

NÄR EREKTIONEN FÖRSVINNAR
Mäns erfarenheter av erektil dysfunktion till följd av diabetes mellitus typ 2. En litteraturöversikt.

WHEN ERECTION IS LOST
Men's experiences of erectile dysfunction caused by diabetes mellitus type 2. A literature review.

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2013

Författare: Erik Dahlén
Rikard Wallenstein

Sammanfattning

Titel:	När erektionen försvinner. Mäns erfarenheter av erektil dysfunktion till följd av diabetes mellitus typ 2. En litteraturöversikt.
Författare:	Dahlén, Erik; Wallenstein, Rikard
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G,15 hp
Handledare:	Karlsson, Veronika
Examinator:	Sahlsten, Monika
Sidor:	17
Nyckelord:	Diabetes, Erekttil dysfunktion, Impotens, Sexuell hälsa,

Bakgrund: Det är känt att erektil dysfunktion, eller impotens, orsakas av förstörd prostata, depression och diabetes. Den typ av erektil dysfunktion som orsakas av diabetes har en mer komplicerad utveckling än övriga orsaker.

Syfte: Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa sexuellt aktiva mäns erfarenheter av erektil dysfunktion till följd av diabetes mellitus typ 2.

Metod: Metoden som valdes var en litteraturöversikt med kvalitativa och kvantitativa artiklar. Datamaterialet bestod av tio kvantitativa och två kvalitativa artiklar.

Resultat: Två kategorier identifierades såsom *Livet påverkas* samt *Förståelse för situationen* med underkategorier.

Konklusion: Det råder kunskapsbrist i fråga om varför män drabbas av erektil dysfunktion. Många män anser inte att det finns någon fungerande behandling. Om kontroll av den erektila funktionen ingick i årskontrollen av diabetes tillsammans med en välgrundad information samt adekvat behandling skulle de drabbade männen och deras partner få bättre insikt och medvetande om problemet. Detta skulle leda till mindre oro, bättre sexuell och mental hälsa samt en bättre relation.

Abstract

Title: When erection is lost. Men's experiences of erectile dysfunction caused by diabetes mellitus type 2. A literature review

Author: Dahlén, Erik; Wallenstein, Rikard

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Karlsson, Veronika

Examiner: Sahlsten, Monika

Pages: 17

Keywords: Diabetes, Erectile dysfunction, Impotence, Sexual health

Background: It is commonly known that erectile dysfunction, popularly known as impotence, is caused by several factors including enlarged prostate, depression and diabetes. The erectile dysfunction caused by diabetes has a more difficult progress than other causes.

Aim: The aim of this study was to illustrate sexually active men's experiences of erectile dysfunction caused by diabetes mellitus type 2.

Method: The chosen method was a literature review based of qualitative and quantitative articles. Ten quantitative and two qualitative articles were analysed.

Results: Two categories were identified, *Affects on life* and *Understanding the situation* with subcategories.

Conclusions: There is lack of knowledge about why men suffer from erectile dysfunction. Several of the men do not believe there is a treatment for their problem. If erection status was a part of the annual diabetes check-ups as well as valid information and adequate treatment the men and their partner would have better knowledge and awareness about the condition. This would also result in less anxiety, better sexual and mental health and a better relation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Sexualitet.....	1
Sexuell hälsa.....	2
Erekttil dysfunktion.....	2
Diabetes Mellitus	2
Hälsa och ohälsa.....	3
Lidande.....	3
Problemformulering.....	3
Syfte	4
Metod.....	4
Urval.....	4
Datainsamling	4
Analys	6
Etiska överväganden	6
Resultat	7
Livet påverkas	7
Försämrad relation till partnern	7
Svårt att tala om problemet.....	8
Försämrad självkänsla	8
Livsstilen avgör	9
Förståelse för situationen	10
Tilltro till behandling och hjälpmedel	10
Få ökade kunskaper	11
Diskussion.....	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion.....	13
Livet påverkas	13
Förståelse för situationen.....	15
Fortsatt forskning	17
Konklusion och kliniska implikationer	17
Referenser	18

