



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SEXUELL HÄLSA OCH DIABETES

Sebastian Källén & Emma Svanström

Examensarbete:	15 hp
Program :	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Handledare:	Helen Elden
Examinator:	Kristin Falk

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes är en vanligt förekommande sjukdom. Personer som insjuknar i diabetes löper stor risk att drabbas av problem i den sexuella hälsan. Sjuksköterskan har ett ansvar att undervisa patienten i korrekt egenvård, men ämnet sex kan vara svårt att ta upp.

Syfte: Att undersöka orsaker till sexuell dysfunktion (SD) hos personer med diabetes och hur SD uttrycks hos drabbade personer.

Metod: En litteraturstudie med granskning av kvantitativa studier valdes. Artiklarna analyserades och sammanfattande teman togs fram.

Resultat: Personer med diabetes har minskad sexuell aktivitet, svårighet till orgasm och njutning, minskad upphetsning och lust. Fysiska faktorer som ålder och övervikt bidrar till att sänka personernas sexuella hälsa. Depressiva symtom, bristande egenvård, låg samhällsstatus och sjukdomskomplikationer sänker personernas sexuellt upplevda hälsa.

Slutsats: Det är viktigt att som sjuksköterska förmedla information till patient och närstående så att deras egenvård värnar om den sexuella hälsan.

Nyckelord: Diabetes, sexuell hälsa, sexuell dysfunktion, omvårdnad, sjuksköterska

Innehåll

1	Introduktion	1
2	Bakgrund	2
2.1	Hälsa ur ett omvårdnadsperspektiv	2
2.2	Dorotea Orems egenvårdsteori	2
2.3	Sexualitet och sexuell hälsa	3
2.4	Sexuell dysfunktion	3
2.5	Diabetes och sexuell dysfunktion	4
2.6	Behandling av diabetes och SD	5
2.7	Kommunikation inom hälso- och sjukvård	5
2.8	Patienters upplevelse av kommunikation	6
2.9	Sjuksköterskans kompetens och ansvarsområde	7
3	Problemformulering	8
4	Syfte	9
5	Metod	10
5.1	Datainsamling	10
5.1.1	Inklusions- och exklusionskriterier	10
5.1.2	Litteratursökning	10
5.2	Urval och analys	10
5.3	Forskningsetiska överväganden	11
6	Resultat	12
6.1	Sexuell aktivitet minskar hos personer med diabetes	12
6.2	Svårigheter med orgasm, njutning och tillfredsställelse uppkommer vid diabetes	12
6.3	Människors sexlust och upphetsning minskar vid diabetes och SD	12
6.4	Fysiska faktorer påverkar SD i samband med diabetes	13
6.5	Depressiva besvär vid diabetes ger ökad risk för SD	13
6.6	Behandlingstyp av diabetes påverkar möjligen uppkomsten av SD	13
6.7	Låg social och socioekonomisk status påverkar den sexuella hälsan negativt vid diabetes	14
6.8	Diabeteskomplikationer ger ökad risk för SD	14
7	Diskussion	15
7.1	Metoddiskussion	15
7.2	Resultatdiskussion	16
8	Slutsats	20

9	Förkortningar	21
10	Litteraturförteckning	22
	Bilaga 1	
	Söktabell	
	Bilaga 2	
	Artikelgranskningstabell	

1 Introduktion

Under utbildningen har vi frekvent fått höra att det är av stor vikt att beröra sexuell hälsa i omvårdnad och i samtal med patienter. Under verksamhetsförlagda utbildningsperioder observerades brister hos sjuksköterskor och patienter i att ta upp ämnet. Sexuell hälsa ansågs ofta som oviktig då det ej var nödvändigt för att patienter skulle kunna friskförklaras. Diabetes är en folksjukdom och sjuksköterskor kommer dagligen i kontakt med sjukdomen. Vanliga komplikationer är bland annat cirkulationsrubbingar och nervskador vilka kontrolleras noggrant hos patienterna. Även sexuell dysfunktion (härefter förkortat till SD) är en känd vanlig komplikation till diabetes. Trots detta uppmärksammas få samtal kring ämnet vid diabeteskontroller. Sex anses ofta som pinsamt eller tabu, och därför är det många som drar sig från att prata om detta med patienter. Med grund i detta har vi valt att inrikta oss på vilka problem med den sexuella hälsan som uppstår hos diabetiker och hur dessa problem upplevs. Genom att sammanfatta aktuell forskning vill vi identifiera viktiga riskfaktorer som pekar på SD och bidra till en mer öppen inställning till att hantera sexuell hälsa i vår professionella yrkesroll som sjuksköterskor.

2 Bakgrund

2.1 Hälsa ur ett omvårdnadsperspektiv

Hälsa är ett begrepp som kopplas samman med de flesta människor som är i kontakt med vården. Detta begrepp kan betyda olika saker för personer då deras bakgrund, kunskap, religion och kultur skiljs åt [1]. Definitionen av hälsa enligt World Health Organization (WHO) är *”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp”* [2]. Historiskt sett har definitionen av hälsa gått ifrån en avsaknad av sjukdom till ett idag dominerande holistiskt synsätt [1]. I det holistiska synsättet tas hänsyn till hela människan, där dels upplevelser och välbefinnande anses forma människan, samt dels känsla av sammanhang och upplevelse av mening. Den humanistiska modellen av Antonovsky grundar sig i hälsa och ohälsa som två motpoler, där människan uppnår hälsa genom känsla av sammanhang (KASAM) i vardagen. Antonovsky menar att de som finner mening med sina handlingar i livet och genom det känner ett sammanhang, kan uppnå hälsa [1, 3].

Det lyfts fram i omvårdnadsvetenskapen att människan är unik och då ska bemötas anpassat efter sina individuella förutsättningar. Beträktandet av människan går ej att förstå i delar, utan förståelse för människan skapas ur ett helhetsperspektiv. Omvårdnadshandlingar är exempelvis att vägleda, belysa mening, aktivt lyssna och träna samt undervisa patienten [1]. Upplevelsen av hälsa varierar, och kan beskrivas som välbefinnande, lycka eller livskvalitet. Känslan av hopp kan vara avgörande för ifall en individ upplever hälsa eller ej. Vid svåra situationer i livet, lidande och sjukdom, blir hopp extra viktigt, då det är sammankopplat med välbefinnande, hälsa och livskvalitet [1]. Hälsans bestämningsfaktorer utgör verktyg vid mätningar och undersökningar av människors hälsa, utifrån förklaringar och definitioner av begreppet. Socialstyrelsen menar i sin kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor att arbetet för främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa ska utföras med ett hälsofrämjande perspektiv i fokus [4].

2.2 Dorotea Orems egenvårdsteori

Då egenvård är av vikt för personer med diabetes och SD kan Dorotea Orems egenvårdsteori vara ett stöd för sjuksköterskor vid behandling av dessa problem. Teorin svarar mot syftet med arbetet och hjälper sjuksköterskor att motivera patienter med dessa problem, därför har denna teori beskrivits. Enligt teorin ser man omvårdnad som ett substitut för egenvård där patienten ej är förmögen att utföra handlingarna själv [5]. Omvårdnadens mål betonas vara i så stor utsträckning som möjligt hjälpa patienten att uppnå självständighet i dessa aktiviteter. Åtta universella omvårdnadsbehov identifieras, där förebyggande av fara för mänskligt liv, funktion och välbefinnande är ett av de åtta. Ytterligare ett är främjande av människans funktion och utveckling inom en social gemenskap anpassat efter individens potential, begränsningar och önskan att upplevas som normal [5]. Teorin utgör potentiellt en referensram för sjuksköterskor som hanterar patienter med behov att lära sig speciella typer av egenvårdshandlingar. Viktigt är att patienter och närstående kan bedöma utvecklingen och utifrån detta planera och genomföra praktiska åtgärder [5].

Att samtala om sex och samlevnad med patienter kan vara mycket svårt och många undviker det. Både patient och vårdpersonal kan känna sig obekväma med att samtala om SD. Vissa personer anser det vara mycket viktigt att få ta upp ämnet SD och ställa frågor, medan andra tycker att samtal om SD inte är relevant för dem [6].

2.3 Sexualitet och sexuell hälsa

Sexualitet och sexuell hälsa som begrepp är i ständig förändring. Historiskt har man arbetat med sexuell hälsa som säkrande av kvinnors överlevnad i samband med graviditet och säker förlossning. Senare tillkom medvetenhet om sexuellt överförbara sjukdomar, sexuellt relaterat våld och SD [7]. En rad faktorer påverkar människans sexualitet, såsom social situation, ekonomi, psyke och religion. Flertalet människor anser att sexualitet är en viktig del av livet och uppfattar sexualitet som betydande för livskvalitet [6, 8]. Det ger en möjlighet för fortplantning, skapande av familj och närhet med andra individer. Sexualitet är ett mänskligt behov som alla har rätt att forma själva [6]. Ibland kan omvårdnadshandlingar utförda inom intima områden uppfattas som obekväma av vårdgivare och patient [6]. Ämnet är ofta tabu i samhället, vilket försvårar insamlandet av information från den enskilda individen. Att överskrida sin gräns för tabu resulterar i mer eller mindre stressande situationer [9].

2.4 Sexuell dysfunktion

SD kan uppkomma i faserna lust, upphetsning, orgasm och smärta vid samlag s.k. dyspareuni [10, 11]. Dysfunktionell lust innebär låg sexuell frekvens och bristande intresse för sexuell stimulering. En negativ känsla i samband med sexuella situationer är inte ovanlig hos kvinnor som söker terapeutisk hjälp, men är sällsynt hos män [8, 10]. Dysfunktionell upphetsning innebär exempelvis att personen subjektivt ej är upphetsad och objektivt ej har fungerande lubrikation (fuktighet i slidan)/erektion. Det subjektiva och objektiva behöver ej återspegla varandra då en person kan känna sig upphetsad, men sakna gensvar från genitalia [10]. Dysfunktion i orgasm innebär hos män och kvinnor mest framträdande som oförmåga att uppnå orgasm genom vaginalt samlag. Ett vanligt problem hos äldre personer är att orgasmerna inte är lika långvariga och intensiva som tidigare i livet [10]. Frekvens av SD är beroende av faktorerna ålder, eventuellt förhållande med annan person och övrig hälsa, vilket ger varierande statistik över befolkningen, men det uppskattas att hälften av kvinnor och en fjärdedel av män påverkas av SD [12]. Orsaken till SD är mångfacetterad. Bakomliggande orsaker kan vara svåra upplevelser i barndomen, åldrande, sjukdom och skador. Problemen påverkar även personens partner [6, 8]. Även om SD förekommer kan ett par vara nöjda med sitt sexliv då de har alternativa sätt att tillfredsställa varandra utöver penetrerande samlag [10].

