



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
FAKULTETEN FÖR  
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

# **VI MÅSTE VÅGA FRÅGA**

EN LITTERATURÖVERSIKT OM  
CANCERPATIENTERS BEHOV AV  
SEXUALITETSRELATERAD INFORMATION

EMMA EDVIK  
CECILIA OXENBY

# VI MÅSTE VÅGA FRÅGA

## EN LITTERATURSTUDIE OM CANCERPATIENTERS BEHOV AV SEXUALITETSRELATERAD INFORMATION

EMMA EDVIK  
CECILIA OXENBY

Edvik, E & Oxenby, C.

Vi måste våga fråga. En litteraturstudie om cancerpatienters behov av sexualitetsrelaterad information. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för Hälsa och samhälle, 2013.

Bakgrund: Antalet cancerfall ökar konstant, men tack vare förbättrade metoder för att upptäcka och behandla cancer överlever allt fler denna sjukdom. Både sjukdomen och dess behandlingar kan ge en påverkan på kroppen, men även den sexuella lusten och funktionen kan påverkas och förändras. Ett fungerande sexualliv utgör en viktig del av livskvaliteten för de flesta. Vårdpersonalen har en viktig roll i att förbereda patienten på vilka symtom de kan förvänta sig, men patienterna önskar ofta avsevärt mycket mer information än vad som ges. Syfte: Att belysa cancerpatienters behov av sexualitetsrelaterad information. Metod: En litteraturoversikt med litteratursökningar i databaserna CINAHL och PubMed. Tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats ligger till grund för resultatet. Resultat: Fem teman identifierades: Samtal och information om sjukdomens påverkan och eventuella behandlingseffekter på sexuallivet, lämplig tidpunkt att ge sexualitetsrelaterad information på, lämplig person att ge sexualitetsrelaterad information, former för hur sexualitetsrelaterad information ska ges samt hinder för att få sina behov av sexualitetsrelaterad information tillgodosedda. Resultatet visade att patienter värdesatte samtal och information om sexualitet. Åsikterna varierade om när och hur denna information skulle ges. Patienterna ansåg att vårdpersonal skulle ta initiativ till diskussion om sexualitet men menade också att bristen på information ibland berodde på vårdpersonalen.

*Nyckelord:* cancer, information, informationsbehov, litteraturoversikt, kommunikation, sexualitet

# **WE NEED TO ASK**

## **A LITERATURE REVIEW ABOUT CANCER PATIENTS NEEDS OF SEXUALITY RELATED INFORMATION**

**EMMA EDVIK  
CECILIA OXENBY**

Edvik E & Oxenby, O.

We need to ask. A literature review about cancer patients needs of sexuality related information. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of health and society, Department of Health and society, 2013.

Background: Cancer incidence is constantly increasing, but survival is increasing thanks to improved diagnostic methods and better treatment. The patient's body is affected both by the cancer and its treatment, and sexual lust and function can also be affected and altered. A functioning sex life is an important part of the quality of life of most people. Health care professionals play an important role in preparing the patient for the symptoms they can expect, but often the patients want a lot more information than is given. Purpose: To highlight cancer patients' needs for sexually related information. Method: A literature review with literature searches in the databases CINAHL and PubMed. The result is based on ten articles with quantitative and qualitative approach. Result: Five themes were identified: Conversation and information about the effects of the illness and possible effects of the treatment on sexual life, when should sexually related information be given, who should give the information, in what form, and also impediments for getting your needs of sexually related information met. The result showed that patients valued conversation and information about sexuality. Opinions about when and how this information should be given varied. The patients' considered that health care professionals should initiate discussions about sexuality, but also meant that the lack of information was sometimes due to the health care professionals.

*Keywords:* cancer, communication, information, information needs, literature review, sexuality

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Vad är cancer?	5
Cancerhistorik och cancerbehandling	5
Sexualitet	7
Sjukdomens och behandlingens påverkan på sexuallivet	7
Information	8
Omvårdnad	9
SYFTE	9
METOD	10
Litteratursökning	10
Artikelgranskning	12
Analys	12
RESULTAT	12
Samtal och information om sjukdomens påverkan och eventuella behandlingseffekter på sexuallivet	13
Lämplig tidpunkt att ge sexualitetsrelaterad information på	14
Lämplig person att ge sexualitetsrelaterad information	14
Former för hur sexualitetsrelaterad information ska ges	15
Hinder för att få sina behov av sexualitetsrelaterad information tillgodosedda	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Litteratursökning	16
Urval	17
Artikelgranskning	18
Analys	18
Resultatdiskussion	19
KONKLUSION	21
Framtida värde	21
REFERENSER	22
BILAGOR	25

## **INLEDNING**

I vårt arbete, som sjuksköterskor på en onkologisk klinik, möter vi en växande grupp patienter med någon form av cancersjukdom, under såväl primärbehandling som i sjukdomens kroniska skeden. Cancersjukdom och alla former av cancerbehandling kan ge påverkan på sexuallivet och olika faktorer samverkar till problematiken. Sjukvården har en viktig roll i att förmedla vilken påverkan på sexuallivet som patienter kan förvänta sig och om det finns några risker med sexuellt umgänge för patienten själv eller för dennes partner under sjukdoms- och behandlingstiden. Vi ser att vårdpersonal undviker att ge sexualitetsrelaterad information samtidigt som vi upplever ett allt större krav på information från patienterna generellt.

## **BAKGRUND**

Under 2011 rapporterades 57 726 diagnosticerade maligna cancerfall till cancerregistret i Sverige (Socialstyrelsen, 2012). Könsfördelningen är relativt jämn med 52 procent av fallen bland män och 48 procent bland kvinnor. Sannolikheten att diagnosticeras med cancer före 75 års ålder är ca 30 procent. 2011 diagnosticerades flest fall bland personer över 65 år. Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor och prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män. Antalet dödsfall till följd av cancer motsvarade ungefär 25 procent av alla dödsfall i Sverige 2011 (a a).

Under de senaste två decennierna har antalet cancerfall ökat och en del av förklaringen till ökningen är en förändring i åldersstrukturen i befolkningen, men även screening och förbättrade diagnostiska metoder är bidragande faktorer (Socialstyrelsen, 2012). Tack vare förbättrade behandlingsmetoder lever patienter länge med en kronisk cancersjukdom vilket innebär att livskvalitetsfrågor får ökad betydelse (Gustavson-Kadaka & Ringborg, 2008).

### **Vad är cancer?**

Cancer börjar i en enda cell och kan uppstå nästan var som helst i kroppen (Johnson & Klein, 1994). Det finns flera hundra olika typer av denna sjukdom. Människokroppen är uppbyggd av mängder av celler som förökar sig genom delning. Normalt finns en balans i celledelning, celltillväxt och celldöd men när denna balans rubbas, genom att celler börjar dela sig ohämmat eller inte slutar att växa bildas till slut en samling celler som kallas tumör. Varje typ av cancer ger sina specifika symtom och kräver en lika specifik behandling (a a).

### *Cancerhistorik och cancerbehandling*

De äldsta beskrivningarna av cancer är mer än 4000 år gamla och kommer från skrifter funna i Egypten, Kina och Indien (Gustavsson-Kadaka & Ringborg, 2008). Vävnadsförändringar som förknippas med cancer har hittats i mumier, och det finns exempel på bildkonst från forntiden som visar personer med tumörer. I de första beskrivna behandlingsformerna användes upphettade järn för att bränna bort tumörer, men även örter och salvor användes. Före upptäckten av modern cancerbehandling var kirurgi den vanligaste behandlingen. Joniserande strålning upptäcktes i slutet av 1800-talet och snart kunde radioterapi användas som det

första steget i den moderna behandlingen av cancer. Under 1900-talet utvecklades sedan den endokrina behandlingen och därefter cytostatikabehandling (a a).

### **Kirurgi**

Kirurgi är den äldsta och mest beprövade metoden för att behandla cancer (Sjödahl, 2008). Kirurgisk behandling är fortfarande betydelsefull, men dagens cancerbehandling är ofta multidisciplinär vilket innebär att olika behandlingsformer, varav några beskrivs nedan, tillsammans åstadkommer den bästa behandlingen för patienten. Med kirurgi kan avgränsade tumörer avlägsnas (a a).

### **Strålterapi**

För att behandla patienter med cancer används joniserande strålning (Zackrisson & Turesson, 2008). Oavsett om strålterapi syftar till att uppnå tumörläkning, det vill säga bot, eller symtomlindring så innebär terapi att en precis stråldos riktas mot en avgränsad tumörintehållande vävnadsvolym. Förutom att tumörvolymen har betydelse för stråldosen så avgörs dosen av hur väl den omgivande friska vävnaden som kommer att utsättas för bestrålning tolererar bestrålning. Det är nämligen viktigt att minimera stråldosen för att undvika behandlingsrelaterade bieffekter (a a).

### **Kemoterapi**

Under första världskriget användes senapsgas i kemisk stridsföring (Hansson m fl, 2008). Under mellankrigstiden upptäckte forskare att ett liknande ämne, kvävesenap hämmade produktionen av vita blodkroppar. Detta fynd ledde till att medlet provades för att behandla lymfom. Cytostatika introducerades på 1950-talet och avsikten med denna cancerbehandling är att bota eller lindra. Dessa läkemedel förorsakar skador i cellernas arvs massa vilket leder till celledöd och behandlingen är ofta förenad med biverkningar. Kemoterapi bekämpar alla celler i kroppen som reproducerar sig snabbt. Eftersom både friska celler och tumörceller påverkas måste doseringen avvägas noga så att biverkningarna av behandlingen inte hotar patientens liv (a a).

