



Akademin för hälsa, vård och välfärd

ATT FÖRLORA EN BIT AV LIVET

En intervjustudie om erfarenheter av sexuella biverkningar inverkan på livet för personer som vårdas inom psykiatrisk öppenvård

JESSICA CAHENZLI
PERNILLA LINDBERG

Huvudområde: Vårdvetenskap
Nivå: Avancerad nivå
Högskolepoäng: 15 hp
Program: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning psykiatrisk vård
Kursnamn: Examensarbete inom psykiatrisk omvårdnad
Kurskod: VAE257

Handledare: Magdalena Mattebo
Examinator: Oona Lassenius

Seminariedatum: 2022-04-28
Betygsdatum: 2022-05-06

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Sexualiteten är en betydande faktor för varje människas livsglädje och har ett egenvärde under hela livstiden. Personer med psykisk ohälsa har av olika anledningar sämre sexuell hälsa än övriga befolkningen. Inom psykiatrisk vård förskrivs mängder av läkemedel som frambringar sexuella biverkningar men information och uppföljning av frågor som rör sexualiteten berörs inte. Därav är det av betydelse att lyfta fram personers erfarenheter av sexuella biverkningar och dess betydelse för ett gott liv. **Syfte:** Syftet med examensarbetet var att beskriva personers erfarenheter av sexuella biverkningars inverkan på livet orsakade av läkemedelsbehandling inom psykiatrisk öppenvård. **Metod:** En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats baserat på 10 semistrukturerade intervjuer. **Resultat:** I resultatet framkom tre kategorier och sju subkategorier. Kategorierna *att förlora en bit av livet*, *att behöva hitta egna strategier för att stå ut* samt *att lämnas ensam med sin ovisshet* är olika aspekter om hur livet påverkas av att leva med sexuella biverkningar. **Slutsats:** Sjuksköterskor inom psykiatrisk vård behöver bli medvetna om betydelsen av sexuella biverkningar och dess inverkan på sexualitet och återhämtning. Det behövs ökad kompetens om sexuell hälsa i den psykiatriska kontexten samt att det får ta större plats i utbildningen av sjuksköterskor. Personer skulle gynnas av att sexuella biverkningar lyfts fram i omvårdnaden för att synliggöra hela människan utifrån unika behov. Personers erfarenheter av sexuella biverkningar behöver beaktas för att möjliggöra en god och jämlik vård på lika villkor för hela befolkningen. Det skulle minska stigmatisering och generera ett ökat värde i samhället för personer med psykisk ohälsa.

Nyckelord: Erfarenheter, kvalitativ metod, sexualitet, vårdvetenskap

ABSTRACT

Background: Sexuality is a significant factor in every person's joy of life and has an intrinsic value throughout life. People with mental illness have for various reasons poorer sexual health than the rest of the population. In psychiatric care, a large number of drugs are prescribed that produce sexual side effects, but information and follow-up of issues related to sexuality are not taken into account. Hence, it is important to highlight persons' experiences of sexual side effects and their importance for a good life. **Aim:** The aim was to describe persons' experiences of the impact of sexual side effects on life caused by drug treatment in psychiatric outpatient care. **Method:** A qualitative content analysis with an inductive approach based on 10 semi-structured interviews. **Results:** The results are presented based on three categories and seven subcategories. The categories *to lose a piece of life*, *to have to find your own strategies for enduring* and *to be left alone with their uncertainty* emphasized various aspects of how life is affected by living with sexual side effects.

Conclusion: Nurses in psychiatric care need to become aware of the importance of sexual side effects and their impact on sexuality and recovery. There is a need for increased competence about sexual health in the psychiatric context and a greater influence in the education of nurses. Persons would benefit from treating sexual side effects where the whole person is made visible based on unique needs. Persons' experiences of sexual side effects need to be made visible to enable a good and equal care on same terms for the entire population. It would reduce stigma and generate increased value in society for people with mental illness.

Keywords: Caring science, experiences, qualitative method, sexuality

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Sexuella biverkningar	1
2.2	Psykiatrisk öppenvård	2
2.3	Sexualitetens betydelse för människan	2
2.4	Hälso- och sjukvårdslagen	2
2.5	Personcentrerad vård och sjuksköterskors ansvar för omvårdnad	3
2.6	Tidigare forskning om sexuella biverkningar	4
2.6.1	<i>Sexuell hälsa vid psykisk ohälsa</i>	4
2.6.2	<i>Att leva med sexuella biverkningar</i>	4
2.6.3	<i>Rapportering av sexuella biverkningar</i>	5
2.6.4	<i>Sjuksköterskors perspektiv av att bemöta sexuella biverkningar</i>	6
2.7	Teoretisk referensram	6
2.8	Problemformulering	8
3	SYFTE	8
4	METOD	8
4.1	Design	9
4.2	Urval	9
4.3	Datainsamling	10
4.4	Analys av data	10
4.5	Etiska överväganden	12
5	RESULTAT	13
5.1	Att förlora en bit av livet	14
5.1.1	<i>Att bli berövad sexualiteten</i>	14
5.1.2	<i>Att ifrågasätta identiteten</i>	15
5.2	Att hitta olika strategier för att stå ut	16
5.2.1	<i>Att behöva utveckla egna knep</i>	16

5.2.2	Att söka hjälp från hälso- och sjukvården.....	16
5.2.3	Att söka stöd hos anhöriga.....	17
5.3	Att lämnas ensam med sin ovisshet	18
5.3.1	Att tvingas söka kunskap själv	18
5.3.2	Att inte veta vad olika symtom beror på	19
6	DISKUSSION.....	20
6.1	Resultatdiskussion.....	20
6.2	Kliniska implikationer.....	25
6.3	Betydelsen av resultatet i ett vidare sammanhang	25
6.4	Förslag till vidare forskning.....	26
6.5	Metoddiskussion	26
6.5.1	Giltighet.....	27
6.5.2	Tillförlitlighet.....	27
6.5.3	Överförbarhet.....	29
6.5.4	Samarbete mellan författarna.....	29
6.6	Etikdiskussion	30
7	SLUTSATS.....	31
	REFERENSLISTA	32

BILAGA A. FÖRFRÅGAN TILL VERKSAMHETSCHEF

BILAGA B. MISSIVBREV

BILAGA C. INTERVJUGUDIE

1 INLEDNING

Läkemedelsbehandling är en vanlig åtgärd i den psykiatriska vården. Likaså är sexuella biverkningar en vanlig följd av läkemedelsbehandling. Författarna som båda är kliniskt verksamma sjuksköterskor inom den psykiatriska kontexten har uppfattningen av att det sällan informeras om sexuella biverkningar i samband med läkemedelsförskrivning och än mindre diskuteras vid uppföljning. Omvårdnaden brister då i det avseendet som handlar om att sjuksköterskor skall informera, följa upp och utvärdera eventuella biverkningar tillsammans med personen för att tillgodose en adekvat läkemedelsbehandling. I sjuksköterskors ansvar ligger det att sträva efter en personcentrerad vård vilket innefattar människan som expert på sitt eget liv där personens uppfattningar och värden är centrala. Detta för att kunna få syn på personen i ett vidare sammanhang och bedriva vården utifrån det. Personen bör således identifieras som en människa med grundläggande behov där sexualiteten ingår och inte endast ses som en patient till följd av psykisk ohälsa. Vid undersökning av tidigare forskning synliggjordes att frågor som rör sexualiteten sällan är prioriterade eller uppmärksammade av sjuksköterskor. Det belyser vikten att utforska personers erfarenheter av sexuella biverkningar och hur det inverkar på det dagliga livet. Det ger sjuksköterskor en djupare kunskap som sedan kan appliceras i klinisk praxis för att utveckla omvårdnaden till personernas förmån och främja hälsa.

2 BAKGRUND

I bakgrunden kommer inledningsvis centrala begrepp att beskrivas så som *sexuella biverkningar, psykiatrisk öppenvård, sexualitetens betydelse för människan, hälso- och sjukvårdslagen* och till sist *personcentrerad vård och sjuksköterskors ansvar för omvårdnad*. Därefter kommer *tidigare forskning* presenteras följt av den *teoretiska referensramen* och avslutas med en *problemformulering*.

2.1 Sexuella biverkningar

Ordet biverkning används för att beskriva en skadlig och oavsiktlig reaktion på ett läkemedel (Berggren & Nyhlén, 2018). Definitionen av sexuella biverkningar innefattar biverkningar av sexuell karaktär vilket avser både fysiologiska och psykologiska aspekter. Det omfattar således aspekter av fysiska, känslomässiga, mentala och sociala bekymmer i relation till den personliga sexualiteten. Det är komplext och innefattar flera delar där sex, könsidentiteter och roller, sexuell läggning, erotik, njutning, intimitet samt reproduktion är representerade.

Sexuella biverkningar kan därför upplevas och komma till uttryck i tankar, fantasier, önskningar, övertygelser, attityder, värderingar, beteenden, roller och relationer (World Health Organization [WHO], 2021a). Denna definition av begreppet har valts för att ge en helhetsbild av fenomenet.

2.2 Psykiatrisk öppenvård

Som hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) beskriver är den psykiatriska vården uppdelad i slutenvård och öppenvård. I slutenvården är personen inlagd på en vårdavdelning och i öppenvården sker all övrig vård. I den psykiatriska öppenvården ingår utredningar, behandlingar och att medicinskt förebygga psykisk ohälsa (Levander et al., 2017). Inom öppenvårdspsykiatri arbetar sjuksköterskor, skötare, läkare, psykologer, socionomer och arbetsterapeuter i team för att stödja personerna i det dagliga livet.

2.3 Sexualitetens betydelse för människan

WHO (2021b) belyser att det är en mänsklig rättighet att känna fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välmående i förhållande till sexualitet vid sjukdom likväl som frånvaro av sjukdom och dysfunktion. Det är i samförstånd med det Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU, 2021) bekräftar i och med en beskrivning om hur även personer med funktionsvariationer har rätt till sexualitet. Enligt WHO (2021a) är sexualiteten en integrerad del av varje människas personlighet och gäller såväl man, kvinna som barn samt är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig som inte kan skiljas från andra livsaspekter. Vidare beskrivs att sexualitet är mer än endast samlag, orgasmer och erotik utan att sexualitet även finns i energin som driver människan att söka kärlek, kontakt, värme och närhet. Den uttrycks i sättet att känna och väcka känslor samt röra vid varandra. Sexualiteten påverkar tankar, känslor och handlingar, därigenom den psykiska och fysiska hälsan (WHO, 2021a). Enligt Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2014) omfattar sexuell hälsa och rättigheter hela befolkningen och människans hela livscykel. Det är ett område med stor betydelse för varje människas självkänsla, nära relationer och välbefinnande. Sexualitet är en viktig faktor för människors lust och livsglädje och har ett egenvärde under hela livstiden (Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, 2014). Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2014) menar att det har börjat ske en förändring mot främjande av sexuell hälsa och välbefinnande utifrån en ökad förståelse för den sexuella hälsans positiva betydelse för individens totala hälsa.

2.4 Hälso- och sjukvårdslagen

Målet med hälso- och sjukvårdslagen är att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Där ska vården som ges baseras på respekt för alla människors lika värde och för varje människas värdighet samt att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga

ohälsa. Det innebär i det här avseendet att vården bör se till hela människan och sträva efter att tillgodose sexuell och reproduktiv hälsa på lika villkor för alla människor i hela befolkningen (HSL, 2017).

2.5 Personcentrerad vård och sjuksköterskors ansvar för omvårdnad

Sjuksköterskor har ett ansvar att arbeta i enighet med personcentrerad vård. Det innebär en strävan att synliggöra hela personen där andliga, existentiella, sociala och fysiska behov ses likvärdiga. I personcentrerad vård innebär partnerskapet ett delat beslutfattande där utgångspunkten är personens berättelse om livet. Den individuella upplevelsen och tolkningen av hälsa och ohälsa är väsentlig för att sedan ha som en gemensam utgångspunkt när omvårdnaden planeras (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Wiklund Gustin (2019) menar att personcentrerad vård har sin utgångspunkt i personen som någon som har vilja, förmågor och specifika behov. I psykiatrisk omvårdnad innebär det att omvårdnaden planeras utifrån antaganden om att alla människor har möjligheter att växa och utvecklas. Planerade insatser syftar till att stärka personers känsla av att ha kontroll över livet, förmåga att hantera känslor av meningslöshet, utveckla olika strategier, lära känna den psykiska ohälsan och dess konsekvenser samt formulera rimliga mål för att uppnå personlig utveckling (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Utifrån detta förklarar Wiklund Gustin (2019) för att främja återhämtning blir det primära inte symtomreduktion, funktion och anpassning utifrån allmänna kriterier om hur något borde vara utan syftar till att ge personen det stödet som behövs för att återerövra, ta ansvar för och forma livet på ett sådant sätt så att välbefinnandet ökar. Personcentrerad vård blir alltmer angeläget där hänsyn tas till hela personen och fokus läggs på den enskilda personens värden om vad som är hälsa och ohälsa (Wiklund Gustin, 2019).

Jormfeldt (2019) beskriver att dagens hälso-och sjukvård främst drivs utifrån en övervägande biomedicinsk grundsyn där svårigheter att hantera påfrestningar i livet förklaras genom genetiska och biologiska processer vilket medför att den övergripande behandlingen i första hand är medicinsk. Psykiatrisk vård är inget undantag. Detta lägger ett större ansvar på sjuksköterskor att värna om det personcentrerade förhållningssättet i omvårdnaden samtidigt som förmågan finns att bedöma och ta ställning till om en läkemedelsordination eller läkemedelseffekter är rimliga, om inte vidta adekvata åtgärder. Vidare bör förmåga finnas att informera personer, närstående och vårdgivare om psykofarmakas såväl som andra farmakas verknings-mekanismer, interaktioner och biverkningar som kan förekomma på både kort och lång sikt. Följaktligen är det väsentligt att sjuksköterskor i dialog med personen, närstående och ansvarig läkare aktivt medverkar till följsamhet och eftersträvar att minsta verksamma dosering av läkemedel tillhandahålls (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

2.6 Tidigare forskning om sexuella biverkningar

För att ge en inblick av ämnet kommer tidigare forskning som rör ämnet presenteras i form av *sexuell hälsa vid psykisk ohälsa*. Vidare presenteras personers erfarenheter av att leva med sexuella biverkningar utifrån kvantitativa och kvalitativa data. Vidare följer en rapportering av sexuella biverkningar samt sjuksköterskors perspektiv av att bemöta sexuella biverkningar för att ge en bredare bild av området. Sökorden som användes för att inhämta tidigare forskning var *psychiatric drug**, *patient** och *sexual** vilket gav en bred sökning. Anledningen till att sökordet *patient** användes och inte *person* var för att finna forskning inom vårdkontexten. Det användes ingen begränsning gällande land varför sökningarnas resultat inte helt stämmer överens med den svenska kontexten.