INLEDNING

Sexuell hälsa och ett gott sexuellt samliv har betydelse för att en människa skall känna tillfredsställelse med livet. Sexuella tillkortakommanden kan orsaka stress, ohälsa och lidande (Hulter, 2004). Ett vanligt sexuellt tillkortakommande för män är impotens. Impotens, eller erektil dysfunktion (ED) har länge ansetts vara ett psykiskt problem. I takt med ny vetenskap har dock fysiologiska samband upptäckts och orsaken till ED kan ha flera ursprung bland annat arteriell hypertension, ateroskleros samt diabetes (Francavilla, Bocchio, Pelliccione, Necozone & Francavilla, 2005). Undersökningar av McMurray och Davies (2006) visar att 70 % av 500 män diagnostiserade med diabetes har erektionsproblem. Trots att sambandet mellan ED och diabetes är dokumenterat är det enbart 20 % av cirka 500 män med diabetes som blir tillfrågade om deras sexuella hälsa samt eventuella problem med erektionen. Erekttil dysfunktion anses av män med diabetes mellitus vara den tredje mest farliga komplikationen efter blindhet och njursvikt. Dessa män anser att ED har en stor påverkan på deras livskvalitet (McMurray & Davies, 2006). Det finns inga exakta siffror på hur många i Sverige som lever med ED, men en studie gjord i Schweiz på cirka 2500 sexuellt aktiva män i 20-års ålder anger att 30 % av dessa någon gång upplevt ED i någon form (Mialon, Berchtold, Michaud, Gmel & Suris, 2012). Således torde det vara ett relativt utbredd problem. Mottagningar och kliniker märker idag en skillnad i vad män och kvinnor söker för relaterat till sexualitet och sexuell hälsa. Kvinnor tenderar att söka för problem med lust medan männen söker för sexuell och erektil dysfunktion (Lewin, 2002). Cirka 300 000 svenskar eller 4 % beräknas ha diabetes typ 2 idag (SCB, 2012). Med hänsyn till att sambandet mellan diabetes typ 2 och erektil dysfunktion är konstaterat behöver kunskaper sammanställas så att sjuksköterskor har medvetenhet och insikt för att ta upp dessa problem med sina patienter.

BAKGRUND

Sexualitet

Sexualitet är ett begrepp med två olika dimensioner (Nordqvist, 2002). Den ena dimensionen är den biologiska, där fortplantningen och på vilket sätt denna sker är centralt. Den andra delen är den emotionella eller sociala dimensionen. Den inbegriper bland annat hur människan definierar sin sexualitet, sexuell läggning samt hur människor interagerar med andra i sin sexualitet (Nordqvist, 2002). Det går också att se på begreppet sexualitet i en prestationsinriktad definition, där sexualitet är samma sak som ett perfekt samlag med orgasm hos båda parter, med andra ord den definitionen som idag kan räknas som normen. Motpolen till denna är den vidgade definition där samlaget är mer än enbart en fysisk prestation (Nordqvist, 2002).

WHO (2012) menar att sexualiteten är en integrerad del av varje människas personlighet. Sexualiteten är ett grundläggande behov och en del i att vara människa. Denna del är lika viktiga som andra livsaspekter. Sexualiteten är inte synonymt med samlag. Den är inte

avhängd i eventuella orgasmer eller erotik men kan däremot vara en del av sexualiteten. Sexualiteten är en av drivkrafterna i att söka kärlek, kontakt, värme och närhet. Sexualiteten påverkar hur människor tänker, känner och gör och på detta sätt den psykiska och fysiska hälsan (WHO, 2012). Denna definition är också nära besläktad med begreppet sexuell hälsa.

Sexuell hälsa

WHO (2012) anger att sexuell hälsa är ett stadium av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet. Med andra ord inte bara frånvaro av sjukdom eller nedsatt funktion. Det förutsätter möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter. Sexuell hälsa har en stark koppling och påverkan på psykiskt och fysiskt välbefinnande (Jones & Barton, 2004). World Association for Sexual Health definierade år 1999 vad som innefattas i sexuell hälsa och sexuella rättigheter. En viktig del i detta är rätten och möjligheten till sexuell njutning, där njutningen är en källa till kroppsligt, själsligt, intellektuellt samt andligt välbefinnande (Wendt, 2009).

Brody och Costa (2012) påvisar att frekvent penetration vid samlag stärker relationen, intimiteten samt genererar mental och sexuell hälsa. Detta stärker också livstillfredsställelsen. Upplevelsen av en god sexuell hälsa minskar eller uteblir när en individ drabbas av erektil dysfunktion exempelvis till följd av diabetes mellitus typ 2.

Erektile dysfunktion

Erektion är en komplicerad process (Malavige & Levy, 2009). Nervimpulser gör att glatt muskulatur i kärnen i penis och dess svällkroppar relaxerar och blodet strömmar in. Patologiska följder av diabetes kan påverka den glatta muskulaturen, nervbanorna samt testiklarna. Makrovaskulära förändringar i kärlväggen påverkar kärlets förmåga att vidga sig och därmed blodflödet till penis. Mikrovaskulär förändring kan leda till ischemi i nerverna. Neuropati drabbar både autonoma som perifera nerver. Nedsatt aktivitet i de autonoma nerver som innerverar penis leder till sänkt förmåga att få erektion medan nedsatt funktion i de perifera nerverna kring ollonet leder till minskade impulser till erektionscentret (Malavige & Levy, 2009). Män som upplever eller har upplevt tendenser till erektil dysfunktion har svårt att tala om det samt upplever rädsla att det skall vara bestående. Detta framkallar ångest och lidande (Allgeier & Allgeier, 2000).