### **Endokrin terapi**

Flera vanliga tumörsjukdomar är tillgängliga för endokrin terapi, som syftar till att minska steroidhormonernas sjukdomsstimulerande effekt (Nordenskjöld, 2008). Endokrin terapi kan både öka överlevnad och lindra symtom (a a).

Cancersjukdom och dess behandlingar kan ge fysiska bestående men och sociala konsekvenser som är uppenbara för omgivningen och resulterar i en belastning som drabbar både patienter och deras familjer (Bolund & Brandberg, 2008). En fysisk utmattning och förändrad kroppsbild till följd av kroppsliga och utseendemässiga förändringar innebär att självbilden ställs på prov. När den drabbade får en annan roll i arbetslivet, samlivet, i föräldrarollen eller i andra sammanhang krävs anpassning. Om sjukvården ser patienten som en individ med svagheter och styrkor och kompletterar dem, hjälper det patienten att hantera den psykosociala problematiken kring cancer. Psykosociala frågor uppmärksammades redan för ett par decennier sedan inom onkologin. Idag uppmärksammas och bemöts patienternas psykosociala behov alltmer, även inom andra sjukdomsgrupper. Tidigare upptäckter och effektivare behandlingsalternativ bidrar till att allt fler människor överlever sin cancer (a a), vilket innebär allt större fokus på rehabilitering och livskvalitetsfrågor (Bolund & Brandberg, 2008;

Hulter, 2008). För många individer utgör ett fungerande sexualliv en viktig del av livskvaliteten, men sexualiteten är också något som kan påverkas och förändras av cancerbehandling (Bolund & Brandberg, 2008).

## **Sexualitet**

Begreppet sexualitet definieras av Världshälsoorganisationen WHO (2002) som:

En integrerad del av personligheten hos varje människa; man, kvinna och barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter. Sexualitet är inte synonymt med samlag, den handlar inte om huruvida vi kan få orgasm eller inte, och är inte heller summan av våra erotiska liv. Sexualitet är mycket mer: den finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet; den uttrycks i vad vi känner, hur vi rör oss, hur vi rör vid andra och hur vi själva tar emot beröring (smekningar). Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och genom detta vår fysiska och psykiska hälsa (Westgren, 2010, s 361-362).

Människor i alla åldrar, oavhängigt av relationsstatus har en sexuell identitet och sexuella behov (Johnson & Klein, 1994). Dessa är individuella och kan variera från en person till en annan. Vår självkänsla är en viktig del i hur vi uttrycker vår sexualitet (a a). För att må bra behöver vi känna oss önskade och bekräftade (Rasmusson, 2011). Sexualiteten handlar inte bara om den sexuella akten utan även om närhet och ömhet. Den är en drift som finns där från fosterstadiet och den är ett grundbehov. Sexualitet handlar ofta om livskvalitet och den är oftast tilltalande (a a). Sexualiteten är för människan förknippad med fortplantning men handlar också om de positiva effekter som upplevs i samband med sex (Hulter, 2008). Sexualiteten har för många människor stor inverkan på livets mening både ur det längre perspektivet genom fortplantningen, liksom ur det kortare perspektivet genom upphetsning och avslappning. Samtidigt som det är möjligt att uppnå avspänning, lugn, lycka och ro via sin sexuella tillfredsställelse så kan sexuell svaghet kännas som ett nederlag, som press eller yttra sig i kroppslig och själslig smärta (a a).

Vid cancerbehandling kan kroppen ändras vilket kan leda till att den drabbade inte kan ge uttryck för sexualiteten så som han eller hon brukar och detta gör att självbilden hotas (Borg, 2003). För att må bra behöver alla känna kärlek för någon annan och få kärlek tillbaka (a a). Patienterna ska utifrån sina villkor och förhoppningar kunna behålla sin sexuella funktion genom att vårdpersonalen hjälper dem och ger dem rätt förutsättningar (Rasmusson, 2011). Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:773 (HSL), 2§ kräver att: ”Hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och att vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten i syfte att uppnå god hälsa”.

### *Sjukdomens och behandlingens påverkan på sexuallivet*

Inte sällan påverkas sexuallivet, i olika utsträckning, av att en person drabbas av cancer (Bergmark, 2007). Kroppens förmåga att känna åtrå och reagera vid sexuell uppmuntran påverkas av de flesta cancersjukdomarna (Hulter, 2008).

Cancer är en sjukdom som associeras med livsfara, ondska och död (Bolund & Brandberg, 2008). Med cancerdiagnosen kommer många känslor som till exempel kraftlöshet, ångslan, ilska och rädsla vilka medverkar till att den sexuella åtrån

minskar. Utöver detta ger behandling biverkningar som tillsammans med de andra känslorna gör att sex ofta hamnar längst ner i listan på vad som önskas (Johnson & Klein, 1994).

Trots att all cancerbehandling kan dämpa kroppens sexuella funktion hindrar cancerbehandlingen i sig sällan ett fortsatt livfullt sexualliv (Borg, 2003). Beroende på hur aggressiv behandlingen är samt patientens enskilda mottaglighet skiftar de sexuella biverkningarna (Hulter, 2010). Frekventa biverkningar hos både kvinnor som män är sexuella dysfunktioner (Hulter, 2008) och beroende på vilka cytostatika som används, patientens ålder och hur patienten mår vid behandlingstillfället varierar påverkan på genitalierna (Borg, 2003). Kvinnor kan få svårt med lubrikationen vilket medför att samlag kan bli smärtsamma och till och med ogenomförbara. Försämrad sexuell lust, ovilja till sexuell aktivitet samt svårighet att bli sexuellt upphetsad är också vanliga problem hos kvinnor. För män är erektionsstörning, ejakulationsrubbnig samt nedsatt sexuell åtrå vanliga problem. Hos dem som fortfarande uppnår orgasm påverkas njutningen av densamma (Hulter, 2008).

### *Information*

Kommunikation kan ses som en av de viktigare kliniska färdigheterna inom onkologin eftersom vårdpersonal tillbringar otaliga timmar med att samtala med och lyssna på patienter (Fallowfield & Jenkins, 1999). Trots det har få onkologer eller onkologisjuksköterskor fått formell utbildning i kommunikation (a a).

Majoriteten av alla patienter vill veta om de har cancer, hur deras chanser för att botas ser ut och de vill få information om alla eventuella behandlingsrelaterade biverkningar (Fallowfield & Jenkins, 1999). Sjukdomsrelaterade symtom och behandlingsorsakade biverkningar är en stor påfrestning för patienten (Börjesson & Johansson, 2008). Vården har en viktig roll i att hantera patienters symtom och biverkningar samt i att förbereda dem på vilka symtom de kan förvänta sig (a a). Otillräcklig kommunikation kan medföra onödig stress för patienterna och deras familjer, vilka ofta önskar avsevärt mycket mer information än vad som faktiskt ges (Fallowfield & Jenkins, 1999).

Effektiv kommunikation är en förutsättning för vård av god kvalitet och har betydelse för patientens tillfrisknande, följsamhet till behandling, smärtkontroll samt flera andra faktorer (Börjesson & Johansson, 2008; Fallowfield & Jenkins, 1999). Hälso- och sjukvårdspersonalens signum är att de är goda lyssnare och informatörer, men tyvärr vittnar en stor andel av patienternas klagomål på sjukvården om att detta inte stämmer (Börjesson & Johansson, 2008; Fallowfield & Jenkins, 1999). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Sos, 2005 s 11) förutsätter att sjuksköterskan i sitt arbete ska ” ha förmåga att kommunicera med patienter på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt” liksom att HSL (1982:773) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) ställer krav på vårdpersonalen om att ge individualiserad information.

Ofta känner sig cancerdrabbade kvinnor och män obekväma med att prata om bekymmer och förändringar i sexuallivet (Rasmusson & Thomé, 2008). Mycket som rör sexualiteten är omgärdat av tabun. Ett bra bemötande från vårdpersonalen när sexualitetsrelaterad information ges är viktigt och kommunikationen ska bygga på tillit, förmåga att lyssna samt kompetens (a a).



Patienter som får tidig sexualitetsrelaterad information har mindre problem än om informationen ges när problemen uppstått (Bergmark, 2007; Rasmusson & Thomé, 2008). Att frågan väcks på ett tidigt stadie är något många patienter önskar, samtidigt som andra vill att den väsentliga informationen ska ges efter avslutad primärbehandling (a a). Vissa nöjer sig med att frågan om sexlivet bara ställs och andra önskar mer information eller särskild hjälp (Bergmark, 2007).