2.6.1 Sexuell hälsa vid psykisk ohälsa

Personer med psykisk ohälsa uppger sämre sexuell hälsa och upplever sexuella hälsoproblem i högre utsträckning än övriga befolkningen. Vidare beskrivs att tillgången till sexualiteten inte längre existerar som en följd av psykisk ohälsa där personer belyser olika faktorer av betydelse (Ciocca et al., 2021; Incendere & Küçük, 2017; Hortal-Mas et al., 2020; Landi et al., 2020). Bland några faktorer som förklarar varför den sexuella hälsan är nedsatt hos dessa personer är den kroniska karaktären av psykisk ohälsa en del. Ytterligare betonas att kognitiva problem, tankestörningar, pågående medicinering, bristande verklighetsuppfattning samt känslomässiga och beteendemässiga aspekter spelar roll för den sexuella hälsan (Ciocca et al., 2021; Incendere & Küçük, 2017). Samtidigt är ämnet komplext och det finns således en rad faktorer som påverkar hur personer med psykisk ohälsa upplever sin sexuella hälsa. Personer beskriver känslor av misslyckande kopplat till stigmatisering vilket i sin tur gör att personer inte värdesätter sig själva eller sexualiteten (Cook, 2000; Hortal-Mas et al., 2020; Landi et al., 2020). Även om det finns ett intresse av att vara sexuellt aktiv beskriver personer med psykisk ohälsa hur avsaknad av sexuellt umgänge och minskad lust lett till att sexlivet gått förlorat (Hortal-Mas et al., 2020). Att inte ha tillgång till sexualiteten kommer till uttryck i flera dimensioner där bland annat relationer och känsloliv influeras. Brist på stöd kan leda till frustration, ensamhet, lidande och social isolering vilket härleds av sämre hälsa på ett övergripande plan (Ciocca et al., 2021; Hortal-Mas et al., 2020; Landi et al., 2020). Sammantaget visar tidigare forskning således att personer med psykisk ohälsa ofta har sämre sexuell hälsa än övriga befolkningen samtidigt som läkemedelsbehandling spår på sexuella hälsoproblem. Att belysa personers erfarenheter av sexuella biverkningar är viktigt för att synliggöra ämnet där personer med psykisk ohälsa accepteras som individer med sexuella behov (Ciocca et al., 2021; Incendere & Küçük, 2017; Hortal-Mas et al., 2020; Landi et al., 2020).

2.6.2 Att leva med sexuella biverkningar

Det finns varierande uppfattningar om hur det är att leva med sexuella biverkningar. Bland annat beskrivs i tidigare forskning känslor av frustration, genans och otillfredsställelse som leder till tankar om att vara misslyckad, onormal eller mindre värd som människa (Pestello & Davis-Berman, 2009; Tandon et al., 2020). Enligt Ahmadzadeh och Shahin (2015) är det

vanligt att personer upplever en känsla av frustration när sexlivet förändras vilket också är förknippat med minskat välbefinnande när livet inte längre är som det har varit. Det finns beskrivet att personer tar skulden för sexuella biverkningar, skäms över att diskutera ämnet med andra och känner en rädsla för att inleda relationer likväl som att det blir en orsak till att relationer bli svåra att upprätthålla (de Boer et al., 2015; Higgins et al., 2005). Likaså beskriver personer att livet påverkas av sexuella biverkningar till den grad att läkemedelsbehandlingen aktivt avslutas utan att frågan diskuteras med hälso- och sjukvårdspersonal vilket då kan innebära att personen riskerar att försämrans i den psykiska ohälsan (Bobes et al., 2010; de Boer et al., 2015; DiBonaventura et al., 2012; Higgins et al., 2005; Lorenz et al., 2016; Murthy & Wylie, 2007; Rosenberg et al., 2011). Pestello och Davis-Berman (2009) påvisar att det finns personer som väljer att kvarstå på läkemedelsbehandlingen trots sexuella biverkningar i hopp om remission av psykisk ohälsa. Det synliggör vilken form av dilemman dessa personer således kan ställas inför. Forskning visar att om biverkningar i samband med läkemedelsbehandling påverkar sexlivet är det viktigt att uppmärksamma detta i ett tidigt skede för att kunna hitta en adekvat behandling och strategi för att minska obehag hos den drabbade. Ibland kan ett preparatbyte bli aktuellt eller en dossänkning för att hitta till en nivå som gör att personerna upplever att den sexuella funktionen återtas och på så sätt förbättrar välbefinnandet (Atmaca, 2020; Lee et al., 2010; Thakurta et al., 2012). Personer och dess anhöriga bör få stöd av behandlande personal kring sexuella frågor, något som idag upplevs saknas i vården (Ekemen & Derya Beydag, 2020; Östman, 2008). Tidigare studier visar att sexuella biverkningar om de inte hanteras på adekvat sätt av olika anledningar kan bidra till sämre livskvalité och försämring i psykisk ohälsa (Higgins et al., 2005; Östman, 2008). Sammanfattningsvis belyser tidigare forskning att sexuella biverkningar inverkar på personens liv och får betydelse för hur vardagen upplevs som meningsfull eller inte. Det tydliggör vikten av att studera området vidare (Atmaca, 2020; Bobes et al., 2010; de Boer et al., 2015; DiBonaventura et al., 2012; Higgins et al., 2005; Lee et al., 2010; Lorenz et al., 2016; Murthy & Wylie, 2007; Rosenberg et al., 2011; Östman, 2008).

2.6.3 Rapportering av sexuella biverkningar

Läkemedel som orsakar sexuella biverkningar är främst antidepressiva men även andra läkemedel som antipsykotika kan bidra till att sexuella biverkningar uppstår (Bostwick, 2010; Haddad & Wieck, 2004; Wagstaff et al. 2002). Frekvensen av sexuella biverkningar ser olika ut mellan könen där män i större utsträckning rapporterar sexuella biverkningar än kvinnor men kvinnor däremot rapporterar en högre intensitet av sexuella biverkningar (Ahmadzadeh & Shahin, 2015; Montejo et al., 2019a; Tandon et al., 2020; Thakurta et al., 2012). Män rapporterar oftare spontant upplevelser av sexuella biverkningar jämfört med kvinnor (Montejo et al., 2019a). Kvinnor uppger att livskvalitén påverkas av sexuella biverkningar i större utsträckning än män (Ekemen & Derya Beydag, 2020; Kesebir et al., 2014; Tandon et al. 2020). Det finns också ett mörkertal i rapporteringen av sexuella biverkningar på grund av ämnets känslighet. Enligt Haddad och Sharman (2007) lyfts sexuella biverkningar fram som den "outtalade biverkan" eftersom det sällan lyfts av vårdpersonal. Att prata om sexuella biverkningar med hälso- och sjukvårdspersonal kan upplevas som svårt för personerna. Att ställa raka frågor vid uppföljningar kan öka rapporteringen och öppna möjligheten att ta upp

ämnet för personer med sexuella biverkningar (Bostwick, 2010; Montejo et al., 2019a; Murthy & Wylie, 2007). Enligt de Boer et al. (2015) känner många personer lättnad om det ges möjlighet att prata om sexuella biverkningar. Tidigare forskning visar således att sexuella biverkningar inom psykiatrisk vård är ett vanligt förekommande problem för både kvinnor och män samtidigt som det sker en underrapportering. Det visar på den svårighet och sensibilitet som finns i att ta upp och prata om ämnet (Bostwick, 2010; Ekemen & Derya Beydag, 2020; Montejo et al. 2019a; Murthy & Wylie, 2007).

2.6.4 Sjuksköterskors perspektiv av att bemöta sexuella biverkningar

Sjuksköterskor har olika upplevelser om hur sexuella biverkningar bör hanteras och bemötas. Även om sjuksköterskor är angelägna om att vårda hela människan och ser sexualiteten som något värdefullt är det få som lyfter fram den sexuella hälsan när omvårdnaden bedrivs (Blalock & Wood, 2015; Quinn et al., 2013). Quinn et al. (2011) beskriver att en del sjuksköterskor väljer att inte lyfta frågan med avsikt att skydda personen från att bli besvärad eller bortgjord. Likväl finns studier som belyser en oro hos sjuksköterskor att personer kommer motsätta eller avbryta läkemedelsbehandlingen, om information framförs att de förskrivna läkemedlen kan bidra till biverkningar av sexuell karaktär. Av den anledningen väljer sjuksköterskor att inte delge information som personen har rätt till, med rädsla för de konsekvenser en avbruten behandling skulle kunna innebära (DiBonaventura et al., 2012; Lee et al., 2010; Quinn et al. 2011; Raisi et al., 2017; Tandon et al., 2020). Andra aspekter sjuksköterskor ställs inför är egna attityder och tankar om personer med psykisk ohälsa som asexuella och inte involverade i sexuella relationer varför det bortprioriteras eller aktivt väljs bort frågor kring den sexuella hälsan i omvårdnadsarbetet (Blalock & Wood, 2015; Quinn et al., 2011). Andra attityder som blir tydliga involverar sjuksköterskors personliga åsikter om sexualitet där ämnet känns obekvämt att prata om. Det framhävs att sjuksköterskor bli generade eller saknar kunskap om sexuella frågor vilket gör att ämnet undviks (Blalock & Wood, 2015; de Boer et al., 2015; Corbett et al., 2017; McCann, 1999; Quinn et al. (2011). Tidigare forskning visar således att sjuksköterskor av olika anledningar inte prioriterar den sexuella hälsan i omvårdnadsarbetet inom den psykiatriska kontexten. Sjuksköterskor låter egna antaganden och värderingar vara vägledande i stället för att vårda utifrån individens enskilda behov (DiBonaventura et al., 2012; Lee et al., 2010; Quinn et al. 2011; Raisi et al., 2017; Tandon et al., 2020).

2.7 Teoretisk referensram

Den teoretiska referensram som tillämpats i examensarbetet är The Tidal Model som enligt svensk översättning benämns Tidvattenmodellen. Tidvattenmodellen är en internationellt erkänd teori med filosofisk ansats som inriktas mot återhämtning vid psykisk ohälsa där människans berättelse står i fokus. Den belyser antagandet om att människan är sin berättelse, där berättelsen syftar till att avslöja betydelsen av människors upplevelser och betonar vikten av deras egen röst och visdom (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Buchanan-Barker och Barker (2019) förklarar att inom Tidvattenmodellen läggs fokus på personen snarare än patienten där det är centralt att se personen som kapabel och utifrån ett

helhetsperspektiv (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Av den anledningen utgår examensarbetet utifrån personbegreppet för att vara trogen den teoretiska referensramen samt belysa värdet av att se patienten som en person. Barker och Buchanan-Barker (2005) lyfter fram den kontinuerliga förändringsprocessen som är inneboende i alla människor och som tar form i livsberättelsen. Istället för att lägga uppmärksamhet på psykisk ohälsa lyfts begreppet livsproblem fram. Livsproblem kommer till uttryck i personens berättelse och fokuserar mot de problem som påverkar personens möjligheter att leva ett vardagligt, meningsfullt och integrerat liv. Alla livsproblem medför att den personliga, interpersonella eller sociala utvecklingen saktar ner, störs eller stoppas upp. Tidvattenmodellen tar fasta på återhämtning som en process som främjar psykisk hälsa där personen återtar kontrollen över sitt eget liv (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

I Tidvattenmodellen beskrivs tre domäner som personen kommer till uttryck genom, själv-domänen, världen-domänen och andra-domänen. En domän är ett metaforiskt ställe som personen själv råder över och kan liknas med personens bostad. Bostadens olika rum kan ses som de olika domänerna. Det är således en plats där personen kan uppleva eller agera ut delar av det privata och offentliga livet (Buchanan-Barker & Barker, 2019). Själv-domänen beskrivs som det privata ställe där personen verkar. Det är här upplevelser av tankar, känslor, trosuppfattningar, värden och idéer som endast personen själv känner till ryms. Det är i denna värld det lidande som benämns psykisk ohälsa först erfars. Alla personer håller en stor del av den privata världen dold för andra och visar bara upp det som önskas att andra ska få kännedom om. I Tidvattenmodellen läggs fokus på självet där ändamålet är att gå närmre personens rädslor, oro eller annat hot mot den känslomässiga stabiliteten som hör samman med specifika livsproblem. Här blir utvecklandet av en relation betydande för att personen ska känna tillräcklig trygghet för att delge hot som upplevs i den privata sfären. Detta för att i slutändan hjälpa personen att komma fram till vad som behövs för att minska dessa hot. Världen-domänen är den plats där personen berättar om sina upplevelser från själv-domänen med andra människor i sitt sociala sammanhang. Det är i världen-domänen personer verkar när privata tankar, känslor, värderingar eller andra erfarenheter kommuniceras med andra. Här finns det en möjlighet att tillsammans identifiera särskilda livsproblem. Andra-domänen är den plats där personen lever och verkar tillsammans med andra människor på daglig basis. Här är personen aktiv i olika mellanmänniska och sociala möten där ett ömsesidigt utbyte sker mellan individer. Genom dessa möten utvecklas en ny förståelse till följd av att ge och få stöd från andra. Den professionella vården och andra former av stöd organiseras och genomförs i andra-domänen där huvudfokus ligger på att upptäcka, att dela information och att hitta lösningar (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Den valda teorin upplevs relevant då den bidrar till att bereda nytt ljus över utmaningar och möjligheter om hur det är att leva med sexuella biverkningar utifrån de tre domänerna, livsproblem och ett återhämtningsperspektiv. Valda delar av den teoretiska referensramen anknyts till i diskussionsavsnittet för att inbringa en djupare förståelse av resultatet samt ge underlag för tolkningar och slutsatser (Sievert & Chaiklin, 2012).

2.8 Problemformulering

Att ha tillgång till sin sexualitet är alla människors rättighet samtidigt som det omfattar en betydande del av varje människas liv. Tidigare forskning visar att sexualiteten hos personer med psykisk ohälsa försummas genom att sexualiteten inte värdesätts relaterat till självstigmatisering. Men även stigmatisering och attityder från vårdpersonal och samhället bidrar till att den sexuella hälsan inte prioriteras. Att läkemedelsbehandling inom psykiatrisk vård bidrar till biverkningar som påverkar sexualiteten visas tydligt i tidigare forskning. Även om behandlingen ges i åtanke att öka välbefinnande går personen miste om funktioner på andra plan. Det leder till känslor av frustration och misslyckande. Vidare innefattar det en situation där personen ställs inför ett val mellan sexualiteten och den psykiska hälsan. Sjuksköterskors ansvar syftar till att värna om hela personen utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och helhetsperspektiv där ingen del är mer värd än någon annan. Omvårdnaden bör utgå från personen som expert på sitt liv och utformas utefter vad som upplevs meningsfullt utifrån dennes personliga värden. Personer upplever bristande information om sexuella biverkningar då sjuksköterskor inte tar upp frågan på grund av otillräcklig kunskap, egna värderingar eller oro för minskad följsamhet till läkemedelsbehandling. Här syns att sjuksköterskors kompetens och ansvar inte räcker till för att bemöta personerna på ett tillfredsställande sätt. Det påverkar personen negativt och leder till ett lidande där personen inte kan leva det liv som önskas. För att främja hälsa på alla nivåer behöver även aspekter som rör sexualiteten lyftas fram i omvårdnaden. Det behövs således mer forskning för att belysa personers erfarenheter av sexuella biverkningar orsakade av läkemedelsbehandling och hur det påverkar det dagliga livet. Den kunskapen och förståelsen kan bidra till större möjligheter för sjuksköterskor att på ett mer personcentrerat sätt bemöta dessa frågor för att främja hälsa och återhämtning.