Hypotalamus är ett område i hjärnan, vars funktion är bland annat att styra lusten. Adekvat cirkulation och innervation av det autonoma nervsystemet, med ursprung ifrån hypotalamus ger upphov till förmåga till erektion och ökad lubrikation, samt ökat blodflöde till slida och klitoris. Även orgasmiska muskelsammandragningar styrs av det autonoma nervsystemet [13]

SD i betydelsen manlig erektil dysfunktion (ED) är ett vanligt rapporterat problem. ED innebär problem att kunna uppnå och/eller att bibehålla erektion för att kunna genomföra samlag. Orsaker till att ED uppstår kan vara många; psykologiska, cirkulatoriska, neurologiska, kost, motion, vissa sjukdomstillstånd och farmakabehandling är faktorer som visat sig påverka ED [14, 15]. Hos kvinnor innebär SD ofta svårigheter att bli upphetsade och en minskad sexlust. Andra problem som förekommit är minskad lubrikation, dyspareuni, svårigheter att uppnå orgasm och minskad genital känslighet. SD är beroende av flera faktorer, psykologiska faktorer, såsom ambitioner, önskemål, ångest, oro och depression spelar in, precis som fysiologiska faktorer samt relation till sin partner [14, 10].

Depression är ett vanligt förekommande problem som drabbar var femte man och cirka hälften av kvinnor under livet [16]. Individer som utvecklar depression upplever ofta en pressad livssituation, där exempelvis livsstilsproblem och hormonrubbnings är bakomliggande. Personens roll i livet kan förändras som följd, vilket kan få händelser som tidigare setts som normala att upplevas som misslyckanden. Personen kan då uppleva trötthet, brist på energi, smärta och/eller SD med minskad lust [17].

2.5 Diabetes och sexuell dysfunktion

Kroppen och även personers sexuella hälsa påverkas av diabetes [14]. Denna påverkan i människors sexuella hälsa minskar den upplevda livskvaliteten [14]. Diabetes mellitus är en metabol sjukdom som påverkar blodsockret genom brist på insulin eller insulinresistens [18]. Insulin är ett hormon producerat i bukspottkörteln med funktionen att sänka glukosnivån i blodet genom ökat glukosupptag i muskulaturen, dämpa leverns produktion av glukos, öka syntesen av fettsyror, hämma oxidationen av fettsyror samt öka syntesen av lagringsfett [19]. Typ 1-diabetes är insulinberoende och debuterar ofta i tidig ålder. Den leder till helt upphävd produktion av insulin då orsaken är att immunförsvaret angripit de insulinproducerande cellerna i bukspottkörteln. Typ 2-diabetes eller åldersdiabetes, uppkommer vid bristande produktion av insulin och insulinresistens [20].

Blodets glukosnivå kan mätas på olika sätt, men ett vanligt förekommande tillvägagångssätt är mätning av patientens HbA1c-värde. Det är ett värde som beskriver procentandelen hemoglobin A i de röda blodkropparna bundet till glukos inom den senaste 6-8 veckorsperioden [19].

Komplikationer till följd av diabetes är främst förändringar i blodkärlen i form av förtjockad kärlvägg, förträngda blodkärl, stimulerad tillväxt i vävnad och fibros i organ. Detta kan leda till nervskador som delvis beror på försämrade cirkulation; cirka hälften av män med typ 2-diabetes får ED [19]. Hos kvinnor är vanligaste sexuella begränsningar bristande lust, otillräcklig lubrikation samt svårigheter med orgasm [6]. Kvinnor som lider av typ 2-diabetes tenderar att ha mer sexuella svårigheter jämfört med kvinnor med typ 1. Detta kan förklaras genom att typ 2 diabetes ofta uppkommer vid en högre ålder där även klimakterieproblem kan förstärka SD [6].

Trots att forskning visat på att en stark koppling mellan SD och diabetes finns både hos kvinnor och män är kunskap om orsaker och åtgärder om den hos män större. Hos män finns det ett klart samband mellan diabetes och ED medan det hos kvinnor inte är lika klart att det är just sjukdomen som orsakar SD [14].

2.6 Behandling av diabetes och SD

Samtal för att informera och undervisa patienten är av högsta prioritet då det är individen själv som kommer sköta sin behandling och anpassning av sin livsstil. Det är viktigt att ge kunskap som patienten och anhöriga kan förstå [19].

Generellt för diabetes typ 1 och typ 2 är rekommendationer om kost och motion som del av behandlingen [18, 19, 21]. Behandling innefattar även kontroll av blodtryck och blodfetter [19]. Vid diabetes typ 1 ges insulin i form av subkutana injektioner eller via en inopererad pump med syfte att hålla glukoskoncentrationen i blodet på en jämn och låg nivå [19, 21]. Behandlingen vid diabetes typ 2 är i första hand livsstilsförändringar där personen via sunda levnadsvanor som till exempel fysisk aktivitet håller blod-glukosvärden på en normal nivå. Läkemedel läggs till först när dessa åtgärder ej är tillräckliga [19]. Antidiabetiska läkemedel som ökar insulinkänsligheten är vanliga i början av behandlingen men kan om det behövs kombineras med insulininjektioner [19].

Behandlingar för SD beror på den bakomliggande orsaken [14]. Vanligen behandlas SD med läkemedel, kirurgiska ingrepp, injektioner i penis för att uppnå erektion, psykoterapi och olika hjälpmedel för att uppnå erektion eller motverka andra komplikationer av SD [14]. Kirurgiskt alternativ som inplantering av implantat i svällkroppar i penis kan prövas om övriga alternativ ej hjälper [15]. Läkemedel för ED som viagra får blodkärlen som leder till svällkropparna att slappna av och därmed öka blodflödet, vilket ökar kvaliteten på erektionen [8]. Den psykoterapi som ges behandlar individen med sexualiteten i fokus [13, 15]. Sensualitetsträning som innebär att känna kroppslig beröring för att uppnå upphetsning utan att det behöver leda till penetration, är inriktat på att minska prestationsångesten vid SD [13]. Sexterapi kan vara att föredra hos yngre män jämfört med att ordinera läkemedel då de kan vara i behov av hjälp att bli bekväma med sin kropp [15].

2.7 Kommunikation inom hälso- och sjukvård

Det främsta syftet med kommunikation inom hälso- och sjukvård är att understödja patientens kraft och förmåga till hälsa och egenvård, där dialogen och synen på lärande och kunskap är det viktigaste i läroprocessen [22]. Samtal för att informera och undervisa patienten är av högsta prioritet då det är individen själv som kommer sköta sin behandling och anpassning av sin livsstil. Det är viktigt att kunskap ges som patienten och anhöriga kan förstå [19]. Vid kommunikation mellan patient, närstående och vårdgivare erhålls kunskap som är värdefull för omvårdnadsprocessen [23]. Kommunikation skapar trygghet och kunskap vilket kan underlätta bearbetning av eventuella försämringar. Genom kommunikation förmedlar människor känslor

och attityder till varandra, vilket underlättar undersökning av patienters hälsotillstånd [24]. För att ta reda på omvårdnadsbehov hos patienter med SD:s krävs en noggrann undersökning och anamnes [25]. Datainsamling kan ske på flera sätt, bland annat genom kommunikation. Genom god kommunikation och identifiering av personliga omvårdnadsbehov hos individen kan omvårdnad ske med ett personcentrerat förhållningssätt [24]. Platsen och tidpunkten för samtalet är exempel på fysiska faktorer som inverkar på samtalet [24]. Även psykiska faktorer som sinnesstämning, allmäntillstånd och relationer har en inverkan på samtal. De psykiska och fysiska faktorerna under samtalet har en avgörande roll på vad patienten kan förstå och ta till sig under samtalet och informationen som ges. Detta kan både försvåra och förenkla förmedlingen av information till patienten. Något som är bra att ha som grund under samtal med patienter eller närstående är tydlighet och struktur i samtalet. Att hitta ett gemensamt fokus och att inte sväva iväg ifrån samtalsämnet är av vikt [24].

En professionell kommunikation skiljer sig från den vardagliga, då vårdpersonal kommunicerar som experter till en person i behov av hjälp och assistans på ett eller annat sätt. God kommunikation är stödjande och främjar god kontakt, bidrar till problemlösning och stimulerar till initiativ hos patienten och dess anhöriga att använda sina egna resurser [26].

2.8 Patienters upplevelse av kommunikation

Personer uppfattar ibland sitt besök på sjukhus eller vårdcentral som negativt. Det som oftast ligger till grund för denna uppfattning är hur patienten upplevt bemötandet. Beskrivningen av denna uppfattning visar hur patienten upplever den människosyn som finns på vårdinrättningen samt hur vården utförs [27].

Patienter har uttryckt att vårdgivare bör tala lugnt och inte låta stressade eftersom patienten då kan uppleva att personalen inte har tid att fråga eller berätta om saker som kräver tid och engagemang. Medicinska uttryck och sjukhusjargong bör undvikas, då patienter kan uppleva detta som förvirrande om de ej förstår termernas exakta innebörd. Termer som kan missuppfattas är t. ex ”tappa blod” och ”sätta nål” vilka kan uppfattas som att personalen ska tappa ut allt blod och att det är en stor hård nål som kommer att stickas in istället för den fina silikonslang som används [27]. Patienter uttrycker ofta missnöje av vården på grund av brist på adekvat information eller delaktighet i beslut gällande det egna hälsotillståndet [22]. Rätten till delaktighet tydliggörs i den nya patientlagen och skall vara självklar inom vården [28]. Patientens delaktighet kan uppfattas olika utifrån vårdgivaren och patienten [3]. Patienter vill bli lyssnade på och känna att deras personliga kunskaper och erfarenheter är betydande. För att patienter ska känna delaktighet anser de att vårdgivaren bör visa respekt för patientens bedömning av sin situation. Vårdgivare kan tolka delaktighet som att patienten givits nödvändig information om medicin och planering om vården varit och de följt de råd och ordinationer som givits [3].

