



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Sex, är det vårt område?

Sjuksköterskans roll i att stödja kvinnor med bröstcancer vid sexuella problem under onkologisk behandling

Författare: Malin Steenhoff & Therése Widerberg

Handledare: Annette Holst-Hansson

Magisteruppsats

Våren 2019

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Sex, är det vårt område?

## Sjuksköterskans roll i att stödja kvinnor med bröstcancer vid sexuella problem under onkologisk behandling

Författare: Malin Steenhoff & Therése Widerberg

Handledare: Annette Holst-Hansson

Magisteruppsats

Våren 2019

### Abstrakt

Sex är ett mänskligt behov som många gånger prioriteras bort då rädsla för att kränka patientens integritet verkar hämmande för sjuksköterskan. Bröstcancerdrabbade kvinnor genomgår ibland behandlingar som kan påverka sexualiteten och det kan därför finnas behov av stöd från vårdpersonal. Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans roll i att stödja kvinnor med bröstcancer vid sexuella problem under onkologisk behandling med inspiration av Goffmans rollteori. Studien genomfördes med kvalitativa intervjuer av sjuksköterskor som vårdar bröstcancerdrabbade kvinnor. Resultatet visar att sjuksköterskans olika roller påverkas av den inre moraliska kompassen och av den sociala kontext, det vill säga den scen där mötet med patienten äger rum. Det framkom även att det fanns behov av mer kunskap samt av fler aktörer runt patienten då avsaknad av relevant kompetens påverkade huruvida ämnet berördes eller ej.

### Nyckelord

Sexualitet, Bröstcancer, Goffman, Sjuksköterskans roll

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	4
Problemområde .....	4
Bakgrund .....	4
Perspektiv och utgångspunkter .....	4
Bröstcancer och behandling .....	6
Sex .....	6
Orsaker till sexuella problem vid bröstcancer .....	7
Sjuksköterskans roll .....	7
Syfte .....	9
Metod .....	9
Urval .....	9
Instrument .....	10
Datainsamling .....	10
Analys av data .....	11
Forskningsetiska avvägningar .....	13
Resultat .....	13
Sjuksköterskans roll kring ett ämne av känslig karaktär .....	14
Skådespelet bakom kulissen .....	14
Agerandet på scenen .....	16
Scenens utformning och förutsättningar .....	18
Biroller i ensemblen .....	20
Diskussion .....	21
Metoddiskussion .....	21
Resultatdiskussion .....	24
Konklusion och implikationer .....	28
Referenser .....	28
Bilaga 1 .....	39
Bilaga 2 .....	41
Bilaga 3 .....	43
Bilaga 4 .....	44
Bilaga 5 .....	45
Bilaga 6 .....	46

# Introduktion

## Problemområde

Samtal kring sexuella problem inom vården är ett område som undviks av många sjuksköterskor då det uppfattas som ett känsligt ämne att tala om och man är rädd att patienten skall uppleva situationen obekvämt (Krebs, 2008). Flera sjuksköterskor känner att sexualitet inte ingår i deras ansvarsområde och tidsbrist och vårdmiljö är faktorer som försvårar samtal kring ämnet (Krebs, 2008; Saunamäki & Engström, 2012). Sexuell dysfunktion efter bröstcancer är ett välkänt men ofta otillräckligt hanterat problem av sjuksköterskor för bröstcancerdrabbade kvinnor (Vieria, Santos, dos Santos & Giami, 2014; Rasmusson, Plantin och Elmerstig, 2013). Flera bröstcancerdrabbade kvinnor känner att de saknar möjlighet att lyfta frågor kring sexuella problem med vårdpersonal (ibid.). Modern bröstcancerbehandling inleds ofta med kirurgi och många kvinnor får därefter cytostatikabehandling (RCC, 2018). Kirurgi vid bröstcancer kan bidra till att kvinnan känner sig stympad vilket kan leda till försämrade sexuella relationer (Yeo et al., 2004; Manganiello, Komura Hoga, Reberte, Miranda & Manganiello Rocha, 2011). Även cytostatikabehandling kan påverka sexualiteten då den kan ge olika biverkningar som illamående, förlust av hår och andra fysiska förändringar som kan inverka på kroppsbilden och ge påverkan både fysiskt och psykiskt (Male, Fergus & Cullen, 2016). Sjuksköterskor är ofta dåligt förberedda när det gäller att ge råd och stöd kring sexuella problem för kvinnor med bröstcancer och utbildning inom detta området för sjuksköterskor skulle kunna förändra attityden (Canzona et al., 2016). Studier visar att sexualitet anses som ett tabubelagt område och att sjuksköterskor har svårt att ta upp ämnet samt att patienter känner att frågor kring sexualitet inte lyfts fram. Det är därför meningsfullt att uppmärksamma om sjuksköterskor upplever svårigheter i att samtala kring sex för att kunna stödja bröstcancerdrabbade kvinnor vid sexuella problem.

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Vi har valt att använda oss av Goffmans socialpsykologiska perspektiv som utgår från ett dramaturgiskt perspektiv på samhället. Detta perspektiv liknar det mänskliga beteendet vid

sociala möten som en teaterföreställning på en scen. Goffman (2013) beskriver att varje social situation utgår från ett skådespel vare sig det är i hemmet eller på jobbet vilket beskrivs i boken *Jaget och maskerna*. Skådespelet består av en rad olika företeelser och för att aktören ska veta hur hen skall spela sin roll och vad som förväntas av hen, måste aktören skaffa så mycket information om den/de andra som möjligt. Individer som möts befinner sig i interaktion och individen själv blir en aktör medan de som bevittnar detta agerande blir medaktörer eller publik allt utifrån vilka roller de tilldelas. Beroende på vilket specifikt kontext individerna befinner sig i, eller vilken roll som spelas användes olika inramningar eller rekvisita (Goffman, 2013).

Ett framträdande innebär en situation när individer samspekar med varandra och vilka förväntningar som finns påverkar mötet. Om aktören som gör framträdandet känner sig säker i sin roll och lyckats förmedla detta bidrar det till att publiken eller medaktörer uppfattar framträdandet som trovärdigt. Ibland kan aktören behöva rekvisita och en given plats för att kunna genomföra framträdandet utifrån de förväntningar som finns. Om dessa förutsättningar saknas kan det leda till att aktören inte kan inträda den roll som önskas i situationen.

Goffman (2013) talar om begreppen främre och bakre regionen vilket beskriver hur människor agerar i mötet med varandra. Enligt denna rollteori beter sig människor olika beroende på vilken roll som spelas och i vilket socialt sammanhang man befinner sig i. Främre regionen innebär att aktören intar scenen och vill påverka publiken genom sitt framträdande. Goffman (2013) delar in den främre regionen i två delar; de instrumentella och de moraliska kraven. Moraliska krav kan medföra att en sjuksköterska i rollen som aktör kan vara rädd för att inkräkta på en patients integritet och de instrumentella kraven kan innebära förpliktelser som finns inom sjuksköterskeprofessionen. I den bakre regionen befinner sig individen i kulissen vilket innebär en plats där beteende som inte bör äga rum på scenen kan utövas. Här har aktören möjlighet att enskilt eller tillsammans med kollegor förbereda sig inför framträdandet. Samarbetet med kollegor eller andra aktörer benämns av Goffman (2013) som team. Medlemmarna i teamet strävar mot samma mål och denna samverkan syftar till att stärka varandra. Teammedlemmarnas uppgift är att stödja varandra på scenen och förberedelser inför framträdandet sker tillsammans i den bakre regionen (ibid.). Vi tänker att sjuksköterskan går in olika roller beroende på vilket socialt sammanhang hen befinner sig i. På arbetet har sjuksköterskan en professionell roll som samtidigt kan påverkas av vederbörandes privata värderingar. När sjuksköterskan beträder scenen i mötet med patienten

befinner sig hen i den främre regionen och resultatet av mötet beror på vilken roll sjuksköterskan väljer att spela.

## Bröstcancer och behandling

År 2016 drabbades 8923 kvinnor av bröstcancer i Sverige (Socialstyrelsen, 2018). Cancer är en sjukdom som funnits långt tillbaka i tiden (Hassan & Hassan, 2015) där bröstcancer är en av de vanligaste cancerformerna. Bröstcancer är ovanligt för kvinnor i 20-årsåldern men från 30-års åldern ökar antalet fall med stigande ålder. Cancerbehandlingar som ges är ofta multimodala och ger flera biverkningar som på olika sätt kan påverka individen (Hassan & Hassan, 2015). Behandlingsintentionen kan vara både kurativ och palliativ och målet med behandlingen kan förändras under behandlingstiden beroende av hur sjukdomen utvecklas under pågående behandling. Adjuvant behandling ges för att minska risken för återfall och kan innebära att cytostatika och/eller strålbehandling ges efter kurativt syftande kirurgi. Ibland ges även så kallad neoadjuvant behandling i syfte att minska tumören inför kommande botande kirurgisk operation. En adjuvant behandling innebär oftast fler och svårare biverkningar än vid palliativ behandling, men dessa kan lättare accepteras då behandlingstiden är begränsad och syftet är kurativt (Varre, 2016). Dock varierar graden av biverkningar från individ till individ och skillnaden kan vara stor i hur cytostatikabehandling påverkar individen (Browall et al., 2008; Lai, Ching & Wong, 2017; Lim, Devi & Ang, 2011; Zhang, Zhou, Feng, Xu & Zeng, 2018). Biverkningar från cytostatikabehandling kan vara minskad livskvalitet, ångest och oro, förändrade roller och relationer, förändrad kroppsbild men också fatigue, smärta, illamående och kräkningar (ibid.).

## Sex

Sex är ett fysiologiskt behov som innebär en drift vi bär med oss hela livet och som kan uttryckas på många olika sätt (Kenrick, Griskevicius, Neuberg & Schaller, 2010; Rasmusson, 2011). Sex är en drift och lust som är ofta positiv och handlar om att få ömhet och närhet (Rasmusson, 2011). Om kroppen utsätts för fysisk och psykisk stress kan sexualiteten lätt bli lidande (Borg, 2016).

Enligt WHO:s (2006) definition är sexuell hälsa:

...ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande i relation till sexualitet; det är inte bara avsaknaden av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver en

positiv och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer, samt möjligheten att ha angenäma och säkra sexuella upplevelser, utan tvång, diskriminering och våld. För att uppnå och upprätthålla sexuell hälsa måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas.

