällan tog upp ämnet med patienterna och att de hade för lite kunskap. Att ämnet var svårt att samtala om framkom och de ansåg vidare att de sällan gav patienten möjlighet att samtala om sexualitet. Sjuksköterskor ansåg att läkarna var ansvariga att ta upp ämnet.
Hordern A.J., & Street A.F. 2007 Australien 6.1 Bilaga 1	Syftet med denna studie var att presentera sjukvårdspersonalens perspektiv på kommunikationen med patienter om sexualitet och intimitet i samband med cancer och palliativ vård.	Let's talk about sex: Risky business for cancer and palliative care clinicians	Ej angivet men författarna tolkar det som en Explorativ design. Kvalitativ ansats.	13 sjuksköterskor deltog. Gällande dessa sjuksköterskor är ålder, antal arbetade år och könsfördelning ej angivet.	Semistrukturerade intervjuer.	Ej angivet.	Denna studie tar upp att sjuksköterskor ansåg att sexualitet är ett område som de inte är bra på att prata om, de är rädd att bli missförstådd samt det är svårt att vara så bekväm att de vågar ta upp de. Ytterligare ett resultat som framkommer är att sjuksköterskor anser att patienterna är så sjuka så de inte fokuserar på intimitet och sexualitet varpå det nedprioriteras. Ämnet är tabubelagt, och väldigt svårt att samtala kring, främst bland äldre patienter.
Huang, L.L., Pu, J.,	Syftet med denna	Cancer department	Ej angivet men	128 sjuksköterskor deltog (22	Enkäter. Enkät namn ej	Chi-Square test.	Denna studie visar att sjuksköterskor ansåg

Liu, L.H., Du, X.B., Wang, J., Li, J.Y., Yao, W.X., Zhu, X.Q., Zhang, R., Zhao, Y. & He, M. 2013 Kina	studie var att undersöka sjuksköterskor som arbetar på canceravdelningars attityder och erfarenheter kring sexuella frågor hos patienter som strålas mot cancer i Sichuan, Kina	nurses' attitudes and practices in response to the sexual issues of pelvic radiation patients: A survey in Sichuan, China	författarna tolkar det som en Explorativ design. Kvantitativ ansats.	bortfall). 83 stycken var 21-30 år, 35 stycken 31-40 och 10 stycken 41-50 år. 47 stycken hade arbetat i mindre än fem år, 42 stycken i 5-10 år, 26 stycken i 11-20 år och 13 stycken över 20 år. 128 kvinnor.	angivet.		att de var deras ansvar och att de med mer arbetserfarenhet känner sig mer bekväma att prata om sexualitet med sina patienter. Samtalet kring sexualitet ansågs privat och att det var obekvämt.
Lavin, M., Hyde .A. 2006 Irland	Syftet med denna studie var att utforska uppfattningar och erfarenheter hos sjuksköterskor gällande samtal om sexualitet med kvinnor som får cytostatikabehandling för bröstcancer.	Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context	Ej angivet men författarna tolkar det som en Explorativ design. Kvalitativ ansats.	10 sjuksköterskor deltog. 8 stycken var mellan 25-40 år, 2 stycken var mellan 40-55 år. Samtliga hade arbetat som sjuksköterska i minst tre år. Samtliga var kvinnor.	Intervjuer.	En tematisk analys.	Denna studie tar upp att sjuksköterskor uttryckt att sexualitet inte ansågs var ett problem förrän patienten tar upp det så de väntar ofta på att patienten ska ta upp det, när det sker lämnas inte ett ärligt utrymme till samtal. Det framkom även att det är ett eftersatt område och att det ansågs som pinsamt och privat, rädsla var en stor del av sjuksköterskors erfarenhet. Något som saknas inom ämnet anser sjuksköterskor är kunskap. Kultur och ålder på patienten var faktorer som kunde göra det svårare.