Tidigare studier visar att sexualitet är en viktig fråga som till stor del ignoreras av vårdpersonal av olika skäl (Hautamäki m fl, 2007; Katz, 2005; Olsson m fl, 2012; Tessler-Lindau m fl, 2011). Skäl till att inte ta upp frågan om sexualitet är brist på utbildning, tidsbrist, därför att det är en svår fråga att ta upp eller inte anses nödvändigt alls. Det kan också handla om en uppfattning om att ansvaret för att lyfta frågan om sexualitet är någon kollegas ansvar eller till och med patientens eget ansvar (Hautamäki m fl, 2007). Andra skäl till att inte samtala om sexualitet är sjuksköterskors uppfattning om att ålder, kön, civilstånd, diagnos och medicinsk behandling påverkar patientens behov. Brist på tid och rum, tillåtande atmosfär och brist på kontinuitet mellan patient och sjuksköterska påverkar samtalen (Olsson m fl, 2012). Patienter och vårdpersonal är eniga om att information om sexuell hälsa sällan ges under loppet av cancerbehandlingen (Park m fl, 2009; Tessler-Lindau m fl, 2011). Medan patienter vill samtala om sexualitet, önskar de att vårdpersonal lyfter frågan. I sin tur är vårdpersonal motvillig till att ta initiativ till diskussion, och föredrar att invänta patienten och låta denne ta upp frågan (Katz, 2005).

### **Omvårdnad**

Vården runt cancerpatienten är ett område som är omfattande och löper under patientens hela sjukdomstid (Börjesson & Johansson, 2008). Kontinuitet och helhetssyn gör att vården blir god och upplevs sammanhängande och konsekvent. För att kontinuiteten i vården ska bli bra behöver insatserna samordnas. Patienter möter idag olika professioner i olika instanser vilket betyder en prövning för dem, deras närstående och vårdpersonal (a a). Sjuksköterskan behöver ha ett gott vetande om olika vårdinrättningar och förstå tyngden av ett väl fungerande samarbete mellan de olika instanserna (Reitan, 2003). När vetenskapen gör framsteg inom cancervård ställer det krav på vårdpersonal att ta till sig ny kunskap och att ständigt utveckla vården (Börjesson & Johansson, 2008), vilket är i linje med vad Socialstyrelsen i sin Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Sos, 2005) rekommenderar. För att förstå de fysiska och psykiska problem patienterna påträffar behövs ett känslomässigt intresse utöver kunskap när frågor om sexualitet ska tas upp (Borg, 2003). Patienten känner sig trygg när vårdpersonal visar medkänsla och empati och då blir det lättare att samtala om känslor och sexualitet (a a).

Ett professionellt arbete inom detta känsliga område kräver goda ämneskunskaper och en medvetenhet om den egna sexualiteten (Hulter, 2008). Huvudmålsättningen är att stödja patienten att bibehålla sexuell hälsa oavsett orsaken till problemet eller relationsstatus (Borg, 2003).

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturöversikt är att belysa cancerpatienters behov av sexualitetsrelaterad information.

## METOD

Den valda metoden i denna studie är en litteraturöversikt som syftar till att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett valt problemområde och baseras på ett systematiskt val av redan publicerade texter i form av vetenskapliga artiklar (Friberg, 2012). Den valda litteraturen kvalitetsgranskas och analyseras, vilket resulterar i en beskrivande översikt av det valda forskningsproblemet (a a).

### Litteratursökning

Inledningsvis kartlades tänkbara sökord och sökformuleringar för att hitta de ord som bäst beskrev det problem som skulle undersökas. En ämnesordlista eller en tesaurus, är en slags hierarkiskt ämnesindelad ordlista (Friberg, 2012). Ämnesordlistan bidrog med hjälp till att anpassa de tänkta sökorden till respektive databas befintliga och korrekta ämnesord, eftersom olika databaser kan ha olika benämningar på samma ord i sina respektive ämnesordlistor. Under litteratursökningens gång bidrog artiklarnas nyckelord till att skapa nya sökord. Fritext tillämpades i en sökning. Sökorden som användes var: sexuality, communication, information needs, patient needs, neoplasms, patients och sex education.

Litteratursökningen genomfördes i två databaser. En databas är en samling dokument som grupperats och sorterats för att underlätta sökning och urval och baseras på ett noga avvägt litteratururval, avsett att passa en viss målgrupp (Friberg, 2012). Databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, CINAHL och PubMed utgjorde informationskällorna och sökverktygen. Som tidigare beskrevs bidrog databasernas ämnesordlistor i sökprocessen. I dessa har ämnesorden ordnats i ett trädformat med över- och underkategorier (Willman m fl, 2011). Vid sökningarna i CINAHL inkluderades sådana underkategorier för att täcka ämnesområdet genom att tillämpa funktionen ”explode” i de fall det var möjligt. I PubMed inkluderades underkategorierna per automatik.

Söktekniken som tillämpades i databaserna var boolesk söklogik (Friberg, 2012) för att med hjälp av så kallade sökoperatörer, i detta fall AND och OR, förklara vilket samband de utvalda sökorden skulle ha till varandra. Denna sökteknik syftade till att identifiera så mycket som möjligt av den relevanta litteraturen genom att försöka fånga in alla relevanta referenser och till stor del utesluta icke relevanta sådana.

På grund av avsaknaden av inklusions- och exklusionskriterier gjordes inga avgränsningar i sökningarna. Sökningarna och sökresultaten dokumenterades och presenteras i tabell 1. Sökningarna genomfördes januari-mars 2013.

Tabell 1. Litteratursökning och urval av artiklar

Informationskälla Datum	Sökord	Antal Träffar	Lästa Titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Använda artiklar
CINAHL 130129	Cancer Patients <sup>1</sup> AND Sexuality <sup>1</sup> AND Information Needs <sup>1</sup>	15	15	9	8	6	3
PubMed 130130	Neoplasms <sup>2</sup> AND Patients <sup>2</sup> AND Sexuality <sup>2</sup>	63	63	56	4	1	1
PubMed 130130	Neoplasms <sup>2</sup> AND Sexuality <sup>2</sup> AND Communication <sup>2</sup>	44	44	34	4	2	1
CINAHL 130130	Cancer Patients <sup>1</sup> AND Sexuality <sup>1</sup> AND Communication <sup>1</sup>	28	28	18	7	2	1
CINAHL 130306	Cancer Patients <sup>1</sup> AND Information Needs <sup>1</sup> OR "patient needs" <sup>3</sup> AND Sexuality <sup>1</sup> OR Sex Education <sup>1</sup>	19	19	10	2	2	2
Manuell Sökning 130227	-	-	-	2	2	2	2

<sup>1</sup> CINAHL Heading

<sup>2</sup> Medical Subject Heading, MeSH

<sup>3</sup> Fritext

Varje sökning resulterade i en träfflista med referenser till de dokument som matchade de använda sökorden och sökteknikerna. Titlarna som presenterades i träfflistan var till nytta för ett första litteratururval då de gav en uppfattning om vad som var relevant och intressant och om vad som kunde sorteras bort. Samtliga titlar lästes och i de fall en träff bedömdes som helt irrelevant eller ointressant valdes den bort. Då en titel föreföll svara mot syftet lästes artikelns abstrakt. När ett abstrakt verkade relevant för syftet öppnades dokumentet i fulltext, i de fall det förekom, och lästes i sin helhet. Träffar som saknade abstrakt och/eller inte gick att nå i fulltextformat exkluderades under förutsättning att titeln inte indikerade ett potentiellt intressant innehåll. I sådana fall beställdes dokumentet. Läsningen av både abstrakts och artiklar gjordes hela tiden med ett kritiskt öga med hänsyn till vetenskaplighet och att syftet skulle besvaras. Systematiska litteraturöversikter, icke-vetenskapliga artiklar samt artiklar som inte specifikt fokuserade på cancerpatienters behov av sexualitetsrelaterad information uteslöts tillsammans med icke-engelskspråkiga artiklar. Manuella sökningar utfördes genom egenhändig genomgång av artiklar och deras referenslistor för att hitta relevanta artiklar och resultaten av dessa sökningar redovisas tillsammans med övriga sökresultat i tabell 1.

Litteratursökningen fortgick så länge nya träffar påträffades. När tidigare träffar återkom i träfflistorna och inga nya relevanta träffar påträffades avbröts sökningarna.

### **Artikelgranskning**

När 15 vetenskapliga artiklar, såväl kvalitativa som kvantitativa, hade avgränsats granskades kvaliteten för att avgöra om de kunde inkluderas eller skulle exkluderas.

Artikelgranskningen utfördes först enskilt. Eftersom strukturen i en vetenskaplig artikel ska uppfylla särskilda krav granskades samtliga artiklar med hjälp av befintliga granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa eller kvantitativa studier från Willman m fl (2011) för att få systematik och konsekvens i arbetet. Protokollen modifierades inte. Studiens forskningsansats avgjorde vilket av de båda protokollen som användes. Kraven som ställdes på de vetenskapliga artiklarna var att de skulle vara primärkällor med en tydlig struktur och de kriterier som användes för att bedöma den vetenskapliga kvaliteten var följande: En tydligt avgränsad och väl beskriven problemformulering och kontext, presentation av patientkaraktistika och urval, grundligt redovisad metod och resultat, hänsyn till etiska aspekter samt beroende på forskningsansatsen relevanta resonemang kring giltighet och kommunicerbarhet eller tillförlitlighet och generaliserbarhet. Graderingsskalan i mallen bestod av kvalitetsgraden Hög, Medel eller Låg och kvalitetsgraden avgjordes av hur väl ovanstående kriterier uppfylldes. Tolkningar och olikheter i de enskilda bedömningarna av studiernas styrkor och svagheter jämfördes och diskuterades. De olikheter som uppstått i de enskilda granskningarna var inget som påverkade helhetsbedömningen då de enskilda artikelgranskningarna resulterade i samma kvalitetsgradering. Tio artiklar betygsattes med kvalitetsgraden Hög kvalitet och valdes ut för att ingå i litteraturöversikten. Ingen artikel exkluderas på grund av kvalitetsbrist, utan bortfallet i artikelgranskningen berodde på dålig överensstämmelse med syftet.