### Orsaker till sexuella problem vid bröstcancer

Bröst är ett viktigt organ vid sex då stimulans på bröstet leder till ökad upphetsning för många kvinnor (Rasmusson, 2011). Bröstcancer kan innebära förlust av bröst och hår som kan påverka kvinnans identitet och attraktionsförmåga (Klaeson, Sandell & Berterö, 2011; Rasmusson, 2011; Robertson et al., 2016). Behandling med antineoplastiska läkemedel (läkemedel som hämmar tumörväxt) kan påverka processer som hårförlust, induktion av klimakteriet, torrhet, fatigue, klåda, smärta och irritation vaginalt (Garcia et al., 2015). Mer än hälften av kvinnor som får cytostatika drabbas av torra slemhinnor i underlivet, en vanlig biverkning som kan leda till smärta vid samlag (Varre, 2016). Rädslan som finns inombords över att ha drabbats av cancer kan också leda till nedstämdhet och depression (ibid.) Sjukdomen skapar lidande och ger oro för prognos, biverkningar av behandling och hur sjukdomen kommer att påverka deras liv (Caldeira, Timmins, Carvalho & Viera, 2016; Campbell-Enns & Woodgate, 2017; Beattie, Arés & Bielajew, 2013; Segrin & Badger, 2014; Stinesen-Kollberg, Thorsteinsdottir, Wilderäng, & Steineck, 2013). Känslan av att känna sig obekvämt med att visa sin kropp samt att inte ha energi till sex kan påverka relationen (Farago-Magrini, Auba, Camargo, Laspra & Hontanilla, 2018). Kvinnor beskriver att det tar tid att läka och att relationen förändras när de drabbats av bröstcancer (Keesing, Rosenwax & McNamara, 2016). De fysiska och psykiska konsekvenserna som uppkommer relaterat till diagnosen och dess behandling leder till en pressad situation i förhållandet till partnern och därmed påverkades förhållandet negativt (ibid.).

### Sjuksköterskans roll

Specialistsjuksköterskan inom den onkologiska vården skall ha fördjupad kunskap om patientens individuella behov när det gäller information vid cancersjukdom och kunna bedöma när det finns behov av stöd och råd, kunna uppmärksamma tidiga och sena biverkningar som orsakats av behandling samt även genomföra preventiva och lindrande interventioner, ge god information och kommunicera med patient och närstående

(Sjuksköterskor i cancervård & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vidare ska specialistsjuksköterskan även själv kunna upptäcka sina kunskapsbrister och ansvara för att skaffa sig den kunskap som krävs (ibid.). I *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) rekommenderas att det finns kontaktsjuksköterskor på varje bröstmottagning och cancerklinik som kan ge individuell information och vård som är framställd i samråd med patienten. Specialistsjuksköterskan har till uppgift att förutom de egna uppgifterna samverka med personal samt andra instanser (Sjuksköterskor i cancervård & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Teamet har till uppgift att nå längre än individuella prestationer vilket har blivit ett viktigt verktyg i vården och för specialistsjuksköterskan. Teamet är ofta sammansatt av flera yrkesgrupper och fokus är att ge bästa möjliga vård för patienten (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2016). Kommunikation är en viktig del i omvårdnaden av patienten och ett ansvar sjuksköterskan har i mötet. Genom ökad kunskap inom kommunikation för sjuksköterskor leder det till att en mer individanpassad kommunikation för patienten kan tillämpas (Gilton, Sorin-Peters, Sidani, Rochon, Boscart & Fox, 2011). Stressig arbetsmiljö och tidsbrist kan påverka kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter (Norouzina, Aghabarari, Shiri, Karimi & Samami, 2015). McCabe (2014) anser att om sjukvården uppmuntrar och satsar på utbildning för sjuksköterskorna skulle detta kunna leda till en bättre och individanpassad kommunikation. Personal inom cancervården skall göra sitt yttersta för att ge patienterna förutsättningar att bibehålla sin sexuella funktion utifrån sina förutsättningar och önskning (Rasmusson, 2011). Råd, stöd samt sexualtekniska hjälpmedel kan underlätta samlivet, men det finns även läkemedel som kan understödja vid samlag (Varre, 2016). Det är viktigt att sjuksköterskan talar om de sexuella konsekvenser som kan uppkomma i och med sjukdom och behandling för att förbereda patienterna så att de känner sig bekväma att berätta om det uppstår problem (Rasmusson, 2011), vilket poängteras av patienter som saknat kompetens från sjukvården att ta upp ämnet samt att veta när man skall lyfta det (Rasmusson och Thomé, 2008). Trots att det finns föreskrifter och riktlinjer för specialistsjuksköterskans roll, visar forskning att frågor kring sexualitet ej tas upp av sjuksköterskor inom den onkologiska vården även om flera kvinnor drabbats av sexuell dysfunktion i samband med behandling (Olsson, Berglund, Larsson & Athlin, 2012; Usta & Gokcol, 2017; De Vocht, Hordern, Notter & Van de Wiel, 2011).



## **Syfte**

Syftet är att belysa sjuksköterskans roll i att stödja kvinnor med bröstcancer vid sexuella problem under onkologisk behandling.

## **Metod**

Studien genomfördes med kvalitativa intervjuer av sjuksköterskor som arbetar på strålenhet, kirurgisk mottagning och cytostatikamottagning för kvinnor som behandlas för bröstcancer. Kvalitativa intervjuer möjliggjorde för författarna att få inblick i sjuksköterskornas erfarenheter, tankar och känslor om en viss företeelse i enlighet med Patton (2002). Materialet analyserades med inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys sett utifrån Goffmans dramaturgiska perspektiv.

## **Urval**

Verksamhetschefer på tre utvalda onkologiska enheter i södra Sverige kontaktades för godkännande av studien som signerades på medgivandeblankett, se bilaga 1. Författarna valde enheter där ingen av författarna varit verksam inom sin yrkesprofession. Vid godkännande från verksamhetschef kontaktades därefter respektive enhetschef på aktuell enhet av någon av författarna. Enhetschefen, som fungerade som mellanhand, tilldelades ett informationsblad om studien för att efterhöra om det fanns intresse att delta bland sjuksköterskorna som uppfyllde inklusionskriterierna, se bilaga 2. Mellanhanden på vardera enhet meddelade författarna telefonledes och/eller via mail vilka som önskade delta i studien. De tilltänkta informanter fick muntlig information och ett informationsblad om studien, se bilaga 3, av författarna och undertecknade sedermera detta dokument när de godkände deltagande, se bilaga 4. Därefter kontaktade författarna varje informant personligen antingen via mail eller telefon för att avtala tid för intervju. Samtliga åtta tillfrågade informanter till studien valde att delta. Författarna valde informanter från tre olika verksamheter i södra Sverige för att få så brett urval som möjligt i studien då ett bredare urval ger ett rikare material för studien (Henricson & Billhult, 2012). Inklusionskriterie för att kunna delta i intervjun var att informanterna skulle ha arbetat som sjuksköterska inom enheten i minst ett år. Exklusionskriterie var om informanten hade någon form av relation till någon av författarna.

## **Instrument**

Författarna använde sig av en egenkonstruerad intervjuguide med öppna frågor som stöd vid intervjuerna, se bilaga 5. Intervjuguiden var framtagen efter att författarna fördjupat sig i vad vetenskaplig litteratur och artiklar kring ämnet påvisat samt inspirerad av Goffmans dramaturgiska teori (2013). För att skapa en förståelse kring sjuksköterskans privata roll, den bakre regionen, inleddes frågor kring detta område. Detta var nödvändigt för att synliggöra vilken roll sjuksköterskan väljer att använda i den främre regionen i mötet med patienten. Genom att ställa frågor kring hur sjuksköterskan känner och beskriva hur hen lyfter frågan om sex kan moraliska och instrumentella krav framträda. För att visa vilken betydelse kollegor och övrig sjukvårdspersonal har i sjuksköterskerollen gällande detta ämne skapades frågor för att få information kring teamets betydelse. Innan studien påbörjades genomfördes en pilotintervju. En pilotintervju utförs för att testa den tekniska utrustningen inför inspelning, för att pröva om intervjuguiden svarar mot studiens syfte samt för att som intervjuare öva på att komma in i rollen som intervjuare (Danielson, 2012). Båda författarna deltog under pilotintervjun varvid den ena intervjuade och den andra var observatör. Författarna var medvetna om att deras numerära överläge skulle kunna skapa ett maktförhållande där informanten kan känna sig i underläge. Pilotintervjun transkriberades och tillsammans med handledaren diskuterades för- och nackdelar med den genomförda pilotintervjun. Författarna lade själva till några frågeställningar som uppkommit efter reflektion vid transkribering, och intervjuguiden ansågs efter diskussion med handledaren klar i denna form. Även rollen som intervjuare diskuterades med handledaren för att få fram vilka följdfrågor som var lämpligast att ställa för att uppnå studiens syfte. Pilotintervjun inkluderades inte i studien.

## **Datainsamling**

Datainsamling genomfördes med kvalitativa intervjuer. I samråd med de deltagande sjuksköterskorna bestämdes var intervjun skulle genomföras. Intervjuerna genomfördes i en lokal fri från störningsmoment i nära anslutning till sjuksköterskans arbetsplats för att underlätta för hen då tidsaspekten var viktig (Danielson, 2012). För att upprätta en god relation med deltagaren vid intervjun var det viktigt att klargöra studiens syfte för deltagaren, att ställa öppna frågor, förbli neutral och inte dömande (Mischler, 1996; Yin, 2013) och dessa omständigheter beaktades av författarna vid intervjuernas genomförande. Vid flera intervjuare finns risken att deltagaren känner sig i underläge (Mischler, 1996) och därför valde författarna att genomföra intervjuerna enskilt.

Författarna intervjuade fyra personer vardera. Platsen för intervjun bestämdes av informanten i samråd med författaren som intervjuade. Författarna gav informanterna tid och utrymme att svara på intervjufrågorna för att skapa ett gott sampel och försökte vara lyhörda för kroppsspråk och röstläge (Danielsson, 2012). Intervjuerna spelades in med en mobiltelefon och intervjuerna varade mellan 38–68 minuter, medellängden var 49 minuter. Intervjuerna genomfördes under tre veckors tid under hösten 2018.