3 SYFTE

Syftet med examensarbetet var att beskriva personers erfarenheter av sexuella biverkningars inverkan på livet orsakade av läkemedelsbehandling, inom psykiatrisk öppenvård.

4 METOD

I detta avsnitt kommer genomförandet av examensarbetet att redovisas gällande *design*, *urval*, *datainsamling* och *analys av data*. Under datainsamling kommer metod för genomförandet av datainsamling beskrivas. Vidare kommer tillvägagångssättet för analysen av data att presenteras. Slutligen gestaltas *etiska överväganden* som beaktats under examensarbetets gång.

4.1 Design

Syftet med examensarbetet var att beskriva personers erfarenheter. En kvalitativ design med induktiv ansats valdes. Kvalitativ designs användes då syftet var att beskriva människors erfarenheter och kan således skapa en djupare förståelse för olika fenomen (Polit & Beck, 2017). Enligt Dahlberg (2014) är kvalitativ metod att föredra när upplevelser är i fokus och intresset är riktat mot vad ett fenomen har för betydelse och mening. En induktiv ansats sågs relevant för att materialet som samlades in skulle behandlas förutsättningslöst i analysprocessen samt för att finna skillnader och likheter.

4.2 Urval

För att få tillåtelse att genomföra examensarbetet skickades en ansökan om godkännande (bilaga A) till verksamhetschefen för en psykiatrisk öppenvårdsmottagning på en ort i Mellansverige. Sedan fick personal på aktuell mottagning information då författarna deltog på en arbetsplatsträff för att berätta om examensarbetet. Därefter skickades ett informationsmejl till personalen där missivbrev bifogades (bilaga B). Under en månads tid gavs personalen möjligheten att lämna ut skriftlig information till alla personer som besökte mottagningen med benämningen patient. Där fanns information om examensarbetets syfte och upplägg samt kontaktuppgifter till författarna så att deltagarna kunde ta kontakt med författarna vid intresse av att delta i examensarbetet. Författarna eftersträvade att inkludera 10-12 deltagare. När deltagarna hade gett muntligt samtycke och lämnat telefonnummer kontaktade författarna deltagarna via telefon för att delge mer information och ge utrymme att ställa frågor. Om personen uppfyllde inklusionskriterierna och inte föll bort på grund av exklusionskriterierna bokades en tid för intervju. Vid intervjutillfället gavs ytterligare muntlig och skriftlig information om examensarbetet. Därefter fick deltagarna skriva på ett samtycke som ingick i missivbrevet (bilaga B). Deltagarna som intervjuades i examensarbetet var mellan åldrarna 19-55 år. Fördelningen mellan könen var tre män och sju kvinnor. Urvalet grundades utifrån ett bekvämlighets urval. Det innebar att de första som anmälde intresse blev tillfrågade och fick delta om de uppfyllde inklusionskriterierna. Efter tio intervjuer upplevde författarna att materialet var mättat då inget nytt tillkom.

Enligt Graneheim et al. (2017) är det betydande att inkludera deltagare i undersökningar som har erfarenheter av det som studeras. Val av deltagare utgick därför utifrån följande inklusionskriterier, vilka redovisas nedan i Tabell 1.

Tabell 1: Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Ha erfarenhet av sexuella biverkningar• Vara över 18 år• Vara inskriven på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning	<ul style="list-style-type: none">• Att inte kunna uttrycka sig i svenskt tal (för att undvika språkförbristningar)

- Att inte förstå innebörden av informerat samtycke

4.3 Datainsamling

Vid genomförandet av datainsamling användes semistrukturerade intervjuer med öppna frågor vilket innebar att författarna ställde samma frågor till alla deltagare men att frågorna inte var tvungna att ställas i samma ordning. Denna metod valdes för att deltagarna skulle få berätta så öppet som möjligt om personliga erfarenheter samtidigt som det hjälpte författarna att hålla en struktur så att syftet blev besvarat. Enligt Danielsson (2017a) är intervjuer en adekvat metod att använda för att samla in data när fokus handlar om personers erfarenheter. En intervjuguide med öppna frågor (bilaga C) framtogs som stöd vid intervjuerna. Intervjuguiden formulerades med frågor som var anpassade för att svara på examensarbetets syfte samt innehöll redan färdiga följdfrågor som till exempel ”hur menar du?” för att den som intervjuade skulle kunna ge deltagaren möjlighet att utveckla sina svar och få så innehållsrika beskrivningar som möjligt. Innan intervjuguiden färdigställdes gjordes provintervjuer för att se om planerade intervjufrågor var adekvata gentemot syftet samt gav även en möjlighet för författarna att bekanta sig med intervjuguiden. Enligt Danielsson (2017a) är säkerställande att teknisk utrustning fungerar nödvändigt. Författarna testade därför den tekniska utrustningen vid provintervjuerna. Alla tio intervjuer genomfördes genom fysiska möten och skedde i ett avskilt rum på den psykiatriska öppenvårdsmottagning där deltagarna rekryterades. Eftersom datainsamlingen genomfördes på författarnas arbetsplats delades intervjuerna upp med hänsyn till eventuell vårdrelation. Det innebar att ingen av författarna intervjuade någon deltagare där en vårdrelation funnits, med avseende att förhindra deltagarna från att hamna i en obekvämlig situation eller beroendeställning. Rummet anpassades efter Folkhälsomyndighetens (2021) rådande rekommendationer som gavs för Covid-19. I rummet fanns fruktkat, dryck och godis med papper på för att inte ge ett mer hemtrevligt intryck. Enligt Danielsson (2017a) är en trygg och ostörd miljö en förutsättning för en djupare och mer innehållsrik intervju. Författarna intervjuade fem deltagare vardera. Varje intervju pågick mellan 22 och 45 minuter. Intervjuerna spelades in med hjälp av mobiltelefon med inställt flygplansläge som även förvarades inlåst när den inte var i bruk.

4.4 Analys av data

Enligt Dahlberg (2014) används kvalitativ innehållsanalys när utgångspunkten är texten från insamlade data och för att ge en djupare förståelse. Insamlade data analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) struktur för innehållsanalys. Analysen användes för att systematiskt bearbeta insamlade data och ge möjlighet att så nära som möjligt beskriva deltagarnas erfarenheter.

Författarna transkriberade alla intervjuer i sin helhet gemensamt för att på så sätt få en första överblick över det insamlade materialet. Transkriberingarna gjordes samma dag eller dagen efter intervjuerna för att kunna ha den aktuella känslan kvar efter intervjuerna. Alla intervjuer avidentifierades och varje deltagare tillskrevs ett nummer från ett till tio. Intervjuteexterna skrevs ut och lästes sedan en gång till för att enligt Danielson (2017b) författarna enklare skulle kunna skapa en förståelse i förhållande till syftet. Ett analyschema användes för att strukturera analysprocessen och är enligt Danielson (2017b) en fördel när en innehållsanalys görs. Varje steg lades in i en analysmatris och varje intervju följde varje steg i analysmatrisen. Därefter markerades meningsenheter som svarade mot syftet med färg i texten. Författarna kondenserade sedan meningsenheterna tillsammans och tog bort överflödiga ord. De kondenserade meningsenheterna fick en kod med ett eller flera ord som låg så nära texten som möjligt. Koderna skrevs ner på post-it lappar med meningsenheten på baksidan för att på ett mer lättöverskådligt sätt kunna fortsätta analysprocessen. Koderna är enligt Danielson (2017b) en teknik för att sätta etikett på kondenserade meningsenheter. Samtliga koder grupperades för att jämföras och för att hitta koder som var synonyma. När grupperna och koderna sorterades trädde subkategorier och kategorier fram. Detta utgjordes av en process som böljade fram och tillbaka mellan kategorier och subkategorier. Det slutgiltiga resultatet utmynnade i tre kategorier där en kategori utgjordes av två subkategorier, en annan kategori av tre subkategorier samt den tredje kategorin av två tillhörande subkategorier. För att kunna följa hur analysprocessen gått till följer exempel i Tabell 2 nedan.

Tabell 2: Utdrag ut analysmatris

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>"Det påverkar mer än vad man tror för att man är ju på ett speciellt sätt och sen så när man äter medicin så blir man annorlunda.."</i>	Man blir annorlunda	Blir annorlunda	Att ifrågasätta identiteten	Att förlora en bit av livet
<i>"Vi pratar väldigt mycket och öppet och sådär, så det ligger liksom ingen press på att jag tänker att tänk om hon tänker att hon är dålig"</i>	Vi pratar mycket och då släpper pressen på mig	Pratar med partner	Att söka stöd hos anhöriga	Att hitta olika strategier för att stå ut

<i>för att inte eller ja.. vi asså, vi har en kommunikation..”</i>				
<i>”Det är så svårt att veta vad som är vad, är det läkemedel eller är det liksom att man är i ett ställe i huvudet där man inte mår nå bra..”</i>	Svårt att veta vad som är vad	Vad är vad	Att inte veta vad olika symtom beror på	Att lämnas ensam med sin ovisshet

4.5 Etiska överväganden

Vid forskning finns forskningsetiska aspekter att reflektera över för författarna (Vetenskapsrådet, 2017). Författarna reflekterade i examensarbetet över Vetenskapsrådets (2017) fyra krav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Inledningsvis gjordes en etikprövning hos aktuellt lärosäte för att få godkänt att genomföra examensarbetet. I etikprövningen redovisades grundligt de olika etiska aspekterna författarna tagit ställning till inför examensarbetets genomförande. Efter att etikprövningen godkänkts skickades missivbrev samt information till verksamhetschefen för aktuell öppenvårdsmottagning för ett godkännande, där inklusions- och exklusionskriterier redovisades. Enligt Vetenskapsrådet (2017) ska deltagare i en studie få information om examensarbetets syfte, villkoren för att delta samt att det finns möjlighet att när som helst välja att avbryta medverkan utan att ifrågasättas. Deltagarna informerades innan examensarbetet både muntligt och skriftligt av personalen som rekryterade deltagarna. Den skriftliga informationen innehöll en beskrivning av metod, syfte, genomförande samt villkor för att ge deltagarna grundlig information. Deltagarna gavs även möjligheten att få mer information innan medgivande genom att författarnas mejladresser lämnades ut i missivbrevet. Innan varje intervju informerades varje deltagare en gång till både muntligt och skriftligt för att säkerställa att alla deltagare tagit del av samma information samt för att säkerställa att deltagarna hade förstått informationen. Rådande pandemi av Covid-19 innebar en ökad risk för smittspridning i samband med intervjuer. För att undvika detta följde författarna Folkhälsomyndighetens rekommendationer, det vill säga, hålla avstånd och tillämpa god handhygien samt ställa in intervjuer om de förekom symtom hos någon av författarna eller deltagarna (Folkhälsomyndigheten, 2021).

Vetenskapsrådet (2017) tydliggör att det alltid ska inhämtas ett samtycke av deltagare vid ett examensarbete. Deltagarna fick därför skriva på en samtyckesblankett innan intervjuerna startade. Intervjuerna spelades därefter in efter godkännande om ljudinspelning med hjälp av en mobiltelefon som enbart användes för ändamålet. Deltagarna informerades om att endast författarna hade tillgång till materialet som samlades in och att handledare och examinator endast hade tillgång vid förfrågan. Eftersom ämnet kan vara laddat var det betydande att frågorna formulerades på ett adekvat sätt för att inte väcka anstöt. Det innebar att frågorna var relevanta och stod i relation till syftet samt ställdes på ett genuint och sensibelt sätt. Även om det är ett potentiellt känsligt ämne kan det vara värdefullt för personer att få delge personliga erfarenheter, komma till tals och bli tagna på allvar. Intervjuerna transkriberades ordagrant, avidentifierades och kodades för att inte något skulle kunna härledas tillbaka till deltagarna. Mobiltelefonen, samtyckesblanketter och kodlistor förvarades i ett låst skåp medan transkriberingar förvarades i ett annat skåp åtskilt från resten av materialet. Övrigt material förvarades på författarnas lösenordsskyddade datorer. Vetenskapsrådet (2017) framhåller att uppgifter om personer och deras identitet ska avidentifieras samt förvaras oåtkomligt för obehöriga för att konfidentialitetskravet ska uppfyllas. Allt material sparas fram tills att examensarbetet är godkänt och kommer efter det att förstöras om det inte blir aktuellt att använda examensarbetet till grund för en vetenskaplig artikel. Då kommer allt material förstöras efter publikation. När examensarbetet är godkänt publiceras uppsatsen i Diva. Enligt Vetenskapsrådet (2017) har författare en skyldighet att publicera resultatet för att inte undanhålla deltagare, samhälle och andra forskare vad som framkommit.

5 RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån tre kategorier följt av sju subkategorier som framkommit under analysprocessen. En överblick redovisas i Tabell 3 nedan. I resultatet kommer utvalda blockcitat från alla deltagare illustreras för att ge en mer autentisk bild av resultatet. Varje citat är förenat med en siffra som varje deltagare blivit tilldelad för att tydliggöra att alla kommer till tals.

Tabell 3: Kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Att förlora en bit av livet	<ul style="list-style-type: none"> • Att bli berövad sexualiteten • Att ifrågasätta identiteten
Att hitta olika strategier för att stå ut	<ul style="list-style-type: none"> • Att behöva utveckla egna knep för att stå ut • Att söka hjälp från hälso-och sjukvården

	<ul style="list-style-type: none"> • Att söka stöd hos anhöriga
Att lämnas ensam med sin ovisshet	<ul style="list-style-type: none"> • Att tvingas söka kunskap själv • Att inte veta vad olika symtom beror på

5.1 Att förlora en bit av livet

Kategorin att förlora en bit av livet tar fasta på delar som personer gick miste om eller offrade på olika sätt till följd av sexuella biverkningar. Kategorin följs av två subkategorier som beskriver innehållet mer ingående utifrån *att bli berövad sexualiteten* och *att ifrågasätta identiteten*.

5.1.1 Att bli berövad sexualiteten

Att bli berövad sexualiteten framhåller flera dimensioner som inskränkte på livet. En dimension involverade den fysiska aspekten i form av att inte kunna få orgasm, torra slemhinnor, missfärgad utlösning, smärta samt upplevelse av att kroppen inte samarbetade med hjärnan. Frustration, rädsla och besvikelse både i samband med självsex och sex tillsammans med andra var känslor som behövde hanteras.

Så det var ju frustrerande när man väl hade fått till det att ha sex med en karl, då att det blir liksom bara ja, man fick undra eller ja.. man fick välja liksom, man kunde inte få med sig en orgasm för att det var så pass svårt (5)

Nedsatt lust var en annan dimension som påverkade olika delar av att vara människa. Utebliven sexlust innebar att samlag varken var njutbart för individen eller partnern. Vidare uttrycktes att litet eller obefintligt behov av sex uppstod periodvis vilket resulterade i upplevelser av att vara asexuell. Det hade vid tillfällena gett upphov till att samlag genomfördes utan att lusten till det egentligen fanns vilket förändrade upplevelsen av samlag.