### **Analys**

Analysen i en litteraturöversikt innebär ett strukturerat arbetssätt av redan analyserat material (Friberg, 2012). Som ett första steg i analysprocessen lästes de 10 artiklarna igen för att skapa förståelse för studiernas innehåll. De delar av artiklarnas resultat som besvarade syftet i denna litteraturöversikt översattes till svenska och dokumenterades som korta sammanställningar, en för varje artikel. Sammanställningarna användes i sökandet efter och identifieringen av likheter och skillnader i artiklarnas resultat. Eftersom kvalitativa respektive kvantitativa resultat presenteras på olika sätt gick det inte att göra en exakt jämförelse. När likartat innehåll i texterna utkristalliserats, sorterades och sammanställdes detta under lämpliga rubriker och på så vis växte teman fram. Formuleringen av teman började som enkla arbetsrubriker, med de preliminära namnen Vad, När, Vem, Hur samt Hinder. Analysprocessens textbearbetning resulterade i slutändan i en beskrivande översikt av forskningsproblemet och i totalt fem teman som svarade mot syftet.

## **RESULTAT**

Analysen resulterade i följande teman: Samtal och information om sjukdomens påverkan och eventuella behandlingseffekter på sexuallivet, Lämplig tidpunkt att

ge sexualitetsrelaterad information, Lämplig person att ge sexualitetsrelaterad information, Former för hur sexualitetsrelaterad information ska ges samt Hinder för att cancerpatienter ska få sina behov av sexualitetsrelaterad information tillgodosedda. Allt det ovan nämnda är ur patienternas synvinkel.

### **Samtal och information om sjukdomens påverkan och eventuella behandlingseffekter på sexuallivet**

Resultatet visade att cancerpatienter tyckte att samtal och information om sexualitet var viktigt och att de ville ha sexualitetsrelaterad information (Cleary m fl, 2013; Ekwall m fl, 2003; Fox m fl, 1999; Hautamäki-Lamminen m fl, 2013 ; Hordern & Street, 2007; Lemieux m fl, 2004; McCallum m fl, 2012; Stead m f, 2003; Ussher m fl, 2012; Wilmoth m fl, 2011). I en finsk enkätstudie med 505 patienter som syftade till att identifiera cancerpatienter som skulle kunna ha ett större behov av sexualitetsrelaterad information, visade resultatet att män rangordnade sexualitetsrelaterad information som mer viktig än kvinnor (Hautamäki-Lamminen m fl, 2013). Inom cancergrupper som inte var könsspecifika, och som utslöt prostata-, bröst- och gynekologisk cancer, fanns inga skillnader i hur viktig sexualitetsrelaterad information var mellan män och kvinnor. Patienter som hade upplevt funktionella sexuella problem orsakade av cancersjukdomen rangordnade sexualitetsrelaterad information som mer viktig än patienter utan funktionella problem (a a).

Patienterna ville ha information om sjukdomens påverkan på sexuallivet (Hordern & Street, 2007; Lemieux m fl, 2004; Stead m fl, 2003; Ussher m fl, 2012; Wilmoth m fl, 2011). När Ussher m fl (2012) gjorde en enkätstudie i Australien på 1965 patienter där de utvärderade informationsbehoven hos bröstcancerpatienter, fann de att mer än två tredjedelar av patienterna rangordnade information om fysiska och sexuella förändringar, kroppsuppfattning, relationsfrågor, psykologiska konsekvenser och information om hur man kommunicerar med vårdpersonal som mycket viktig (a a).

Information om eventuella behandlingseffekter på sexuallivet efterfrågades av patienterna (Hautamäki-Lamminen m fl, 2013; Hordern & Street, 2007; McCallum m fl, 2012; Stead m fl, 2003; Wilmoth m fl, 2011). I en australiensisk semistrukturerad intervjustudie undersökte Hordern & Street (2007) frågor om intimitet och sexualitet ur 50 cancerpatienters perspektiv, och fann att patienterna sökte efter information om hur de skulle kunna lära sig att leva med förändringarna som skett till följd av deras cancerbehandling. Det framkom att erhållen typ av behandling spelade roll för hur patienter rangordnade sexualitetsrelaterad information. Kirurgiskt behandlade patienter rangordnade information högre än patienter som fått annan typ av behandling (Hautamäki-Lamminen m fl, 2013). Patienterna ville veta om förändringar i den sexuella funktionen var normala och förväntade (Stead m fl, 2003; McCallum m fl, 2012; Hordern & Street, 2007). Stead m fl (2003) gjorde en intervjustudie på 15 kvinnor med ovarialcancer i Storbritannien för att undersöka attityder om och erfarenheter av tillhandahållande av information om sexuella frågor bland kvinnor med ovarialcancer. De visade att kvinnorna ville få exempel på vilka olika typer av problem som kanske kan uppstå och när (a a). Wilmoth m fl (2011) gjorde en intervjustudie med 15 kvinnor i North Carolina i USA för att identifiera vilken information ovarialcancerpatienter ville få från sjuksköterskor. Patienterna ville veta huruvida de behövde ta hänsyn till eller bekymra sig för något särskilt och ville få lugnande besked om samlag var säkert och tillåtet alls, och i så fall när (a

a). Studier av Lemieux m fl (2004), McCallum m fl (2012), Stead m fl (2003) samt Wilmoth m fl (2011) visade liknande resultat.

Patienterna uppfattade många fördelar med att få information, bland annat att vara väl förberedda på vad som ska komma (Cleary m fl, 2013; Stead m fl, 2003). En annan fördel var att information kunde inge hopp, vilket Cleary m fl (2013) fann när de utforskade effekterna av gynekologisk cancer på sexualitet i en irländsk intervjustudie med 8 kvinnor. Informationen skulle innehålla frågor och svar på hur den sexuella funktionen normalt påverkas samt uppgifter om en kontaktperson eller ett telefonnummer till en hjälplinje (Stead m fl, 2003).

När det gällde specifika intressen för sexualitetsrelaterad information framkom att patienter med testikelcancer och yngre kvinnor med gynekologisk cancer hade behov av att få specifik information kring fertilitetsfrågor (Fox m fl, 1999; McCallum m fl, 2012). Fox m fl (1999) visade också att män med prostatacancer önskade information om orgasm och erektion när de gjorde sin enkätstudie bland 100 män med urogenital cancer i Indianapolis i USA i syfte att beskriva patientidentifierade informationsbehov. Kvinnor behandlade för gynekologisk cancer önskade även information om hantering av vaginala förändringar och om hur de ska klara av effekterna av för tidig menopaus, vilket McCallum m fl (2012) visade när de gjorde sin intervjustudie på 15 kvinnor i Kanada för att få en tydligare förståelse för dessa kvinnors subjektiva erfarenheter.

### **Lämplig tidpunkt att ge sexualitetsrelaterad information på**

Resultatet visade att patienterna önskade att sexualitetsrelaterad information skulle erbjudas på deras premisser och på en tidpunkt som var anpassad till deras individuella behov (Hordern & Street, 2007; Stead m fl, 2003; Wilmoth m fl, 2011). Tidpunkten för att diskutera sexualitet var betydelsefull och varierade alltifrån diagnostillfället till tiden efter avslutad behandling (Cleary m fl, 2013; Fox m fl, 1999; Lemieux m fl, 2004; Ussher m fl, 2012; Wilmoth m fl, 2011). För vissa individer var sex en fråga att ta upp när andra aspekter av cancerbehandling och återhämtning var över eftersom sexualitet inte ansågs som en omedelbar prioritering vid diagnostillfället (Cleary m fl, 2013; Ussher m fl, 2012).

### **Lämplig person att ge sexualitetsrelaterad information**

Patienterna var samstämmiga i att de tyckte att vårdpersonalen skulle ta initiativ till diskussioner om sexualitet (Cleary m fl, 2013; Ekwall m fl, 2003; Fox m fl, 1999; Hordern & Street, 2007; McCallum m fl, 2012; Lemieux m fl, 2004; Stead m fl, 2003; Wilmoth m fl, 2011). I de fall det angavs, så ansåg patienterna att sjuksköterskor eller läkare var lämpliga informanter (Cleary m fl, 2013; Ekwall m fl, 2003; Fox m fl, 1999; Lemieux m fl, 2004; Wilmoth m fl, 2011). Lemieux m fl (2004) gjorde en intervjustudie på 10 patienter om sexualitet i palliativ vård i Calgary i Kanada och fann att sjuksköterskor i hemsjukvård och läkare ansågs som lämpliga vårdgivare att ta upp ämnet (a a).