## **Analys av data**

Transkribering av intervjuerna genomfördes av den författare som genomfört respektive intervjun. Vid transkriberingen dokumenterades eventuella känslouttryck för att textmaterialet skulle ge en mer korrekt beskrivning av intervjuerna. En induktiv latent kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim & Lundman (2004) utfördes av det transkriberade materialet med inspiration från Goffmans rollteori (2013). En induktiv analys innebar att författarna utgick ifrån det insamlade textmaterialet och skapade studiens resultat (Olsson & Sörensen, 2011). Goffmans rollteori påvisar att hur människor väljer att handla i olika möten beror på tidigare erfarenheter och personlighetsdrag (Goffman, 2013). Att utröna mekanismen bakom sjuksköterskans agerande i mötet med patienten kan ge en förståelse kring vad som påverkar sjuksköterskan i sin yrkesroll när det gäller att stödja bröstcancerdrabbade kvinnor vid sexuella problem.

Nästa steg i analysen gjordes för att skapa en föreställning om textens helhet genom att textmaterialet genomlästes upprepade gånger individuellt av författarna. Med utgångspunkt i syftet och Goffmans perspektiv ställdes tio frågor till textmaterialet och därefter sammanställdes varje intervju i en matris utifrån frågeställningen, se bilaga 6. Första matrisen skapades gemensamt för att nå samstämmighet kring hur citaten skulle fördelas under respektive rubrik. Övriga matriser gjordes individuellt och därefter lästes samtliga matriser igenom av båda författarna för att nå samsyn kring textmaterialet.

Därefter fortsatte analysarbetet med inspiration av Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) kan resultera i både en manifest och latent analys som särskiljs genom tolkningens djup. En manifest analys innebär att beskriva

vad det står i texten medan en latent innehållsanalys frambringar den underliggande meningen med texten.

Citaten i varje matris innebar en meningsbärande enhet vilket är meningar eller uttryck som är kvarvarande i sitt sammanhang men som är väsentliga för frågeställningen. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan, vilket innebar att kärnan i innehållet bevaras samtidigt som texten förkortas (Graneheim och Lundman, 2004). Av de kondenserade meningsenheterna skapades koder, och genom dessa kunde materialet presenteras på ett nytt sätt, där en kod bör förstås i förhållande till sammanhanget. Koderna står för det manifesta innehållet i texten och dessa diskuterades av författarna. Därefter genomfördes en latent analys av materialet för att identifiera den underliggande meningen i texten enligt Graneheim och Lundman (2004). När konsensus nåtts kring vad som var det latent budskapet i texten konstruerades subtema och tema, se exempel tabell 1. Analysprocessen upprepades vid flera tillfällen i samspråk med handledare så att subtema och tema skulle svara på syftet och tydligt genomsyras av Goffmans perspektiv. Den latent analysen resulterade i två teman och sex subteman (se tabell 2).

Tabell 1

Meningsbärande enheter	Kondenserade enheter	Koder	Subtema	Tema
<i>“ Det tror jag inte någon av oss gör besitter den djupa kunskapen som en sexolog tex har..så det beror helt och hållet på vilken nivå de är på i det..och då kan jag snarare än att jag ska chanssa mig till något, ha nån halvdan bedömning..då ser jag hellre att jag skickar remissen till en sexolog så att de får ordentliga svar..och att de känner sig nöjda med det de har hört och att de får korrekta svar också..”(3).</i>	jag tror inte någon av oss besitter den djupa kunskapen som en sexolog tex har...  då ser jag hellre att jag skickar remiss till en sexolog	Behov av annan kompetens	Biroller i ensemblen	Sjuksköterskans roll kring ett ämne av känslig karaktär

## Forskningsetiska avvägningar

I enlighet med Helsingforsdeklarationens principer för forskning fick deltagarna lämna informerat samtycke till studien (WMA Declaration of Helsinki, 2013). Informationen gavs både muntligt och skriftligt om studien och dess syfte, deltagandet var frivilligt och deltagarna kunde när som avbryta sin medverkan (Glasdam, 2015). All data som insamlades till studien hanterades konfidentiellt enligt de etiska riktlinjerna och därmed sparades inga personuppgifter. Materialet förvarades under studiens gång inlåst och i enlighet med Kjellström (2012) hanterades materialet endast av författarna till studien för att ingen obehörig skulle kunna få tillgång till materialet. Efter godkänd examination kommer allt råmaterial att förstöras. Eftersom denna studie var på magisternivå gjordes ingen ansökan till forskningsetiska nämnden. Före genomförandet av studien inhämtades ett rådgivande yttrande från Vetenskapliga etiknämnden vid Lund Universitet som har diarienummer 41–18.

## Resultat

Informanterna bestod av två sjuksköterskor från en strålbehandlingsenhet, tre sjuksköterskor från en cytostatikamottagning samt tre bröstsjuksköterskor från en kirurgisk mottagning då kvinnor med bröstcancer behandlas och vårdas vid dessa enheter. Den yngsta informanten var 32 år och den äldsta var 53 år. Informanterna hade arbetat mellan 5 till 22 år som sjuksköterskor och samtliga informanter var kvinnor. Analysen resulterade i nedanstående teman och subteman (Tabell 2).

Tabell 2

Subtema	Tema
Skådespelet bakom kulissen	Sjuksköterskans roll kring ett ämne av känslig karaktär
Agerandet på scenen	
Scenens utformning och förutsättningar	
Biroller i ensemblen	

## Sjuksköterskans roll kring ett ämne av känslig karaktär

### *Skådespelet bakom kulissen*

Respekten för patientens integritet bidrog till att sjuksköterskor valde att inte samtala kring sexuella problem. Samtidigt kände sjuksköterskorna att de borde ta upp ämnet mer då de önskade ha en mer stödjande roll till patienten. När sjuksköterskorna befann sig bakom scenen, i den bakre regionen, hade de tankar kring att ett lämpligt tillfälle att samtala med patienten om sex var ifall patienten berättade om relationsproblem.

*“Nej men man vill inte fråga kvinnan varför eller så men man tycker ju att det är konstigt. Där kanske man skulle spunnit vidare...är det något? där hade man tillfälle att fråga kring” (4).*

Sex och närhet är en naturlig del av livet, enligt sjuksköterskorna, och de uttryckte också att när en kvinna drabbas av bröstcancer påverkas patientens relation med sin partner i olika omfattning. Det fanns en medvetenhet kring det moraliska och instrumentella kravet som sjuksköterskerollen innehåller gällande att samtala kring sexualitet med patienter. Denna medvetenhet, att inte utföra det som de vet åligger sjuksköterskan, kunde skapa en inre stress.

*“så då har man ju fått den här tankeställaren att det här måste vi ju bli bättre på och vi har ju pratat om det med att vi måste bli bättre på att ta upp den frågan (8)”.*

Känslan av osäkerhet bidrog dock till att sjuksköterskan intog en mer undvikande roll så att samtal kring sex inte diskuterades. Sjuksköterskan inträdde i sin yrkesroll med personliga värderingar till grund som visade sig olika mycket beroende på vem som var publik. För att öka rollens trovärdighet var det viktigt att sjuksköterskan underlät att visa sina attityder. Sjuksköterskorna var alltså medvetna om sina egna fördomar men paradoxalt nog låg dessa ändå till grund för hur de agerade när framträdandet ägde rum.

*“..man kan bara tänka utifrån sig själv att man hade nog inte känt samma behov i det faktiskt...för det hade nog kommit rätt långt ner för man hade känt att det är inte så viktigt just nu.... “(3)*

Sjuksköterskorna hade olika uppfattningar kring vilka förväntningar kvinnorna har på sjukvården avseende att samtala kring sexuella problem. Några sjuksköterskorna trodde inte att kvinnorna hade några förväntningar på sjukvården och fick därmed bekräftelse på att det var acceptabelt att ha en passivare roll.

*“jag tror inte att de har några förväntningar på det...och det är ju också därför att kanske många inte hör av sig om det både för att de inte tror att det finns hjälp att vi inte kan ge det och för att de kanske känner sig genanta” (8).*

Sjuksköterskornas uppfattning var att samtal kring sexualitet kan leda till en pinsam situation för patienten. Det fanns en ökad trygghet i att prata kring sexualitet om patienten själv tog upp ämnet för då kände sig sjuksköterskan sig mer bekväm att inta scenen och framträda. Om frågor eller tankar kring sexualitet inte uppkom uppfattades det som att det inte förelåg några problem. Sjuksköterskorna upplevde inte att de medvetet undvek ämnet men eftersom patienten själv inte berörde ämnet lämnades det därhän. Ett skäl till att frågan inte aktivt togs upp var känslan av att befinna sig på ett, för kvinnan, ytterst privat område vilket skulle kunna upplevas påträngande för henne samtidigt som sjuksköterskorna kunde känna sig besvärade i det för dem tabubelagda området.

*“Det är viktigt att känna in om patienterna vill prata om det...alla vill inte prata om det och då ska vi inte heller trycka oss på... det är viktigt att känna av (1).*

Sjuksköterskorna ansåg att sex är kringgärdat av samhällsmönster och kvinnor bemöttes olika beroende på ålder då sjuksköterskorna trodde att yngre kvinnor har ett mer aktivt sexliv. Att inleda samtal om kring sexuella problem med äldre kvinnor upplevdes som mera problematiskt då sjuksköterskans egna uppfattningar om äldre patienters roll som en sexuellt inaktiv grupp påverkade.

*“Det är nog mer naturligt att prata sexualitet med yngre kvinnor..mer tabu om du skulle gå på nån som är över 60 år..det tror jag” (1).*

För att sjuksköterskan ska inträda i den främre regionen och göra sitt framträdande med trygghet och våga lyfta ämnet upplevdes att mer handledning och utbildning krävdes. Enligt sjuksköterskorna fanns det på de flesta enheterna förutsättningar att införskaffa mer kunskap

kring ämnet. Sjuksköterskorna upplevde att arbetsgivaren var positivt inställd till kompetensutveckling om medarbetarna önskade detta.

*“Ja alltså jag..för ju mer kunskap man har desto bekvämare ju i ämnet i sig för då känner man ju att man kan prata om det på ett helt annat sätt..nu kan man ju bara beröra det på ytan kanske..”(3)*

### *Agerandet på scenen*

Det fanns svårigheter i att kombinera olika omvårdnadsåtgärder med samtal kring sex då sjuksköterskorna ansåg att detta kunde inkräkta på patientens integritet. Dessa moraliska krav som fanns integrerade i sjuksköterskerollen innebar att det var svårt att hitta ett lämpligt tillfälle eller sammanhang för att lyfta frågor kring de sexuella problem som patienten kunde drabbats av.