Moore, A., Higgins, A., Sharek, D. 2013 Irland 6.1 Bilaga 1	Syftet med denna studie var att undersöka onkologisjuksköterskors självupplevda kunskap och trygghet i att diskutera sexualitet och oron kring detta med män som diagnostiserats med testikelcancer.	Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer	Ej angivet men författarna tolkar det som en Explorativ design. Kvantitativ ansats.	89 sjuksköterskor deltog (111 bortfall). 30 stycken av deltagarna var mellan 20-30 år, 46 st mellan 31-40 år, 9 st mellan 41-50 år och 4 st över 51 år. Samtliga var kvinnor. Gällande dessa sjuksköterskor är antalet arbetade år ej angivet.	Författarna har utarbetat en enkät själva med hjälp av litteraturen. Ej namngiven enkät.	Mann Whitney U-test Kommentarer på den öppna frågan analyserades med innehållsanalys.	I denna studie framkommer det sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om sexualitet med patienter med cancer var en känsla av kunskapsbrist. Det tas även upp att atmosfären kring sexualitet är väldigt sluten, och att det behöver ske en organisatorisk förändring. Språk och religion framkom som en barriär i samtalet samt att sjuksköterskor ansåg sig försätta patienten i en pinsam situation när de tog upp sexualitet.
Olsson, C., Berglund, A.L., Larsson, M., Athlin,	Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors	Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing?	Ej angivet men författarna tolkar det som	10 sjuksköterskor. Deltagarna var 24-54 år. Antal arbetade år var 2-32. Samtliga var kvinnor.	Intervjuer.	En fenomenografisk analys.	I denna studie framkommer det att sjuksköterskor ansåg att de borde prata om sexualitet, men de gör det inte.

E. 2012 Sverige	uppfattningar om dialoger om sexualitet med patienten med cancer.		en deskriptiv design. Kvalitativ ansats.				Sjuksköterskor ansåg att det var en del i professionen men samtidigt att någon annan har ansvaret för att samtala om sexualitet, dock framkom osäkerhet kring om det är någon som tar upp ämnet. Det framkommer att sjuksköterskor ofta väntar med att ta upp ämnet sexualitet då det hoppas att patienten själv ska ta initiativet. Osäkerhet framkommer kring var de ska prata om det, när det är bäst att ta upp ämnet och hur de i sådana fall ska göra och att de saknar kunskap kring detta. Samtalsämnet ansågs som privat, pinsamt, tabubelagt och att de försatte patienten i en pinsam situation. Tid och miljö ansågs vara en viktig aspekt i samtalet och att tidsbristen var ett stort hinder varpå organisatorisk förändring bör ske.
Oskay, U., Can, G. & Basgol, S. 2014 Turkiet	Syftet med denna studie var att fastställa de åsikter och attityder onkologisjuksköterskor som vårdar cancerpatienter har gällande sexuell rådgivning	Discussing Sexuality with Cancer Patients: Oncology Nurses Attitudes and Views	Beskrivande tvärsnittsstudie. Kvantitativ ansats.	87 sjuksköterskor deltog. Deltagarna var mellan 20-55 år och samtliga var kvinnor. Gällande dessa sjuksköterskor är antal bortfall och antal arbetade år ej angivet.	Enkäter	Chi-square student t test	Denna studie tar upp att sjuksköterskor ansåg sig vara den ansvariga att ta upp ämnet och att tid till detta finns, men att de hade en kunskapsbrist. Att ämnet är tabubelagt, inte prioriterat och att de saknas rutiner inom organisationen var något som framkom.