2.9 Sjuksköterskans kompetens och ansvarsområde

Då information och kunskap är av stor vikt för att patienter med SD ska kunna bearbeta och hantera sin situation är det sjuksköterskans ansvar att ge denna information [29]. Patientsäkerhetslagen (PSL) säger att den som bär ansvaret för en patients hälso- och sjukdomstillstånd är även skyldig till att ge korrekt och anpassad information till patient och närstående [29]. Det ingår i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska [4] att kunna förmedla information på ett empatiskt, respektfullt och lyhört sätt vilket är av vikt vid samtal om känsliga ämnen som sexualitet och sexuell hälsa. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att patienten och närstående inte bara får informationen utan även att de har förstått dess innebörd [4, 29]. Till exempel är det sjuksköterskans ansvar att patienten förstår vilka konsekvenser ett högt/lågt blodsocker kan orsaka. Det yttersta omvårdnadsansvaret för patienten ligger hos sjuksköterskan trots att det inte alltid är sjuksköterskan som genomför alla omvårdnadshandlingar [30]. Detta kan försvåra arbetet för sjuksköterskan då helheten blir svårare att följa om hen endast ser patienten i vissa moment i omvårdnaden [30].

3 Problemformulering

Sexualitet och sexuell hälsa en viktig del av människors hälsa och vid SD påverkas människors välbefinnande negativt. SD uttrycks på många sätt, och uppkomsten beror på sociala, fysiska och psykiska faktorer. Diabetes, dess behandling och eventuella komplikationer kan orsaka SD hos både män och kvinnor. Diabetes och SD kan behandlas, och flera metoder finns för behandling. Informationen som ges till patienter och anhöriga bör vara tydlig och enkel att förstå. Dorotea Orems egenvårdsteori kan appliceras då målet är att patienten ska uppnå självständighet med hjälp av stöd ifrån sjuksköterskan. Patienter önskar vara delaktiga i beslut gällande sin egen hälsa, där vår nya PSL tydliggör detta som en självklar rättighet. Sjuksköterskans ansvar är att respektfullt bemöta, lyssna och inkludera patienten i beslut gällande omvårdnad. Trots detta berörs sexuella problem sällan inom vården vilket gör att patienten kan uppleva sänkt välbefinnande. Att vårdpersonal inte bjuder in till samtal inom det svårdiskuterade ämnet sexuell hälsa kan göra att patienter lider i tystnad. Trots att SD är ett vanligt problem vid diabetes saknas det sammanställningar om vad som orsakar SD och vad det kan innebära för dessa patienter.

4 Syfte

Att undersöka faktorer och orsaker till SD hos personer med diabetes och vad detta kan innebära för drabbade personer samt vad deras subjektiva uppfattning är.

5 Metod

En litteraturstudie med granskning av kvantitativa studier [31] valdes för att ta reda på orsaker till SD hos patienter med diabetes och vad det innebar för patienten.

5.1 Datainsamling

Datainsamling gjordes via sökningar i databaser vid Göteborgs Universitetsbibliotek.

5.1.1 Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier: Studier där vuxna personer med diabetes typ 1 eller typ 2 med SD. Artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade, så kallade ”peer-reviewed” och finnas i fulltext.

Exklusionskriterier Studier där deltagarna var barn och ungdomar under 18 år. Artiklar publicerade före 2005, då aktuell forskning eftersöktes.

5.1.2 Litteratursökning

Datainsamling gjordes genom sökningar i databaserna CinAhl, PubMed och Scopus. I första hand valdes CinAhl där omvårdnad är ett begrepp som berör många artiklar. Ytterligare sökningar gjordes i PubMed då mer medicinska artiklar och resultat eftersöktes, detta för att komplettera artiklarna funna i CinAhl. För att få korrekta sökord användes Svenska Mesh-termer till att översätta sökorden. Under sökningarna användes olika kombinationer av sökord, se bilaga 1. För sökordet sexual* användes trunkering för en bredare sökning av artiklar. Istället för endast träffar på SD täcktes artiklar in i sökningen gällande SD, sexualitet, sexuell hälsa samt sexuell livskvalitet. För sökordet diabetes* användes trunkering för utvidgad sökning. Diabetes samt de två vanliga typerna av diabetes inkluderades då i sökningen.

5.2 Urval och analys

Ett första urval av artiklar från sökningen i Cinahl gjordes utifrån titlar och nyckelord för att sortera bort ej relevanta träffar. Abstrakt för 25 artiklar lästes igenom då dess titlar och nyckelord överensstämde med syftet samt inklusions- och exklusionskriterierna. Utifrån dessa 25 artiklar ansågs 16 stycken svara mot syftet och granskades ytterligare enligt Rödakorset Högskolans granskningsmall [32]. Utav dessa 16 artiklar höll åtta stycken studier en tillräckligt hög kvalitet och blev utvalda till resultatet i denna litteraturstudie.

Sökningen övergick därefter till PubMed, en medicinskt inriktad databas. Där användes termer ifrån svensk MeSH, likartade de från den tidigare sökningen i Cinahl. Sökningen i PubMed genererade 154 träffar, dock var flertalet dubletter till artiklar som framkommit via sökningen i Cinahl. Dubletterna togs bort och urval skedde enligt samma process som sökningen i Cinahl vilket resulterade i 24 lästa abstrakt då dessa svarade mot syftet i litteraturstudien. Av dessa 24 artiklar valdes åtta stycken till granskning enligt Rödakorset Högskolans granskningsmall

[32]. Utav dessa åtta artiklar blev tre studier inkluderade i denna litteraturstudie då de höll en tillräckligt hög kvalitet.

Analys av utvalda studier skedde enligt Fribergs granskning av kvantitativa studiers kvalitet [31]. Sedan ställdes ytterligare ett antal frågor angående artiklarna och dess författare enligt Rödakorset Högskolans granskningsmall, se bilaga 2 [32]. Resultatet av granskningen fördes in i en artikelgranskningstabell, bilaga 3. Enbart statistiskt signifikanta resultat redovisas. Detta för att enkelt strukturera upp vad de olika artiklarna innehåller och sedan sammanfoga dess resultat till ett. Allteftersom analysen fortskred kunde områden identifieras att samla resultatet under.

5.3 Forskningsetiska överväganden

Denna litteraturstudie anammar den holistiska synen på hälsa, vilket överensstämmer med WHO:s definition, där socialt, psykiskt och fysiskt välbefinnande utgör upplevelsen av hälsa [2]. Artiklarna som valdes har blivit granskade och godkända forskningsetiskt för att få bli publicerade i tidskrifterna. Studierna i artiklarna är godkända av etiska kommittéer vilket innebär att alla deltagare i studierna har gett sitt skriftliga eller muntliga medgivande till deltagande i studien. Allt deltagande har varit frivilligt och deltagarna har rekryterats via hälso- och sjukvården.

6 Resultat

Resultatet av analysen visar att SD är ett vanligt problem hos personer med diabetes. Åtta teman skildrar problem i den sexuella hälsan hos diabetiker. Identifierade teman blev: 'sexuell aktivitet minskar hos personer med diabetes', 'svårigheter med orgasm, njutning och tillfredsställelse uppkommer vid diabetes', 'människors sexlust och upphetsning minskar vid diabetes och SD', 'fysiska faktorer påverkar SD i samband med diabetes', 'depressiva besvär vid diabetes ger ökad risk för SD', 'behandlingstyp av diabetes påverkar möjligen uppkomsten av SD', 'låg social och socioekonomisk status påverkar den sexuella hälsan negativt vid diabetes' och 'diabeteskomplikationer ger ökad risk för SD'. Resultatet av uppkomna åtta teman presenteras för både män och kvinnor följt av unika resultat för könen.

6.1 Sexuell aktivitet minskar hos personer med diabetes

Diabetes påverkar människors sexuella hälsa negativt och bidrar till att diabetiker undviker att ha sex [33, 34, 35]. Ibland orsakar SD till följd av diabetes så stora problem att det förhindrar möjligheten att genomföra samlag [36]. Personer med diabetes uppger att de onanerar mindre än friska personer då SD kan orsaka ett minskat intresse till sex [33].

Det största problemet inom SD hos män är uppkomst av ED [35]. Mellan 33-64% av alla män med diabetes och SD har rapporterat problem med ED [37, 38, 39].

Kvinnor med diabetes har en lägre sexuell aktivitet med en partner jämfört med friska kvinnor [33, 34]. Kvinnor med diabetes har svårare att genomföra samlag på grund av SD [35].

6.2 Svårigheter med orgasm, njutning och tillfredsställelse uppkommer vid diabetes

SD hos personer med diabetes orsakar problem med sänkt tillfredsställelse och dämpad njutning av sex [33, 34, 40, 41, 37, 35]. Oförmåga eller svårigheter till orgasm och abnorm ejakulation är vanliga problem bland personer med diabetes och SD [33, 34, 40, 41, 37, 35]. Den sexuella tillfredsställelsen och njutningen av sex blir lägre vid SD och diabetes [34, 40, 35].

Vid en eller flera diabeteskomplikationer så som kärl- eller neurologisk komplikationer påverkas den sexuella hälsan negativt genom svårigheter eller oförmåga till orgasm eller minskad orgasmnivå [41].

Män som levt med ED under en längre tid var mer tillfredsställda med sitt sexliv jämfört män som nyligen fått ED [42].

6.3 Människors sexlust och upphetsning minskar vid diabetes och SD

Sexlusten och intresset för sex minskar troligen vid diabetes och SD [33, 34, 40, 41, 36, 37, 35]. Den sexuella upphetsningen minskar troligen vid diabetes [40]. Den sexuella lusten påverkas negativt vid höga HbA1c värden [41]. Lusten påverkas av människors ålder och en högre ålder

innebär ofta minskad sexuell lust, personer över 70 visar hög frekvens dämpad lust [36, 39]. En etnisk minoritet med diabetes och SD kan oftare uppleva minskad lust jämfört med den infödda majoriteten i ett land, i detta fallet med Assyrisk/Syrianska personer som bor i Sverige [36].