*“Jag tror att inte de känner sig...det känns tabu..om man kommer för en omläggning så kanske man inte pratar om sexualiteten, känner jag. Och det är ju inte så att om jag skall lägga om ett sår att jag börjar prata om detta. Det är ju om det kommer, det är ju inte så att jag frågar hur har du det hemma? “(2).*

Sjuksköterskorna ansåg att om den bröstcancerdrabbade kvinnan fick information gällande risken att sexuella problem kunde uppstå under behandlingen skulle detta kunna innebära att kvinnan kände sig mer bekväm i situationen. Detta trodde sjuksköterskorna också skulle också kunna möjliggöra att kvinnan senare vågade lyfta ämnet om problem senare uppstod. Sjuksköterskorna menade att en etablerad kontakt med kvinnorna uppstod först efter några möten och att detta ledde till en ökad trygghet för sjuksköterskan att våga ta upp sex i samtalet. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att invänta rätt tillfälle för att samtala kring sexualitet. De menade att ett bra tillfälle var när fysiska besvär som torra slemhinnor i underlivet diskuteras eftersom detta lättare kan kopplas samman med samlivsproblem och på så vis kan sjuksköterskan styra samtalet så som hen önskade, det vill säga enligt det medicinska manuset.



*“informera mer om att man får torrare slemhinnor och att det kan gälla överallt, även underlivet och sådana saker” (2).*

Verksamhetens instrumentella krav innebar att ge information gällande biverkningar, även i de fall dessa biverkningar kunde leda till sexuella problem. Sjuksköterskorna åsidosatte de instrumentella kraven om att samtala med alla kvinnor om sex och samliv i samband med onkologisk behandling och därigenom kunde den information kvinnorna fick kring biverkningar se olika ut beroende på kvinnans ålder. Äldre kvinnor fick mer begränsad information gällande biverkningar som kunde påverka sexlivet.

*“ vi säger det finns olika biverkningar..och det står ju här..det säger jag ju inte till dom att man får torra slemhinnor vid sexualitet ...det gör jag inte riktigt ...men det är ju att man har fördomar då.” (2)*

Några sjuksköterskor blev förvånade när de insåg att äldre kvinnor har ett aktivt sexliv. Å andra sidan ansåg en del av sjuksköterskorna att äldre kvinnor ändå hade lättare att prata om sex. Andra variabler som påverkade om sexuella problem diskuterades med den bröstcancerdrabbade kvinnan var hur mycket sjukdomen påverkat kvinnan psykiskt och fysiskt samt vilken roll sjuksköterskan valde att inträda i.

*“Nej...det är nog mer individuellt tror jag...faktiskt...det finns äldre med som är väldigt öppna....Det beror nog mer på hur sjuk man är...”(6.)*

I mötet med kvinnor från andra kulturer hade sjuksköterskorna uppfattningen att sex var en familjeangelägenhet. Sjuksköterskans framträdande påverkades av de erfarenheter hon inhämtat från tidigare möten med patienter från andra kulturer och hade därmed en annan förväntning på patientens roll. Sexuella problem ansågs vara något som diskuterades i hemmet och att kvinnor från andra kulturer önskade ingen hjälp utifrån eller från sjukvården.

*“jag tänker väl att de tänker att det är mer för de i hemmet, att det är en familjesak...då involverar man kanske inte utifrån...det är så man tänker lite kanske” (3).*

Ett manus, i form av en checklista där patienten kunde ta ställning till om sexuella problem fanns, underlättade mötet med patienten. Detta manus användes på flera vårdenheter och var

ett instrumentellt krav som upplevdes underlätta diskussioner kring ämnet. Det fanns dock oenighet kring vem som skulle ta upp ämnet. En uppfattning som framkom bland sjuksköterskorna var att det var patientens uppgift att beröra ämnet efter att de hade fått ta del av det manus som checklistan utgjorde.

*“och sen så följer ju den rehabchecklistan det är ju inte nåt som slutar efter andra gången utan den följer ju dem i hela behandlingen att de kan behålla den och sen komplettera den och vi går igenom den och så ..så tillfällena finns ju men det kanske handlar om att patienterna får ansvaret att ta upp det så att säga..”(3)*

En annan uppfattning bland sjuksköterskorna utgick ifrån att det tillhörde sjuksköterskans yrkesroll.

*“vi tar ju upp det alltid generellt när det gäller de här patienterna som bröstpatienter som äter hormontabletter för vi vet att de blir torra..så där tar vi upp det..ehh..sen kan jag erkänna att jag inte alltid tar upp det med alla.”(7).*

### *Scenens utformning och förutsättningar*

Vårdmiljön, det vill säga den scen där sjuksköterskan och den bröstcancerdrabbade kvinnan agerade, kunde vara avgörande för om samtal kring sex ingick i det manus som var författade för aktörerna. Mötet kunde ske i ett enskilt rum eller i ett vådrum med utrymme för fler patienter. I det senare alternativet fanns det därför risk att andra patienter blev ofrivillig publik till en föreställning de inte önskade beskåda vilket kunde leda till att den bröstcancerdrabbade kvinnan hamnade i strålkastarljuset på ett oönskat sätt. Förutsättningen för att ämnet skulle kunna beröras krävde alltså att samtalet ägde rum avskilt.

*“Nej det tyckte jag inte, vi var själva då och hon var på egen sal och det var liksom inget konstigt. Utan det var bara att hon frågade liksom och nej hon tyckte inte att det var som innan och att hon kände sig.. Klart hon mådde rätt dåligt av behandlingen och så, så det var kanske inte det hon var mest sugen på.”(4).*

På några vårdenheter genomfördes samtal med kvinnor där man satt avskilt och där man kunde tala ostört, men på en vårdenheter fanns det organisatoriska hinder som påverkade

sjuusköterskorna till att inte lyfta frågan då man i första hand tog hänsyn till integritet och sekretess. Lokalen fungerade som en scen där sjuusköterskan kunde agera i den främre regionen och vilken roll hon intog berodde på vilka aktörer som medverkade. När sjuusköterskan och kollegor hade förtroliga samtal i den bakre regionen bearbetades manus inför kommande framträdande. Om fler personer gjorde entré under denna akt påverkades agerandet kollegorna emellan då oönskad publik innebar ett förändrat uppträdande. De individer som befann sig på samma plats, eller hade möjlighet att beskåda framträdandet ingick då också i publiken vilket, som tidigare nämnts, påverkade sjuusköterskans agerande.

*“...sen tänker jag också många gånger att vi ger ju inte alltid behandlingarna på enkelrum utan vi har dom på 4-salar och det kanske inte alltid är det bekvämaste att ta upp med oss tänker jag...” (3).*

Omständigheter som försvårade att samtal kring sex togs upp i mötet kunde vara vilka som närvarade som publik vid samtalstillfället. Om publiken innefattade kvinnans partner upplevde några sjuusköterskor att det kunde vara svårare att samtala kring sex. Agerandet från sjuusköterskan ändrades då och mötet regisserades annorlunda. Sjuusköterskorna trodde att partnerns närvaro kunde bidra till en obekväm situation för kvinnorna då de antog att kvinnorna hade svårare att samtala fritt kring alla sina problem.

*“Ibland har man känt att det varit något men har då partnern varit med....har man inte velat öppna upp...(6).*

Tidsbrist var en faktor som några av sjuusköterskorna ansåg var en anledning till att ämnet inte berördes. Vid patientbesök prioriterades sårkontroll, cytostatikabehandlingar samt samtal kring patientens fysiska mående. Samtal kring sexuella besvär ansågs kunna bli för djupa och tidskrävande.

*” ja det tror jag säkert att man inte har den tiden att sitta ner för känner man att ska man sitta ner och prata så kan man ju inte bara....så nu har jag bara fem minuter kvar...(2)*

### *Biroller i ensemblen*

Språkföribstringar och användande av tolk var förutsättningar som gjorde att samtal kring sexualitet försvarades. Sjuksköterskan hade i de sammanhangen inga möjligheter att möta patienten då de tvingades använda sig av en tredje person och direkta möjlighet till spontanitet uteblev. Tolken blev då en del av den ensemble där sjuksköterskan hade en betydelsefull roll och samtidigt någon som sjuksköterskan behövde interagera med för att göra mötet genomförbart. Sjuksköterskans möjligheter att själv registrera mötet påverkades då samtalet inte kunde genomföras utan ytterligare en aktör, en översättare. Det var också svårt för sjuksköterskan att kontrollera huruvida manuset följdes. Språkavvikelser kunde med andra ord medföra potentiellt större svårigheter i att stödja den bröstcancerdrabbade kvinnan vid sexuella problem.

*“Ja det finns ju klart ett hinder när man inte har språket med sig ...de kan inte uttrycka sig på det sättet de önskar och sedan måste de uttrycka sig genom någon annan...och det blir ju en svårighet förstås och det är ju inte så bekvämt heller i det hela...” (5)*

De bröstcancerdrabbade kvinnorna remitterades vidare till andra professioner om frågor kring sexuella problem uppstod. Sjuksköterskorna ansåg att teamet runt kvinnan är betydelsefullt i sin helhet och kunde inta rollen som åskådare om andra aktörer som sexolog och kurator tog över scenen. Sexolog och kurator är två professioner som flera sjuksköterskor ansåg vara mer kompetenta att hantera och besvara frågor kring sexuella problem då deras profession var ansågs mer kopplat till relationsfrågor.

*“ Det tror jag inte någon av oss gör besitter den djupa kunskapen som en sexolog tex har..så det beror helt och hållet på vilken nivå de är på i det..och då kan jag snarare än att jag ska chansa mig till något, ha nån halvdan bedömning..då ser jag hellre att jag skickar remissen till en sexolog så att de får ordentliga svar..och att de känner sig nöjda med det de har hört och att de får korrekta svar också..”(3).*

På sammankomster i fortbildningsyfte med övriga kontaktsjuksköterskor från andra län erbjöds utbildning i samtalsmetodik i syfte att sjuksköterskorna själva skulle våga lyfta ämnet sexualitet. På dessa möten rådde en samstämmighet kring att sexualitet var ett ämne många sjuksköterskor undvek trots att alla verkade inse behovet. Sjuksköterskorna ville ha ett

fungerande team som innehöll professioner med fördjupad kunskap i ämnet för att det inte skulle råda tveksamhet kring vilken yrkesroll eller vem i teamet som ska lyfta ämnet.