Det är ju en hemsk känsla att gör det bara för att det är ju en stund som man har med sin partner där man vill att det ska vara njutningsfullt och är man inte alls sugen så är det inte njutningsfullt, så det är ju egentligen hemskt, det är ju inte alls en trevlig upplevelse (8)

Att inte vilja vara nära uttrycktes i erfarenheter att känna äckel eller önskan om att bli lämnad i fred. Det kunde gestaltas av att inte vilja ge sin partner närhet i form av en kram eller bidrog till ett undandragande beteende. Ofta ledde det till relationsproblem då det skapade en motvillig distans i förhållandet.

Jo men jag vet inte det kändes som en tomhet, de det var.. de hm ja jag hade inte ingen vad ska man säga, ingen glädje av att vara hemma heller med sambon då.. Så jag höll till nere i källaren och höll på att skruva bil istället och de var ju jobbigt (1)

När en del av sexualiteten gick förlorad försvann också delar av livet och mänskligheten vilket kunde innebära en sorg för den drabbade. Beroende på hur betydande sexualiteten varit för personen innan desto större del gick personen miste om vid sexuella biverkningar. Det gestaltades i form av att dagarna kändes gråare eller mindre roliga.

5.1.2 Att ifrågasätta identiteten

Under subkategorin att ifrågasätta identiteten återspeglas hur identiteten sattes ur spel när deltagarna inte längre kunde leva upp till roller förvärvade under livet. Det tydliggjordes när manliga och kvinnliga ideal ifrågasattes i och med att inte kunna leverera en fullständig sexuell upplevelse. Det kunde även handla om rollen som hustru eller olika personlighetsdrag som personen tillskrivit sig själv och kunde uppvisas som ett förändrat beteende. Att inte kunna vara som förut ledde till känslor av förvirring och ofullkomlighet.

Jag hade en ganska stark sexlust innan och nu upplever jag att den inte är det alls och då blir jag ju annorlunda då blir det ju en förändring i mitt beteende så ja det märker min sambo också (4)

Vidare synliggjordes hur sexuella biverkningar på olika sätt genererade ett tvivel av den egna kapaciteten. Det handlade om tron på den egna förmågan i olika sammanhang samt personligt skuldbeläggande när prestation eller agerande inte uppfyllde förväntningarna som önskades. Detta kunde upplevas som problematisk och uttrycktes i bristande självförtroende när deltagarna tvingades till känslor av tvivel, misslyckande och otillräcklighet.

Nej men det är den här monologen som ja nej men hallå vad, skärp dig nu hur svårt ska det vara eh ah, men man känner sig lite för stunden misslyckad (6)

En konsekvens som blev tydlig när tilliten till den egna personen rubbades var att det bidrog till en känsla av att vara mindre värd. Det spädde ytterligare på känslan av att inte vara kapabel och begränsade möjligheten till att leva det liv som eftersträvades samt innebar att livet blev mer komplicerat än det skulle behöva vara, som nedanstående citat illustrerar.

Jag kände att det började bli ett problem hemma, jag känner att jag känner en stor press och en stor stress och en otillräcklighet som jag inte behöver. Jag behöver inte mer problem än de jag redan har, jag vill kunna känna att jag fungerar på något plan i alla fall (10)

När självbilden förändrades fanns det en risk att tappa fotfästet i tillvaron och en inneboende förvirring uppstod. Det gav näring till frågor av existentiell karaktär som kunde vara svåra att handskas med. Det kunde handla om en osäkerhet gällande ens personliga värde och identitet.

5.2 Att hitta olika strategier för att stå ut

Nästa kategori speglar olika sätt att anpassa vardagen efter en ny situation med nya förutsättningar som sexuella biverkningar frambringade. Anpassning kunde handla om att tvingas ändra tankesätt, acceptera eller släppa taget om saker. Vidare kunde det innebära att vända sig till andra för att få hjälp och stöd. Möjligheter och utmaningar kommer att lyftas fram och förtydligas i olika subkategorier som benämns *att behöva utveckla egna knep, att söka hjälp från hälso- och sjukvården* samt *att söka stöd hos anhöriga*.

5.2.1 Att behöva utveckla egna knep

För att hantera omställningen som sexuella biverkningar framkallade har symtomlindrande alternativ använts. Det kunde handla om att avsluta sin medicinering på eget bevåg eller vara extra vaksam vid insättning av läkemedel i framtiden vilket medförde ett risktagande. Det innefattade även att använda glidmedel samt smörjande medel för underlivet för att motverka torra slemhinnor vilket nedanstående citat framhåller.

Jag måste ju använda mycket mera glidmedel till exempel och ja vara noga med att smörja in typ innan och grejer, för att annars blir det sår. Så det är ju det som är tråkigt (4)

Deltagarna uppgav olika sätt att kompromissa. Det kunde handla om att ställa sig själv åt sidan och fokusera på partnerens tillfredsställelse eller att nöja sig med endast fysisk närhet där klimax uteslöts. Fortsättningsvis kunde det innebära att välja bort att inleda relationer för att inte behöva prestera för någon annan eller att avsluta pågående relation. Vidare syntes att kommunikationen hade en betydande roll när det gällde att hantera kompromisser under sexakten för att göra det bästa möjliga av situationen.

Så liksom hade vi sex då, så att hade vi liksom ja men sex till, tills hon va klar eller vad man ska säga. Så att ja det var ju liksom en liten besvikelse att jag kan inte nu heller.. men är du nöjd så är jag nöjd (8)

När känslan uppstod att det inte fanns någon utväg eller sätt att lösa problemen på behövdes andra strategier formas men möjligheterna var slut. Då blev acceptansen central vilket synliggjordes i form av tolerans för det nya livet. Det kunde handla om tillvänjning, anpassning eller att gilla läget. I analysen framkom således att inga direkta lösningar existerade, utan snarare handlade det om att på olika sätt arbeta runt eller kring problemen som sexuella biverkningar gett upphov till.

5.2.2 Att söka hjälp från hälso- och sjukvården

Att söka hjälp hos hälso- och sjukvården för sexuella biverkningar kunde upplevas utmanande då känsliga och intima saker skulle lyftas fram. Ämnet var svårt att prata om vilket krävde mod och beslutsamhet för att över huvud taget ta upp det. För att våga prata om intima saker behövde den som mottog informationen göra det med respekt och lyhördhet. Det underlättade om det fanns ett ömsesidigt förtroende och en djupare relation eftersom det

kändes mer bekvämt att diskutera ämnet då. Samtidigt var det inte alltid den grunden fanns och då kunde upplevelser av att bli ignorerad eller inte bli tagen på allvar eller sedd uppstå. Om vårdpersonal bjöd in till att samtala om sex och samliv gjorde det saken enklare. I annat fall blev det upp till personerna att lyfta frågan vilket kunde kännas besvärligt, därav riskerades viktig kunskap ur ett omvårdnadsperspektiv att gå till spillo vilket synliggörs i citatet nedan.

Nu säger jag att jag kan prata med allt och alla men så är det väl inte riktigt, utan att det är jag måste ändå säga att det är, att vi är, att vi förstår varandra på något sätt liksom.. så skulle det vara någon annan som jag kanske inte kände eller om man har varit till någon psykolog där det liksom bara första mötet är såhär nej men det där går ju inte. Då hade jag inte tagit upp det eh, så ja det är ett stort bidrag till att jag tar upp det tror jag i huvud taget, till att vi har den kontakten tror jag och att det inte blir någon grej eller mera såhär att vi kan prata om det och hon lyssnar liksom och ändå förstår ah men så här frågar vidare (7)

Den övervägande hjälpen som erbjöds inom hälso- och sjukvården fokuserade främst på medicinering. Det kunde handla om medicinbyte eller justeringar av olika slag i syfte att reducera biverkningar. Att ställas inför valet att avsluta eller byta medicinering innebar också en risk att försämras i den psykiska ohälsan varför det inte alltid kändes bekvämt att avsluta pågående läkemedelsbehandling. Här blev tankar om vad som är viktigast och vad som är minst skadligt aktuella. Det framkallade ett val som var svårt att ta beslut om då det alltid innebar någon form av uppoffring.

Hade jag varit stabilare så kanske jag hade brytt mig mer från första början eh, men just där och då så från början så kände jag liksom att du måste bygga upp dig själv innan jag innan du kan avsluta en eventuell medicinering eller bygger du upp dig själv så kanske liksom pitten blir att fungera helt enkelt, så att det va ju jag vet inte.. att väga upp det bra med det dåliga (9)

Överlag erfors stödet från hälso- och sjukvården bristande vad gäller hanteringen av sexuella biverkningar. Det som önskades mer av var att vårdpersonal skulle ha mer kunskap om sexuella frågor och sexuell hälsa för att kunna erbjuda adekvat stöd utifrån samtal, tips och råd. Rädslan för att bli utan hjälp eller bortprioriterad gjorde att ett samarbete efterfrågades mellan instanser där bland annat barnmorskor skulle kunna bidra med sin kompetens om ämnet.

5.2.3 Att söka stöd hos anhöriga

Att få stöd av anhöriga har varit en betydande faktor för att stå ut och acceptera sexuella biverkningar. Att kunna resonera om tankar och känslor var betydande för att skapa en förståelse och öppenhet kring problemet. Den förståelsen kunde medföra ett bekvämare sammanhang och reducera skuld känslor vilket skapade en tryggare vardag.

I min nuvarande relation så har vi i alla fall kunnat resonera kring det tillsammans när jag vet att vad det handlar om liksom.. nämen det kanske är också att kunna släppa skuld känslor lite att det liksom handlar inte om mig ju, personen behöver inte ta det så som att det handlar om

den på samma sätt. Att det inte finns någon, det finns en annan anledning som det går att göra någonting åt. Det är inte attraktionen mellan mig och min partner liksom egentligen (2)

Det fanns också anledningar eller hinder som gjorde att det kändes jobbigt och utmanande att prata med sin partner. Det kunde handla om att det kändes tungt att lasta sambon eller att det var svårt att veta hur ämnet skulle läggas fram. Att försöka prata med sin partner men inte få gehör eller bekräftelse skapade en känsla av övergivenhet. När stödet eller förståelsen inte fanns uppstod en rad negativa känslor, av att vara en belastning där skuld-känslor var framträdande.

Jag har ju försökt prata med han om det men då kan han bli såhär, åh du tycker inte om mig då är ju han lite sådär offerkofta istället (4)

Tillsammans med vänner kunde eventuella orosmoln ventileras och saker sättas i perspektiv. Närstående kunde således antingen bidra till ett gott stöd eller orsaka ett obehag beroende på hur situationen gestaltades. När det var svårt att söka stöd hos anhöriga efterfrågades professionell hjälp för att minska belastningen på relationen. Det kunde innebära att anhöriga gavs stöd eller delgavs information som kunde öka förståelsen för sexuella biverkningar.

5.3 Att lämnas ensam med sin ovisshet

Den tredje och sista kategorin innefattar upplevelser att bli lämnad åt sitt öde där brist på information om sexuella biverkningar ledde till en rädsla inför framtiden. Att kunskap är makt kunde uttryckas på olika sätt. Att ha makt över sin situation och sitt eget liv samt att ha möjlighet att ta välgrundade beslut följdes av en känsla av kontroll. När kunskapen eller angelägen information som rörde ens person uteblev förlorades också kontrollen över tillvaron. Att inte veta var det fanns hjälp eller om det fanns hjälp gav upphov till känslor av frustration och förtvivlan. Det kom till uttryck i subkategorierna *att tvingas söka kunskap själv* och *att inte veta vad olika symtom beror på*.

5.3.1 Att tvingas söka kunskap själv

Ett behov av kunskap gjorde att information eftersöktes på egen hand för att återta kontrollen över tillvaron. Det kunde innebära en belastning att behöva söka kunskap själv utan att veta vart den fanns. En stress uppstod i samband med ovisshet då en känsla av maktlöshet trädde fram. Samtidigt visade ett självständigt sökande av kunskap på ett engagemang och en drivkraft när personen månade om sitt eget liv.

Det var ju bara något jag läste själv på bipacksedeln, det är ingen som säger något sånt när läkaren skriver ut eller något, så det är nej det får man väldigt lite information om eller i alla fall jag, nej det är ingen som har sagt något (3)

För att kunna få information fanns flera vägar att gå. Det kunde handla om att ventilera frågan med sin fasta vårdkontakt, läsa information på bipacksedeln, söka information på FASS eller andra internetsidor. I andra fall diskuterades frågan med andra som besatt liknande erfarenheter och ett kunskapsutbyte skedde där utav.

Så började jag uppleva det här och då tittade jag ju på nätet på FASS och så tittade jag också ba aha okej då förstår jag och jag tycker att det är tråkigt att jag inte har fått någon information alls, för det känns ju så här att det här är en ganska stor del utav ens liv (4)

Om det inhämtades kunskap från källor som inte var tillförlitliga kunde det innebära en risk att få missvisande information och således ökade oron. Där blev sjuksköterskors roll viktig i och med att utbilda och förse personerna med rätt information och kunskap. Detta för att minimera faran det kunde innebära att erhålla felaktig information men detta besparade även ett lidande genom att personen blev delaktig i vården.

5.3.2 Att inte veta vad olika symtom beror på

Att i tidigt skede få vetskap om att läkemedlet som förskrevs kunde orsaka sexuella biverkningar sågs som en rättighet. Där önskades möjlighet till dialog om eventuella alternativ för att kunna ta ställning utifrån individuella behov. Med det utgångsläget fanns också en större acceptans för sexuella biverkningar om de skulle uppstå.

Men då tror jag att jag hade kunnat alltså accepterat det mer, om jag hade fått veta en orsak till varför det blir såhär. Då hade jag ju inte heller gått och oroat mig varför, varför blir det sånt här fel på mig eh, är det något annat asså har jag någonting i livmodern som inte ska vara där.. att jag tror att jag inte alls hade behövt ödsla tid och oro på det och då hade jag väl mer kanske kunnat acceptera det (2)

Att inte få information om att läkemedelsbehandling kunde orsaka sexuella biverkningar skapade bekymmer då symtom uppstod utan någon klar anledningen. Det frambringade olika former av katastroftankar hos individen som innehöll alltifrån lindrigare orostankar till tankar om dödlig sjukdom. Därmed ödslades tid, kraft och lidande på att fundera kring olika scenarier, där nedanstående citat gestaltar ett sådant scenario.

Det är klart man vart rädd när jag såg att den var missfärgad och så eh, när det väl funkade liksom så att det är liksom ah.. men satte kaostänket igång direkt att det är cancer och det var ja, det ena med det tredje liksom och sen innan jag väl fick diskutera det med min vårdkontakt då så att ja hjärnan snurrade på fullt liksom (9)

En sådan enkel sak som att delge information kunde fylla en stor funktion eftersom det bidrog till att personen förskonades från oro och obehag. Det var inte alltid det behövdes förslag på lösningar utan bara att få förklaringar på vad orsaken kunde vara gav också en känsla av trygghet och ökad kontroll.

6 DISKUSSION

I detta avsnitt ingår en *resultatdiskussion* där examensarbetets resultat diskuteras utifrån syftet i relation till tidigare forskning och Tidvattenmodellen. Även resonemang kring *kliniska implikationer och betydelsen av resultatet i ett vidare sammanhang* samt *förslag till vidare forskning* ingår. Vidare följer en *metoddiskussion* och avslutas med en *etikdiskussion*.