Patienterna letade efter ”den rätta personen” att anförtro sig åt för att kunna känna sig bekväma eller för att det var svårt att ta mod till sig att ta upp ämnet (Hordern & Street, 2007; Lemieux m fl, 2004; Wilmoth m fl, 2011). I en svensk intervjustudie bland 14 patienter av Ekwall m fl (2003) beskrevs vad kvinnor med gynekologisk cancer ansåg vara viktigt i mötet med vården. De visade att det inte nödvändigtvis behövde vara doktorn som gav dem information och pratade med dem. Det var till och med svårt att diskutera sexualitet med doktorn. Det

viktigaste för dessa patienter var att deras sexualitet och sexuella behov inte ignorerades. Studien visade också att kvinnorna kände att det hade varit till hjälp om vårdpersonalen hade ställt frågor om sexualitet eller öppnat upp för diskussion. Då kanske de i sin tur hade vågat ställa frågor (a a). I Hordern & Streets (2007) studie framkom hur viktigt det var med ett ”partnerskap” mellan patienten och vårdgivaren för att få den grad av respekt och kommunikation de sökte efter.

I resultatet framkom också att andra patienter som haft liknande erfarenheter, kunde bidra med information (Cleary m fl, 2013; Hordern & Street, 2007).

Både manliga och kvinnliga patienter ansåg att könet på vårdpersonalen som presenterade sexualitetsrelaterad information spelade roll (Cleary m fl, 2013; Fox m fl, 1999; Hordern & Street, 2007; Stead m fl, 2003). Vissa föredrog att samtala med män, för några spelade det ingen roll om det var en man eller kvinna som talade med dem om sexualitet medan andra föredrog att samtala med kvinnor (Fox m fl, 1999; Cleary m fl, 2013; Stead m fl, 2003). Några föredrog att få information från en kvinna med tanke på ämnets känsliga natur (Cleary m fl, 2013).

Åldern på den person som informerade spelade också roll (Fox m fl, 1999; Hordern & Street, 2007; Stead m fl, 2003). Patienterna föredrog att samtala med någon i deras egen ålder (Fox m fl, 1999) eller med någon äldre (Stead m fl, 2003).

### **Former för hur sexualitetsrelaterad information ska ges**

Åsikterna om hur sexualitetsrelaterad information ska ges varierade (Cleary m fl, 2013; Ussher m fl, 2012; Stead m fl, 2003; McCallum m fl, 2012; Fox m fl, 1999; Wilmoth m fl, 2011; Hordern & Street, 2007). Resultatet visade att vissa patienter önskade eller föredrog skriftlig information (Wilmoth m fl, 2011; Cleary m fl, 2013; Fox m fl, 1999; McCallum m fl, 2012; Stead m fl, 2003; Ussher m fl, 2013). Ussher m fl (2012) visade att patienterna önskade information i form av broschyrer, nyhetsbrev eller via websidor. Vissa tyckte att skriftlig information var tillräcklig, och nöjde sig med sådan (McCallum m fl, 2012). Patienter som inte fått någon skriftlig information ansåg att sådan skulle kunna vara till hjälp för att förbereda sig (Stead m fl, 2003).

Andra patienter efterfrågade eller föredrog muntlig information via olika informationsvägar (Fox m fl, 1999; Hordern & Street, 2007; McCallum m fl, 2012; Stead m fl, 2003; Ussher m fl, 2012). Män med urogenital cancer i Fox m fl (1999) studie föredrog att få sexualitetsrelaterad information genom personlig rådgivning. I likhet med fynden i Fox m fl (1999) studie, visade McCallum m fl (2012) att många patienter hade uppskattat ett enskilt samtal med vårdpersonalen för att kunna ställa frågor. De efterlyste en större öppenhet i kommunikationen och en beredskap för att kunna hjälpa patienter med sexualitetsrelaterade svårigheter och symtom (a a). Patienterna förväntade sig individanpassad information (Hordern & Street, 2007; Stead m fl, 2003). Information skulle erbjudas och patienten fick själv bestämma om de ville prata eller inte. Det behövde inte handla om några längre diskussioner, utan några få minuters diskussion, eller ett omnämnande om att sexuell funktion kunde påverkas, var allt som behövdes (Stead m fl, 2003).

Vikten av ett rakt eller rättframt tillvägagångssätt när vårdpersonal ger information betonades av patienterna (Ekwall m fl, 2003; Hordern & Street, 2007; Lemieux m fl, 2004). Andra viktiga faktorer var tillgänglighet, kompetens och tid (Ekwall m fl, 2003; Lemieux m fl, 2004).

### **Hinder för att få sina behov av sexualitetsrelaterad information tillgodosedda**

Ibland upplevde patienterna att bristen på information berodde på vårdpersonalen (Cleary m fl, 2013; Ekwall m fl, 2003; Hordern & Street, 2007; Ussher m fl, 2013; Wilmoth m fl, 2011). Några patienter ansåg att vårdpersonalens medicinska fokus hindrade dem från att se patienternas egentliga problem (Hordern & Street, 2007; Wilmoth m fl, 2011). Andra hinder för tillgång till information, som patienterna rapporterade, var vårdpersonalens ovilja att remittera till någon med specialistkunskap. Patienterna gav exempel på att vårdpersonalen föredrog att skriva ut recept för att lösa problemet hellre än att diskutera sexuella frågor. Vissa patienter menade att det också kunde handla om ointresse eller obehag i allmänhet från personalens sida. Ussher m fl (2013) fann också att patienterna rapporterade att deras behov och bekymmer marginaliserades och att deras sexualitet ignorerades på grund av ålder (a a). Flera patienter gav uttryck för en känsla av att deras sexualitet ignorerades på grund av att de befann sig i ett samkönat förhållande eller inte alls var i ett förhållande (Cleary m fl, 2013; Ussher m fl, 2013).

En del av förklaringen till bristen på diskussion om sexualitetsrelaterade frågor låg hos patienterna själva (Hordern & Street, 2007; Lemieux m fl, 2004; Ussher m fl, 2012). I vissa fall hade patienterna medvetet valt att inte söka efter information. Antingen var det för svårt, eller ville de undvika det helt, eller också ansåg de att förändringarna i deras sexualitet och intimitet bara var en del av deras cancererfarenhet (Hordern & Street, 2007, Ussher m fl, 2012). Ålder och det faktum att patienten själv arbetade inom vården och förväntas veta och kunna själv, var några förklaringar (Ussher m fl, 2012). Andra förklaringar var att patienterna inte ville ställa krav på eller genera vårdpersonalen (Hordern & Street, 2007), samt en oförmåga att ta upp ämnet på grund av blyghet (Lemieux m fl, 2004).

## **DISKUSSION**

Diskussionsdelen är uppdelad i en metoddiskussion och en resultatdiskussion.

### **Metoddiskussion**

Metoden var en litteraturöversikt i syfte att skapa översikt över kunskapsläget inom området sexualitetsrelaterad information till cancerpatienter. Metoden bedömdes som lämplig både för att ta reda på vad som beforskats och med hänsyn till att litteraturöversikten gjordes som ett arbete på kandidatnivå. Fribergs (2012) beskrivning av genomförandet följdes för att få ett strukturerat arbetssätt.

#### *Litteratursökning*

En förutsättning för att kunna genomföra en litteraturöversikt är att det finns publicerad litteratur inom det valda problemområdet (Friberg, 2012). Det första som gjordes när intresset för ämnet uppstod var en inledande litteratursökning för att se om området var väl beforskat och om en litteraturöversikt var möjlig att genomföra. Området var studerat, men de inledande sökningarna gav få träffar.



Därför togs beslut om att inte göra några avgränsningar alls avseende cancerform eller ålder under litteratursökningarna i databaserna. På så vis minskade risken för att gå miste om relevanta träffar. Litteratursökningen resulterade trots frånvaro av avgränsningar endast i tio användbara artiklar. Beslutet att avstå från avgränsningar innebar att behoven hos patienter med olika former av cancer studerades och jämfördes, men studiernas resultat pekade trots det i samma riktning även om individuella variationer förekom.

Litteratursökningar utfördes i databaserna CINAHL och PubMed vilka täcker ämnesområdena hälso- och vårdvetenskaper samt medicin. Databasernas ämnesområden ansågs relevanta för syftet. Enligt Friberg (2012) är ingen databas heltäckande och för att undvika ett snedvidet urval är det viktigt att söka litteratur från flera olika källor (Willman, 2011). Således går det inte att utesluta att sökningar i fler databaser hade kunnat leda till att flera artiklar påträffats. Bedömningen gjordes att de två valda databaserna tillsammans borde täcka ämnesområdet, och dessutom var denna avgränsning nödvändig för att hålla tidsplanen. Bristande erfarenhet av sökstrategier och söktekniker kan ha påverkat resultatet.

När det gäller söktekniken visade sig sökoperatorerna OR och AND vara värdefulla verktyg för att bestämma vilket samband de utvalda sökorden skulle ha till varandra. Med hjälp av sökoperatören OR breddades en sökning för att få träffar på endera det ena sökordet, eller det andra. Resultatet av en sådan sökning blev träffar på alla dokument som innehöll antingen det ena eller det andra sökordet, eller båda två. Med hjälp av sökoperatören AND ökade träffsäkerheten i en sökning genom att koppla ihop två sökord. Resultatet av en sådan sökning blev träffar på alla dokument som innehöll båda sökorden tillsammans, inte var för sig. På det viset begränsades sökningarna och eventuella dubletter rensades bort.

Sökordet information förekom inte som ämnesord i någon av databaserna. I ämnesordlistan i CINAHL föreslogs ämnesordet information needs som tillsammans med cancerpatients och sexuality resulterade i flera användbara artiklar. I PubMed var ämnesordet och MeSH termen communication det mest logiska valet. I obeforskade områden där ämnesord saknas lämpar sig fritext bättre. En sökning med fritexten ”information” hade därför kanske varit logisk. Det är likaså möjligt att lämpliga sökord missades eller att samlingen av sökord hade kunnat byggas ut med synonyma termer.