*“Men frågan är ju också om vi sjuksköterskor ska ta detta. Då kanske vi blir sexologer... (skratt)...nej, jag vet inte. Kunskap är väl bra om hur man skall bemöta patienterna när de har behov av att prata om det” (2).*

En trygghet för sjuksköterskorna var att det finns ett cancerrehabiliteringsteam att kontakta när de uppfattade att det fanns ett behov och hen själv inte hade den kunskap som fordrades. Cancerrehabiliteringsteam är ett multidisciplinärt team som innefattar flera professioner bland annat sexolog och kurator. Teamet runt patienten har betydelse vid planering av de omvårdnadsåtgärder som patienten har behov av. Då teamet strävar mot samma mål kände sjuksköterskorna en tillfredsställelse av att det fanns andra professioner att förlita sig på.

*“Men där har vi det här cancerrehabteamet och där finns ju en sexolog...så bara att jag vet det så känns det liksom att man kan luta sig tillbaka på det.” (5)*

På någon vårdenhet fanns ett textmaterial utformat av sexolog som kunde användas som stöd vid samtal om sex vilket innebar att sexologen genom sitt textmaterial utgjorde rollen som sufflör. Vårdenheten erbjöd även regelbundna utbildningstillfällen för sjuksköterskorna på denna vårdenhet av sakkunniga inom området. Sjuksköterskorna som arbetade på den vårdenheten upplevde en trygghet i att agera i sin yrkesroll och undvek därför inte att samtala kring sex.

*“ja vi har ju haft föreläsningar av sexologen har vi haft...och sen har vi något litet häfte lite sådär hur man kan börja fråga och lite så..lite stöd..” (6)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Författarna har för avsikt att diskutera teoretisk referensram, förförståelse, trovärdighet och tillförlitlighet

Några deltagande sjuksköterskor berättade att de hade diskuterat i arbetsgruppen kring att samtala om sexuella besvär med patienter, när de visste att de skulle medverka i intervjun. Detta kan ha påverkat resultatet i studien då informanterna kunde lyfta ämnet med sina kollegor innan intervjun vilket kunde resultera i nya infallsvinklar som de inte hade sedan tidigare.

Studien syftade till att beskriva sjuksköterskans roll och då föll valet på Goffmans dramaturgiska teori som grundar sig i att livet är som en teaterscen och vi gör olika framträdanden i vardagen och i yrkesrollen. Goffmans rollteori beskriver vilka faktorer som påverkar hur olika personer väljer att möta andra människor beroende på vilket sammanhang de befinner sig i (Goffman, 2013). I Goffmans teori ingår även "teambegreppet" som en del vilket i vårdsammanhang är essentiellt då vården kring patienten ofta sker multidisciplinärt. En teoretisk referensram ska vara kopplat till det valda problemet och Goffmans perspektiv ansågs vara förenligt med det angivna syftet och därför valdes detta i samråd med handledaren (Henricson, 2012). Studien ämnade beskriva sjuksköterskans yrkesroll och samspelet med andra i denna roll. Goffmans perspektiv användes därför med fördel då den teorin kan skapa en förståelse då sjuksköterskan väljer att träda in i olika roller beroende på situation och vem hen möter. En nackdel med att använda denna teori kan vara att fokus hamnar på rollernas påverkan i situationen och att andra elementära faktorer som kunnat påvisas med en annan teoretisk referensram omedvetet kan förbises.

Förförståelse är den kunskap vi redan har och som man använder sig av vid tolkande av en kontext eller en persons beteende (Hartman, 2006). I den hermeneutiska vetenskapstraditionen menas att det krävs tidigare kunskaper och fördomar för att kunna tolka (Thomsson, 2010). Båda författarna har en bakgrund i att arbeta inom onkologisk verksamhet och möta bröstcancerdrabbade kvinnor vilket gjorde att de redan hade en uppfattning i vilken omfattning ämnet sexualitet diskuterades med patienterna på deras arbetsplats. Den hermeneutiska filosofen Ricoeur ansåg att vid en intervju krävs att den som intervjuar gissar vad informanten egentligen vill säga eller menar och dessa gissningar grundar sig i intervjuarens förförståelse, intuition och fantasi (Thomsson, 2010). Enligt Nyström och Dahlberg (2001) har vi ofta en förförståelse om fenomenet men att det är viktigt som forskare att vara medveten om det och i vilken utsträckning det kan påverka resultatet.

Författarna diskuterade och reflekterade över sin förförståelse innan intervjuerna startade och detta pågick under hela studiens arbetsprocess, för att hela tiden medvetandegöra förförståelsen så att resultatet i så liten grad som möjligt skulle påverkas. Genom att analysera resultatet med inspiration av Goffmans (2013) rollteori möjliggjorde detta att författarnas förförståelse ytterligare kunde åsidosättas.

För att få så stor variation och mångsidighet i materialet genomfördes ett strategiskt urval och informanter rekryterades med hjälp av en mellanhand som arbetade inom olika verksamheter med bröstcancerdrabbade kvinnor, såsom strålningsenhet, cytostatikamottagning samt bröstmottagning. Enligt Malterud (2009) skall inte urvalet vara för stort då det blir svårt att få överblick i analysfasen och blir urvalet för litet får man inte tillräckligt med material. Urvalets storlek bedömdes vara relevant i förhållande till att det skulle generera ett resultat och vara hanterbart under analysprocessen. En hög grad av variation av informanternas erfarenheter menar Granskär och Höglund-Nielsen (2012) ger ett mer innehållsrikt resultat som ökar studiens styrka, pålitlighet och giltighet. En svaghet i studien kan vara att informanterna var enbart kvinnor vilket inte belyser studien ur ett genusperspektiv. Då författarna fick hjälp med rekryteringen av mellanhanden kunde de inte få insyn i om det fanns manliga sjuksköterskor på arbetsplatserna som kunde medverka i studien. Det innebar därför en svårighet att påverka kön eller ålder på informanterna som rekryterades. Mellanhanden på respektive enhet tilldelade författarna informanter som var intresserade av att delta och som matchade urvalskriterierna. Det åskådliggjordes inte för författarna hur informanterna valdes ut, om det var ett slumpmässigt eller riktat urval av mellanhanden. Urvalsmetoden kan ha inneburit att de som valde att delta ansåg att sexualitet är viktigt för den bröstcancerdrabbade kvinnan och var av åsikten att detta bör hanteras av annan profession. Detta skulle kunna bidra till en samsyn i resultatet vilket skulle kunna påverka trovärdigheten.

Trovärdighet är när författarna visar att det som skrivs är rimligt och att resultatet som framkommit är giltigt (Wallengren & Henricson, 2012). I föreliggande studie har en grundlig beskrivning av urval och analys gjorts, vilken ytterligare har stärkts genom exempel från analysprocessen (se tabell 1). Citat från samtliga intervjuer har använts i syfte att förstärka resultatets trovärdighet. Intervjuerna spelades in på ljudfil och transkriberades så fort som möjligt av personen som utfört intervjun för att intryck och upplevelse från intervjun inte skulle hinna försvinna. Tillförlitligheten påverkas av hur data förändras över tid och om samma frågor är ställda till informanterna och om datainsamlingen sker över för lång tid finns

risk att inkonsekvens framkommer i intervjumaterialet (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna genomfördes under tre veckor och därför upplever författarna att studiens resultat inte borde ha påverkats av tidsintervallet för intervjuerna. Att låta informanterna läsa igenom utförda intervjuer är ett rekommenderat sätt öka trovärdigheten då informanterna själva kan bedöma att intervjutexten överensstämmer med deras upplevda erfarenhet (Wallengren & Henricsson, 2014). Detta gjordes inte i denna studie då tidsaspekten inte tillät detta, vilket kan ses som en svaghet.

För att stärka tillförlitligheten i föreliggande studie och för att säkerställa att informanterna och författarna höll sig till ämnet användes en intervjuguide (bilaga 1) som stöd, vilket innebar att alla informanter svarade på samma frågor (Patel & Davidsson, 2003). Svagheter med intervjuguide skulle kunna vara att författarna och informanterna kände sig styrda av frågorna men för att minska denna känsla användes utvecklande följdfrågor och frågorna ställdes i den ordningsföljd som föll sig naturlig under intervjun. Samtliga frågor testades genom en pilotintervju och granskades av båda författarna innan intervjuerna påbörjades vilket stärker tillförlitligheten (Kvale & Brinkman, 2009). Författarna såg en styrka i att genomföra pilotintervjun tillsammans för att kunna ta del av varandras frågeformuleringar under intervjuns gång. Det kunde också ses som en svaghet i att ett maktförhållande gentemot deltagaren eventuellt uppstod.

## **Resultatdiskussion**

Följande huvudfynd från resultatet diskuteras: bristande kunskap, fördomar och teamets betydelse. Resultatet diskuteras med utgångspunkt i Goffmans dramaturgiska teori som innebär att livet kan ses som en teaterscen.

Sjuksköterskorna kände att de hade bristande kunskap i att samtala kring sexuella besvär med patienterna de träffade inom verksamheten. Konsekvenserna av kunskapsbristen blev att ämnet förbisågs och ibland medvetet undveks. Enligt Goffmans rollteori (2013) väljer sjuksköterskan själv hur framträdandet skall göras utifrån den förberedelse som finns. När kunskapsbrist råder visar sjuksköterskan att hen tror mindre på sin roll och kan känna sig pressade vilket även framkom i en studie av Beck och Justham (2009). Om sjuksköterskorna upplevde bristande kunskap i att samtala kring sexuella besvär styrdes samtalet till ämnen de



kände sig kompetenta i. De olika vårdenheternas förutsättningar skiljde sig åt då en del verksamheter var mer generösa med att erbjuda fortbildning inom området. Detta medförde att sjuksköterskorna i olika hög grad ansåg sig vara förberedda för samtal kring sexualitet med de bröstcancerdrabbade kvinnorna. Almont, Farsi, Krakowski, El Osta, R Bondil och Huyghe (2018) intervjuade vårdpersonal som träffat patienter inom onkologisk verksamhet och där framkom att två tredjedelar av personalen önskade mer utbildning inom sexualitet för att känna ökad trygghet och kompetens i mötet med patienterna. Att personal som fått utbildning i att samtala kring sexuell hälsa och problem kan känna en ökad trygghet i att lyfta ämnet visas även i andra studier (Dyer & Nair, 2013; Mendes, 2015). Jones (2015) studie visar även att organisationens förutsättningar och utformning påverkar vilket engagemang det finns hos sjuksköterskorna. Vissa sjuksköterskor uttryckte att sexuella frågor skulle betraktas som en medicinsk fråga och var utanför deras ansvarsområde (Dyer & Nair, 2013). Föreliggande studie visar också att det råder en osäkerhet kring vilken profession som har ansvaret att samtala med patienten om sexuella problem.