6.1 Resultatdiskussion

Resultatet i examensarbetet visade att personer förlorade delar av sin sexualitet när sexuella biverkningar uppstod i samband med läkemedelsbehandling. **Att bli berövad sexualiteten** innefattade bland annat bortfall av fysiska funktioner kopplat till sexuell aktivitet. Det kunde samtidigt leda till ett undvikande av att inleda relationer eller söka närhet från andra människor där det fanns potential för sexuellt umgänge. Undvikandet berodde på en rädsla av att behöva konfronteras med besvikelsen av att kroppen inte lydde eller att försättas i en situation där risken fanns att bli dömd av en annan människa. I vissa fall innebar det en högre grad av isolering och utanförskap. Det är i linje med tidigare forskning där personer med psykisk ohälsa förklarar att stigmatisering och andra människors attityder är en orsak till att de inte vågar söka närhet eller intimitet på grund av bristande självförtroende (Cook, 2000; Landi et al., 2020; Hortal-Mas et al., 2020). Baker och Buchanan-Barker (2005) förklarar utifrån Tidvattenmodellen att fokus i omvårdnaden ligger på att hjälpa människor att hantera sina mänskliga livsproblem. Det inriktas mot problem som påverkar personens möjligheter att leva ett vardagligt, meningsfullt och integrerat liv. Personer med psykisk ohälsa upplever ofta någon form av hot antingen inom personen själv i form av känslor av värdelöshet, anklagande röster eller till följd av inflytande från den yttre världen genom stigma, anklagelser eller diskriminering (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Utifrån det resultatet examensarbetet gestaltar kan sexuella biverkningar innebära ett hot mot personen i form av negativ självbild och utgöra ett övervägande hinder för att leva ett integrerat liv där närheten till andra människor är betydelsefull. Det synliggör även att sexuella biverkningar innefattar en komplexitet om hur det är att vara människa relaterat till den mänskliga sexualiteten. Vidare är ett undvikande av andra människor en faktor följt av sexuella biverkningar vilket kan begränsa en persons utveckling och dagliga liv. Det är därför av största vikt att den sexuella aspekten får ta plats i omvårdnaden för att kunna främja hälsa och återhämtning.

I resultatet framkom hur sexuella biverkningar inte endast är fysiska symtom utan tvärtom integreras med hela människans väsen och omfattade stora delar av människors liv. Att redan lida av psykisk ohälsa och därtill drabbas av sexuella biverkningar orsakade en högre grad av lidande. Samtidigt belyser Kazour et al. (2019) utifrån tidigare forskning hur sexuell aktivitet kan möjliggöra för en godare prognos för personer med psykisk ohälsa genom att känslomässiga och kognitiva funktioner kan förbättras vilket i annat fall kan innebära stora bekymmer i vardagen. Det framhålls vidare hur sexuell aktivitet påverkar kroppens hormonsystem och startar belöningssystemet i hjärnan vilket är betydande för människans

överlevnad och medför ökad motivation till aktivitet i vardagen (Kazour et al. 2019). Baker och Buchanan-Barker (2005) beskriver att människan är i behov av mellanmänniska möten för att växa och utvecklas, vilket hjälper till att påvisa betydelsen av sexualiteten och närhet till andra människor för ett gott liv. Det är anmärkningsvärt att läkemedelsbehandling som syftar till att lindra lidande och öka välbefinnandet hos personer som redan besitter ett lidande, snarare bidrar till en ökad personlig belastning då det frambringar sexuella biverkningar som i sin tur föranleder olika varianter av mänskliga livsproblem. Därför är sexuella biverkningar ingenting som går att förbise utan behöver uppmärksammas då de annars kan orsaka skada på en persons livskvalité.

I examensarbetets resultat framkom **att ifrågasättande av identiteten** skedde i hög utsträckning där personer brottades med en negativ självbild och känslor av att vara mindre värd eller misslyckad. Det påvisade ytterligare komplexiteten av vad sexuella biverkningar innefattar. Särskilt med tanke på att identiteten speglar den egna individens förhållningssätt gentemot andra och värdesätter egenskaper utifrån egna perspektiv men även andras åsikter och synpunkter. Det överensstämmer med det Cook (2000) förklarar om att personer med psykisk ohälsa ofta lider av lågt självförtroende dels till följd av psykisk ohälsa men även på grund av social stigmatisering. Det leder till ytterligare svårighet att söka intimitet hos andra människor på grund av en redan underliggande sårbarhet. Barker och Buchanan-Barker (2005) tar fasta på hur det krävs en känslomässig trygghet i själv-domänen för att våga konfrontera och riktas mot de utmaningar som hör ihop med olika livsproblem. Att ta vara på personens styrkor är därför lika viktigt som att vara lyhörd och öppen för personens sårbarhet. Bemötandet blir därför centralt där personen behöver känna trygghet och acceptans trots egna brister. Det kräver en ödmjukhet och förmåga att lyfta upp personen och stärka självbilden för att generera kraft i livets motgångar. Sjuksköterskor behöver således vara medvetna om sitt eget förhållningssätt när de möter redan utsatta personer samt vara öppna för att tänka i andra banor.

I resultatet framkom även att det brister i omvårdnaden då personens värden gick förlorade när sexualiteten inte fick utrymme. Personen hamnade då uttryckligen i rollen som patient där sjuksköterskor och annan vårdpersonal styrde agendan och bestämde vad som var viktigt att fokusera på där och då. Det syntes tydligt att personen och den personcentrerade vården hamnade i skymundan för övriga värderingar och antaganden om sex och sexualitet. Det blir motsägelsefullt för en återhämtningsinriktad vård då Evans et al. (2019) belyser hur sexualiteten är nödvändig för varje människas välbefinnande. Det framhålls hur ett samtal om sexuell hälsa kan föra människor samman då det tydliggörs att människan i grunden är mer lika än olika och därav har samma värde. I och med att beakta alla aspekter av att vara människa där sexualiteten är en aspekt kan maktförhållandena mellan person och vårdare suddas ut. Det här blir möjligt då vården i större utsträckning präglas utifrån ett person-till-person-perspektiv där alla är likvärdiga och således har samma rättigheter att leva ett gott liv (Evans et al., 2019). Detta är i samförstånd med återhämtningsinriktad vård som Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver, där individen ses som en person med en unik historia och upplevelse av världen. För att hjälpa en annan människa är den autentiska kommunikationen och berättandet en grundsten där ödmjukhet och tålamod behövs. Lärdom delas på lika villkor mellan varandra som ett steg i att återerövra livet (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Det blir väsentligt att lyfta in sexualiteten även i omvårdnaden för

personer med psykisk ohälsa både för att ge utrymme till ett holistiskt synsätt men även för att lyfta fram det sårbara som hör till att vara mänsklig där omvårdnaden planeras utifrån vad som är viktigt för den specifika personen. Med det i åtanke går det att förstå hur sexuella biverkningar, om inte hanterade på ett för personen adekvat eller fördelaktigt sätt, kan förhindra återhämtningsprocessen för personer med psykisk ohälsa.

Examensarbetets resultat belyste olika strategier för adaptation eller anpassning till en ny situation där sexuella biverkningar var involverade vilket utmynnade i **att behöva utveckla egna knep**. Det kunde vara mer eller mindre gynnsamma tillvägagångssätt men var alltid ett sätt för individen att försöka komma vidare i livet. Fanns det svårigheter att anpassa sig eller om det saknades tolerans för sexuella biverkningar kunde en strategi innebära ett avbrott i läkemedelsbehandlingen, därav riskerade personen rent teoretiskt andra typer av problem utifrån den psykiska ohälsan. Det framkom att personer troddes behöva acceptera sexuella biverkningar i brist på andra alternativ. Det går i kontrast med tidigare forskning som framhäver olika typer av strategier för att komma till bukt med problemen eller lindra besvär som då kan behöva anpassas efter individen. Fysisk aktivitet, att schemalägga samlag eller onani är exempel på användbara handlingar som kan tillämpas (Lorenz et al., 2016). Däremot visade resultatet att dessa handlingar inte var direkt självklara eller exponerade för individen utan kan behöva presenteras av en annan människa som är kunnig inom området. Barker och Buchanan-Barker (2005) menar att omvårdnaden i Tidvattenmodellen fokuserar på att identifiera vad som behöver göras för att övervinna eller hantera till de livsproblem som är närvarande just nu. Det innebär således inte att den psykiska ohälsan är utgångspunkten utan omvårdnaden ses som en interaktiv och utvecklande mänsklig aktivitet. Siktet är inställt på framtiden snarare än ursprunget eller orsakerna till det aktuella lidandet. Det finns ett antagande om att dessa komplexa livsproblem behöver innebära lika komplexa lösningar som bara kan tillhandahållas av experter eller högt kvalificerade specialister. Samtidigt visar tidigare forskning att sjuksköterskor upplever brist på kompetens och kunskap inom området för att hitta komplexa lösningar på problemet (Blalock & Wood, 2015; de Boer et al., 2015; Corbett et al., 2016; McCann, 1999; Quinn et al., 2011). Här har Tidvattenmodellen en annan ståndpunkt där lösningarna finns i personens erfarenheter och fås fatt i när berättelsen utkristalliseras (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Det är överensstämmande med examensarbetets resultat som visade att det sällan efterfrågades komplexa lösningar utan mera önskades bekräftelse och stöd i att hitta strategier som fungerade i det dagliga livet. Även om siktet är inställt på framtiden som Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver, går det utifrån resultatet inte att utesluta ursprunget till problemet då det i vissa fall innefattar en del av lösningen och bidrar till en förklaring till besvären. Att tillges en förklaring och orsak var en betydande del för att kunna leva med sexuella biverkningar och om möjligt acceptera dessa. Resultatet påvisade att behöva acceptera någonting utan att ha tillräckligt med fakta i beräkningen kunde vara plågsamt då upplevelsen av kontroll upphörde. Samtidigt fanns det andra alternativ för att lösa problemet eller åtminstone lindra besvären. Här kan resultatet med stöd av Tidvattenmodellen ge näring åt en mer optimistisk syn då det inte krävs så omfattande åtgärder för att stilla besvären. Det primära är för sjuksköterskor att våga uppmärksamma sexuella biverkningar i klinisk praxis för att vara ett stöd och tillsammans med personen komma underfund med en passande lösning.

I resultatet framkom **att söka hjälp från hälso- och sjukvården** som ytterligare en strategi. Där låg största fokus på att reducera symtom med hjälp av läkemedelsjusteringar av olika slag. Det är i enlighet med tidigare forskning där den huvudsakliga åtgärden grundas i antingen reduktion av dos, tillägg av andra läkemedel för att minska symtom eller byte av läkemedelspreparat (Bobes et al., 2010; Lorenz et al., 2016; Murthy & Wylie, 2007; Montejó et al., 2019b). Tidigare forskning framhåller även psykoterapi som ändamålsenlig åtgärd vid behov (Lorenz, et al., 2016). Här syns dock ett övervägande medicinskt perspektiv och det efterfrågas sällan hur personen vill hantera situationen. Resultatet belyste vidare hur ämnets känsliga karaktär utgjorde ett hinder för att överhuvudtaget våga be om hjälp. Igenom det som Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver som brobyggande etableras en relation som gör personen trygg nog att berätta sin livsberättelse. Det handlar om att bryta ner ensamhetskänslor och bygga upp en känsla av mänsklig samhörighet. Det är i själv-domänen smärtan ligger begravd och det är först i berättelsen som livsproblem kommer fram till ytan och det är först då som lösningar på problemet kan identifieras och hanteras (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Det resulterar i ett lidande om smärtan eller förtvivlan stannar kvar i själv-domänen, vilket den riskerar att göra om den av olika anledningar inte delas med andra på grund av otrygghet. Detta talar för en kunskaps- och kompetensutveckling inom området. Där kunskap och kompetens kan inhämtas på olika sätt, bland annat kan frågor som rör sexualiteten ventileras i personalgruppen för att ta vara på redan befintlig kompetens. Vidare är det betydande att låta egna värderingar luftas med ärlighet bland kollegor för att ta hjälp av varandra i ett närmande av detta tabubelagda ämne. Att lära av varandra kan skapa förutsättning för delad och förnyad kunskap. Det skulle även bidra till minskad stigmatisering och förutfattade meningar som råder inom den psykiatriska kontexten. Utformning av nya rutiner kan användas som hjälpmedel där frågor och information om sexuella biverkningar alltid finns. Detta för att skapa en mer naturlig inställning till ämnet och bjuda in till samtal. Det kan skapa en trygghet som inte finns i vården just nu. Sjuksköterskor behöver mer utbildning inom området för att få mer kunskap om sexualitetens betydelse för personer med psykisk ohälsa. Dels för att känna trygghet i att bemästra frågor som rör sexualiteten, dels för att kunna delge adekvat information vilket efterfrågas. Det finns ett behov av att utveckla skriftliga informationsbroschyrer som personerna kan ta del av för att erhålla korrekt information baserad på evidens.

I resultatet beskrev deltagare **att söka stöd från anhöriga** som en del i att hantera sexuella biverkningar för att få bekräftelse och stöd i en redan etablerad trygg relation. Däremot var det inte alltid den önskade förståelsen fanns från anhöriga vilket gjorde situationen mer påfrestande då relationen blev mer ansträngd, resulterade i en kompisrelation utan intimitet eller helt avslutades. Personer stötte ofta bort partnern på grund av rädsla, skam eller omedvetet. Som Östman (2008) beskriver blir det svårt för båda parter att veta hur de ska agera kring frågor som rör sexualiteten. Tidigare forskning visar att även partnern drabbas känslomässigt och kan känna hjälplöshet och maktlöshet inför situationen. Initialt sker ett avvaktande för att iaktta hur situationen gestaltas, därefter följer försök till olika anpassningar och till slut sänks förväntningarna på att få ha sex eller intimitet (Östman, 2008). Det är beklämmande att hälso- och sjukvården inte erbjuder mer stöd till personer som har sexuella biverkningar och lever i ett partnerskap, med tanke på vilken betydelse relationer och anhöriga kan ha både för personens inre väsen men även för

återhämtning. Partnern glöms ofta bort eller hamnar i skymundan vilket lägger mer ansvar och belastning på personen att behöva berätta om sina besvär. Sjuksköterskor bör erbjuda information om sexuella biverkningar till partners om personen önskar samt bjuda in till samtal där partnern också får vara en del av lösningen.

I resultatet framkom att personer med sexuella biverkningar inte fick någon information och **tvingades att söka kunskap själv**. I strävan efter att återta kontrollen i sitt liv eftersöktes information på egen hand och personerna lämnades ensamma med funderingar och tankar. Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver hur sjuksköterskor tillsammans med personer kan återta kontrollen över sitt liv för att bygga berättelsen om återhämtning. Sjuksköterskor behöver informera om sexuella biverkningar för att undvika att individen lämnas åt sitt eget öde och för att skapa möjlighet för återhämtning. Resultatet av examensarbetet påvisade att vården brister då information inte delgavs vilket skapade förvirring samt blev upphov till en maktlöshet som förhindrade återhämtning. Tidigare forskning visar att genom att ställa raka, enkla frågor vid uppföljningar kan göra det enklare att ta upp sexuella biverkningar (Bostwick, 2010; Montejo et al. 2019b; Murthy & Wylie, 2007). Det kan ge sjuksköterskor en ingång till vilken kunskap som saknas och vilken information som behövs för individen. Något som resultatet påvisar helt saknas eftersom personer själva får ta upp ämnet med vårdpersonal eller söka kunskap själv.