Under manuell sökning påträffades, som tidigare nämnts, två användbara träffar som inte förekommit i någon tidigare sökning (Lemieux m fl, 2004; Stead m fl, 2003). Med tanke på artiklarnas innehåll och nyckelord, det vill säga cancer, sexuality och communication, förefaller det konstigt att ingen av artiklarna påträffades under litteratursökningarna i databaserna. Det faktum att båda artiklarna är publicerade i erkända tidskrifter indikerar god kvalitet och överensstämmer med kvalitetsbedömningen i denna litteraturöversikt.

Något som inte framgår av tabell 1 är att flera artiklar påträffades i mer än en sökning, vilket tyder på mättnad.

### *Urval*

Kritik har riktats mot litteraturöversikter eftersom de grundar sig på en begränsad mängd forskning (Friberg, 2012). Det finns också risk för att det görs ett selektivt

urval av studier som stödjer forskarens egen ståndpunkt. Då gäller det att ha ett kritiskt förhållningssätt i urvalet av forskningsartiklar, vid läsningen av dessa samt i själva skrivprocessen (a a). I urvalet av tio artiklar till denna översikt finns en risk för att författarna gjort ett omedvetet selektivt urval på grund av okunskap eller ett okritiskt förhållningssätt. Dessutom skulle det kunna vara så att någon relevant artikel valdes bort på grund av att titeln vid en första anblick inte ansågs som relevant eller intressant. Detta kan ha resulterat i att relevanta artiklar förbisetts. Detsamma gäller vid läsningen av abstrakts. Friberg (2012) skriver att det handlar om att inte låsa sig så att endast vissa aspekter syns, att inte bestämma sig för fort och att göra läsningen med ett kritiskt öga på vad man egentligen är ute efter.

När Lemieux m fl (2004) utforskade vad sexualitet betydde för palliativa patienter och hur deras sjukdom hade påverkat deras sexualitet närvarade och deltog partners i diskussioner i tre av intervjuerna. Data som ligger till grund för denna litteraturöversikts resultat härrör från patienterna och har därmed inte påverkat resultatet.

Cancer är en av dagens stora globala folksjukdomar och urvalet av de tio artiklarna representerar studier som är genomförda i Australien, Finland, Irland, Kanada, Storbritannien, Sverige och USA och kan ses som en styrka. Det resultat som presenteras i denna litteraturöversikt baseras på forskning publicerad mellan 1999 och 2013 och representerar västvärlden.

### *Artikelgranskning*

Kvalitetskrav ska ställas på de texter som väljs för analys i samband med forskning (Friberg, 2012). En granskning av de valda texternas kvalitet är nödvändig, annars blir det oklart vad analysen grundas på. Med hjälp av en noggrann granskning ges information om en mängd aspekter som är viktiga att hålla uppsikt över. När granskningen är genomförd, förstår man bättre vad en enskild artikel handlar om och kan ta ställning till om texten passar syftet och om kvaliteten är tillräckligt god (a a). För att granska artiklarnas kvalitet i denna översikt användes Willmans m fl (2011) granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning, ett för kvantitativa och ett för kvalitativa studier, därför att ett trovärdigt systematiskt tillvägagångssätt underlättar tolkningen och sammanställningen av bevisen på ett konsekvent och opartiskt sätt (a a). Granskningen utfördes först enskilt för att öka resultatets trovärdighet. Den får större tyngd om den utförs av minst två oberoende granskare som sammanför sina tolkningar (a a). Det strukturerade arbetssättet och det kritiska tänkandet tränades under detta moment men det var en svår uppgift och författarna har funderat mycket över om de har gjort en korrekt kvalitetsgradering genom att över- eller undervärdera någon aspekt. Enligt Willman m fl (2011) kan artiklarna poängsättas under artikelgranskningen. I denna studie poängsattes inte artiklarna. En möjlig fördel med poängsättning är att kvalitetsbrister pekats ut men risken för att vissa faktorer under- eller övervärderas kvarstår eftersom inte alla frågor väger lika (a a).

### *Analys*

Både kvantitativa och kvalitativa artiklar analyserades. I en litteraturöversikt görs ingen avgränsning till val av antingen kvantitativa eller kvalitativa artiklar (Friberg, 2012). Sannolikt ger kombinationen en lyckad förening av bägge ansatsernas fördelar. Det var egentligen inte en svårighet att identifiera likheter

och skillnader mellan de kvantitativa och de kvalitativa studiernas resultat, däremot var det svårare att göra en exakt jämförelse och sammanställning av kvalitativa respektive kvantitativa fynd eftersom det handlar om fokus på ord respektive siffror, enligt Friberg (2012).

Studiedata översattes från engelska till svenska för att underlätta arbetet med att identifiera, organisera och jämföra likheter respektive olikheter. De valda artiklarna lästes flera gånger under analysens gång för att säkerställa att allt väsentligt hade uppfattats och för att säkerställa att översättningarna var korrekta och rimliga i förhållande till kontexten för att uppnå ett trovärdigt resultat. Det finns trots detta en risk för att studiedata har misstolkats eller ändrat innebörd på grund av översättningen vilket kan påverka resultatets tillförlitlighet.

När studiedata sammanställdes uppstod ganska snabbt fyra tydliga teman som besvarade syftet. Under sammanställningens gång påträffades likartat innehåll i flera artiklar som först förbisågs då det inte klart besvarade syftet men som trots detta anses ha relevans för att förstå det studerade fenomenet. Friberg (2012) säger att det är lätt att hamna på sidospår då man läser något som verkar intressant, men inte riktigt handlar om det man söker. Detta likartade innehåll sammanfördes i ett femte tema: Hinder för att få sina behov av sexualitetsrelaterad information tillgodosedda.

## **Resultatdiskussion**

Litteraturöversikten syftade till att belysa cancerpatienters behov av sexualitetsrelaterad information och resulterade i fem teman: Samtal och information om sjukdomens påverkan och eventuella behandlingseffekter på sexuallivet, Lämplig tidpunkt att ge sexualitetsrelaterad information, Lämplig person att ge sexualitetsrelaterad information, Former för hur sexualitetsrelaterad information ska ges samt Hinder för att cancerpatienter ska få sina behov av sexualitetsrelaterad information tillgodosedda. Nedan diskuteras delar av detta resultat.

Resultatet av denna litteraturöversikt visade att cancerpatienter tyckte att samtal och information om sexualitet var viktigt och att de önskade sådan information. Det faktum att cancerpatienter önskar information om sexualitet styrks av Park m fl (2009), Katz (2005), Rasmusson & Thomé (2008) samt Tessler-Lindau m fl (2011).

Patienterna var samstämmiga i att de tyckte att vårdpersonalen skulle ta initiativ till diskussioner om sexualitet men hade skilda åsikter om hur information ska ges. Åsikterna varierade från en förväntan om att få individualiserad patientcentrerad information om sexualitet till att inte vilja få någon information alls. Enligt svensk lagstiftning åligger det vårdpersonal att ”ge individuellt anpassad information om patientens hälsotillstånd samt så långt som möjligt utforma och genomföra vården i samråd med patienten” (2 § HSL, 1982:773; 6 § Patientsäkerhetslagen, 2010:659).

Det framkom hur viktigt det var med ett partnerskap mellan patienten och vårdgivaren. I dag vill patienter inte bara vara väl omhändertagna av vårdpersonal utan också betraktas som en samarbetspartner. Det betyder att patienten ska behandlas som ett subjekt och samarbetet förutsätter att patienten får kunskap om

cancer och cancerbehandling för att kunna delta i beslut runt sin vård och behandling (Bolund, 2008).

Det faktum att patienterna har olika förutsättningar för samtal och vitt skilda åsikter om hur information ska ges innebär att sjukvården har en stor utmaning. God kommunikation har många positiva effekter på patientens anpassning till cancer och dess behandling, medan bristfällig kommunikation får negativa konsekvenser för både vårdpersonal och patienter (Fallowfield & Jenkins, 1999).

De bakomliggande skälen till bristfällig kommunikation är inte okomplicerade då de innefattar både patienternas och vårdpersonalens personligheter och attityder tillsammans med de svårigheter som vårdsystemet självt skapar (Fallowfield & Jenkins, 1999). När patienter och allmänheten framför klagomål på sjukvården handlar det ofta om bristande information, vilket innebär att sjukvården undervärderat och kanske missbedömt informationsbehovet (Bolund, 2008).

Bristen på adekvat information kan leda till ett generellt missnöje med vården (Fallowfield & Jenkins, 1999) och det finns skäl att anta att vårdpersonalens otillräckliga färdigheter i att kommunicera är en förklaring till bristande information. Patienters klagomål om att sjukvården brister i sin information borde vara ett gott skäl för bättre utbildningsinsatser i kommunikationsfärdigheter för vårdpersonal i allmänhet och för vårdpersonal i cancervård i synnerhet.