Resultatet i föreliggande studie visar att fördomar kring ålder och sexuella behov gjorde att flera sjuksköterskor var avvaktande i mötet med patienten kring att samtala om sexuella problem. Evans (2013) visar i sin studie att sjuksköterskornas attityder kring sexualitet kan påverka den kliniska rollen i mötet med patienten. Flera sjuksköterskor är inte tillräckligt förberedda i mötet och behöver ges möjlighet att kritiskt reflektera över sitt agerande (ibid.).

Om attityderna synliggörs hotas framträdandet och kan minska sjuksköterskans trovärdighet. Sjuksköterskans tidigare erfarenheter påverkade således framträdandet och inverkade på innehållet i mötet. Dyer och Nair (2013) visade liknande resultat i sin studie då vårdpersonal uttryckte att sexualitet inte ansågs vara lika betydelsefullt för äldre och man tyckte att det var svårare att tala kring sexualitet om patienten var äldre. Gott och Hinchliff (2003) visar emellertid att sexualitet är viktigt för äldre när de är i en relation och uppstår sjukdom kan den sjukes partner känna oro för att orsaka smärta för sin partner vid sexuellt umgänge. Det är därför betydelsefullt att sjuksköterskor samtalar kring sexualitet oavsett ålder. Sjuksköterskorna gjorde antaganden utifrån ålder och kultur som grundar sig i hur de bedömer och prioriterar behovet att samtala kring sexualitet. Behovet kan komma att bedömas som mindre viktigt beroende på patientens bakgrund, vilket även sågs i en studie av East och Hutchinson (2013). Resultatet som presenterats visar att sjuksköterskornas framträdande skiljer sig om de möter bröstcancerdrabbade kvinnor från andra kulturer som en följd av de språkförbistringar som kan uppstå. Dessa skillnader belystes även i en studie av Dyer och

Nair (2013) där det framkom att människor från andra etniska folkgrupper, funktionshindrade eller äldre personer fick en mer begränsad information. Resultatet visade att om sjuksköterskan inte kunde hålla distans till fördomar utan lät dessa styra mötet kunde detta leda det till att framträdandet påverkade den information som gavs till patienten.

Sjuksköterskorna insåg att patienterna var i behov av mer information än vad de erhöll dock var de moraliska kraven att respektera patienternas integritet så starka att de var hindrande för framträdandet. Denna diskrepans mellan vad sjuksköterskan kände att hen borde göra och vad hen faktiskt gjorde kunde skapa en inre stress. Lützn, Blom, Ewalds-Kvist och Winch (2010) undersökte förståelser av begreppet moral samt hur det fungerar i praktiken i ett psykologiskt perspektiv i den kliniska verksamheten där sjuksköterskor kunde uppleva stress om hen kände att handlandet inte var moraliskt rätt. I föreliggande studie framkom att flera sjuksköterskor hade en föreställning om att det kunde vara pinsamt för patienten om sjuksköterskan började samtala kring sexualitet och att det var svårt att hitta rätt tillfälle. För att kunna vara till hjälp för andra i sin sjuksköterskeroll krävs en självkänedom kring vad det egna handlandet baseras på och vilken moral som ligger till grund (Rosa, 2016). Sjuksköterskan har en position som innebär att hen är både ledare och förespråkare i mötet med kollegor och patienter (ibid.). Detta understryks av Goffman (2013), vilket tidigare nämnts, som menar att det krävs en plan inför mötet med patienten. Arbetsplatsens instrumentella krav var något som avgjorde skillnaderna då rutinerna kring samtalet skiljde sig på respektive verksamhet. I det kliniska arbetet ska sjuksköterskan, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), ge vård på lika villkor oavsett ålder och etnicitet. Resultatet i föreliggande studie visar att sjuksköterskor gjorde skillnad beroende på patientens ålder och ursprung. Sjuksköterskorna använde sig av godhetsprincipen, som innebär att göra gott för sina medmänniskor, för att skapa en trivsamt och bekväm samtalsituation i patientmötet (Vårdetik, 2010). De var rädda att kränka patientens integritet och skapa en olustig känsla hos patienten om de lyfte frågor kring sexuella problem.

Teamets styrka är att agera enligt verksamhetens riktlinjer och vara i samförstånd med varandra för att nå samma mål med framträdandet. På en vårdenhets, i föreliggande studie, där man hade en mer öppen dialog kring sexuella problem, hade sjuksköterskorna fått handledning av sexologen på verksamheten och där fanns en lathund för att kunna öppna för samtal kring sexuella problem och sexuell hälsa. Samarbete med andra kollegor kan enligt Goffman (2013) hjälpa sjuksköterskan (aktören) att upprätthålla förmåga att kunna framträda vid frågor gällande sexualitet. Tryggheten i team ses många gånger på ett annat sätt när det

handlar om akutsjukvård där man är helt beroende av varandra i en akut situation (Grover, Porter och Morphet, 2017). Den tryggheten baseras till stor del på om de kompetenser som efterfrågas i det specifika sammanhanget ingår i teamet. I de situationer som beskrivs i denna studie där en sexolog fanns närvarande upplevdes ett större lugn gällande att hantera frågor kring sexualitet. Resultatet visar att sjuksköterskorna hade olika uppfattning om vem som bar ansvaret att samtala kring sexualitet men såg samtidigt en vinst i att sexologen fanns som en tillgång i teamet då denne tog ansvar för att detta ämne togs upp med patienten. Vid två vårdenheter där sexologen inte var en självklar del av teamet och där remissen var den enda länken dem emellan prioriterades samtal kring patienters sexualitet oftare bort. Både Schmutz, Welp & Kolbe (2016) och Glyas (2015) visar fördelarna av att de kompetenser som situationen kräver verkligen ingår i teamet och att alla medlemmar i teamet strävar mot samma mål. När dessa förutsättningar är uppfyllda skapas en mer gynnsam situation för patienten (ibid.). Sjuksköterskorna i föreliggande studie hade önskemål gällande att ta del av sexologens kunskaper om hur man öppnar upp för samtal kring sexualitet för att bättre kunna stödja bröstcancerdrabbade kvinnor. Blinik och Meana (2009) skildrar hur ett ökat behov av fler sexologer och att råd, stöd och behandling kring sexuell dysfunktion bör integreras i allmän psykoterapi samt inom biologiska och psykosociala förhållanden och det ansågs också att det är ett problemområde som behöver uppmärksammas mer. Sexologyrket har ökat i Europa och man ser att det finns ett behov som kommer att öka ytterligare (Alarcão, Beato, Almeida, Machado, Giami, 2016). Enligt Goffman (2013) är teamets, i detta fallet sjuksköterskorna och sexologen, gemensamma uppdrag att man agerar i samförstånd för att nå sitt mål med framträdandet vilket här är att ge bästa möjliga hjälp gällande råd och stöd om problem kring sexuella besvär råder. Samverkan i team kan därmed bidra till att den bröstcancerdrabbade patienten får bättre vård. Några sjuksköterskor såg fördelar av att ha tillgång till ett hjälpmedel i form av ett textmaterial utarbetat av sexologen. Detta textmaterialet utgjorde ett stöd vilket genererade en större tilltro till sjuksköterskornas förmåga att lyfta ämnet sexualitet med patienterna och innebar att därför att ämnet berördes i högre grad än vad som annars kunde ses i studien. Det finns flera exempel på hjälpmedel som kan användas vid samtal kring sexualitet. Hughes (2009) har utarbetat ett stödverktyg för hur sjuksköterskor inom den onkologiska vården på ett mer självklart sätt kan samtala med patienter kring sexualitet och hur man kan lyfta ämnet.

## **Konklusion och implikationer**

Studien belyser sjuksköterskans roll i att stödja bröstcancerdrabbade kvinnor men visar samtidigt att den problematik som situationen rymmer är komplex och därmed innehåller flera komponenter som kan verka hindrande för att detta verkligen genomförs i praktiken. Det som ansågs gynna att patientens eventuella sexuella problem verkligen diskuterades var kunskap. Den bildning som efterfrågades var antingen ämneskompetenta kollegor som ingick i teamet eller i form av väl utarbetade handlingsplaner. Resultatet visar även att arbetsplatsens förutsättningar och kultur påverkar huruvida sexualitet diskuteras med patienten. Sammantaget åskådliggör detta vikten av ett ledarskap som tillgodoser sjuksköterskorna behov av utbildning och verktyg.

Föreliggande studie kan bidra till en medvetenhet för sjuksköterskor i det kliniska arbetet med patienten kring möjliga sexuella problem i samband med onkologisk behandling. Denna studie visar också att sjuksköterskor till stor del ställer sig frågande till om det är de som ska lyfta ämnet sexualitet med patienter och att de till viss del anser sig sakna den kompetens som krävs. Av den anledningen kan en vidare studie av andra professioners inställning till ämnets relevans och den ansvarsfördelning som bör gälla kring att samtala med patienter om sexualitet vara av intresse.

Studiens bakgrund, metod, resultat och diskussion utformades av båda författarna och arbetet fördelades lika.

## Referenser

Alarcão, V., Beato, A., Almeida, J., Machado, FL., Giami, A. (2016). Sexology in Portugal: Narratives by Portuguese Sexologists. *Journal of Sex Research*, 53(9), 1179–1192.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1104286>

Almont, T., Farsi, F., Krakowski, I., El Osta, R., Bondil, P., & Huyghe, E., (2018). Sexual health in cancer: the results of a survey exploring practices, attitudes, knowledge, communication, and professional interactions in oncology healthcare providers. *Support Care Cancer*, 1–8. doi: 10.1007/s00520-018-4376-x.