Vidare framkom i resultatet **att inte veta vad olika symtom berodde på** gav upphov till förvirring och känslor av hjälplöshet då information saknades. Det framkom tydligt önsknings om att bli delgiven information i samband med läkemedelsinsättning vilket då hade besparat individen oro. Tidvattenmodellen framhåller att en känsla av värdelöshet är ett hot mot själv-domänen som personen bär ensam (Barker & Buchanan-Barker, 2005). I examensarbetets resultat beskrivs tydligt hur personer med sexuella biverkningar upplever ett hot mot själv-domänen då de lämnas ensamma med sina tankar. Att informera om sexuella biverkningar vid förskrivning kan ge en känsla av att inte vara ensam om problemet och bespara personerna lidande. I resultatet framkommer klart att sjuksköterskor brister i sitt ansvar när inte information delges. Det framförs även i tidigare forskning där sjuksköterskor beskriver hur sjuksköterskor undanhåller information på grund av rädsla för att personer inte ska ta förskrivna läkemedel (DiBonaventura et al., 2012; Lee et al., 2010; Quinn et al. 2011; Raisi et al., 2017; Tandon et al., 2020). I resultatet visas att så inte är fallet eftersom personer prioriterar att behandla sin psykiska ohälsa trots sexuella biverkningar. Men detta kan också innebära ett dilemma hos personerna då det kan leda till svårigheter att ta beslut om vad som är viktigast att prioritera för stunden och att personerna är i behov av kommunikation med sjuksköterskor för att kunna ta beslut. Det går i linje med Tidvattenmodellen där Barker och Buchanan-Barker (2005) menar att sjuksköterskor behöver utforska livsproblem som rubbar jämvikt och personlig stabilitet. Sjuksköterskor behöver ta reda på vad sexuella biverkningar innebär för personen och hur det påverkar livet. Att bemöta ämnet med vördnad och en inställning om att personen är expert på sitt eget liv är en nödvändighet för att få tillgång till att hitta vad individen har för behov av stöd för att återta kontrollen över sitt liv. Som resultatet framhöll blev det därav problematiskt när personer med sexuella biverkningar inte fick möjligheten att ge uttryck för sexualiteten eller ventilera sexuella hälsoproblem som utspelades i form av sexuella biverkningar. Något som överensstämmer med vad Raisi et al. (2018) uttryckligen beskriver genom att sjuksköterskor

undviker sexuella frågor, vilket leder till att personer med psykisk ohälsa negligeras tillgång till sexualiteten, sexuella behov och lämnas ensamma. Det är anmärkningsvärt då dessa individer redan är en utsatt grupp och redan upplever ensamhet och utanförskap. Sjuksköterskor bör inte utifrån egna värderingar bestämma vad som är rätt eller fel för individen. Det går stick i stäv med sjuksköterskors ansvar för personcentrerad vård och alla människors rätt till delaktighet, vilket Svensk sjuksköterskeförening (2010) framhåller att omvårdnaden alltid bör utgå ifrån. Att ge information om sexuella biverkningar ger möjlighet till ett delat beslutsfattande kring läkemedelsbehandling och möjlighet till en stärkt autonomi. Detta är betydelsefullt för att återhämtning ska bli möjlig för personen.

6.2 Kliniska implikationer

I resultatet framkom brist på information om sexuella biverkningar från vården. Genom utbildning och ökad kunskap inom området kan sjuksköterskor inom psykiatrisk vård ges ökad möjlighet till utveckling för att bättre bemöta behovet av information. Ökad kompetens om sexuell hälsa behöver introduceras i den psykiatriska kontexten samt tilldelas en större plats i sjuksköterskeutbildningen av både grundutbildade sjuksköterskor samt specialistjuksköterskor. Med tanke på att frågor som rör sexualiteten finns i alla sammanhang behövs därför en plattform att stå på för att tryggt bemöta dessa frågor. Sexualitetens betydelse för personer med psykisk ohälsa behöver medvetandegöras för att sjuksköterskor ska kunna vårda utifrån ett holistiskt synsätt där alla delar av människan får ta plats. Personer skulle gynnas av att sexuella biverkningar uppmärksammas i omvårdnaden där hela människan synliggörs utifrån unika behov. Det leder till en mer personcentrerad vård där personen sätter agendan. Personers erfarenheter av sexuella biverkningar behöver beaktas för att möjliggöra en god och jämlik vård på lika villkor för hela befolkningen. Det skulle minska stigmatisering och generera ett ökat värde i samhället för personer med psykisk ohälsa. Likväl behöver anhöriga få ta mer plats då de fyller en betydande roll. Verksamheter kan få användning för examensarbetets resultat för att börja reflektera över detta i det kliniska arbetet. Det kan ge ett stöd i att våga prioritera sexualiteten och göra det till en mer naturlig del i klinisk praxis. Examensarbetet kan vidare ligga till grund för att upprätta nya rutiner då resultatet tar fasta på flera konkreta förslag som kan bli underlag för utvecklingsarbete. Vidare kan examensarbetet användas i verksamheten för att åtgärda brister samt arbeta med de eventuella behov som identifierats.

6.3 Betydelsen av resultatet i ett vidare sammanhang

Personer med psykisk ohälsa är en utsatt grupp i samhället på grund av stigmatisering. Enligt Folkhälsomyndigheten (2022) gör ojämlika maktförhållanden i samhället att personer med psykisk ohälsa blir diskriminerade och ses som mindre värda. Tidigare forskning visar att vårdpersonal har fördomar om att personer med psykisk ohälsa inte är sexuellt aktiva (Blalock & Wood, 2015; Quinn et al., 2011). Det gör att personer med psykisk ohälsa som drabbas av sexuella biverkningar är en extra utsatt grupp. Genom att reflektera över detta i

vården kan myter slås hål på och göra att stigmatiseringen minskar för dessa personer. I examensarbetets resultat framkom att dessa personer inte blev bemötta på ett tillfredsställande sätt i vården vilket ledde till oro och ett utanförskap som vården bidragit till. I examensarbetets resultat, som bygger på personers erfarenheter, lyftes ett behov av information kring sexuella biverkningar. Enligt Socialstyrelsen (2015) har sjuksköterskor skyldighet att informera och göra personen delaktig. Resultatet speglar hur motsägelsefullt detta hanteras genom att de sexuella biverkningarna inte tas upp av vårdpersonal. Genom att informera personer skapas förutsättningar att fatta beslut om sin egen vård och öka delaktigheten som är grundläggande i personcentrerad vård.

I resultatet framkom att personer som drabbats av sexuella biverkningar tvingades söka hjälp utanför psykiatrin och skickades fram och tillbaka mellan olika vårdinstanser utan att ha blivit hjälpta. Det ledde till ökad oro och en försämring i både i den psykiska ohälsan och påverkade förtroendet för vården i negativ riktning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) ska vården vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Olika instanser behöver således samarbeta i frågor som rör sexuella biverkningar så att individer inte hamnar mellan stolarna och för att ge en ökad kostnadseffektivitet för samhället. De skulle framförallt innebära ett minskat lidande för personer med psykisk ohälsa som med outtalade sexuella biverkningar blir försämrade i sin psykiska ohälsa. Sexualitetens värde för människans hela välbefinnande har en betydande roll för återhämtningen, så även för personer med psykisk ohälsa.

6.4 Förslag till vidare forskning

Det finns behov av fler studier kring sjuksköterskors erfarenheter och attityder kring sexuella biverkningar, för att identifiera ytterligare förbättringsområden då både tidigare forskning och resultatet starkt påpekar brister i omvårdnaden. Vidare behövs forskning utifrån anhöriga och närståendes upplevelser för att bättre veta vilket stöd som kan vara värdefullt då även de påverkas. Slutligen är resultatet baserat på ett begränsat antal personer som även påtalat svårigheter att prata öppet om sexuella biverkningar. Det talar för att vidare forskning av ett större antal personer är nödvändig där kvantitativa data i form av enkäter kan vara av värde för att ge en bredare bild av personers erfarenheter i en större kontext och där olika variationer kring sammanhang utöver den psykiatriska öppenvården kan ge berikande data.

6.5 Metoddiskussion

I följande avsnitt diskuteras de tre kvalitetskriterierna för kvalitativ forskning utifrån Graneheim et al. (2017) beskrivning gällande examensarbetets *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet*. Till sist diskuteras även *samarbetet mellan författarna* under examensarbetets gång. Enligt Graneheim et al. (2017) är syfte och frågeställningar det som styr val av metod utifrån vad som bäst lämpas för att få svar på det som valt att undersökas. Kvalitativ metod valdes då det enligt Polit och Beck (2017) anses vara en användbar metod för att få en djupare och mer detaljerad helhetsbild av det som ska studeras. En induktiv

ansats ansågs relevant eftersom ändamålet var att insamlad data skulle resultera i teoretiska slutsatser som ska kunna tillämpas på en mer generell nivå.

6.5.1 Giltighet

Giltighet avser i vilken utsträckning det valda fenomenet verkligen har blivit studerat (Henricson, 2017). Det är viktigt att hitta deltagare som har erfarenhet av det som ska studeras för att svara an till det syfte som har valts. Att inkludera deltagare som har eller har haft sexuella biverkningar har inneburit varierande berättelser. Om deltagare har tidigare erfarenheter men inte upplever sexuella biverkningar vid intervjutillfället så kunde andra nyanser av erfarenheter av sexuella biverkningar undersökas. Enligt Graneheim et al. (2017) är det en svaghet om variationen är liten. Variationen i materialet kan vara utifrån kön, ålder och mängd erfarenhet. Författarna strävade efter att könsfördelningen skulle var jämnt fördelad mellan män och kvinnor. Resultatet kunde ha varit ännu mer varierande om fördelningen mellan könen varit mer jämn. Eftersom det var fler kvinnor än män som deltog resulterade det i en övervikt från kvinnors perspektiv.

Eftersom syftet var att beskriva erfarenheter hos personer valdes semistrukturerade intervjuer vid datainsamlingen för att få tillgång till deltagarnas unika erfarenheter. När semistrukturerade intervjuer används ges deltagaren möjlighet att mer öppet och fritt berätta om sina erfarenheter av sexuella biverkningar samtidigt som det ger intervjuaren stöd till att inte frångå ämnet. Då det var de första gången författarna genomförde intervjuer upplevde båda författarna att intervjuguiden som användes var en trygghet. Författarna provintervjuade även varandra för att testa intervjuguidens funktion. Att ta stöd av en intervjuguide gjorde författarna mer bekväma i intervjusituationen som även kan ha gjort att deltagarna blev mer avslappnade. Författarna intervjuade inte någon deltagare som denne haft en vårdrelation till för att deltagaren skulle vara bekväma att berätta öppet om sina erfarenheter och således ge ett rikare material.

I analysarbetet stärks giltigheten om meningsenheterna svarar an mot syftet (Graneheim & Lundman, 2004). Kärnan kan gå förlorad om meningsenheterna innehåller för få eller för många ord. Om en meningsenhet innehåller för många ord kan meningsenheter innehålla fler delar som svarar mot syftet. För ta hänsyn till giltigheten valde författarna att ta ut meningsenheter tillsammans för att förförståelsen inte skulle påverka den delen av analysprocessen. Meningsenheter som svarade mot syftet plockades ut med noggrannhet och diskuterades mellan författarna för att undvika datamaterial som inte var relevant mot syftet. Giltigheten har även stärkts eftersom resultatet innehåller citat från intervjuerna enligt Graneheim et al. (2017).

6.5.2 Tillförlitlighet

Enligt Graneheim och Lundman (2004) värderas tillförlitligheten genom i vilken grad data förändras över tid och hur förändringar gjorts utifrån händelser och författarnas ställningstaganden under analysprocessen. Det finns därav olika faktorer i samband med processen som kan påverka examensarbetets tillförlitlighet.

Tillförlitligheten har säkrats genom att författarna har varit transparenta genom hela analysprocessen. Det har uppfyllts genom att materialet inte har vinklats på något sätt då det ärligt har skrivits fram utifrån deltagarnas erfarenheter. Varje steg i analysprocessen har genomförts stegvis där varje steg redovisas tydligt för att skapa en transparens vilket ses som en styrka. Graneheim et al. (2017) menar att tillförlitligheten stärks om data inte förvrängs.

Innan datainsamlingen påbörjades skrev författarna ner sin förförståelse för att förutfattade meningar eller egna åsikter inte skulle speglas i resultatet. I förförståelsen har en förhoppning funnits att förvärva en bredare bild av vad som upplevs finnas och saknas i vården av sexuella biverkningar. Att vara medveten om sin förförståelse genom hela processen är av betydelse för att resultatet ska bli tillförlitligt och inte påverkas av egna antaganden (Vetenskapsrådet, 2017). Författarna reflekterade över ämnets känslighet och hur det skulle kunna komma att påverka datainsamlingen om deltagarna inte var bekväma med att öppet berätta alla sina erfarenheter de haft i samband med sexuella biverkningar. Därför övervägde författarna att genomföra examensarbetet med hjälp av enkäter men beslutade att intervjua deltagarna för att inte gå miste om en djupare förståelse och låta deltagarna få chans till att göra sin röst hörd genom berättelsen. Författarna valde även att göra testintervjuer för att få syn på om förförståelsen speglade frågorna. Under intervjuerna användes en intervjuguide för att säkerställa att alla deltagare fick svara på samma frågor och att det som togs upp svarade mot syftet. Intervjuguiden diskuterades med handledare innan intervjuerna genomfördes för att säkerställa kvaliteten i intervjuguiden. Författarna intervjuade fem deltagare var och ställde således olika följdfrågor under intervjuerna vilket kan bidra till mer varierade data och stärker resultatet. I intervjuguiden ställdes frågan "har sexuella biverkningar påverkat din livskvalitet?" vilket upplevdes i efterhand av båda författarna vara en svår fråga för deltagarna att svara på. Det visades när deltagarna initialt svarade att det inte har haft det men när följdfrågor ställdes tydliggjordes att det hade en påverkan. Författarna diskuterade i efterhand om frågan var utformad efter författarnas förförståelse och kunde ha uteslutits eller omformulerats för att deltagarna lättare kunnat utveckla sina svar. Om frågan hade varit formulerad på ett annat sätt hade det funnit möjlighet till en rikare beskrivning av erfarenheter. Trots detta anser författarna att datainsamlingen erbjudit ett rikt och nyanserat material.

Författarna transkriberade ordagrant alla intervjuer gemensamt vilket skapade en god förståelse för insamlade data samt gav en övergripande bild av materialet. Transkriberingen genomfördes i nära anslutning till intervjutillfället, samma dag eller dagen efter för att minnas icke verbal kommunikation i transkriberingen som hade betydelse för den fortsatta analysprocessen. Vidare i analysprocessen arbetade författarna tillsammans när meningsenheter togs ut, vid kondensering av meningsenheter, när kodning genomfördes samt vid utformningen av kategorier. Det ses som en styrka då det ökar sannolikheten för att inget av vikt skulle missas i materialet samt misstolkningar präglade av förförståelse undveks. Vidare har diskussion och reflektion kring om tolkningar och abstraktionsnivå beaktar den ursprungliga källan ständigt genomsyrat analysprocessen. Trots att åtgärder har vidtagits för att förhindra att förförståelsen påverkat resultatet finns dock alltid en risk att egna tolkningar styr materialet i fel riktning (Henricsson & Billhult, 2017).