Tidpunkten för att diskutera sexualitet var betydelsefull och varierade alltifrån diagnostillfället till tiden efter avslutad behandling och skulle ges på patienternas premisser. Resultatet visade i likhet med Rasmusson & Thomés (2008) studie, att vissa individer ansåg att sex var en fråga att ta upp när andra aspekter av cancerbehandling och återhämtning var överstökad. I bakgrunden beskrevs att patienter som får tidig information får färre sexualitetsrelaterade problem, än om informationen ges när problem uppkommit (Carlsson, 2007) och som redan omnämnts, skriver Fallowfield & Jenkins (1999) men även Börjesson & Johansson (2008) om kommunikationens positiva effekter på patientens anpassning till cancer och dess behandling. I de fall en patient uttrycker att denne vill avvakta med att ta emot sexualitetsrelaterad information, kanske det ändå är viktigt att vårdpersonalen påpekar nyttan med tidig information för patienten, och ber denne ta upp ämnet när hon eller han är redo.

Ibland upplevde patienterna att bristen på information berodde på vårdpersonalen, och några patienter ansåg att vårdpersonalens medicinska fokus hindrade dem från att se deras egentliga problem. Samma problem framkom i en studie av Tessler-Lindau m fl (2011). Det finns risk för att vården är så inriktad på bot och symtomlindring att den sexuella funktionen ignoreras och att patienter inte erhåller en holistisk vård som fokuserar på alla aspekter av den mänskliga funktionen (Katz, 2005). Fallowfield & Jenkins (1999) skriver att god kommunikation inte bara handlar om goda kommunikationsfärdigheter utan även om en medvetenhet om möjliga hinder för effektiv kommunikation.

Flera patienter gav också uttryck för en känsla av att deras sexualitet ignorerades av vårdpersonalen på grund av att patienterna befann sig i ett samkönat förhållande eller inte alls var i ett förhållande. Sexuella behov finns oavsett ålder och oberoende av relationsstatus (Johnson & Klein, 1994). Aktuell forskning visar att det tycks mer sannolikt att patienter som befinner sig i en relation har behov av stöd och vård i sexuella frågor (Schmid-Büchi m fl, 2013).

Vidare framkom att patienterna upplevde att vårdpersonalens ointresse eller obehag utgjorde hinder för tillgång till information. Flera studier bekräftar att vårdpersonalen faktiskt undviker samtal om sexualitet med patienterna (Hautamäki m fl, 2007; Katz, 2005; Olsson m fl, 2012; Park m fl, 2009; Tessler-Lindau m fl, 2011) och att patienter överhuvudtaget inte får någon sexualitetsrelaterad information alls (Katz, 2005; Tessler-Lindau m fl, 2011). I flera av studierna som ligger till grund för denna litteraturöversikt framkom också att många patienter rapporterade frånvaro av kommunikation kring sexualitetsrelaterade frågor (Cleary m fl, 2013; Lemieux m fl, 2004; Stead m fl, 2003; Ussher m fl, 2012; Wilmoth m fl, 2011). Ökad kunskap om cancer och cancerbehandlingens påverkan på sexualiteten samt en medvetenhet om att patienter har tankar kring sexualitet i kombination med kännedom om samtalsmetoder kan förbättra omhändertagandet av patienten (Bergmark, 2007).

## **KONKLUSION**

Denna litteraturöversikt visade att cancerpatienter önskade sexualitetsrelaterad information och ville att vårdpersonal tog initiativ till diskussioner om sexualitet. Åsikterna gick isär om hur sexualitetsrelaterad information skulle ges. Detta ställer krav på oss som vårdpersonal att hitta alternativ till de traditionella muntliga och skriftliga sätten att möta patienternas individuella behov. Kanske har vi, som vårdpersonal, upphöjt vår betydelse som informanter för att förmedla sexualitetsrelaterad information. I motsats till vad som förväntades, visade resultatet att många patienter faktiskt föredrog skriftlig information, och att några helst avstod helt från att få information.

Sjukvården har en viktig roll i att informera cancerpatienter om vad de kan förvänta sig och vad som är tillåtet när sjukdomen och behandlingen påverkar deras sexualitet. Patienterna vill veta, så vi måste våga fråga och informera istället för att ta avstånd från detta viktiga ämne.

### **Framtida värde**

Det här var en begränsad undersökning, men resultatet har lett till en större kunskap om cancerpatienters behov av sexualitetsrelaterad information. Denna erfarenhet kommer att kunna omsättas i praktiken i det dagliga arbetet eller i framtiden till grund för en empirisk studie på magisternivå.

## REFERENSER

- Bergmark K, (2007) *Sexualitet och cancer*. I: Carlsson M (Red) *Psykosocial cancervård*. Danmark, Studentlitteratur, s 173-196
- Bolund C, (2008) *Etik i cancersjukvården*. I: Ringborg U, Dalianis T, Henriksson R, (Red) *Onkologi* (Andra upplagan). Stockholm. Liber, s 609-620
- Bolund C, Brandberg Y, (2008) *Psykosocial onkologi*. I: Ringborg U, Dalianis T, Henriksson R, (Red) *Onkologi* (Andra upplagan). Stockholm. Liber, s 586-597
- Borg T, (2003) *Sexualitet*. Reitan-M, Schölberg T (Red) *Onkologisk omvårdnad*. Stockholm. Liber, s 81-87
- Börjesson S, Johansson B, (2008) *Onkologisk omvårdnad*. I: Ringborg U, Dalianis T, Henriksson R, (Red) *Onkologi* (Andra upplagan). Stockholm. Liber, s 586-597
- Cleary V, Hegarty J, McCarthy G, (2013) How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12 (1), 32-37
- Ekwall E, Ternestedt B-M, Sorbe B, (2003) Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30 (2), 313-319
- Fallowfield L, Jenkins V, (1999) Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35, 1592-1597
- Fox S, Collins M, Haney L, Qualitza B, (1999) Male genitourinary cancer sexuality questionnaire. *Urologic Nursing*, 19 (2), 101-107
- Friberg, F (Red) (2012) *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund, Studentlitteratur
- Gustavson-Kadaka E, Ringborg U, (2008) *Historik och utveckling*. I: Ringborg U, Dalianis T, Henriksson R, (Red) *Onkologi* (Andra upplagan). Stockholm. Liber, s 11-16
- Hansson J, Henriksson R, Peterson C, (2008) *Cytostatika och cytostatikabehandling*. I: Ringborg, U, Dalianis, T, Henriksson, R, (Red) *Onkologi* (Andra upplagan). Stockholm. Liber, s 184-217
- Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Aalto P, Lehto J, (2007) Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing*, 30 (5), 399-404
- Hautamäki-Lamminen K, Lipiäinen L, Beaver K, Lehto J, Kellokumpu-Lehtinen P-K, (2013) Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 9-15
- Hordern A, Street A, (2007) Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer. *Cancer Nursing*, 30 (6), 11-17

Hulter, B (2008) *Onkosexologi – biopsykosocial rehabilitering*. I: Ringborg U, Dalianis T, Henriksson R, (Red) *Onkologi* (Andra upplagan). Stockholm. Liber, s 598-607

Hulter B, (2010) *Onkosexologi – maligna sjukdomar och sexuella problem*. Lundberg P-O, Löfgren-Mårtenson L, (Red) *Sexologi* (Tredje upplagan). Stockholm, Liber AB, s 354-360

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Johnson J, Klein L, (1994) *Leva med cancer*. Lund. Studentlitteratur

Katz A, (2005) The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (1), 238-241

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

McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, Lebel S, (2012) Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33 (3), 135-142

Nordenskjöld B, (2008) *Endokrin behandling*. I: Ringborg U, Dalianis T, Henriksson R, (Red) *Onkologi* (Andra upplagan). Stockholm. Liber, s 218-225

Olsson C, Berglund A-L, Larsson M, Athlin E, (2012) Patient´s sexuality - A neglected area of cancer nursing. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 426-431

Park E, R, Norris R, L, Bober S, L, (2009) Sexual health communication during cancer care. *The Cancer Journal*, 15 (1), 74-77

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Rasmusson E-M, (2011) *Påverkan på sexuell hälsa hos cancerpatienter*. I: Hellbom M, Thomé, B, (Red) *Perspektiv på onkologisk vård*. Lund, Studentlitteratur, s 201-216

Rasmusson E-M, Thome B, (2008) Women´s wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality and Disability*, 26, 207-218

Reitan A-M, (2003) *Aspekter av cancervård*. I: Reitan A-M, Schölberg, T, (Red) *Onkologisk omvårdnad*. Stockholm. Liber, s 15-25

Schmid-Büchi S, Halfens R, J, G, Müller M, Dassen T, Van den Borne, B, (2013) Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 22-29

Sjödahl R, (2008) *Principer för kirurgisk behandling*. I: Ringborg, U, Dalianis, T, Henriksson, R, (Red) *Onkologi* (Andra upplagan). Stockholm. Liber, s 154-161

Socialstyrelsen, (2012) Cancer Incidence in Sweden 2011- Cancerförekomst i Sverige 2011.  
><http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18919/2012-12-19.pdf>< (2013-05-01)

Socialstyrelsen, (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.  
> [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)< (2013-05-01)

Stead M, L, Brown J, M, Fallowfield L, Selby P, (2003) Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88, 666-671

Tessler-Lindau S, Surawska H, Paice J, Baron S, R, (2011) Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers. *Psycho-Oncology*, 20, 179-185

Ussher J, M, Perz J, Gilbert E, (2012) Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 327-337

Westgren N, (2010) *Fysiska funktionsnedsättningar och sexualitet*. Lundberg P-O, Löfgren-Mårtenson L, (Red) *Sexologi* (Tredje upplagan). Stockholm, Liber AB, s 361-367