Då minskad eller avsaknad av lust förekommer är ofta en känsla av missnöje ett problem för män med diabetes [37].

6.4 Fysiska faktorer påverkar SD i samband med diabetes

Fysiska faktorer som ålder påverkar människors sexuella hälsa negativt och bidrar till SD [42, 36, 37, 39]. Personer över 50 år med diabetes har en högre risk att drabbas av SD i jämförelse med yngre och friska personer [40, 41, 43, 42, 36, 37, 39]. Den fysiska funktionen förändras negativt med tiden och ju längre diabetes varaktighet är desto större är risken för att personen drabbas av SD [42, 39]. En sämre fysisk hälsa samt högt BMI ökar risken vid diabetes att drabbas av SD [33, 42, 39].

Kvinnor med diabetes som genomgått klimakteriet får oftare SD än yngre kvinnor [40, 43]. Efter klimakteriet är det vanligt för kvinnor med diabetes att få ökade problem med lubrikationen [35, 34, 40].

6.5 Depressiva besvär vid diabetes ger ökad risk för SD

Personer med diabetes och SD som drabbas av depression eller depressiva symtom upplever en minskad livskvalitet och en känsla av misslyckande, som kan försvåra personens SD [40, 39].

Depression eller depressiva symtom ökar risken att drabbas av SD hos kvinnor med diabetes, framförallt genom svårighet till upphetsning [43].

Män med diabetes och ED kan uppleva det som mycket besvärande att tänka på att erektionen troligen sviktar [37]. Depression eller depressiva symtom hos män med diabetes visar sig ha en ökad risk för utvecklandet av ED [42, 38, 39].

6.6 Behandlingstyp av diabetes påverkar möjligen uppkomsten av SD

Vid svårigheter att hålla blodsockernivån jämn och låg ökar risken för SD då ett högre HbA1c-värde ger en ökad risk för ED och lubrikationsproblem [42, 38].

Gällande behandlingstypen av diabetes är resultaten inkonsekventa. Insulinbehandling anges som bidragande till förekomst av SD [35, 42, 39], men bevisas även ej vara den bidragande behandlingsmetoden då antidiabetiska läkemedel ger upphov till större frekvens av SD hos personer [40, 42].

6.7 Låg social och socioekonomisk status påverkar den sexuella hälsan negativt vid diabetes

Socioekonomiska faktorer påverkar den sexuella hälsan negativt när en lägre samhällsstatus närvarar. Personer utan grundutbildning med diabetes eller med en låg utbildningsnivå löper stor risk att utveckla SD [40, 41, 42, 39]. Personer med diabetes som har dålig ekonomi, är arbetslösa eller lever med en partner som är arbetslös utvecklar ofta SD [40, 39, 35]. Personer med typ 2 diabetes lider oftare av SD än personer med typ 1 [40]. Resultat gällande civilstatus är inkonsekvent då det uppges att gifta individer oftare drabbas av SD [43] medan det även uppges att ensamboende personer oftare drabbas av SD [36]. Resultat gällande personer som har en stor familj och som inkluderar små barn tyder på att dessa individer ofta upplever SD [35, 40, 36].

6.8 Diabeteskomplikationer ger ökad risk för SD

När personer med diabetes har utvecklat komplikationer av sin sjukdom löper de stor risk att drabbas av SD [41, 38, 39, 43, 34, 42]. Personer som drabbats av en eller fler komplikationer så som kärl- eller neurologisk komplikationer hade problem med lubrikation och orgasm [43]. Diabetiker drabbade av hjärtsjukdomar, nefropati och perifer neuropati har hög frekvens av SD, framförallt med dålig lust, låg sexuell frekvens [34, 42, 38, 39]. Även mindre vaskulära komplikationer ger en ökad risk att drabbas av SD [43].

Män med diabetes som drabbats av hjärt- och kärlsjukdomar som komplikation löper stor risk att drabbas av ED [38, 42].

7 Diskussion

7.1 Metoddiskussion

I början spekulerades vilken ansats arbetet skulle ha. Hur män med diabetes upplevde sin sexuella hälsa bestämdes som ett möjligt ämne. Efter sökningar inom området fanns det enbart ett fåtal artiklar vilket breddade sökningar till att inkludera även kvinnor och deras upplevelser av sexuell hälsa. Även här var det få artiklar som var användbara i arbetet, därav bestämdes det att även inkludera en trunkering på sökorden, då en bred bild av sexuell hälsa gavs samt antalet artiklar blev adekvat i sökningarna. Då huvudämnet för uppsatsen är omvårdnad valdes databasen Cinahl att användas i första hand. Då en avgränsning som gjorts var fulltext kan detta påverkat resultatet en hel del då relevanta studier kanske sorterats bort. Dock bedömdes beställning av artiklar ta för lång tid med risken att vid närmre granskning ej vara relevanta. Med hjälp av den filtreringen minskades antalet träffar till en rimligare mängd. Fåtalet artiklar som hittades fanns enbart på språk som vi ej förstod, att översätta studier till ett för oss förståeligt språk ansågs vara en för stor belastning. Detta kan ha påverkat resultatet då en noggrann granskning och bedömning av artiklarna ej var möjlig. Nuvarande problemområde ansågs vara genomsökt och artiklarna ansågs återspegla forskningen som fanns inom ämnet. Knapphändig avancerad kunskap i databasernas sökfunktion kan ha påverkat vilka artiklar som sökningar resulterade i och kan ha påverkat riktningen av resultatet.

Till resultatet valdes 11 kvantitativa artiklar, vilket på inrådan av handledare ansågs vara rimligt med tanke på examensarbetets tidsplan. Kvalitativa artiklar anger dock en värdefull del i forskningen, nämligen vad patienter eller personal tycker. Hade detta tagits med skulle resultatet antagligen sett annorlunda ut men då inte följt syftet med detta arbete. Artiklarna ansågs beskriva relevant forskning när publikationsdatum var mellan 2005 och 2015, vilket kan ha gett ett jämförbart resultat mellan könen, då många av studierna och stor del av bakgrundslitteraturen antydde att tidigare forskning enbart inriktats på män. Rödakorset Högskolans granskningsmall [32] valdes med anledning att den erbjöd en djupgående granskning, fanns enkelt tillgänglig online och använts vid arbeten tidigare i utbildningen. Granskning genomfördes för varje artikel och skillnader och likheter jämfördes för att bedöma deras kvalitet.

Vissa av artiklarna hade en ojämn fördelning mellan de olika grupperna de delat in deltagarna i exempelvis gällande diabetes typ 1 eller typ 2 eller behandling av diabetes. Könstillfördelningen var dock oftast jämn i studierna då deltagarna var av båda könen. Detta kan ge en ojämn bild av forskningsläget då typ 1 och typ 2 diabetes kan ge olika resultat gällande SD som komplikation.

Etisk granskning har genomgått för samtliga inkluderade artiklar och några har fört ett etiskt resonemang. De har godkänts etiskt av en lokal instans eller en nationellt erkänd etisk nämnd. Några av artiklarna har ansetts vara av godtagbar etisk kvalitet då de genomgått granskning och publicerats i en vetenskaplig tidskrift.

I största möjliga mån valdes artiklar som använt samma enkäter för att ha tydligt jämförbara

resultat. Majoriteten av studierna är gjorda i Turkiet eller USA och kan ge en bild av de lokala förhållandena, men kan vara svårt att applicera globalt. Studier gjorda i bland annat Asien och andra delar av världen saknas, vilket kan ses som en brist.

Vissa studier valda till detta arbete håller en lägre metodologisk kvalitet då exempelvis bortfall inte nämns, liten grupp studiedeltagare eller låg svarsfrekvens [31]. Detta kan innebära en risk för ett vinklat eller slumpmässigt resultat. Men dessa resultat har ansetts viktiga att ta med då de framför signifikanta resultat av vikt. Tolkningen av studiernas resultat kan ha påverkat arbetets resultat. Samtliga artiklar översattes från engelska, vilket kan ha medfört att ursprunglig mening kan ha ändrats. Svensk MeSH har använts för att översätta termer korrekt. Vid ytterligare tveksamheter i översättning har ordböcker använts.

Studierna som valdes ut till arbetet hade ofta liknande resultat. Med tanke på antalet studier som valdes till arbetet är det svårt att säga något absolut om det generella resultatet. Bias i form av inkluderade studier med få deltagare och ett tolkat resultat av ursprungliga artiklar ger upphov till riktlinjer.

Det verkar råda delade meningar i forskningsläget gällande vissa resultat inom diabetes och SD. Vissa resultat stämmer helt överens medan andra stämmer till viss del och några skiljer sig helt åt från vad som gäller. Många olika analyser är gjorda i flera av studierna vilket kan indikera att de söker hitta någon form av signifikans. Signifikansfiske är när många variabler genomgår ett stort antal analyser för att skapa signifikans. Resultaten har inget större bevisvärde då de kan vara slumpfynd framför reella fynd [44]. Detta kan alltså vara en falsk bild av ett signifikant resultat. Några resultat kan anses vara slumpfynd. Slumpfynd kan uppstå i undersökning av många variabler. Signifikans kan uppstå av ren slump. Subgruppsanalyser som jämför behandlingar, kan få extra variabler då man jämfört utöver det, kvinnor och män [44]. Mätinstrumenten som använts i jämförda studier ger upphov till många analyserbara variabler, och för ett trovärdigt resultat skulle en begränsad mängd variabler vara att föredra.

Sex av 11 analyserade artiklar redovisar bortfall tydligt, med övriga fem helt utelämnande data gällande bortfall, vilket kan innebära systematiskt fel i undersökningen. Hög svarsfrekvens är att föredra framför högt deltagandeantal [44]. Bortfallsgruppen kan ha mängder med skäl att ej ha svarat. Möjligen är det dem som upplever mest besvär inom ämnet [44, 45]. Om en studie hade högt bortfall av män kan resultatet bli vinklat i för hög andel kvinnor som har SD jämfört män [45]. Bias i form av resultat som kommits fram till där deltagare enbart rekryterats ifrån en unik vårdkedja, kan innebära att resultatet vinklas. Vi ansåg dock ej att något resultat skulle vara fördelaktigt någon unik intressent förutom den generella populationen.