Diabetes Mellitus

Varje år ökar antalet människor som får diabetes. Framförallt är det diabetes typ 2 som ökar, och som är kopplad till livsstil. Av cirka 4000 som är diagnosticerade med diabetes utgör typ 2 cirka 90-95% enligt Malavige och Levy (2009). Denna ökning drabbar också yngre personer i allt större utsträckning (Malavige & Levy, 2009). Diabetes Mellitus typ 2 innebär insulinresistens mot kroppseget insulin. Produktionen av insulin finns kvar men målorganen tar inte upp insulinet som de skall. Det kan också innebära att bukspottskörteln inte producerar tillräcklig mängd insulin i förhållande till vad kroppen behöver. Ofta är det en kombination av båda ovanstående (Smith, Nathan, Arslanian, Groop, Rizza & Rotter, 2010). Ett resultat av detta är att blodet innehåller för mycket socker vilket på sikt leder till

komplikationer exempelvis nefropati, neuropati samt retinopati. Orsaken till varför individer drabbas av diabetes mellitus typ 2 anses vara kopplade till kost, motion och levnadsvanor. Förutom en direkt patologisk påverkan på kroppen skapar detta också ett lidande och sänkt hälsa och välbefinnande. Ofta krävs det stora förändringar i personens livsstil och dennes familj (Smith et al., 2010).

Hälsa och ohälsa

Begreppet hälsa är varierande för alla individer (Eriksson, 1984). Grunden kan ändå antas vara den naturliga hälsan, vad människan räknar som friskheten och att känna sig hel. Att uppleva ohälsa kan därför ses som ett brott mot naturens lag. Författaren menar att i ordet hälsa innefattas begreppen sundhet och friskhet. Detta är tillstånd som går att referera till att vara sund i handlingar och tanke, således hälsosam. Friskhet kan lättast beskrivas som frånvaro av sjukdom. Bredvid hälsa står begreppet välbefinnande. Detta är en känsla eller uppfattning hos individen som i motsats till sund och frisk bygger på erfarenhet. En individ kan uppfatta sig som sund fast uppleva brist på välbefinnande. Likadant kan denne uppleva välbefinnande trots sjukdom. Således bör strävan vara att individen skall uppleva både hälsa och välbefinnande (Eriksson, 1984). Berts och Eriksson (1995) menar att individens känslor har en stark koppling till hur hälsa upplevs. Blir människan exempelvis sårad upplever denna sämre hälsa och sämre välbefinnande. Om denna och andra sidan får en positiv känsla, komplimang eller bara är på bra humör kommer denna också uppleva bättre välbefinnande men också bättre hälsa. Författarna menar att de som är på bra humör eller befinner sig i en positiv känsla kan uppleva att de behärskar situationen och har färre sjukdomssymtom. Om kroppen mår bra så mår själen bra (Berts & Eriksson, 1995). Ohälsa kan framkallas av många faktorer. Exempelvis dysfunktion som innebär en störning i kroppen. Ohälsa innebär på ett djupare plan, ett hinder inom människan samt i dennes värld och samspelet mellan dessa. Detta hinder leder till själsligt och kroppsligt lidande (Eriksson, 1984).

Lidande

Lidandet är för många något människan vill undvika (Eriksson, 1984). Ytterst kan lidandet leda till döden. Samtidigt är lidandet en del av det mänskliga livet och livets gång. Varje människas lidande är unikt för just den individen. Lidande förknippas ofta med smärta trots att dessa begrepp inte är synonyma utan lidande kan finnas även vid frånvaro av smärta. Ofta har människan svårt att uttrycka sitt lidande, speciellt om smärta inte är inblandad. Människan tenderar att fråga sig själv varför den lider istället för att fråga sig vad det är som gör att den lider. Denna oförmåga att förklara lidandet leder till uttryck som kan observeras exempelvis ångest och depression (Eriksson, 1984). Herberts och Eriksson (1995) menar att det är viktig för sjuksköterskor att känna igen sitt eget lidande för att kunna identifiera lidande hos andra.

PROBLEMFÖRMULERING

En fullt fungerande penis är en förutsättning för reproduktion och en god sexuell hälsa. Erektile dysfunktion skapar ett lidande för både den drabbade individen samt dennes

partner. Förmågan till erektion är ofta synonymt med att kunna genomföra ett samlag och fortplanta sig. Att tala om problem relaterat till erektil dysfunktion anses vara pinsamt och kan göra att individer som har detta problem inte söker hjälp för det. Den vanligaste orsaken till erektil dysfunktion är diabetes mellitus typ 2. Diabetes mellitus typ 2 är en folksjukdom och en sjukdom som ökar i omfattning. Således bör också andelen män med erektil dysfunktion öka. Det finns lite forskning om detta problemområde och det är ett ämne som omges av skam och tabu. Mer forskning och kunskap i området kan vara ett verktyg för sjuksköterskor då de bemöter dessa patienter. En ökad kunskap om hur dessa patienter upplever erektil dysfunktion ger också förutsättningar att ge en god behandling och omvårdnad. Det kan också medverka till att bryta tabun och göra att dessa problem är lättare att tala om.