Beck, M., & Justham, D. (2009). Nurses' attitudes towards the sexuality of colorectal patients. *Nursing Standard*, 23(31), 44–48.

<https://doi.org/10.7748/ns2009.04.23.31.44.c6933>

Berterö, C., & Chamberlain Wilmoth, M. (2007). Breast cancer diagnosis and its treatment affecting the self. *Cancer Nursing*, 30(3), 194–202.

Blinik, Y., & Meana, M. (2009). The Future of Sex Therapy: Specialization or Marginalization? *Archives of Sexual Behavior*, 38(6), 1016–1027. doi: 10.1007/s10508-009-9475-9

Borg, T. (2016). Seksualitet. I A-M. Ringborn & T Kr. Schölberg (Red.), *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling*. (s. 121–130). Oslo: Akribe.

Browall, M., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielsson, E., Persson, L.O., & Gaston-Johansson, F. (2008). Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 180-189. Doi:10.1016/j.ejon.2008.01.005

Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E.C., & Vieira, M. (2016). Nursing diagnosis of 'spiritual distress' in women with breast cancer: prevalence and major defining characteristics. *Cancer Nursing*, 39(4), 321–327.

doi:10.1097/NCC.0000000000000310

Campbell-Enns, H.J., & Woodgate, R.L. (2017). The psychosocial experience of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 26, 1711–1721. Doi:10.1002/pon.4281

Canzona, MR., Garcia, D., Fisher, CL., Raleigh, M., Kalish, V & Ledford, CJ. (2016). Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1814–1820.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.019>

Carlström, E., Kvarnström, S & Sandberg, H. (2016). Teamarbete i vården. I A-K. Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk & J, Öhlén: *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetens inom sjuksköterskans specialistområden*. (s. 63–101). Lund: Studentlitteratur.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur.

De Vocht, H., Hordern, A., Notter, J., & Van de Wiel, H. (2011). Stepped skills: a team approach towards communication about sexuality and intimacy in cancer and palliative care. *Australasian Medical Journal*, 4(11):610–619. <https://doi.org/10.4066/AMJ.20111047>.

Dyer, K., & Das Nair., R. (2013) Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2658–2670. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x>

East, L., & Hutchinson, M. (2013). Moving beyond the therapeutic relationship: A selective review of intimacy in the sexual health encounter in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23–24), 3568-3576.  
<http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.12247>

Evans, D-T. (2013). Promoting sexual health and wellbeing: the role of the nurse. *Nursing Standard*, 28(10), 53–7. doi: 10.7748/ns2013.11.28.10.53.e7654.

Fargo-Magrini, S., Auba, C., Camargo, C., Laspra, C., & Hontanilla, B. (2018). The Relationship Between Patients' Personality Traits and Breast Reconstruction Process. *Aesthetic Plastic Surgery*, (3), 702–707. doi: 10.1007/s00266-018-1099-9.

Garcia, S-N., Jacowski, M., Castro, G-C., Galdino, C., Guimaraes, P-R., & Kalinke, L. (2015). Quality of life domains affected in women with breast cancer. *Rev Gaucka Enferm*, 36(2), 89–96. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.45718>

Gilton, Mc., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal Of Older People Nursing*, 6(1), 13–24. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x.

Glasdam, S. (2015). Jura og etik. I S. Glasdam. (2 utg.). *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder*. (s. 27 - 36). København: Nyt Nordisk Forlag.

Glyas, H. (2015). Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Nursing Standard*, 29, (49) 50–57. doi: 10.7748/ns.29.49.50.e10042

Goffman, E. (2013). *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Nordstedts.

Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56(8), 1617–28. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0277-9536\(02\)00180-6](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0277-9536(02)00180-6)

Graneheim UH, Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2):105–112. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Grover, E., Porter, J-E., & Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. Author links open overlay panel. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20 (2). 92–97  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.aenj.2017.01.003>

Hartman, J. (2006). *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Polen: Studentlitteratur.

Hassan, Z. & Hassan, M. (2015). Cancer och cancerbehandling igår och idag. I M. Hassan & P, Ljungman. *Cytostatika*. Stockholm: Författarna och Liber AB.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Holme, I-M & Solvang, B-K. (2008). *Forskningsmetodik - om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Hughes, M.K. (2009). Sexuality and Cancer: The Final Frontier for Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 241–6. doi: 10.1188/09.ONF.E241-E246.

Jones, A. (2015). Organisational commitment in nurses: is it dependent on age or education. *Nursing Management*, 21(9), 29-36. doi: 10.7748/nm.21.9.29.1298.

Keesing, S., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2016). A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship. *BMC Women's Health*. doi:10.1186/s12905-016-0337-z.



- Kenrick, D.T., Griskevicius, V., Neuberg, S.L. & Schaller, N. (2010). Renovating the pyramid of needs, Contemporary extensions built upon ancient foundations. *Perspectives on psychological science*, 5, 292-314. doi:10.1177/1745691610369469
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 69–92). Lund: Studentlitteratur.
- Klaeson, K., Sandell, K. & Berterö, C. (2011). To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment. *European Journal of Cancer Care*, 20(6), 728–737. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01239.x
- Krebs, L-U. (2008). Sexual assessment in cancer care: concepts, methods, and strategies for success. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 80-90. doi:10.1016/j.soncn.2008.02.002.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lai, XB., Ching, SSY., & Wong., FKY. (2017). A qualitative exploration of the experiences of patients with breast cancer receiving outpatient-based chemotherapy. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), 2339–2350. doi: 10.1111/jan.13309
- Lebel, S., Beattie, S., Arés, I., & Bielajew., C. (2013). Young and Worried: Age and Fear of Recurrence in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology*, 32(6), 695–705. doi:10.1037/a0030186
- Lim, C.C., Devi, M.K., & Ang., E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, 25–235. doi:10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x
- Lützén, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurse Ethics*, 17(2), 213–24. doi: 10.1177/0969733009351951.

Male, DA., Fergus, KD., & Cullen, K. (2016). Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 10*, 66–74.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Manganiello, A., Komura Hoga, L-A., Reberte, L-M, Miranda, C-M & Manganiello Rocha, C-A. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing, 15*(2) 167–172. doi.org. /10.1016/

McCabe, C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. (2014). *Journal of Clinical Nursing, 13*(1): 41–49.

Mendes, A. (2015). A nurse's role in nurturing a patient's intimacy and sexuality. *Psychology in Nursing, 24*(22):1165. doi: 10.12968/bjon.2015.24.22.1165.

Mischler, E.G. (1996). *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Norozinia, R., Abhabarari, M., Shiri, M., Karimi, M & Samami, E., (2015). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients.

*Global Journal of Health Science, 28*;8(6):65–74.

<https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>

Olsson, C., Berglund, A.L., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing, 16*(4), 426–431. doi:10.1016/j.ejon.2011.10.003

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Spanien: Författarna och Liber AB.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3rd ed.). London, England: Sage.

Piot-Ziegler, C., Sassi, M-L, Raffoul, W & Delaloye, J-F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 479-510. doi: 10.1348/135910709X472174.

Rasmusson, E-M., Platin, L och Elmerstin, 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):361–9. doi: 10.1111/ecc.12039.

Rasmusson, E-M. (2011). Påverkan på sexuell hälsa hos cancerpatienter. I M., Hellbom & B., Thomé: *Perspektiv på onkologisk vård*. (s. 201–217). Lund: Studentlitteratur

Rasmusson, E-M & Thomé, B. (2008). Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. *Sexuality and Disability*, 26(4), 207–218. doi:10.1007/s11195-008-9097-5.

Robertson, EG., Sansom-Daly, UM., Wakefield, CE., Ellis, SJ., McGill BC., Doolan, EM., & Cohn, RJ. (2016). Sexual and Romantic Relationships: Experiences of Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 5(3), 286–291. doi: 10.1089/jayao.2015.0061.

Rosa, W. (2016). Infusing Nurse Coaching with Moral Imagination: The Fiber of Interconnectedness. *American Holistic Nurses Association*, 36(2):14–6.  
<http://resolver.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/openurl?sid=Entrez%3aPubMed&id=pmid%3a27305805&site=ftf-live>

Sadovsky, R., Basson, R., Krychman, M., Morales, A-M., Schover, L., Wrang, R & Incrocci, L. (2010). Cancer and sexual problems. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 349-73. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01620.x.

Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3–4), 531-540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>.

Schmutz, J., Welp, A-L., & Kolbe, M. (2016). Teamwork in Healthcare Organizations. *Routledge studies in the management of voluntary and non-profit organizations*, 359–377.  
[https://www.researchgate.net/profile/Jan\\_Schmutz/publication/291342147\\_Teamwork\\_in\\_Healthcare\\_Organizations/links/56a0db5708aee4d26ad8b613/Teamwork-in-Healthcare-Organizations.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jan_Schmutz/publication/291342147_Teamwork_in_Healthcare_Organizations/links/56a0db5708aee4d26ad8b613/Teamwork-in-Healthcare-Organizations.pdf)

Segrin, C., & Badger, T.A. (2014). Psychological and physical distress are interdependent in breast cancer survivors and their partners. *Psychology, Health and Medicine*, 19(6), 716–723. doi.org/10.1080/13548506.2013.871304

Seib, C., Porter-Steele, J., Ng, S-K., Turner, J., McGuire, A., McDonald, N., Balaam, S., Yates, P, McCarthy, A & Anderson, D. (2018). Life stress and symptoms of anxiety and depression in women after cancer: the mediating effect of stress appraisal and coping. *Psycho-Oncology*, 27(7):1787–1794 doi: 10.1002/pon.4728.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 16 december 2018, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Sjuksköterskor i cancervård & Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska med inriktning mot onkologisk vård*. Hämtad 25 oktober 2018. [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning\\_sjukskoterska\\_med\\_inriktning\\_onkologisk\\_varld.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_sjukskoterska_med_inriktning_onkologisk_varld.pdf)

SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Statens offentliga utredningar. www. Hämtad 26 november 2018. <https://www.regeringen.se/49b6a6/contentassets/e343b40615eb46b395e5c65ca38d1337/en-nationell-cancerstrategi-for-framtiden-sou-200911>

Stinesen-Kollberg, K.M., Thorsteinsdottir, T., Wilderäng, U., & St einbeck, G. (2013). "Worry about one's own children, psychological wellbeing, and interest in psychosocial interventions". *Psycho-Oncology*, 22(9), 2117–2123. doi: 10.1002/pon.3266

Thomsson, H. (2010). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Usta, OY. & Gokcol, D. (2017). Sexual Dysfunction in Women with Breast Cancer Receiving Chemotherapy. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1439–46.