6.5.3 Överförbarhet

Överförbarhet innebär i vilken grad resultatet kan överföras till andra kontexter, grupper eller situationer. För att bedöma resultatets överförbarhet krävs det en riklig och utförlig beskrivning av resultatet samt att det finns en tydlig redogörelse av processen (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna har varit noga med att tydligt beskriva tillvägagångssättet under processens gång och redovisat med citat vad som framkommit under intervjuerna för att öppna upp möjligheten för den som läser att ta ställning huruvida examensarbetet är möjligt att genomföra i annan kontext. Eftersom examensarbetet handlar om att beskriva erfarenheter vilket är högst individuellt och förändras över tid innebär det att resultatet skulle kunna se annorlunda ut om examensarbetet utfördes vid en annan tidpunkt. Att examensarbetet är gjord på en öppenvårdsmottagning inom en och samma region skulle kunna medföra att resultatet inte hade blivit detsamma om examensarbetet utfördes i en annan region eller plats där attityder, rutiner och kulturella åsikter skiljs åt eller ser annorlunda ut. Författarnas förförståelse kan enligt Graneheim och Lundman (2004) påverka analysprocessen och resultat. Detta på grund av att förutfattade meningar kan göra att analys och resultat vinklas mot författarnas värderingar. För att undvika detta har författarna bearbetat och analyserat materialet så öppet som möjligt och diskuterat förförståelsen i förhållande till materialet genom hela processen. Om designen upprepas igen kommer analysprocessen speglas av en annan förförståelse och på så sätt finns risken för att ett annat resultat påvisas. Då resultatet belyser sexualitetens betydelse utifrån en allmänmännisklig aspekt torde det även vara överförbart till andra kontexter än psykiatri.

6.5.4 Samarbete mellan författarna

Under större delen av examensarbetet har författarna skrivit och arbetat tillsammans. Författarna hade samma förutsättningar utifrån livssituation gällande familjeliv, det föll därför naturligt att träffas fysiskt på dagtid och arbeta med examensarbetet. Endast vid intervjuerna delades arbetet upp då författarna intervjuade fem deltagare var. Därefter samarbetade författarna genom alla steg i analysprocessen för att kunna lyfta eventuella frågetecken och vara trogna syftet. Under hela examensarbeten präglades klimatet av öppenhet och respekt för varandras olikheter gällande styrkor och svagheter. Författarna var bekväma med varandra vilket gjorde att de var trygga med att ventilera åsikter som inte var överensstämmande med den andres. Det innebar att när det uppstod oklarheter eller delade meningar så hanterades det på ett konstruktivt sätt. Flexibilitet bidrog till att arbetet gick framåt då författarna inte fastnade onödigt länge i någon argumentation där de var oense. Då författarna var ambitiösa och måna om att bli klara i tid har fungerade samarbetet utmärkt. För att mäta med den utmaning examensarbetet innebar så var författarna noga med pauser och återhämtning mellan varven. Båda författarna upplevde att forskningsprocessen olika delar har bidrog till mer kunskap genom att intervjua deltagarna. Arbetet har även inneburit en personlig utveckling som kan bidra till att författarna känner ökad trygghet i den framtida rollen som specialistsjuksköterskor.

6.6 Etikdiskussion

En utmaning med examensarbetet var att den genomfördes på den arbetsplats där författarna är verksamma. Det kan ha försvårat samtyckeskravet i den mening att deltagarna blev tillfrågade att delta i examensarbetet av personer de har en vårdrelation till. Deltagarna kan ha varit i en beroendeställning och därav känt sig uppmanade att delta. För att undvika det har författarna genom missivbrev, muntlig och skriftlig information vid intervjutillfället varit tydliga med att deltagandet var frivilligt. En deltagare exkluderades på grund av att det fanns tveksamheter kring om deltagaren kunnat tillgodogöra sig informationen som gavs och förstod vad ett deltagande hade inneburit. I och med att författarna har intervjuat personer under vård på sin arbetsplats har det inneburit att författarna bär på en förförståelse, författarna har därför behövt vara medvetna om detta för att behålla en neutralitet. Vidare har författarna inte intervjuat någon deltagare som de haft en vårdrelation med för att deltagarna skulle kunna berätta så öppet och ärligt som möjligt om sina erfarenheter. Relaterat till ämnets känsliga natur har frågorna i intervjuguiden utformats respektfullt för att inte väcka anstöt. Det har tagits i beaktande under intervjuerna då författarna har låtit deltagarna berätta så mycket som de varit komfortabla med. Därav inte varit påstridiga utan erhållit en mer tillbakadragen och lyhörd hållning. Under examensarbetets gång upplevde författarna att deltagarna var positivt inställda till att delge ärliga berättelser och erfarenheter även om det inte går att utesluta att de undanhållit information på grund av ämnets karaktär.

Intervjuerna utfördes på den mottagning där deltagarna var inskrivna, därav riskerade konfidentialiteten att undanröjas. Deltagarna höll till i väntrummet för att hämtas för intervju därav riskerade deltagarna att stöta på någon känd person som då skulle kunna ana av vilken anledning de var på plats. Samtidigt är det inte ovanligt att deltagarna besöker öppenvårdsmottagningen och därför inget anmärkningsvärt med besöket för andra samtidigt som intervjuer bokades in på tider då det var färre personer i omlopp i väntrummet. Intervjuerna bokades med mellanrum i åtanke att deltagarna inte skulle möta varandra i korridoren och på så sätt värna om sekretessen. Ett problem som uppstod under examensarbetets gång och var utmanande för konfidentialitetskravet var när deltagarna blev sjuka och behövde göra en sjukanmälan. De hade tillgång till författarnas mejladresser och telefonnummer till aktuell mottagning där de valde att ringa till mottagningen vilket gjorde att sekretessen äventyrats. Det hade varit lämpligare om deltagarna hade haft tillgång till telefonnummer direkt till författarna för att undvika detta. Författarna har varit stringenta med att avkoda data i fortsatt arbete samt undanhållit en del information i det övergripande resultatet för att inte undanröja någons identitet. I citat som presenterats har namn som kan härledas till person eller aktuell mottagning avidentifieras.

Författarna anser att det finns en nytta med att personers erfarenheter delges som kan vara en grund för utvecklingsarbete. Deltagarna har uttalat en önskan om att examensarbetet ska bidra till ett förbättringsarbete där deras upplevelser synliggjorts. Vidare ser författarna potential i att examensarbetet har genomförts på deras arbetsplats då resultatet direkt går att applicera i det kliniska arbetet där det finns möjlighet till kunskapsutveckling och utformning av nya rutiner för hur man kan hantera dessa besvär på ett fullgott sätt. Detta kan sedan appliceras i andra verksamheter och vara till gagn för personer i andra delar av Sverige. Samtidigt finns det en risk att ett inte så positivt resultat mottas som kritik av chefer och

personal. Författarna har varit noga med att inte ta med specifika situationer i resultatet för att inte verka anklagande eller hänga ut någon person. Författarna anser att examensarbetet kan vara till nytta för att kunna förändra attityder och synen på sexualiteten som något betydelsefullt i livet som påverkar personens mående i flera olika aspekter. Sjuksköterskor som tar del av examensarbetet kan få ökad kunskap om ämnet och anamma det i sin yrkesutövning inom psykiatrisk vård. Vidare kan examensarbetet bidra till minskad stigmatisering på samhällsnivå i och med en ökad förståelse då fenomenet kommer upp till ytan och möjliggör för diskussion. Personers levda erfarenheter är viktiga att till vara på eftersom expertkunskapen finns inom individen. Det bidrar även till underlag för vidare forskning. Men tanke på den nyttan författarna ser med examensarbetet och på det sättet författarna noggrant hanterat riskerna anses examensarbetets nytta överväga riskerna.

7 SLUTSATS

Personer med psykisk ohälsa har samma behov av att kunna bejaka sin sexualitet precis som andra personer. Att drabbas av sexuella biverkningar gör livet mer komplicerat. Det påverkar självbilden, relationer och medför en rad negativa känslor. Speciellt när det brister från hälso- och sjukvården gällande information och stöd. Personen lämnas då ensam i lidandet. Med hjälp av Tidvattenmodellens domäner synliggjordes att sexuella biverkningar kan orsaka olika former av livsproblem och försvåra återhämtningsprocessen, där en trygghet i själv-domänen är en förutsättning för att personen ska vara bekväm med att delge sin berättelse. Som resultatet belyser krävs inga komplexa lösningar eller stora förändringar för att på ett mer fördelaktigt sätt bemöta dessa personer. Det är däremot väsentligt att framhäva sexuella biverkningar som en del av omvårdnadsarbetet. Huvudsakligen bör lyhördhet till personens berättelse eftersträvas för att identifiera personliga värden och potentiella livsproblem där sjuksköterskors egna åsikter och antaganden får stå åt sidan för att tillsammans med personen och anhöriga komma fram till acceptabla lösningar. Det kräver att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård blir medvetna om betydelsen av sexuella biverkningar och dess inverkan på sexualiteten- och på livet.

REFERENSLISTA

- Ahmadzadeh, G., & Shahin, A. (2015). Sexual dysfunctions in the patients hospitalized in psychiatric wards compared to other specialized wards in Isfahan, Iran, in 2012. *Advanced Biomedical Research*, 225(4), 1-6.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4638051/pdf/ABR-4-225.pdf>
- Atmaca, M. (2020). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Sexual Dysfunction: Current Management Perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2020 (16), 1043-1050. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7182464/pdf/ndt-16-1043.pdf>
- Berggren, A.-L., & Nylén, K. (2018). *Läkemedelsbiverkningar*. Läkemedelsboken.
<https://lakemedelsboken.se/kapitel/lakemedelsanvandning/lakemedelsbiverkningar.html>
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The tidal model: a guide for mental health professionals*. Routledge.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2019). Tidal: Upptäcktsresan. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå* (s. 343-365). Studentlitteratur.
- Blalock, K. M., & Wood, S. K. (2015). Women Living with Serious Mental Illness: The Impact of Sexual Stigma and Sexual Wellness on Quality of Life. *Women & Therapy*, 38(1-2), 77-88. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02703149.2014.978218>
- Bobes, J., Garc A-Potilla, M. P., Rejas, J., Hern Ndez, G., Garcia-Garcia, M., Rico-Villademoros, F., & Porras, A. (2010). Frequency of Sexual Dysfunction and Other Reproductive Side-effects in Patients with Schizophrenia Treated with Risperidone, Olanzapine, Quetiapine or Haloperidol: the Results of the EIRE Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(2), 125-147.
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/713847170?needAccess=true>
- de Boer, M. K., Castelein, S., Wiersma, D., Schoevers, R. A., & Knegtering, H. (2015). The Facts About Sexual (Dys)function in Schizophrenia: An Overview of Clinically Relevant Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 674-686.
<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/41/3/674/2375089>
- Bostwick, J. M. (2010). A Generalist's Guide to Treating Patients With Depression With an Emphasis on Using Side Effects to Tailor Antidepressant Therapy. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(6), 538-550.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619611603455>
- Ciocca, G., Jannini, T. B., Ribiosi, M., Rossi, R., Niolu, C., Siracusano, A., Jannini, E. A., & Lorenzo, G. (2021). Sexuality in Ultra-High Risk for Psychosis and First-Episode Psychosis. A Systematic Review of Literature. *Frontiers in Psychiatry*, 12(2021), 1-14.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8579023/pdf/fpsy-12-750033.pdf>

- Cook, J.A. (2000). Sexuality and People with Psychiatric Disabilities. *Human Sciences Press, Inc*, 18(3), 195-206. <https://link-springer-com.ep.bib.mdh.se/content/pdf/10.1023/A:1026469832339.pdf>
- Corbett, R., Elsom, S., Sands, N., & Prematunga, R. (2016). An exploratory investigation of sexual health screening in the first 12 weeks of case management in populations with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2017(26), 160-169. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inm.12257>
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Natur & Kultur.
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination* (s. 143-154). Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination* (s. 285-300). Studentlitteratur.
- DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S., & Kim, E. (2012). A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BioMed Central Psychiatry*, 12(20), 1-7. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-20>
- Ekemen, A., & Derya Beydag, K. (2020). Quality of sexual life and factors affecting it in married women undergoing depression treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2021(57), 1019-1025. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12650>
- Evans, A.M., Quinn, C., & McKenna, B. (2019). The governance of sexuality in a Recovery-oriented mental health service: Psychosis, consumers and clinical approaches. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2020(27), 194-202. <https://onlinelibrary-wiley-com.ep.bib.mdh.se/doi/pdfdirect/10.1111/jpm.12569>
- Folkhälsomyndigheten. (22 december 2021). *Skydda dig själv och andra – rekommendationer om covid-19*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/skydda-dig-och-andra/skydda-dig-sjolv-och-andra-rekommendationer-om-covid-19/>
- Folkhälsomyndigheten. (14 april 2022) *Minska stigmatisering kopplad till psykisk ohälsa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004(24), 105-112. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691703001515>

- Haddad, P. M., & Sharma, S. G. (2007). Adverse effects of Atypical Antipsychotics: Differential Risk and Clinical Implications. *Drugs*, 21(11), 911-936.
<https://link.springer.com/article/10.2165/00023210-200721110-00004>
- Haddad, P., & Wieck, A. (2004). Antipsychotic-Induced Hyperprolactinemia: Mechanism, Clinical Features and Management. *Drugs*, 64(20), 2291-2314.
<https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1592/phco.29.1.64>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination* (s. 111-120). Studentlitteratur.
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2005). Neuroleptic medication and sexuality: the forgotten aspect of education and care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005(12), 439-446. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2005.00862.x>
- Hortal-Mas, R., Moreno-Poyato, A-R., Granel-Giménez, N., Roviralta-Vilella, M., Watson-Badina, C., Gómez-Ibáñez, R., Aguayo-González, M-P., Giménez-Díez, D., Bernabeu-Tomayo, M-D., & Leyva-Moral, J-M. (2020). Sexuality in people living with serious mental illness: A meta-synthesis of qualitative evidence. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2020(29), 130-146.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpm.12700>
- Incedere, A., & Küçük, L. (2017). Sexual Life and Associated Factors in Psychiatric Patients. *Sex Disabil*, 2017(35), 89-106. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-017-9475-y>
- Jormfeldt, H. (2019). Hälsa och hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad. I L. Wiklund Gustin (Red.) *Vårdande vid psykisk ohälsa på avancerad nivå* (s. 155-176). Studentlitteratur.
- Kazour, F., Obeid, S., & Hallit, S. (2019). Sexual desire and emotional reactivity in chronically hospitalized Lebanese patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2020(56), 502-507. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-017-9475-y>
- Kesebir, S., Toprak, B., Baykaran, B. Hariri, A., & Bilici, M. (2014). Comparison of Sexual and Hormonal Parameters Between Mood Stabilizer Treatment Modalities in Bipolar Disorder. *Archives of neuropsychiatry*, 2014(51), 242-247.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353130/pdf/npa-51-3-242.pdf>
- Landi, G., Marchi, M., Yassir Ettalibi, M., Mattei, G., Pingani, L., Sacchi, V., & Galeazzi, G. M. (2020). Affective and Sexual Needs of Residents in Psychiatric Facilities: A Qualitative Approach. *Journal of Behavioral Sciences*, 2020(10), 1-13.
<https://www.mdpi.com/2076-328X/10/8/125>
- Lee, K-U., Lee, Y. M., Nam, J.-M., Lee, H.-K., Kweon, Y.-S. Lee, C. T., & Jun, T.-Y. (2010). Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction among Newer Antidepressants in a Naturalistic Setting. *Psychiatry Investig*, 2010(7), 55-59.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2848770/>