SYFTE

Syftet med litteraturoversikten var att belysa sexuellt aktiva mäns erfarenheter av erektil dysfunktion till följd av diabetes mellitus typ 2.

METOD

Den metod som valts är en litteraturoversikt beskriven av Friberg (2012). Detta innebär att befintliga artiklar sammanställs utifrån ett helhetsperspektiv och sedan granskas i detalj i syfte att skapa en överblick över forskningsområdet, ett så kallat helikopterperspektiv (Friberg, 2012). Detta perspektiv utgår ifrån erektil dysfunktion till följd av diabetes mellitus typ 2. Forskningen utgörs av artiklar med kvantitativ och kvalitativ ansats. Den här studien belyser erfarenheter av män med erektil dysfunktion samt på vilket sätt det påverkar patienternas liv.

Urval

Urvalet består av tolv vetenskapliga artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats. Inklusionskriterier är artiklar som är vetenskapligt granskade, det vill säga peer reviewed samt är publicerade under perioden 1995-2012. Exklusionskriterier var artiklar som enbart berör män som bedöms vara ej sexuellt aktiva samt artiklar som enbart är skriva ur en biomedicinsk synvinkel.

Datainsamling

Databaser som använts var Medline och Cinahl. Sökorden var ED, erectile dysfunction diabetes mellitus type 2 och impotence. I första hand användes boolesk sökteknik med mellanordet AND. I syfte att utöka träffarna något har även trunkering använts där en asterisk (*) lagts till efter ett ord exempelvis erectile dysfunction*, vilket gav fler ändelser. En kombination av boolesk sökteknik och trunkering har också använts. Manuell sökning genomfördes då utfallet av vissa artiklar inte var relevant till syftet. Den manuella sökningen har gjorts efter studerande av befintliga artiklar och referenser.

Databas	Använda sökord	Antal träffar	Granskade artiklar	Valda artiklar
Medline	Erectile dysfunction AND diabetes type 2	65	11	3
Medline	Erectile dysfunction AND diabet*	1964	21	0
Cinahl	Erectile dysfunction diabet*	15	8	2
Cinahl	ED diabet*	12	3	1
Cinahl	Erectile dysfunction	252	19	2
Cinahl	Diabet* Erect*	15	4	1
Manuell				3

Figur 1. Presentation av sökväg med databas, sökavgränsning, sökord, antal träffar samt utvalda artiklar

Utifrån de första träffarna vid sökningen lästes först artikelns rubrik och om denna ansågs relevant till denna studiens syfte lästes artikelns abstract. Om innehållet i abstractet också korrelerade till det valda problemområdet granskades dessa utifrån Fribergs (2012) modell för kvalitetsgranskning av vetenskapliga artiklar. Granskningen av artikeln innefattade; problemformulering, teoretiska utgångspunkter, omvårdnadsvetenskaplig teoribildning, hur väl syftet stämmer med resultatet, tydlighet i metod, dataanalys, tolkning av resultat och återkoppling till det praktiska arbetet. Om den granskade artikeln följde inklusionskriterierna för denna studie valdes den ut för närmre genomgång. En sammanställning av de valda artiklarna gjordes och redovisas i Bilaga 1. Totalt tolv artiklar kom att ingå i studien varav tio artiklar med kvantitativ ansats och två med kvalitativ ansats.

Analys

Datamaterialet analyserades utifrån en modell som är beskriven av Friberg (2012). De valda artiklarna lästes flera gånger enskilt för att få en uppfattning om dess helhet. Fokus riktades mot studiernas resultat. Därefter analyserades dessa utifrån syftet för att identifiera enheter. Färgpennor användes för att markera skillnader och likheter. I marginalerna gjordes anteckningar om speciellt intressanta begrepp eller ämnen. Anteckningar och markeringar sammanställdes på ett separat dokument och ur detta framträdde två huvudkategorier. Dessa kategorier valdes då det var återkommande erfarenheter i de valda artiklarna. Utifrån de två huvudkategorierna valdes underkategorier då det fanns ett behov att förtydliga specifika erfarenheter ur den breda huvudkategorin. Hänsyn togs till att kvalitativa respektive kvantitativa resultat presenteras på olika sätt. Fokus är på ord respektive siffror. Övergripande områden eller teman eller kategorier presenteras i de kvalitativa studierna och de kvantitativa studierna som gjorts presenteras utifrån statistiska beräkningar. Resultaten är av olika art. Det går inte att dra en linjär eller exakt jämförelse även om samband kan påvisas (Friberg, 2012).