Varre, P. (2016). Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi. I A-M. Reitan og T Kr. Schölberg (Red.). *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling*. (s.161–172). Oslo: Akribe.

Vieira, EM., Santos, DB., dos Santos, MA. & Giami, A. (2014). Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3258.2431>

Vårdetik- läkare med gränser. (2010). Hämtad 20 januari, 2019.  
<http://www.lakaremedgranser.org/texter/vardetik>

Wallengren, C & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.482–495). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (WHO) (2006). *Defining sexual health*. Hämtad 18 maj, 2018.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

World medical association. (2013). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 8 maj, 2018.  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yeo, W., Kwan, WH., Teo, PM., Nip, S., Wong, E., Hin, LY & Johnson, PJ. (2004). Psychosocial impact of breast cancer surgeries in Chinese patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 13, 132–139. doi:10.1002/pon.777

Yin, R. K. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.

Zhang, J., Zhou, Y., Feng, Z., Xu, Y., & Zeng, G. (2018). Longitudinal Trends in Anxiety, Depression, and Quality of Life During Different Intermittent Periods of Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. *Cancer Nursing*, *41*(1), 62–68. doi: 10.1097/NCC.0000000000000451



**LUNDS UNIVERSITET**

Medicinska fakulteten

Till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien:

Sjuksköterskans erfarenhet av att stödja kvinnor med bröstcancer vid frågor och problem kring sexualitet.

Cytostatikabehandling bidrar inte sällan till olika biverkningar som kan ge påverkan både fysiskt och psykiskt. Detta kan inverka på samlivet med sin partner.

Vi vill belysa sjuksköterskornas erfarenheter av att stödja cancerpatienter inom det sexuella området.

Studien skulle kunna vara av betydelse för att kunna förstå hur sjuksköterskor upplever sin kunskap och kompetens kring att hjälpa cancerpatienter vid frågor som berör sexualitet.

Därför skulle studien kunna bidra till att detta känsliga ämne uppmärksammas och se om det finns behov av utbildningsinsatser inom området.

Metoden skall genomföras med kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer. Det planeras bli 8-10 intervjuer i studien och intervjun sker utanför arbetstid. Platsen för intervjun bestämmer deltagaren i samråd med någon av studenterna och intervjun kommer att vara minst 60 min. Inklusionskriterier för studien är att deltagarna ska ha arbetat som sjuksköterska inom enheten minst 1 år. Författarna kommer att använda sig av en egenkonstruerad intervjuguide. En inspelningsbar mikrofon kommer att användas vid inspelning av intervjuerna. Materialet (muntligt och skriftligt) kommer att hållas inlåst samt kasseras efter avslutad studie. Deltagarna kommer att lämna informerat samtycke skriftligt i enlighet med Helsingforsdeklarationens principer för forskning, där det även framgår att det är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan om så önskat.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom onkologi.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

*Therese Widerberg*  
*student*  
*Studerande på*  
*specialistsjuksköterskeprogrammet*  
*inom onkologi*  
*epost:therese.larsson81@hotmail.se*  
*Tfn:0731546406*

*Malin Steenhoff*  
*student*  
*Studerande på*  
*specialistsjuksköterskeprogrammet*  
*inom onkologi*  
*e-post: malin.steen@hotmail.se*  
*Tfn: 0733291489*

*Annette Holst-*  
*Hansson*  
*Kursansvarig,*  
*universitetsadjunkt*  
*Tfn:046-2221927*  
*e-*  
*post:annette.holst-*  
*hansson@med.lu.se*

Bilagor

**1. Medgivandeblankett**

**2. Projektplan**

### **Blankett för medgivande av verksamhetschef**

Sjuksköterskans erfarenhet av att stödja kvinnor med bröstcancer vid frågor och problem kring sexualitet.

Er anhöllan

- Medgives
- Medgives ej

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift





**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

Till .....

Sjuksköterskans erfarenhet av att stödja kvinnor med bröstcancer vid frågor och problem kring sexualitet.

Vi skulle uppskatta om du ville vara behjälplig med att identifiera möjliga studiedeltagare i ovanstående studie.

Cytostatikabehandling bidrar inte sällan till olika biverkningar som kan ge påverkan både fysiskt och psykiskt. Detta kan inverka på samlivet med sin partner.

Vi vill belysa sjuksköterskornas erfarenheter av att stödja cancerpatienter inom det sexuella området.

Studien skulle kunna vara av betydelse för att kunna förstå hur sjuksköterskor upplever sin kunskap och kompetens kring att hjälpa cancerpatienter vid frågor som berör sexualitet.

Därför skulle studien kunna bidra till att detta känsliga ämne uppmärksammas och se om det finns behov av utbildningsinsatser inom området.

Metoden skall genomföras med kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer. Det planeras bli 8-10 intervjuer i studien och intervjun sker utanför arbetstid. Platsen för intervjun bestämmer deltagaren i samråd med någon av studenterna och intervjun kommer att vara minst 60 min. Inklusionskriterier för studien är att deltagarna ska ha arbetat som sjuksköterska inom enheten minst 1 år. Författarna kommer att använda sig av en egenkonstruerad intervjuguide. En inspelningsbar mikrofon kommer att användas vid inspelning av intervjuerna. Materialet (muntligt och skriftligt) kommer att hållas inlåst samt kasseras efter avslutad studie. Deltagarna kommer att lämna informerat samtycke skriftligt i enlighet med Helsingforsdeklarationens principer för forskning, där det även framgår att det är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan om så önskat.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande - yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom onkologi.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

*Therese Widerberg*  
*student*  
*Studerande på*  
*specialistsjuksköterskeprogrammet*  
*inom onkologi*  
*epost:therese.larsson81@hotmail.se*  
*Tfn:0731546406*

*Malin Steenhoff*  
*student*  
*Studerande på*  
*specialistsjuksköterskeprogrammet*  
*inom onkologi*  
*e-post: malin.steen@hotmail.se*  
*Tfn: 0733291489*

*Handledare*  
*Annette Holst-*  
*Hansson*  
*Kursansvarig,*  
*universitetsadjunkt*  
*Tfn:046-2221927*  
*e-*  
*post:annette.holst-*  
*hansson@med.lu.se*



**LUNDS UNIVERSITET**

Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans erfarenhet av att stödja kvinnor med bröstcancer vid frågor och problem kring sexualitet.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Cytostatikabehandling bidrar inte sällan till olika biverkningar som kan ge påverkan både fysiskt och psykiskt. Detta kan inverka på samlivet med sin partner.

Vi vill undersöka hur samlivet och sexualiteten påverkas under cytostatikabehandling för bröstcancerdrabbade kvinnor. Studien skulle kunna vara av betydelse för att kunna förstå hur sjuksköterskor upplever sin kunskap och kompetens kring att hjälpa cancerpatienter vid frågor som berör sexualitet. Därför skulle studien kunna bidra till att detta känsliga ämne uppmärksammas och se om det finns behov av utbildningsinsatser inom området.

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig. Den beräknas ta cirka 60 min och genomförs av en av författarna. Vi erbjuder plats för intervjun alternativt att Du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst och det är bara författarna som kommer att ha tillgång till materialet.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och skicka tillbaka den i bifogat svarskuvert senast 25/6.

Studien ingår som ett examensarbete i vår utbildning till onkologisjuksköterskor.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

*Therése Widerberg  
Sjuksköterska och  
Studerande på  
specialistsjuksköterskeprogrammet  
inom onkologi.  
e-post:  
therese.larsson81@hotmail.se*

*Malin Steenhoff  
Sjuksköterska och  
Studerande på  
specialistsjuksköterskeprogrammet  
inom onkologi.  
e-post: malin.steen@hotmail.se*

*Annette Holst-  
Hansson  
Kursansvarig,  
universitetsadjunkt  
Tfn:046-2221927  
e-post:annette.holst-  
hansson@med.lu.se*

**Samtyckesblankett**

Jag har tagit del av informationen om studien: Sjuksköterskans erfarenhet av att stödja kvinnor med bröstcancer vid frågor och problem kring sexualitet.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

*Underskrift av studiedeltagare*

*Underskrift av student*

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

### Intervjufrågor

#### **Bakgrund**

Hur gammal är du?

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat på denna mottagningen?

Har du någon vidareutbildning?

#### **Huvudfråga**

Hur ser din roll ut kring att tala med patienter om sexuella problem?

Kan du beskriva ett tillfälle när du pratat med en patient kring sexualitet?

-Utveckla om det fanns särskilda faktorer kring denna situation.

Kan du beskriva en situation när du undvikit att prata om sexualitet med en patient men samtidigt upplevt att det kan ha funnits ett behov?

Kan du beskriva hur du upplever din kunskap och kompetens att lyfta och möta frågor kring sexualitet?

Vilka resurser inom er klinik att tillgå för att kunna hjälpa och stötta patienter som har sexuella problem?

Vilka i så fall...

Hur diskuterar ni detta kollegor emellan gällande samtal om sexuella besvär som kan uppkomma för cancerpatienterna du möter?

Vilka förväntningar tror du finns på dig som sjuksköterska att lyfta ämnet sexualitet?

#### **Fördjupande följdfrågor**

Hur tänker du kring? kan du förtydliga? hur menar du med? kan du beskriva lite mer?

## Bilaga 6

Goffmans Dramaturgiska teori	Bakre regionen	Främre regionen	Moraliska krav/ Instrumentella krav	Framträdande (Performance)	Team
Yrkesmässig bakgrund. Vem är sjuksköterskan?					
Var äger samtalet rum?					
Vilka förväntningar finns på sjuksköterskan?					
Vilka förutsättningar har sjuksköterskan för att samtala kring sexualitet?					
Vilka är sjuksköterskans roller					
Vilket stöd finns runt sjuksköterskan					
Vilken föreställning har sjuksköterskan om patientens situation?					
Vilka förväntningar har sjuksköterskan på mötet?					
Hur agerar sjuksköterskan i mötet med patienten?					
Vad innehåller mötet kring sexualitet med patienten?					