- Levander, S., Adler, H., Gefvert, O., & Tuninger, E. (2017). *Psykiatri: en orienterande översikt*. (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Lorenz, T., Rullo, J., & Faubion, S. (2016). Antidepressant-Induced Female Sexual Dysfunction. *Mayo Foundation of Medical Education and Research*, 2016;91(9). 1280-1286. Doi: 10.1016/j.mayocp.2016.04.033
- McCann, E. (1999). The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 132-138. <https://onlinelibrary-wiley-com.ep.bib.mdh.se/doi/pdfdirect/10.1046/j.1365-2648.2000.01452.x>
- Montejo, A., Calama1, J., Rico-Villademoros, F., Montejo, L., González-García, N., & Pérez, J. (2019a). A Real-World Study on Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction in 2144 Outpatients: The SALSEX I Study. *Archives of Sexual Behavior*, 2019(48), 923–933. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-018-1365-6>
- Montejo, A. L., Prieto, N., de Alarcón R., Casado-Espada, N., de la Iglesia, J., & Montejo, L. (2019b). Management Strategies for Antidepressant-Related Sexual Dysfunction: a Clinical Approach. *Journal of Clinical Medicine*, 2019(8), 1-19. <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/10/1640>
- Murthy, S. & Wylie, K. R. (2007). Sexual problems in patients on antipsychotic medication. *Sexual and Relationship Therapy*, 1(22), 97-107. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990601175341>
- Pestello, F. G., & Davis-Berman, J. (2009). Taking anti-depressant medication: A qualitative examination of internet postings. *Journal of Mental Health*, 17(4), 349-360. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638230701498333>
- Persson, C., & Sundin, K. (2017). Fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod- ett dialektiskt förhållningssätt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.325-338). Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice* (10 uppl.). Wolters Kluwer.
- Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård* [Broschyr]. Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062321b9/1584103943244/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20psykiatrisk%20v%C3%A5rd%202014.pdf>
- Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2011). Opportunity lost? Psychiatric medications and problems with sexual function: a role for nurses in mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 2011(21), 415-423. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2011.03908.x>

- Quinn, C., Happell, B., & Welch. (2013). Talking about sex as a part of our role: Making and sustaining practice change. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2013(22), 231-240. <https://onlinelibrary-wiley-com.ep.bib.mdh.se/doi/pdfdirect/10.1111/j.1447-0349.2012.00865.x>
- Raisi, F., Yahyavi, S., Mirsepassi, Z., Firoozikhojastefar, R., & Shavari, Z. (2018). Neglected sexual needs: A qualitative study in Iranian patients with severe mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2018(54), 488-494. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12253>
- Riksförbundet för sexuell upplysning. (15 december 2021). *Sexualitet och funktionalitet*. <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/sexualitet-och-funktionalitet2/>
- Rosenberg, K. P., Bleiberg, K. L., Koscis, J., & Gross, C. (2011). A Survey of Sexual Side Effects Among Severely Mentally Ill Patients Taking Psychotropic Medications: Impact on Compliance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(4), 289-296. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230390195524>
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30
- Sievert, A., & Chaiklin, S. (2010). Omvårdnadsteoriens betydelse i praxisundersökningar: Med fokus på relationen mellan fråga, metod och slutsats. I B. Bidstrup Jørgensen & V. Östergaard Steinfeldt (Red.), *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling* (s. 34-56). Liber.
- Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-4-10.pdf>
- Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2014). *Underlag för nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-10-26.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615393/1605100833382/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>
- Tandon, R., Lenderking, W. R., Weiss, C., Shalloub, H., Barbosa, C. D., Chen, J., Greene, M., Meehan, S. R., Duvold, L. B., Arango, C., Agid, O., & Castle, D. (2020). The impact of second-generation antipsychotic medication side effects for patients with schizophrenia: a worldwide, cross-sectional, web-based survey. *Annals of General Psychiatry*, 42(19), 1-11. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12991-020-00294-3>

- Thakurta, R. G., Singh, O. P., Bhattacharya, A., Mallick, A. K., Ray, P. Sen, S., & Das, R. (2012). Nature of Sexual Dysfunctions in Major Depressive Disorder and its Impact on Quality of Life. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 365-370.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4103/0253-7176.108222>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed* [Broschyr]. Vetenskapsrådet.
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf
- Wagstaff, A. J., Cheer, S. M., Matheson A. J., Ormrod, D., & Goa, K. L. (2002). Paroxetine: An Update of Its Use in Psychiatric Disorder in Adults. *Drugs*, 62(4), 655-703.
<https://link-springer-com.ep.bib.mdh.se/content/pdf/10.2165/00003495-200262040-00010.pdf>
- Wiklund Gustin, L. (2019). Att integrera teori och praktik i personcentrerad vård. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå* (s. 545-568). Studentlitteratur.
- World Health Organization. (15 december 2021a). *Sexual health and well-being*.
[https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/sexual-health](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/sexual-health)
- World Health Organization. (17 december 2021b). *Sexual health*.
https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Östman, M. (2008). Severe depression and relationships: The effect of mental illness on sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(4), 355-363.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990802419266>

BILAGA A. FÖRFRÅGAN TILL VERKSAMHETSCHEF

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Mälardalens universitet
Datum 2022-01-24

Till Verksamhetschef Cecilia Lantz

Förfrågan om tillåtelse att genomföra studie

Vi heter Jessica Cahenzli och Pernilla Lindberg och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens universitet. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är att beskriva personers erfarenheter av sexuella biverkningar inverkan på livet orsakade av läkemedelsbehandling inom öppen psykiatrisk vård.

Vi ber därför om tillåtelse att genomföra studien vid er enhet. Rent konkret skulle det innebära att vi kommer intervjuva patienter på psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Borlänge mellan den 21 februari – 25 februari. Intervjuerna förväntas ta 45-60 minuter och antal deltagare kommer vara mellan åtta till tolv stycken. Rekrytering kommer ske genom att kontakt tas med vårdpersonal på enheten för att informera om studien och lämna ut skriftlig information som de sedan kan dela ut till alla patienter som besöker mottagningen under en månads tid. Det kommer även finnas skriftlig information om studien i väntrummet för patienter som passerar att ta del av, där det kommer finnas information om studien och kontaktuppgifter till författarna och handledare. Vid intresse kontaktar vi patienterna via telefon för att inhämta ett första samtycke och ge mer information om studien samt ge möjlighet att ställa frågor.

Deltagande i projektet är frivilligt och deltagarna kan dra sig ur när som helst utan förklaring.

Hantering av data och sekretess

All insamlade data kommer att hanteras beaktande Vetenskapsrådets forskningsetiska krav, samt avidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt dataskyddsförordningen (GDPR).

Etik

Studien granskas enligt gällande rutiner vid Mälardalens universitet. Etiska överväganden finns närmare redovisade på sidan 8 i bilaga 1 i bifogad projektplan.

Eventuell risk/nytta för verksamheten

Eventuella nackdelar kan kopplas till att deltagande tar av verksamhetens tid. Fördelar hänger samman med att resultatet kommer att presenteras för personal på en arbetsplatsträff som kan leda till ökad kunskap och förståelse om sexuella biverkningar orsakade av läkemedelsbehandling i psykiatrisk vård.

Nytta i ett vidare perspektiv

Att läkemedelsbehandling inom psykiatrisk vård bidrar till biverkningar som påverkar den sexuella funktionen visar sig tydligt i tidigare forskning. Specialistsjuksköterskans ansvar syftar till att värna om hela patienten utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. För att främja hälsa och återhämtning behöver även aspekter som rör sexualitet lyftas fram i omvårdnaden. Samtidigt visar tidigare forskning att specialistsjuksköterskor inte samtalar om sexualitet i kontakten med patienter på grund av bristande kunskap om området. Det påverkar patienten negativt och leder till ett lidande. Det behövs således mer forskning för att belysa patienters erfarenheter sexuella biverkningar och hur det påverkar dem i deras dagliga liv. Den kunskapen och förståelsen kan bidra till större möjligheter för specialistsjuksköterskor att på ett mer personcentrerat sätt bemöta dessa frågor för att främja hälsa och återhämtning.

Information om studiens resultat

Resultaten kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete vid Mälardalens universitet och eventuellt också en artikel. Ni kommer också, om ni så önskar, att få ta del av det färdiga resultatet.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vård handledare, Magdalena Mattebo, se nedan.

Med vänliga hälsningar

// Jessica Cahenzli och Pernilla Lindberg

Tel nr: 0243- 49 70 60

E-post: jci21003@student.mdh.se

E-post: plg2004@student.mdh.se

Handledares namn och titel: Magdalena Mattebo,

Docent reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa,

Tel nr: 021-10 31 0813 00

E-post: magdalena.mattebo@mdh.se

Samtycke till genomförande av projektet, "PERSONERS ERFARENHETER AV SEXUELLA BIVERKNINGARS INVERKAN PÅ LIVET - INOM PSYKIATRISK ÖPPENVÅRD".

Jag har informerats om den aktuella studien och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen och att ställa frågor.

Jag ger därför min tillåtelse att studien genomförs på min enhet,

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

BILAGA B. MISSIVBREV

Tillfrågan om deltagande i studie ”Personers erfarenheter av sexuella biverkningar inverkan på livet orsakade av läkemedelsbehandling inom psykiatrisk öppenvård”.

Vi heter Jessica Cahenzli och Pernilla Lindberg och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens universitet. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är att beskriva personers erfarenheter av sexuella biverkningar orsakade av läkemedelsbehandling inom öppen psykiatrisk vård.

Vår fråga till dig är om du vill delta i denna studie.

Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev.

Att delta i projektet skulle för din del innebära att du blir kontaktad av någon av oss för att boka in tid för intervju våren 2022. Du blir intervjuad på psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Borlänge. Intervjun kommer att ta ca 45-60 minuter och spelas in. Du kommer att intervjuas av antingen Jessica eller Pernilla.

Om du väljer att delta kan du när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak. Data behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla uppgifter och data kodas och förvaras inlåst så att ingen utomstående kan ta del av insamlade uppgifter. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till dig som enskild person.

Intervjuerna skrivs ut ordagrant och sedan analyseras för att upptäcka mönster mellan intervjuerna.

Eftersom studien fokuserar på deltagarnas erfarenheter och ser er som experter på ämnet hoppas vi att det kan bidra till en positiv känsla då din berättelse bidrar till resultatet i arbetet och belyser ett viktigt och utforskat område.

Med hänsyn till rådande pandemi kommer vi att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer och förväntar oss att du gör detsamma. Det innebär att vi håller avstånd och är noga med handhygien samt ställer in intervjuer om det förekommer symtom hos någon av oss.

Om du ger ditt muntliga samtycke till att ditt namn och telefonnummer får lämnas ut till oss, kommer vi att via telefon ta kontakt med dig för att ge ytterligare information om studiens syfte och genomförande där du kan ställa eventuella frågor som dykt upp.

Med vänliga hälsningar

/ Jessica och Pernilla

Tel: 0243-497060

E-post, Pernilla: plg21004@student.mdh.se

E-post, Jessica: jci21003@student.mdh.se

Handledares namn och titel: Magdalena Mattebo, Docent reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Tel nr: 021-10 31 08

E-post: magdalena.mattebo@mdh.se, Universitetslektor vårdvetenskap, 021-10 13 00.

Samtycke till att delta i projektet, "Personers erfarenheter av sexuella biverkningar inverkan på livet orsakade av läkemedelsbehandling inom psykiatrisk öppenvård".

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag får också en kopia på den skriftliga informationen om projektet och på detta samtyckesformulär.

Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst, utan att ange orsak, kan avbryta mitt deltagande i studien.

- JA**, jag vill delta i projektet "Personers erfarenheter av sexuella biverkningar inverkan på livet orsakade av läkemedelsbehandling inom psykiatrisk öppenvård", och jag samtycker till att de uppgifter jag lämnas behandlas på det sätt som beskrivits på föregående sida.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

BILAGA C. INTERVJUGUIDE

Syftet med studien är att beskriva patienters erfarenheter av sexuella biverkningar inverkan på livet orsakade av läkemedelsbehandling inom psykiatrisk öppenvård.

Inledningsfas

- Presentation av sig själv.
- Bjud in deltagaren.
- Beskriv syftet med intervjun och ge information om hur länge den håller på.
- Information om konfidentialitet, pauser, behöver ej svara på frågor om de ej vill och kan avsluta medverkan när man vill utan att bli ifrågasatt.
- Ber om tillstånd för att börja inspelning av intervjun.

Huvudfas

Uppvärmningsfråga: Har du varit med i en intervju tidigare?

Ingångsfråga: Vi har tagit del av tidigare forskning som gjorts kring patienters erfarenheter av sexuella biverkningar. Där har vi sett att det inte finns så många studier gjorda om patienters upplevelser. Därför vill vi höra vad du som patient har att berätta. Vill du börja med att beskriva vad du har för erfarenheter av sexuella biverkningar?

Intervjuguide (nästa sida).

Huvudfrågor	Stödfrågor	Uppföljningsfrågor
<p>Vad fick du för information om sexuella biverkningar när du blev förskriven läkemedlet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fick du information om var du kunde vända dig vid eventuella biverkningar av denna karaktär? Kom det som en överraskning/chock när biverkan uppstod? 	<ul style="list-style-type: none"> Kan du ge något exempel på det? Kan du berätta mer om det? Vad tänkte/kände/gjorde du?
<p>Har sexuella biverkningar haft betydelse för din livskvalité?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Genom kroppsligt? Sjäsligt/psykiskt? Andligt/existentiellt? Relationellt? Jämfört med innan du hade sexuella biverkningar, vad har förändrats gällande din livskvalité? 	<ul style="list-style-type: none"> Berätta, vad hände då? Hur menar du?
<p>Hur skulle du vilja beskriva det stöd du har fått?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Professionellt? Stöd från vänner, partner eller annat? Vad har varit hjälpsamt, på vilket sätt? Om inte, vad hade du i så fall önskat för stöd eller hjälp? 	
<p>Vill du berätta om vilka svårigheter sexuella biverkningar medfört?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vad upplevs utmanande? Vad har varit extra svårt? 	

Avslutningsfas: Innan vi avslutar undrar jag om det är något du vill tillägga? Är det något mer du önskar att vi hade lyft i intervjun? Övriga frågor?