Etiska överväganden

I studien följdes de forskningsetiska riktlinjer som fastslagits av Vetenskapsrådet (2011). Strävan gjordes i att inte förvanska, förvränga eller fabricera resultat. För att undvika plagiat har referenser angetts noggrant. Endast publicerat material har använts. Genom objektivitet och undvikande av övertolkningar har förvrängning av resultatet undvikits. Enbart fakta i artiklarna har tagits med. Endast de artiklar som redovisar etisk granskning och överväganden har inkluderats.

Författarna av denna studie hade som avsikt att förutsättningslöst göra en sammanställning av det redovisade resultatet i valda artiklar.

RESULTAT

Det analyserade datamaterialet resulterade i två kategorier och sex underkategorier vilka presenteras nedan tabell 1. I följande presenteras dessa tillsammans med belysande sammanfattningar.

Tabell 1. Presentation av kategorier och underkategorier som har framkommit från analysen av datamaterialet.

Kategori	Underkategori
Livet påverkas	Försämrad relation till partnern
	Svårt att tala om problemet
	Försämrad självkänsla
	Livsstilen avgör
Förståelse för situationen	Tilltro till behandling och hjälpmedel
	Få ökade kunskaper

Livet påverkas

Livet påverkas beskrevs som att sjukdomen erektil dysfunktion förändrade patienternas hela livsvärld. Flera aspekter påverkades så som relationen till partnern, självkänslan och de blev tillbakadragna.

Försämrad relation till partnern

Att drabbas av erektil dysfunktion påverkar både den drabbade och dennes partner. ED hade en negativ påverkan på självförtroendet, sänkte kvaliteten på relationen samt genererade en försämring av livskvaliteten (Lloyd, Williams & Huber, 2004). I en studie

uppgav 40 män som levde tillsammans med en kvinnlig partner, att sedan de drabbats av ED, hade 68 % av männen samt 38 % av kvinnorna upplevt att sjukdomen varit förödande för deras relation (McCabe & Matic, 2008). Över hälften av deltagarna i studien samt deras partners hävdade att deras sexuella umgänge var betydligt mer frekvent innan männen drabbades av ED. Cirka en fjärdedel av de tillfrågade paren hade stora svårigheter att acceptera den minskade frekvensen av samlag och var rädda att det skulle vara mycket negativt för deras förhållande. Dock var det vanligt att partnern ansåg att det fanns andra saker i relationen som var av större problem då enbart hälften av partnern ansåg att sex och samlag var väldigt viktigt för förhållandet. Färre intima stunder ledde till att relationen som helhet upplevdes som otillfredsställande.

Svårt att tala om problemet

Hos yngre män upplevdes ED som en påfrestning på relationen då samlag ofta förknippades med fortplantning och möjligheten att få barn (Pontin, Porter & McDonagh, 2002). Medelålders män diskuterade inte ED med sin partner och såg sig själva som orsaken till sin impotens. Vissa män var också rädda att deras partner skulle söka penetreringssex någon annan stans i form av otrohet. Hos yngre män var rädslan inte lika stor då deras partner var mer öppna för att prova olika sexuella aktiviteter och experimentera. De kunde då få möjlighet att uppleva njutning på annat sätt. Äldre män var mer frustrerade då partnern hos dessa män inte ville testa alternativa lösningar och inte heller var lika sugna på sex (Pontin et al., 2002).

En studie gjord i England med 194 diabetespatienter med ED uppgav 58 % att impotensen försämrade deras relation mycket eller väldigt mycket (Cummings, Meeking, Warburton & Alexander, 1997). Endast en tredjedel av dessa hade dessutom diskuterat sitt problem med sin läkare och sjuksköterska. Problemet togs varken upp av patienten eller dennes behandlare.

Männen med ED upplevde att det var svårt att tala om sina problem med sjukvårdspersonal (Cummings, Meeking, Warburton & Alexander, 1997). Studien visade att 17 % av 194 patienter ansåg att det var ett svårt ämne att prata om. Av dessa uppgav 37 % att det skulle vara extra svårt om de talade med en kvinna medan 12% ansåg det vara svårt med en man. Enligt Pontin et al. (2002) har de flesta av männen som tagit upp problemet endast diskuterat det med sin läkare och inte sin partner då de ansåg detta var pinsamt, trots att partnern visste om problemet. De talade heller inte med andra män om problemet då potens ansågs vara ett tecken på styrka och de var oroliga att de skulle ses som svaga och misslyckade av sina vänner. Författarna fann att männen upplevde att det inte spelade någon roll huruvida den behandlande läkaren var man eller kvinna utan att det var lika svårt att tala om det. Genomgående i studien var känslan av att ha förlorat något och känslan av att vara ensam med sitt problem. Det var en känsla av förlorad manlighet och ingen att tala med om det (a.a.).