7.2 Resultatdiskussion

Det råder inga tvivel på att personer med diabetes troligen får problem med sin sexuella hälsa. Personer utan diabetes påverkas av andra faktorer som ålder, socioekonomiska förhållanden, övriga sjukdomar till att få SD [36, 41, 43]. Frågan är till hur stor del ålder är enbart ansvarande

för SD jämfört med faktorer förknippade med diabetes. Kvinnor som går igenom klimakteriet får inte ovanligen besvär med SD efter detta oavsett diabetesstatus [43].

Gällande frekvens och sexuell aktivitet hos personer med diabetes visar resultatet att de har en lägre frekvens än friska personer [33, 34]. Detta kan kopplas till att diabetes är en krävande och kronisk sjukdom som ofta tar mycket engagemang för personer att bearbeta, hantera och orka med. Då kanske livet och sexualiteten sätts åt sidan för vissa personer då det blir för mycket att få ihop för en hanterbar livssituation och vissa områden bortprioriteras t ex den sexuella hälsan. Kvinnor med SD får med hjälp av livsstilsomvändning en ökad sexuell aktivitet och en lägre SD [46]. Även friska personer kan ibland hamna i perioder av låg sexuell frekvens, och några väljer att helt avstå sexuella handlingar. Det är i sig inget ohälsosamt, men för personer som vill ha en god sexuell hälsa kan diabetes bidra till sänkt sexuell hälsa. SD är en känd komplikation vid diabetes och ger ibland rörelseproblem som då försvårar möjligheten till sex. Dels kan det bero på ökad ålder, personer som blivit äldre har då levt med diabetes en längre tid och löpt större risk att utveckla komplikationer som försvårar rörligheten jämfört med yngre personer som nyligen insjuknat.

För både män och kvinnor framkommer i flera resultat orgasmproblem i samband med diabetes [33, 34, 35, 40, 41]. Det anses vara ett resultat av diabetes som troligen kommer påverka både män och kvinnor förr eller senare. Det är troligen förknippat med nervskador som dämpar personernas känsel, där cirkulatoriska förändringar kan antas i grund vara ansvariga för dämpad innervation av det autonoma nervsystemet. Personer kanske även ser tillbaka på sig själva innan diabetesdiagnosen och har då en smått överdriven bild av deras tidigare egna förmåga. Resultaten består av enbart subjektiva uppfattningar, där det är mätinstrumentens metod. Detta känns adekvat då det bör vara svårt att mäta objektivt. Att få lägre sexuell njutning och tillfredsställelse av sex hos diabetiker är också ett stort problem som flera resultat konstaterar [34, 35, 37]. Även här anses cirkulatoriska störningar vara ansvariga för sänkt innervation av det autonoma nervsystemet, som en bra behandling av diabetes kan förminska.

De fysiska faktorerna såsom ålder och fysisk förmåga påverkar diabetes och SD [41, 40, 43, 36, 42, 39], precis som antagits påverka även innan analys gjordes av utvalda artiklar. Ju äldre en person är och ju sämre ens fysik är brukar ofta personer anta att den sexuella hälsan försämras. Den fysiska hälsan har dock en inverkan på sexlivet och då kanske för att sexuellaktivitet är ofta fysiskt. Det är dock högst individuellt då personer kan lägga stor tyngd vid sexualitet eller helt ignorera det och definitionen och variationen gällande sexualitet och sexuell aktivitet varierar från person till person. Diabetes verkade dock ge upphov till en försämrad förutsättning att uppleva en god sexuell hälsa. Sjuksköterskor ger råd om hälsa till patienter och vidrör förhoppningsvis ämnet sexuell hälsa, men vår observation är att det är bristande och behöver förbättras. Det kunde anses som jobbigt att prata om eller vara orelevant för att personen troligen inte hade sex. Det är dock antaganden och förutfattade meningar som ibland blockerar ett gott samtal om sexuell hälsa. Om en rutin införs inom vården där frågor gällande sexuell hälsa skulle finnas, kan sjuksköterskor som ger hälsoråd till patienter med diabetes kanske lättare

beröra ämnet med patienten. Något som sjuksköterskan bör nämna är inrådan av fysisk aktivitet och kroppslig hälsa bör göras adekvat för att förhindra försämrad sexuell hälsa.

En minskad livskvalitet var rapporterad när depressiva symtom närvarade och risken för SD ökade vid depressiva besvär [40, 43, 42, 38, 39]. Ett sannolikt scenario är att man vid nedstämdhet inte anammar sin sexualitet när man exempelvis kan ha svårt att ta sig ur sängen på morgonen. Att ha ett jobb att gå till minskar risken att drabbas av depression och ger en bra självkänsla [47]. Att nedstämdhet skulle förvärras vid diabetes kan möjligen vara relaterat till cirkulationsrubbingar eller en negativ känsla av att man lider av en kronisk sjukdom och på så vis är känner sig som en sämre människa. Yngre människor känner sig ofta mer stressade av en diagnos än äldre då diabetes är en sjukdom som inte garanterat ger upphov till någon komplikation, men samtidigt medför risk för förlust av fysisk förmåga och skada kan orsakas på kroppen [47].

Behandlingstypen för diabetes visade inkonsekventa resultat gällande att ge upphov till SD [40, 42, 35, 39]. Båda typer av resultat var statistiskt signifikanta och på så vis tillförlitliga, dock misstänks signifikansfiske att ligga bakom upptäckterna, vilket gör att de är varandras motpoler. Att hålla en jämn låg nivå av blodsockernivån genom att noggrant kontrollera sitt plasma-glukos kan påverka så patienter ej drabbas av komplikationer som kan leda till SD p.g.a. dåligt skött behandling av diabetes. Orems egenvårdsteori menar att sjuksköterskans mål blir i omvårdnad att göra patienten redo att sköta sin egenvård på ett adekvat sätt för att minska risken att skada sig själv och bevara normal funktion [5]. Genom att bedöma utvecklingen av deras egenvård, exempelvis via mätning av HbA1c kan sjuksköterskan informera om vikten av att sköta sin egenvård korrekt till patient och närstående, för att på så sätt underlätta i framtiden för ens välmående i sexuell hälsa.

En lägre samhällsstatus gör att personer med diabetes löper större risk att drabbas av SD. Resultatet var frekvent av analyserade artiklar, och de som ej uppkom till statistisk signifikans hade resultat som drog åt samma håll [40, 41, 42, 39]. Detta kan antas hänga ihop med resultatet att personer med diabetes typ 2 oftare drabbas av SD än personer med typ 1 [40]. Personer med typ 2 diabetes kan antas ha bristande kosthållning och sämre fysik vilket leder till ett förhöjt BMI och sämre sexuell hälsa. Personer med högre BMI och högre HbA1c rapporterar oftare SD [48]. Det bör prioriteras inom vården att sjuksköterskor ska informera patienter med dessa risker att sköta sin behandling och öka dess medvetenhet för att kunna göra bättre val i sin vardag.

Komplikationer av antingen diabetes eller övriga sjukdomar bidrar ofta till SD. Över hälften av alla studier visar signifikans för detta och ett flertal komplikationer bidrog till SD [34, 41, 43, 42, 38, 39]. Vid ED och lubrikationsproblem relaterade till diabetes gav det stora problem i sexlivet för människor. Detta kan bero på cirkulatoriska- och neurologiska rubbningar huvudsakligen vara orsak till komplikationerna då blodkärl till nerver och vävnad runt penis och vagina blir deformerade av diabetes. Hos män är ED påvisade att risk för hjärt- och kärlsjukdomar föreligger. De små kärlen som leder till penis deformeras först vid cirkulationsrubbingar då

de är av mindre storlek, följt av att de större kärlen till hjärtat troligen påverkas senare [48]. Det kan vara oundvikligt ju längre personerna har levt med diabetes, men med en effektiv och regelbunden behandling bör det kunna undvikas så länge som möjligt, vilket gör instruktioner och orsak till egenbehandling av högsta vikt.

8 Slutsats

Personer med diabetes har en ökad risk att drabbas av SD. Deras sexuella aktivitet, njutning, orgasmförmåga, tillfredsställelse, lust och upphetsning minskar. Personer som är äldre än 70år, depressiva, har låg utbildning och samhällsstatus samt är drabbade av diabeteskomplikationer kommer troligen drabbas av SD. Dålig egenvård vid diabetes bidrar till sänkt sexuell hälsa. Sjuksköterskans förmåga att förmedla information till patient och närstående är viktig då egenvård bidrar till den sexuella hälsan hos personer.

En identifiering av orsaker till SD hos patienter med diabetes, hur deras upplevelse av SD är och vilka konsekvenser det blir i livet kan hjälpa vårdpersonal att uppmärksamma patienter om riskfaktorer samt identifiera ev. utveckling av dessa för att främja en god sexuell hälsa och undvika försämring. Efter kartläggning kan sjuksköterskan föreslå underlättande lösningar på eventuella problem genom exempelvis familjeterapi eller sexrådgivning. Vid utbildning av sjuksköterskor behövs mer undervisning kring ämnet sexuell hälsa och hur ämnet berörs på ett värdigt och ej kränkande sätt. Något som också behövs under sjuksköterskeutbildning är nycklar och kreativa lösningar till patienter med problem som är svåra att reda ut orsaken och lösningen till. Tidigare forskning har utförts främst inom begränsade geografiska områden. Vidare forskning med ökad kulturell omfattning då statistiskt signifikanta resultat behövs för att påpeka viktiga skillnader i hela världen. Det behövs fler studier som identifierar orsaker till SD hos personer med diabetes och hur dessa kan förhindras.