Ussher, J., M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W.K., T., Mason, C., Hobbs, K. & Kirsten, L. 2013 Australien	Syftet med denna studie var att undersöka hur vårdpersonal konstruerar och hanterar samtal om sexuella hälsoproblem i samband med cancer.	Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients	Mixed method. Kvalitativ ansats.	11 sjuksköterskor deltog. Gällande dessa sjuksköterskor är ålder, antal arbetade år och könsfördelning ej angivet.	Semistrukturerade intervjuer.	En tematisk analys.	Denna studie tar upp att sjuksköterskor anser att det är deras ansvar att ta upp ämnet sexualitet, men också att doktorn borde ha ansvaret att ta upp det. Sjuksköterskor tyckte att sexualitet är ett privat och känsligt ämne och att det är jobbigt och svårt att ta upp det med patienterna. Att äldre inte oroar sig för sexuell kontakt framkommer också. När ska de prata, var ska de prata och hur? De tar upp om kunskap och den önskade kunskapen.
Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Stiggebout, A.M.,	Syftet med denna studie var att bedöma sjukvårdspersonalens	Psychosexual support for gynecological	Ej angivet. Kvalitativ ansats.	10 sjuksköterskor deltog. Gällande dessa sjuksköterskor är ålder, antal arbetade år samt	Semistrukturerade intervjuer.	En innehållsanalys.	I denna studie framkommer det att sjuksköterskor upplever det som tabubelagt att samtala om sexualitet, främst med äldre

6.1 Bilaga 1

Creutzberg, C.L., Kenter, G.G. & Ter Kuile, M.M. 2014 Nederländerna	nuvarande psykos sexuella stödmetoder, även hinder för att utföra dessa samt behovet av utbildning och stöd.	cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance		könsfördelning ej angivet.			patienter. Att det är obekvämt och att de kände sig osäkra i samtalet framkom samt en önskan om mer kunskap. Sjuksköterskor ansåg sig vara ansvariga att ta upp ämnet med sina patienter, men att få kontakttillfällen och lite tid utförde ett hinder.
Vieira, E.M., Ford, N.J., Santos, M.A., Junqueira, L.C. & Giami, A. 2013 Brasilien	Syftet med denna studie var att förstå hur sjuksköterskor förstår påverkan av sexualiteten hos kvinnliga patienter som genomgår behandling av bröstcancer.	Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil	Explorativ design. Kvalitativ ansats.	28 sjuksköterskor deltog. Deltagarna var mellan 23-60 år, antal arbetade år var mellan 2-30år. 27 kvinnor och 1 man.	Semistrukturerade intervjuer.	En innehålls- och tematisk analys.	I denna studie framkommer det är att sjuksköterskor tycker det är lättare att samtala med yngre patienter än med äldre om sexualitet och eventuella sexuella problem, därför prioriterades dessa. Äldre ansågs vara mer privata och det sker därmed en större kulturkrock, det är ännu mer tabubelagt.
Zeng, Y.C., Liu, X. & Loke, A.Y. 2012 Kina	Syftet med denna studie var att beskriva kinesiska sjuksköterskors attityder och upplevelser av att diskutera sexuella bekymmer med patienter med gynekologisk cancer.	Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice	Beskrivande korrelationsstudie. Kvantitativ ansats.	202 sjuksköterskor (41 bortfall). 5 stycken var under 20 år, 121 stycken var 21-30 år, 65 stycken var 31-40 år och 11 stycken 41-50 år. 28 stycken hade arbetat i mindre än 1 år, 56 stycken 1-5 år, 54 stycken 6-10 år, 46 stycken 11-20 år och 18 stycken hade arbetat i över 20 år. Samtliga kvinnor.	Enkäter. Enkät namn SABS, Sexuality Attitudes and Beliefs Survey.	Spearman's rank coefficients and regression analysis.	I denna studie framkommer det att det är svårt att samtala om sexualitet med patienterna då de ansågs vara privat och trots att de ansåg sig vara ansvariga att ta upp samtalet var de bara en dryg tredjedel som tog sig tiden till att ta upp ämnet. Kunskapsbrist och osäkerhet framkommer som en svårighet och att sjuksköterskor önskar mer kunskap inom ämnet. De framkom även att sexualitet hade en låg prioritet och att patienterna var för sjuka för att vara intresserade av ämnet.