Försämrad självkänsla

Att drabbas av ED påverkar livet negativt för många individer. Patienter som har ED till följd av diabetes uppgav att de upplevde sin impotens värre än de som var impotenta av andra orsaker exempelvis prostatacancer (Penson, Latini, Lubeck, Wallace, Henning & Lue, 2003b). Dessa män hade också sämre funktion i penis än de övriga männen. Däremot

skiljde sig inte möjligheten till orgasm, lust eller ejakulation grupperna emellan. Vad Penson et al. (2003a) också fann var att gruppen med diabetes upplevde en högre grad av lidande till följd av ED än gruppen utan diabetes.

Det ökade lidandet gick också att finna när män med ED jämfördes med män som överlevt prostatacancer och hade ED till följd av detta (Penson, Latini, Lubeck, Wallace, Henning & Lue, 2003b). Dessa män visade sig också ha ett sämre upplevt känsloliv samt en större negativ inverkan på vardagen. Män med ED uppgav att de undvek fysisk kontakt med sin partner och blev tillbakadragna då de var rädda att denna kontakt skulle leda till att partnern fick lust till samlag. Detta skulle i sin tur påminna dem om deras erektionsproblem och då leda till ångest och depression (Pontin, Porter & McDonagh, 2002).

Att ha erektil dysfunktion behövde inte bara innebära att det direkta samlaget blir lidande. Erektion kan också kommunicera sexuell upphetsning och intresse för sin partner (Jowett, Peel & Shaw, 2011) vilket leder till att de drabbade männen blev rädda för att gå ut och träffa potentiella partners på uteställen då denna kontakt skulle kunna leda till sex. Oförmågan att visa upphetsning skapade en rädsla att förlora sin partner.

Mannens oförmåga till erektion skapade osäkerhet hos partnern som upplevde sig som oattraktiv och i sin tur förlorade lusten. Mannen upplevde dock inte sin partner som oattraktiv utan kände sig frustrerad och förödmjukad över hennes förlorade lust. Detta gjorde att han fick än svårare att tillfredsställa sina och sin partners sexuella behov (Pontin et al., 2002).

Att drabbas av ED påverkade männens självkänsla negativt (Jowett, Peel & Shaw, 2011). Det var inte bara det penetrerande samlaget som blev lidande utan även förmågan att masturbera upplevdes som kraftigt nedsatt. Detta i sin tur gjorde att männen kände besvikelse över sin egen kropp och funktion. Det upplevda misslyckandet ledde också till nedstämdhet och att individen fick mindre lust att träffa andra människor, ett socialt avskärmande. De tillfrågade männen menade att förmågan att masturbera definierade dem som män (Jowett et al., 2011). ED gav också den lägsta sexuella tillfredsställelsen jämfört med andra sexuella dysfunktioner samt minskade självförtroendet och livskvaliteten (McCabe & Matic, 2007). Upplevelsen av ED utan att deras partner var med gjorde dem deprimerade, fick dem att skämmas men för vissa gav det också acceptans att de faktiskt led av problemet (Pontin et al., 2002).

Livsstilen avgör

I en studie på 1400 män ur gruppen diabetiker med ED sågs ett nära samband med högt HbA1c, övervikt, hypertoni och insulinbehandling (Berardis, Franciosi, Nardo, Greenfield, Kaplan, Pellegrini, Sacco, Tognoni, Valentini & Nicolucci, 2002). Dessa män hade också högre grad av metabolt syndrom samt tecken på depression. Desto svårare var deras diabetes samt ju fler komplikationer som uppstått, desto svårare var också deras ED. Detta gjorde att denna form av ED kopplades samman med livsstil, precis som diabetes typ 2. Patienter med ED till följd av diabetes hade också svårare att acceptera sin diabetes. De upplevde överlag sämre hälsa och livskvalitet med sämre vitalitet, fungerade sämre socialt samt sämre mental hälsa. De kände också en mycket större stress och frustration relaterat

till sin diabetes. Depressionen ansågs inte vara en orsak till ED utan snarare en följsjukdom även om depression kan minska funktionen.

En liknande studie på 336 män visade motsvarande siffror då högt HbA1c, högt BMI och fysisk aktivitet påvisade större risk för att utveckla ED (Zheng, Fan, Li & Tam, 2006). Då ED verkade vara en följd av det metabola syndromet och därmed livsstil undersöktes också hur eventuella livsstilsförändringar påverkade dysfunktionen (Derby, Mohr, Goldstein, Feldman, Johannes & McKinlay, 2000). Den förändring som gav resultat var fysisk aktivitet där en kraftig förbättring sågs. Viktnedgång visade ingen märkbar förändring och en trolig orsak var att när kroppens fettinlagring redan påbörjats är det redan försent. Förändring i rökning och alkoholvanor påvisade ingen skillnad. ED till följd av diabetes sågs som något självförvärvat till följd av en osund livsstil. Det upptäcktes också att det var mer motiverande att ändra livsstil för att undvika ED än att göra livsstilsförändring för att undvika andra sjukdomar exempelvis hjärt-/kärlsjukdomar (Derby et al., 2000).