9 Förkortningar

AOR= Adjusted Odds Ratio

ASEX=Arizona Sexual Experience scale

BDI=Beck Depression Inventory

BIS=Body Image Scale

BMI=Body Mass Index

CES-D= Center for Epidemiological Studies-Depression scale

ED= Erekttil dysfunktion

FSFI= Women Sexual Function Index

HSP= Hälso- och sjukvårdspersonal

Gr= Grupp

IBD= Insulin behandlad diabetes

IFSF= Index of Female Sexual Function

IIEF= International Index of Erectile Function

KASAM= Känsla av sammanhang

OR=Odds Ratio

PSL= Patientsäkerhetslagen

SCC= Spearman's correlation coefficient

SD= Sexuell dysfunktion

SDAPF= Socio-demographic and Disease associated properties Form

SEI=Coopersmith Self-Esteem Inventory

SF-36=Social Functioning Health Index

SLQ=Sexual Life Questionnaire

SQLQ-F= Sexual Quality of Life Questionnaire-Women

TIBI=Total Illness Burden Index

WHO= World Health Organisation

WK= Weighted Kappa

WMA= World Medical Association

10 Litteraturförteckning

- [1] Willman A. *Hälsa och välbefinnande*, ss 27–42. I: Edberg A-K. and Wijk H. [49], 2009.
- [2] WHO. WHO definition of health, 2003.
- [3] Inger Larsson, Lena Rahle Hasselbalch och Lars Palm. *Patientkommunikation i praktiken: information, dialog, delaktighet*. Norstedts akademiska förlag, Stockholm, 2008.
- [4] Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, 2005.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf Hämtad: 2015-10-20.
- [5] Marit Kirkevold och Karin Larsson-Wentz. *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Studentlitteratur, Lund, 2., [omarb. och utvidgade] uppl. utgåvan, 2000.
- [6] Hulter B. *Sexualitet*, ss 677–708. I: Edberg A-K. and Wijk H. [49], 2009.
- [7] Hulter B. *Sexualitet och hälsa: begränsningar och möjligheter*. Studentlitteratur, Lund, 2004.
- [8] Damber J-E. och Giwercman A. *Andrologi*, ss 425–456. Studentlitteratur, Lund, 2006.
- [9] Gertrude Aigner, Gunilla Kvarnstrom och Lena Koster. *Sexologi i vården*. Almqvist and Wiksell, Solna, 1. uppl. utgåvan, 1991.
- [10] Schover L. R. och Buus Jensen S. *Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach*. Guilford Press, New York, 1988.
- [11] Sundbeck M. *Sexuell hälsa i vården: en metodbok för sjuksköterskor*. Studentlitteratur, Lund, 1. uppl. utgåvan, 2013.
- [12] Fugl-Meyer K. *Definitioner och förekomst av sexuella dysfunktioner*, ss 265–273. Liber, Falköping, 2010.
- [13] B Hulter och G. Sundqvist. *Sexualitet och diabetes mellitus C-D. Agardh, C. Berne. and J. Östman. (red). Diabetes s.277-290*. Liber, Stockholm, 3. uppl. utgåvan, 2005.
- [14] Ebrary Shaw K., Cummings M. H. *Diabetes: chronic complications*. John Wiley & Sons, Chichester, West Sussex, UK, 3rd;3;3., [rev.]; utgåvan, 2012.
- [15] Malmberg L. *Urologisk kirurgi*, ss 223–239. Studentlitteratur, Lund, 2004.
- [16] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR och Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6):593–602, 2005.

- [17] I. Skärsäter. *Förstämningssyndrom I. Skärsäter. (red). Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå s.98-127.* Studentlitteratur, Lund, 2. uppl. utgåvan, 2014.
- [18] Ebrary Dunning T. *Care of people with diabetes: a manual of nursing practice.* Wiley-Blackwell Pub, Chichester, U.K;Ames, Iowa;, 3rd;2;3;3., [rev.]; utgåvan, 2009;2008;2003;.
- [19] Jenssen T. *Diabetes Mellitus*, ss 379–392. Studentlitteratur, Lund, 2011.
- [20] Leif Svanström. *Sjukdomslära.* Studentlitteratur, Lund, 2003.
- [21] Ebrary Dunning T. *Diabetes Guide.* Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Berlin, 1992.
- [22] Klang Söderkvist B. *Information-undervisning-lärande*, ss 51–72. I: B. [50], 2013.
- [23] Tingström P. *Information och utbildning*, ss 65–91. I: Edberg A-K. and Wijk H. [49], 2009.
- [24] Baggens C. & Sandén I. *Omvårdnad genom kommunikativa handlingar*, ss 201–233. Studentlitteratur, Lund, 2009.
- [25] Florin J. *Omvårdnadsbehov och omvårdnadsdiagnostik*, ss 83–118. I: och Wallin L. [51], 2009.
- [26] Tom Eide, Hilde Eide, Bo Kärnekull och Ethel Kärnekull. *Kommunikation i praktiken: relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg.* Liber, Malmö, 1. uppl. utgåvan, 2006.
- [27] Fossum B. *Kommunikation och bemötande*, ss 23–50. I: [50], 2013.
- [28] Socialdepartementet. Patientlag (2014:821), 2014.
https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/?bet=2014:821 Hämtad: 2015-10-30.
- [29] Socialdepartementet. Patientsäkerhetslag (2010:659), 2010.
https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659 Hämtad: 2015-10-30.
- [30] Lützén K. Jakobsson E. *Omvårdnad som profession och akademiskt ämne*, ss 23–44. I: och Wallin L. [51], 2009.
- [31] F. Friberg. *Att göra en litteraturöversikt F. Friberg. (red) Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten s.133-143.* Studentlitteratur, Lund, 2. uppl. utgåvan, 2006.

- [32] Röda Korsets Högskola. Mall för granskning av vetenskapliga artiklar, 2005.
- [33] Stacy T. Lindau, Hui Tang, Ada Gomero, Anusha Vable, Elbert S. Huang, Melinda L. Drum, Dima M. Qato och Marshall H. Chin. Sexuality among middle-aged and older adults with diagnosed and undiagnosed diabetes: a national, population-based study. *Diabetes care*, 33(10):2202–2210, 2010.
- [34] Kelli L. Copeland, Jeanette S. Brown, Jennifer M. Creasman, Stephen K Van Den Eeden, Leslee L. Subak, David H. Thom, Assiamira Ferrara och Alison J. Huang. Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women. *Obstetrics & Gynecology*, 120(2, Part 1):331–340, 2012.
- [35] Sevilay Hintistan och Dilek Cilingir. Sexual dysfunction in turkish men and women with type 2 diabetes mellitus. *Sexuality and Disability*, 31(1):31–41, 2013.
- [36] Marina Taloyan, Alexandre Wajngot, Sven-Erik Johansson, Jonas Tovi, Kristina Sundquist, Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet och Samhällsvetenskapliga fakulteten. Sexual dysfunction in assyrian/syrian immigrants and swedish-born persons with type 2 diabetes. *BMC research notes*, 5(1):522–522, 2012.
- [37] David F. Penson, Hunter Wessells, Patricia Cleary, Brandy N. Rutledge, Diabetes Control, Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions, Complications Research Group, The Diabetes Control, Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions och Complications Research Group. Sexual dysfunction and symptom impact in men with long-standing type 1 diabetes in the dcct/edic cohort. *The journal of sexual medicine*, 6(7):1969–1978, 2009.
- [38] Raymond C. Rosen, Rena R. Wing, Stephen Schneider, Thomas A. Wadden, Gary D. Foster, Delia S. West, Abbas E. Kitabchi, Frederick L. Brancati, Barbara J. Maschak-Carey, Judy L. Bahnson, Cora E. Lewis och Isaias N. Gendrano Iii. Erectile dysfunction in type 2 diabetic men: relationship to exercise fitness and cardiovascular risk factors in the look ahead trial. *The journal of sexual medicine*, 6(5):1414–1422, 2009.
- [39] Hicran Yıldız och Rukiye P. Bölüktaş. Evaluation of sexual dysfunction in males with diabetes. *Sexuality and Disability*, 33(2):187–205, 2015.
- [40] Selda Celik, Zehra Golbası, Meral Kelleci och Ilhan Satman. Sexual dysfunction and sexual quality of life in women with diabetes: The study based on a diabetic center. *Sexuality and Disability*, 33(2):233–241, 2015;2014;.
- [41] Seyda Ozcan, Nevin H. Sahin, Dilek Bilgic och Sema D. Yilmaz. Is sexual dysfunction associated with diabetes control and related factors in women with diabetes? *Sexuality and Disability*, 29(3):251–261, 2011.

- [42] Giorgia D. Berardis, Fabio Pellegrini, Monica Franciosi, Maurizio Belfiglio, Barbara D. Nardo, Sheldon Greenfield, Sherrie H. Kaplan, Maria C. E. Rossi, Michele Sacco, Gianni Tognoni, Miriam Valentini, Antonio Nicolucci, QuED (Quality of Care, Outcomes in Type 2 Diabetes) Study Group, on behalf of the QuED (Quality of Care och Outcomes in Type 2 Diabetes) Study Group. Longitudinal assessment of quality of life in patients with type 2 diabetes and self-reported erectile dysfunction. *Diabetes Care*, 28(11):2637–2643, 2005.
- [43] Paul Enzlin, Raymond Rosen, Markus Wiegel, Jeanette Brown, Hunter Wessells, Patricia Gatcomb, Brandy Rutledge, Ka-Ling Chan, Patricia A. Cleary, DCCT/EDIC Research Group och the DCCT/EDIC Research Group. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the dcct/ edic study cohort. *Diabetes care*, 32(5):780–785, 2009.
- [44] Martin Gellerstedt. *M12: Medicinsk statistik*. Merck Sharp and Dohme, Malmö, 1st utgåvan, 2004.
- [45] Stefan Sörensen Henny Olsson. *Forskningsprocessen*. Liber, Stockholm, 4:e utgåvan, 2011.
- [46] Rena R Wing, Dale S Bond, Isaias Noel Gendrano 3rd, Thomas Wadden, Judy Bahnsen, Cora E Lewis, Frederick Brancati, Stephen Schneider, Abbas E Kitabchi, Brent Van Dorsten och Raymond C Rosen. Effect of intensive lifestyle intervention on sexual dysfunction in women with type 2 diabetes: Results from an ancillary look ahead study. *Diabetes Care*, 36(10):2937 – 2944 8p, 2013.
- [47] Leyla Küçük, Hatice Kaya, Mehmet Küçük, Özgür Yoğun och Sevim Buzlu. The relationship between depression and perception of sexuality in patients with type ii diabetes: In turkey. *Sexuality and Disability*, 31(1):43 – 52 10p, 2013.
- [48] Sara J Turek, Stephanie M Hastings, Jennifer K Sun, George L King och Hillary A Keenan. Sexual dysfunction as a marker of cardiovascular disease in males with 50 or more years of type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 36(10):3222 – 3226 5p, 2013.
- [49] Edberg A-K. and Wijk H., redaktör. *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur, Lund, 2009.
- [50] Fossum B., redaktör. *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Studentlitteratur, Lund, 2013.
- [51] Ehrenberg A. och Wallin L., redaktör. *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. Studentlitteratur, Lund, 2009.