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C, (2011) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur

Wilmoth M, C, Hatmaker-Flanigan E, LaLoggia V, Nixon T, (2011) Ovarian cancer survivors: qualitative analysis of the symptom of sexuality. *Oncology Nursing Forum*, 38 (6), 699-708

Zackrisson B, Turesson I, (2008) *Strålbehandling*. I: Ringborg U, Dalianis T, Henriksson R, (Red) *Onkologi* (Andra upplagan). Stockholm. Liber, s 162-183



# **BILAGOR**

Bilaga 1: Artikelmatris

<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Cleary V m fl 2013, Irland	How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality	Att undersöka effekterna av gynekologisk cancer på sexualiteten ur patientens perspektiv	Kvalitativ deskriptiv intervjudesign där data analyserades med innehållsanalys	8 Kvinnor diagnostiserade med gynekologisk cancer 25-68 år	Patienterna underströk behovet av att vårdpersonal gav muntlig och skriftlig information samt stöd i sexuella frågor. Denna information skulle vara till mest nytta om den gavs under behandlingsperioden och inte i direkt anslutning till diagnosen.	Hög
Ekwall E m fl 2003, Sverige	Important aspects of health care for women with gynaecologic cancer	Att beskriva vad kvinnor diagnostiserade med primär gynekologisk cancer rapporterade vara viktigt under deras möte med hälso- och sjukvården	Kvalitativa semistrukturerade intervjuer där data analyserades med innehållsanalys	14 Kvinnor diagnostiserade med primär gynekologisk cancer 33-80 år Bortfall: 3 Inklusionskriterier: Erhållen strål- eller cytostatika-behandling Exklusionskriterier: Tidigare cancerdiagnos Oförmåga att tala svenska	Tre delvis överlappande kategorier; Optimal vård, god kommunikation samt självbild och sexualitet var av central betydelse i kvaliteten av vården. God kommunikation och stöd var av central betydelse för att upprätthålla en så positiv självbild som möjligt.	Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Fox S et al 1999, USA	Male genitourinary cancer sexuality questionnaire	Att beskriva sexualitetsrelaterade informationsbehov som identifierades av patienten samt med vilken metod och under vilka former de föredrog att ta emot informationen	En prospektiv deskriptiv enkätstudie där deskriptiv statistik användes för att analysera data	100 Män 19-83 år Bortfall: 1 Inklusionskriterier: Urogenital cancer ≥ 18 år Förmåga att läsa och skriva engelska Exkl.kriterier: Närvaro av ett betydande psykiskt handikapp	Patienterna identifierade vilken sexualitetsrelaterad information de hade intresse av, när under sjukdomstiden som sådan information var till störst nytta, med vem de föredrog att diskutera sexualitetsrelaterad information med samt hur de föredrog att få denna information.	Hög
Hautamäki- Lamminen K m fl, 2013, Finland	Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues	Att identifiera cancerpatienter som kan ha ett större behov av sexualitetsrelaterad information. 3 frågeställningar: 1 Finns det en relation mellan sociodemografiska faktorer, cancertyp och behandling och vikten av sexualitetsrelaterad information? 2 Är sexualitetsrelaterad information viktigare för patienter som har upplevt en påverkan på sexualiteten till följd av cancer? 3 Har upplevda förändringar i förhållandet betydelse för vikten av sexualitetsrelaterad information?	Tvärsnittsstudie med validerade enkäter där statistisk analys användes för att anslysera data	505 Män: 197 Kvinnor: 291 18-83 år Bortfall: 328 Inklusionskriterier: Cancer ≥ 18 år Förmåga att kunna fylla i enkäten självständigt	Patienter som upplevde funktionella problem eller andra negativa effekter på sexualiteten till följd av cancer och/eller behandling ansåg att sexualitetsrelaterad information var viktigare än patienter utan negativa effekter på sexualiteten. Patienter som upplevde försämringar i relationen till följd av cancer hade ett större informationsbehov än patienter som upplevde stärkta relationer eller inga förändringar i relationen alls.	Hög

<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Hordern A & Street A 2007, Australien	Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer	Att undersöka frågor om intimitet och sexualitet ur patienters perspektiv i cancervård och palliativ vård	Semistrukturerade intervjuer som en del av en tre-steps reflexiv studie. Intervjudata undersöktes systematiskt och jämfördes med resultaten från en textanalys av nationella och internationella kliniska riktlinjer.	50 Kvinnor och män som varit med om en cancerdiagnos 22-85 år	Majoriteten av patienterna förväntade sig individualiserad och patientcentrerad kommunikation med vårdpersonalen vid en tidpunkt och på ett sätt som passade deras individuella behov. Många patienter var besvikna på bristen av information, stöd och praktiska råd.	Hög
Lemieux L m fl 2004, Canada	Sexuality in palliative care: patient perspectives	Att utforska vad sexualitet betyder för palliativa patienter och hur deras sjukdom har påverkat deras sexualitet samt huruvida de hade upplevt institutionella och personliga hinder i att uttrycka sin sexualitet eller inte och slutligen huruvida de önskade diskutera sin sexualitet med sin vårdgivare	Intervjuer där data analyserades med en fördjupande/ kristalliserande metod	10 Män och kvinnor 44-81 år Inklusionskriterier: Cancer Kunnig i engelska Möjlighet att orka med en 30 minuters intervju I en nuvarande relation med en partner Exklusionskriterier: Förväntad överlevnad på minst en till två veckor Delirium	Vårdpersonal ansågs som lämpliga vårdgivare att ta upp diskussioner kring sexualitet. Brist på sekretess, delade rum, personalens intrång och enkelsängar utgjorde hinder för att uttrycka sin sexualitet.	Hög

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
McCallum M m fl, 2012, Canada	Sexual health and gynaecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services	Att beskriva sexuell hälsa, definierad av kvinnor behandlade för gynekologisk cancer, öka förståelsen för vilken typ av tjänster denna patientgrupp önskar samt att identifiera möjliga hinder för medverkan i olika interventioner med fokus på sexualitet	Kvalitativ deskriptiv design med semi-strukturerade intervjuer där data analyserades med en induktiv analytisk tolkning	15 Kvinnor 26-71 år Inklusionskriterier: Gynekologisk cancer ≥ 18 år Kunna tala engelska eller franska flytande	Flera patienter hade behov av mer strukturerade informationstjänster där de fick möjlighet att ställa frågor och erbjudas lämplig service. Några nöjde sig med skriftligt material och andra efterlyste enskilda möten med vårdpersonal.	Hög
Stead ML m fl, 2003, Storbritannien	Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues	Att identifiera nivån av information som för närvarande tillhandahålls, vårdpersonalens åsikter om sexuella frågor, och eventuella utbildningsbehov hos den medicinska personalen. Kvinnornas attityder och erfarenhet av att tillhandahålla information i sexuella frågor undersöktes också.	Semistrukturerade intervjuer där data analyserades med hjälp av statistiska verktyg	15 Kvinnor med ovarialcancer 42-71 år Bortfall: 10 43 Vårdgivare 22-62 år Inklusionskriterier för kvinnor med ovarialcancer: Sexuellt aktiva eller inaktiva av skäl som möjligen berodde på cancersjukdomen	Kvinnorna ansåg att det fanns ett behov av att förbättra kommunikationen kring sexuella frågor och vårdpersonal skulle ta initiativ till sådana diskussioner. Det spelade ingen roll om det var en man eller kvinna. Kvinnorna ansåg också att skriftlig information skulle kunna hjälpa dem att förbereda sig.	Hög

<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Ussher JM et al 2013, Australien	Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer	Att utvärdera informationsbehov runt sexuellt välmående, erfarenheter av att få sådan information och erfarenheter av att samtala om sexualitet med vårdpersonal, efter bröstcancer	Mixad metod, huvudsakligen kvantitativ med ett kvalitativt element i form av slutna och öppna svarsalternativ i en nätbaserad enkätundersökning	1965 Kvinnor Män 18-84 år Bortfall: 245 Inklusionskriterier: ≥ 18 år Bröstcancer, aktuell eller tidigare	85 % procent av deltagarna rapporterade förändringar i sexuellt välmående efter bröstcancer och 68 % av patienterna önskade information om dessa förändringar, primärt skriftligt. Information om fysiska förändringar, sexuell respons, relationsfrågor, psykosociala konsekvenser och kroppsuppfattning eller identitet var viktigt.	Hög
Wilmoth MC et al, 2011, USA	Ovarian cancer survivors: Qualitative analysis of the symptom of sexuality	Att skapa bättre förståelse för förändringar i sexualiteten som orsakats av behandling sett ur patientens perspektiv och att lära sig hur kvinnor hanterar dessa förändringar i sexualiteten, och att identifiera vilken information de vill ha från sjuksköterskor om dessa symtom	Kvalitativ deskriptivdesign med enskilda intervjuer samt intervjuer i grupp där data analyserades med innehållsanalys	13 Kvinnor med ovarialcancer 33-75 år Bortfall: 5	Oavsett ålder, rapporterade kvinnorna att cancerbehandling hade haft en skadlig inverkan på deras sexualitet och att förändringarna fick dem att inte längre känna sig hela. Mekaniska förändringar orsakade av kirurgi i kombination med hormonella förändringar förvärrade symtomen. Fysiologiska, psykologiska och sociala faktorer påverkade upplevelsen av dessa symtom.	Hög