Förståelse för situationen

Förståelse för situationen beskrevs som en vilja att förstå sin sjukdom och varför denna uppkommit samt att hitta en långsiktigt fungerande lösning på problemet.

Tilltro till behandling och hjälpmedel

Problemet med ED beskrevs ofta som hanterbart med hjälp av behandling, dock ansågs mängden förskrivna läkemedel eller hjälpmedel för att kunna ha ett fungerande sexuellt samliv som otillräckligt (Jowett, Peel & Shaw, 2002). Det fanns också en ovilja till att söka hjälp för sin ED på grund av ignorerande av problemet, missförstånd av information samt att det ansågs som besvärande (Berardis et al., 2002). Det framkom också att den mediala uppståndelsen kring framförallt Viagra skapat stora förväntningar på vilken effekt behandlingen har och när den förväntade effekten inte uppstår sänktes moralen avsevärt (Llyod, Williams & Huber, 2004).

Det fanns en vilja och önskan hos männen att kunna bota sin ED även om de inte visste om detta var möjligt att genomföra (Pontin, Porter & McDonagh, 2002). De satte också större tilltro till fysiska hjälpmedel exempelvis läkemedel och inplantat än samtalsterapi. De såg endast den psykiska terapin som ett komplement till den fysiska, en extra dos vid sidan om den huvudsakliga behandlingen (Pontin et al., 2002).

Män med ED till följd av diabetes upplevde initialt ett bättre resultat av olika behandlingsmetoder för ED gentemot de som hade ED men inte diabetes. Män med sjukdomen diabetes hade också högre förväntningar på effekten av behandlingen och ansåg att minsta lilla märkbara förändring var lyckad. Dock var deras försämring snabbare och medicineringen slutade ge effekt tidigare än för övriga patienter. Det ansågs av behandlande läkare att de som också hade diabetes generellt har svårare att få effekt av given behandling (Penson et al., 2003a). De behandlingar och hjälpmedel som gav bäst resultat hos patienterna med diabetes var de mer fysiska så som vakuumpump, inplantat och injektioner (Marwick, 1999). De läkemedel som fanns i tablettform ansågs ha för dålig eller ingen effekt på diabetesgruppen. Hos de män som använde vakuumpump upplevde mellan 50-75 % av 500 en tillfredsställande erektion god nog att genomföra samlag och ha

ett godtagbart sexliv. Bland de som fick injektioner i penis uppgav 83 % av 500 att de fick en tillfredsställande erektion. Hos de som fick implantat fungerade detta mycket bra fortfarande efter 5 år och med en användning minst två gånger per månad.

Männen var beredda att betala mer för att undvika ED än andra diabeteskomplikationer. De var också beredda att betala mer för att få mer hjälpmedel utskrivet (Marwick, 1999). Llyod, Williams och Huber (2004) påvisade att endast 47 % av de 157 med dokumenterad ED och diabetes erbjöds hjälp och av de som fick hjälp, fick 88,5 % Viagra utskrivet. Det visade sig också att de drabbade människans partner ofta var mycket villiga att hjälpa och helst bota deras män från problemet med ED. Denna upptäckt belyste också betydelsen och potentialen av att ha med den drabbades partner i behandlingsprocessen (McCabe & Matic, 2007).

Cummings, Meeking, Warburton och Alexander (1997) fann att endast 33 % av 194 patienter där deras läkare visste om deras problem med ED erbjöds behandling. Dessa patienter upplevde sjukvården som otillräcklig och otillfredsställande.

Få ökade kunskaper

Män som drabbas av ED till följd av diabetes upplevde en lättnad när de förstod att deras ED berodde på fysiska faktorer relaterat till diabetes och inte psykiska (Jowett, Peel & Shaw, 2011). Det ansågs mer hanterbart när det var deras diabetes som var den troliga orsaken. Det har också visat sig att många män med ED har svårt att tolka om deras problem beror på fysiska eller psykiska faktorer. Flertalet av männen sökte vid upprepade tillfällen medicinskt utlåtande från deras läkare som konstaterade att deras ED berodde på fysiska faktorer. Det gav också en lättnad att det inte var i deras relation problemet låg. För många män fanns en vilja att förstå orsaken till sin ED (Pontin, Porter & McDonagh, 2002). Genom att förstå uppkomsten kunde de också bättre acceptera att de drabbats samt få en starkare vilja att hitta en lösning och leva med det. Initialt fanns också en osäkerhet hurvida deras ED var temporär eller permanent. Att männen upplystes om hur vanligt problemet faktiskt är skänkte en viss lättnad.