Bilaga 1- Söktabell

Datum	Databas	Sökord	Filter	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Artiklar som uppfyllt inklusionskriterier
151009	Cinahl	sexual* AND diabetes*	Peer reviewed, research article, full text, publikations datum; 20050101-20151231	65	25	16	<p>Lindau, S.T., Tang, H., Gomero, A., Vable, A., Huang, E.S., Drum, M.L., Qato, D.M. & Chin, M.H. <i>Diabetes Care</i> (2010)</p> <p>Copeland, K.L., Brown, J.S., Creasman, J.M., Van Den Eeden, S.K., Subak, L.L., Thom, D.H., Ferrara, A. & Huang, A.J. <i>Obstetrics & Gynecology</i> (2012)</p> <p>Celik, S., Golbası, Z., Kelleci, M. & Satman, I. <i>Sexuality & Disability</i> (2015)</p> <p>Ozcan, S., Sahin, N., Bilgic, D. & Yilmaz, S. <i>Sexuality & Disability</i> (2011)</p> <p>Enzlin, P., Rosen, R., Wiegel, M., Brown, J., Wessells, H., Gatcomb, P., Rutledge, B., Chan, K.L., Cleary, P.A. & DCCT/EDIC Research Group. <i>Diabetes Care</i> (2009)</p> <p>De Berardis, G., Pellegrini, F., Franciosi, M., Belfiglio, M., Di Nardo, B., Greenfield, S., Kaplan, S.H., Rossi, M.C.E., Sacco, M., Tognoni, G., Valentini, M., Nicolucci, A. & QuED Study Group. <i>Diabetes Care</i> (2005)</p> <p>Hinistan, S. & Cilingir, D. <i>Sexuality & Disability</i> (2013)</p> <p>Yıldız, H. & Bölüktaş, R. <i>Sexuality & Disability</i> (2015)</p>
151108	PubMed	"sexual function" AND "diabetes"	Journal article, full text, humans, adults 19+ years, published 10 years	154	24	8	<p>Taloyan, M., Wajngot, A., Johansson, S.E., Tovi, J. & Sundquist, K. <i>BMC Research Notes</i> (2012)</p> <p>Penson, D.F., Wessells, H., Cleary, P., Rutledge, B.N. & DCCT/EDIC Research Group. <i>The Journal of Sexual Medicine</i> (2009)</p> <p>Rosen, R.C., Wing, R.R., Schneider, S., Wadden, T.A., Foster, G.D., West, D.S., Kitabchi, A.E., Brancati, F.L., Maschak-Carey, B.J., Bahnson, J.L., Lewis, C.E. & Gendrano III, I.N. <i>The Journal of Sexual Medicine</i> (2009)</p>

Tabell 2- Artikelgranskning

Artikel	Deltagare	Syfte	Metod/Design	Resultat
<p><i>Sexuality among middle-aged and older adults with diagnosed and undiagnosed diabetes: a national population-based study.</i></p> <p>Stacy Tessler Lindau et al.</p> <p>USA. (2010)</p>	<p>Män och kvinnor 57-84 år (n=3005). 1455/3005 (48,4%) var män och 1550/3005 (51,6%) var kvinnor. Deltagarna blev screenade som nationellt representativa för sin åldersgrupp.</p> <p>Gr.1. Diabetiker Gr.2 Förhöjt HbA1C Gr.3. Frisk kontrollgrupp</p>	<p>Att beskriva sexuell aktivitet, beteende och problem bland medelålders och äldre vuxna i relation till diabetesstatus.</p>	<p>Jämförelse mot kontrollgrupp.</p> <p>CES-D och egen design via intervju.</p> <p>HbA1C mätning.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Svarsfrekvens: 75.5%</p> <p>Att ha sexuell aktivitet senaste 6 månader:</p> <p>Män Gr.2 troligare än Gr.1 (AOR=1.34), Gr.3 troligare än Gr.1 (AOR=1.38). Kvinnor Gr.2 troligare än Gr.1 (AOR=1.56), Gr.3 troligare Gr.1 (AOR=1.68).</p> <p>Att ha onanerat senaste 12 månader:</p> <p>Män Gr.3 troligare än Gr.1 (AOR=1.74). Kvinnor Gr.3 troligare än Gr.1 (AOR=2.33).</p> <p>Orgasmproblem var likvärdigt bland alla grupper män, men ED var vanligare hos män i Gr.1 (OR 2,52).</p> <p>Män Gr.1 rapporterade oftare minskat intresse av sex än andra män (OR 1,72).</p> <p>Män Gr.1 hade ej sex pga dålig fysisk hälsa oftare än alla andra grupper inom män och kvinnor (p < 0.001).</p> <p>Kvinnor Gr.2 förlorade sexuell lust oftare än övriga grupper kvinnor (p < 0.05)</p>
<p><i>Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women.</i></p> <p>Copeland Kelli L. et al.</p> <p>USA. (2012)</p>	<p>Kvinnor 40-80 år (n=2270) som besökte en vårdkedja hon vårdades hos. 486/2270 (21.4%) kvinnor hade diabetes. Utav kvinnorna med diabetes var 139/486 (29%) insulinbehandlade och 347/486 (71%) icke-insulinbehandlade.</p>	<p>Att undersöka samband mellan diabetes och sexuell funktion hos medelålders och äldre kvinnor.</p>	<p>FSFI och egen design.</p> <p>Blodsockermätningar.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Insulinbehandlade diabetiker respektive icke-insulinbehandlade diabetiker visade lägre sexuell frekvens (p=0.003 respektive <0.001), lägre sexuell lust (p=0.04 respektive 0.05) och lägre sexuell njutning (p=<0.001 respektive 0.009) jämfört med ickeddiabetiker.</p> <p>Insulinbehandlade diabetiker hade lubrikationsproblem (OR=2.37, p=0.003) och orgasmproblem (OR=1.80, p=0.05) oftare än ickeddiabetiker.</p> <p>Diabetiker visade låg sexuell frekvens om de drabbats av komplikationerna hjärtsjukdom (OR=2.42, p=0.02), nefropati (OR=2.06, p=0.01) eller perifer neuropati (OR=1.73, p=0.02).</p> <p>Diabetiker visade låg sexuell lust om de drabbats av komplikationerna hjärtsjukdom (OR=1.96, p=0.05) eller perifer neuropati (OR=1.57, p=0.05).</p> <p>Diabetiker visade låg sexuell njutning om de drabbats av komplikationen stroke (OR=1.49, p=0.04).</p>
<p><i>Sexual dysfunction and sexual quality of life in women with diabetes: The study based on a diabetic center.</i></p> <p>Selda Celik et al.</p> <p>Turkiet (2014)</p>	<p>Kvinnor över 18 år, medelålder 50 år (n=423) med diabetes som besökte ett diabetescenter och gav sitt medgivande till medverkan.</p>	<p>Att fastställa prevalensen av SD och sexuell livskvalitet hos kvinnor med diabetes och analysera samband hos SD och olika faktorer.</p>	<p>FSFI, SQLQ-F.</p> <p>Deltagare uppgav sin sjukdomsbild.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Deltagare som led av SD hade sämre sexuell upphetsning, lubrikation, orgasm, sexuell tillfredsställelse och känsla av livskvalitet (p < 0.05).</p> <p>Deltagarna led till större andel av SD ifall de var 50 år eller äldre (p=0.001), hade låg utbildningsnivå (p=0.001), var arbetslösa (p=0.0001), lågutbildad partner (p=0.003), var i ett arrangerat äktenskap (p=0.005), var förälder (p=0.001) och ifall de genomgått klimakteriet (p=0.001).</p> <p>Deltagare med typ 2 diabetes led av SD i större grad (p=0.001).</p> <p>Deltagare som behandlades med enbart insulin drabbades i lägre grad av SD jämfört med övriga (p=0.043).</p>

<p><i>Is sexual dysfunction associated with diabetes control and related factors in women with diabetes?</i></p> <p>Seyda Ozcan et al.</p> <p>Turkiet (2011)</p>	<p>Kvinnor 19-80 år (n=310) med diabetes, besökandes ett av tre olika diabetescenter där hon behandlades.</p>	<p>Att utvärdera SD hos kvinnor med diabetes och korrelera SD med faktorer relaterat till diabetes och dess behandling.</p>	<p>ASEX.</p> <p>Mätning av HbA1c, blodfetter och BMI.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Deltagare utan skolutbildning led av SD mer än deltagare med (p=0.02), där områdena lust (p=0.03) och orgasm (p=0.001) var signifikanta.</p> <p>Med ökad ålder följer ökad SD (p < 0.001). Lust, njutning och orgasm (p=0.005, p < 0.001 och p < 0.001) påverkades negativt.</p> <p>Deltagare med en eller fler diabeteskomplikationer drabbades mer av SD än de utan (p=0.01). Lust, orgasm och orgasmnivå (p=0.01, p=0.001 och p=0.01) påverkades negativt.</p> <p>Deltagare med högre HbA1c led mer av SD än de med lägre (p=0.02). Lust och orgasmnivå påverkades negativt (p < 0.05 och p < 0.05).</p>
<p><i>Sexual dysfunction in Turkish men and women with type 2 diabetes mellitus.</i></p> <p>Sevilay Hintistan och Dilek Cilingir.</p> <p>Turkiet (2012)</p>	<p>Män 18-65år och kvinnor, 18-45 år (n=160) som frivilligt anmälde sig till studien, med diabetes typ 2.</p>	<p>Att fastställa förekomsten av sexuell dysfunktion hos män och kvinnor med typ 2 diabetes.</p>	<p>IFSF, IIEF</p> <p>Mätning av HbA1c.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Hos kvinnor var låg inkomstnivå (p=0.003), stor familjestorlek (p=0.002) och insulinbehandling (p=0.017) riskfaktorer för SD.</p> <p>Hos män var hög ålder (p=0.018) riskfaktor för SD.</p> <p>Kvinnor som led av SD hade problem med lubrikation, sexuell lust, samlag, orgasm och övergripande sexuell njutning (p=0.000 för samtliga) jämfört med de utan SD.</p> <p>Män som led av SD hade problem med erektion (p=0.000) och sexuell lust (p=0.010) jämfört med de utan SD.</p>
<p><i>Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort.</i></p> <p>Paul Enzlin et al.</p> <p>USA (2009)</p>	<p>Kvinnor 33-59 år (n=652) som 10 år tidigare börjat deltagande i DCCT/EDIC-studien och fortfarande var aktiva deltagare som kom på årskontroll, med diagnostiserad typ 1 diabetes.</p>	<p>Att undersöka prevalensen av SD samt hur riskfaktorer är förknippat med SD.</p>	<p>FSFI, egendesignade stämninglägesfrågor.</p> <p>Självrapporterad användning av farmaka.</p> <p>Mätning av blodtryck, EKG, HbA1c, blodfetter.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Svarsfrekvens: 84,4%.</p> <p>Deltagare som led av SD var i genomsnitt äldre (p=0.0041), oftare gifta (p=0.0016), genomgått klimakteriet (p=0.0019), hade små vaskulära komplikationer (p=0.0092) och var deprimerade (p=0.0022) jämfört med de utan SD. Deltagare med SD hade sämre funktion inom lust, upphetsning, lubrikation, orgasm, njutning och smärta (p < 0.001) jämfört med de utan.</p> <p>Deltagare med depressiva symptom vs de utan hade mer troligen problem med upphetsning (OR=2.47, p=0.0062) och lubrikation (OR=2.41, p=0.0041).</p> <p>Deltagare med en eller flera diabeteskomplikationer hade mer problem inom lubrikation (p < 0.0001) och orgasm (p=0.0021) än de utan.</p> <p>Deltagare med SD som var gifta hade oftare problem med lust (OR=2.97, p=0.008) jämfört med de ogifta.</p> <p>Deltagare som genomgått klimakteriet hade oftare problem med lubrikation (OR=2.45, p=0.0041) jämfört med de som inte genomgått klimakteriet än.</p>

<p><i>Sexual dysfunction in Assyrian/Syrian immigrants and Swedish-born persons with type 2 diabetes.</i></p> <p>Marina Taloyan et al.</p> <p>Sverige (2012)</p>	<p>Män och kvinnor mellan 32-86 år (n=354), med diabetes typ 2 som fanns i diabetesregister hos fyra olika vårdcentraler tillfrågades slumpmässigt att medverka.</p> <p>Gr.1 Svenskt ursprung Gr.2 Assyriskt/Syriskt ursprung</p>	<p>Undersöka förhållandet mellan etnicitet och SD vid diabetes typ 2 och analysera om det är förknippat med olika faktorer.</p>	<p>Egendesignade formulär.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Svarsfrekvens: Gr.1. 86%, Gr.2. 78%</p> <p>Personer över 70 år rapporterade oförmåga att ha samlag oftare än personer 32-69 år (OR=5.8) Män rapporterade oförmåga att ha samlag oftare än kvinnor (OR=3,33). Ensamboende eller boende med barn var oftare oförmögna att ha samlag jämfört med gifta och samboende (OR=2.40).</p> <p>Förlust av sexuell lust var troligare hos Gr.2 jämfört med Gr.1 (OR=2.70). Personer 60-69 år respektive över 70 år jämfört med personer 32-59 år var mer troliga att rapportera tappad lust (OR=2.20 resp OR=4.50). Kvinnor förlorade mer troligen lusten än män (OR=6.54) Ensamboende förlorade mer troligen lusten än de gifta (OR=2.42).</p>
<p><i>Evaluation of sexual dysfunction in males with diabetes.</i></p> <p>Hicran Yıldız och Rukiye Pinar Bölüktaş</p> <p>Turkiet. (2015)</p>	<p>Vuxna män 26-65 år (n=152) som var registrerade hos Istanbul universitets diabetesklinik, med diabetes sedan minst 6 månader tillbaka som var sexuellt aktiva.</p>	<p>Att fastställa förekomsten av SD och faktorer som orsakar SD hos män med diabetes.</p>	<p>IIEF, BDI, SEI, BIS, SF-36.</p> <p>Sjukdomshistoria enligt journal.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Svarsfrekvens: 84%.</p> <p>33.1% av personerna med SD led av ED.</p> <p>SD ökade vid högre ålder (p=0.006), låg utbildning (p=0.017), arbetslöshet (p=0.047) och dålig ekonomi (p=0.011).</p> <p>Deltagare drabbades oftare av SD om de haft diabetes en längre tid (p=0.001), om de behandlades med insulin (p=0.001), om de hade nefropati (p=0.011), högre BMI (p=0.005), depression (p=0.003) och om man upplever sig sexuellt misslyckad (p=0.001).</p> <p>Personer som led av hypertoni hade oftare SD (OR=3.12, p=0.05)</p>
<p><i>Sexual dysfunction and symptom impact in men with long-standing type 1 diabetes in the DCCT/EDIC cohort.</i></p> <p>David F. Penson et al.</p> <p>USA (2009)</p>	<p>Män 20-50+ år (n=713) med diabetes typ 1 som är aktiva deltagare i DCCT/EDIC-studien.</p>	<p>Bestämna förhållandet mellan ED, orgasmisk dysfunktion, minskad lust och sexuell nöjdhet, samt bestämma vad som skapar mest besvär.</p>	<p>IIEF</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Svarsfrekvens: 83%</p> <p>ED förekom hos 34%. Minskad lust hos 55%. Abnorm ejakulär funktion hos 20%.</p> <p>Förtroendet att upprätthålla en erektion gav starkast upplevelse av besvär (p=0.02, Scc=0.80)</p> <p>Erektionsproblem hade högst påverkan på den sammansatta sexuella nöjdheten (WK=0.83). Även orgasmiska- respektive lustproblem hade statistiskt acceptabel påverkan (WK=0.53 resp 0.56)</p>

<p><i>Erectile Dysfunction in Type 2 Diabetic Men: Relationship to Exercise Fitness & Cardiovascular Risk Factors in the Look AHEAD Trial.</i></p> <p>Raymond C. Rosen et al.</p> <p>USA (2009)</p>	<p>Män 45-75 år (n=390) med typ 2 diabetes som varit deltagare i studien Look AHEAD. Deltagande blev ekonomiskt kompenserade med presentkort på 25\$.</p>	<p>Att bestämma prevalensen av och riskfaktorer till ED hos överviktiga män med typ 2 diabetes.</p>	<p>IIEF, BDI, SF-36</p> <p>Mätning av BMI, blodtryck, fysisk förmåga.</p> <p>Självrapporterad användning av farmaka.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Svarsfrekvens: 96%.</p> <p>ED förekom hos 64%.</p> <p>Riskfaktorer:</p> <p>Metabola syndromet för ED (OR=3.05, p=0.01)</p> <p>Tidigare hypertoni för ED(OR=2.41, p=0.001)</p> <p>Hjärt-kärlsjukdomar för ED(OR=1.48, p=0.02)</p> <p>Depression för ED(OR=1.07, p=0.03)</p> <p>Per % höjd HbA1c för ED (OR=1.31, p=0.02)</p>
<p><i>Longitudinal assessment of quality of life in patients with type 2 diabetes and self-reported erectile dysfunction.</i></p> <p>Giorgia De Berardis et al</p> <p>Italien (2005)</p>	<p>Män i snitt 60 år (n=1456) med typ 2 diabetes som besökte diabetesmottagningar och slumpmässigt blev tillfrågade att delta vid besök.</p>	<p>Utvärdera förändringarna över tre år i livskvalitet hos personer med typ 2 diabetes.</p>	<p>SF-36, CES-D, SLQ, TIBI.</p> <p>Egenrapporterad ED.</p> <p>Mätning av HbA1c.</p> <p>Statistisk analys.</p>	<p>Deltagare med upplevd ED vid studiens start var 34%, och under studiens tid utvecklade 13.2% till upplevd ED.</p> <p>Deltagare som utvecklade ED jämfört med de utan ED var äldre (p<0.0001), hade levt längre tid med diabetes (p<0.0001), behandlades oftare med insulin (p=0.04), hade högre HbA1c (p=0.004) och var drabbade av komplikationerna neuropati (p < 0.0001), nefropati (p=0.02), hypertoni (p=0.007) och hjärt- kärlsjukdomar (p=0.01).</p> <p>Deltagare som utvecklade ED jämfört med de som hade ED ifrån studiens start hade lägre utbildning (p=0.01), behandlades mer sällan med insulin (p=0.01) och led mer sällan av komplikationen retinopati (p=0.02).</p> <p>Deltagare med ursprunglig ED visade under de tre åren en försämring i fysisk funktion (p=0.008) och en förbättrad kvalitet i sexliv (p=0.02). Deltagare som utvecklade ED visade under de tre åren en försämring i fysisk funktion (p=0.018), upplevd generell hälsa (p=0.02), social funktion (p=0.04), depressiva symtom (p=0.001) och kvalitet i sexliv (p<0.0001).</p>

SD=Sexuell Dysfunktion; Gr.=Grupp; WK=Weighted Kappa; ED=Erekttil Dysfunktion; IIEF=International Index of Erectile Function; Scc=Spearman's correlation coefficient; BDI=Beck Depression Inventory; SF-36=Social Functioning Health Index; OR=Odds Ratio; AOR=Adjusted Odds Ratio; CES-D=Center for Epidemiological Studies-Depression index; SEI=Coopersmith Self-Esteem Inventory; BIS=Body Image Scale; SQLQ-F=Sexual Quality of Life Questionnaire-Women; BMI=Body Mass Index; ASEX=Arizona Sexual Experience scale; SLQ=Sexual Life Questionnaire; TIBI=Total Illness Burden Index; FSFI=Female Sexual Function Index; IFSF=Index of Female Sexual Function