Erektile funktion borde ingå som en del i den årliga diabeteskontrollen för att få ökad kunskap och uppföljning (Pontin, Porter & McDonagh, 2002). Många män har inte kunskap om att ED går att behandla med farmakoterapi och andra hjälpmedel samt att en vanlig uppfattning är att deras dysfunktion beror på ålder (Sasaki, Yamasaki, Ogawa, Nanjo, Kawamori, Iwamoto, Katayama & Shirai, 2005). Av de tillfrågade visste inte 30 % av 1633 att det var relaterat till diabetes och 46 % ansåg att det berodde på ålder (Llyod, Williams & Huber, 2004; Cummings, Meeking, Warburton & Alexander, 1997).

Det visade sig också att av de som hade kunskap att ED var en vanlig komplikation till diabetes hade endast 50 % av 194 tillfrågade fått veta det av sin behandlande läkare eller sjuksköterska. Resterande hade fått veta genom andra källor exempelvis internet, tidningar och böcker. Det framkom även att 91 % av patienterna skulle söka hjälp och behandling för sin ED om de vetat att det fanns effektiv behandling. De skulle också i detta fall berätta för sin partner samt att be dessa följa med på behandlingen (Cummings, Meeking, Warburton & Alexander, 1997).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med litteraturoversikten var att belysa sexuellt aktiva mäns erfarenheter av erektil dysfunktion till följd av diabetes mellitus typ 2. Det var intressant att studera hur de män som fått erektil dysfunktion av diabetes typ 2 påverkades i livet och i deras relationer. Att just diabetes typ 2 valdes beror på att det är den diabetesformen som är kopplad till en osund livsstil. Det är också den vanligaste orsaken till erektil dysfunktion hos yngre män. Eftersom forskning och utveckling ständigt pågår inom sjukvården ansåg författarna att studier genomförda och publicerade före år 1995 kunde anses vara föråldrade och inte relevanta för denna studie. Genom att följa resultatet i studier från år 1995 fram till år 2012 gavs en möjlighet att följa utvecklingen beträffande erfarenheter av erektil dysfunktion och således kunde en långsiktig överblick skapas kring problematiken.

Med litteraturoversikt som metod kunde befintliga resultat i olika studier användas och sammanföras till en ny helhet. De flesta sökningarna genererade träffar som behandlade antingen diabetes eller erektil dysfunktion, men inte i lika stor utsträckning kombinationen. En stor andel artiklar tog enbart upp den biomedicinska aspekten av erektil dysfunktion varvid dessa exkluderades. Artiklar som berörde erektil dysfunktion utan att i huvudsak vara relaterade till diabetes har sparsamt tagits med. Anledningen till detta har då varit att belysa erfarenheten av impotens som helhet. Med huvudfokus på impotens kunde dessa artiklar på ett mer precist sätt beskriva den emotionella påfrestning som impotens kan medföra. Att inkludera artiklarna innebar således en fördel för denna studie eftersom de öppnade möjligheten att bättre belysa psykosociala konsekvenser av impotens. För att uppnå ett relevant sökurval och en bred bild av problemområdet och samtidigt öka hanterbarheten kring detta välbeforskade område valdes två databaser, Medline och CINAHL. Anledningen till att dessa låg som grund för urvalet var den stora mängd vetenskapliga artiklar med inriktning på omvårdnad och biomedicin dessa tillhandahåller.

En sökningsmetod som enligt Friberg (2012) kan ge inspiration och därmed föra arbetet framåt är manuell sökning. Då vissa träffar i de använda databaserna inte gav det önskade utfallet användes därför även denna metod i syfte att stärka urvalet. Detta gjordes genom att studera referenslistan från de artiklar som valts för granskning och genom att följa hänvisningar i böcker som berört områden kopplade mot denna studies syfte. Förfarandet möjliggjorde en bredare selektiv sökning, vilket gav fler artiklar relevanta mot studiens syfte, samtidigt som ytterligare granskning kunde göras av de redan valda artiklarna. Genom denna process kunde tydliga avgränsningar göras till artiklar med forskningsfokus i linje med de områden som denna studie avser belysa. En följd av denna avgränsning blev också att vissa artiklar som granskats och var ämnade att tas med i resultatet istället exkluderades, vilket således innebar en än tydligare avgränsning.

När metoden litteraturoversikt används finns en risk att artiklar som enbart går i linje med ett förväntat resultat väljs ut vilket kan resultera i ett så kallat selektivt urval och därmed sämre tillförlitlighet i studien. En medvetenhet kring detta har funnits i urvalsprocessen och hanterats genom att artiklar från olika delar av världen har valts för att få en bredd i undersökningen och för att se om skillnader i kultur och tradition medförde olika utfall i

resultatet. Majoriteten av studierna i urvalet är genomförda i USA och Asien, men även studier genomförda i Sverige innefattades i urvalet. En fundering innan studien påbörjades var om studier genomförda i Sverige skulle ge ett annat resultat kring människors upplevda lidande eftersom synen på sexualitet i den svenska kulturen är relativt öppen och eventuellt därmed kunde skilja sig från synen i andra kulturer. Emellertid kunde inte någon uppenbar skillnad identifieras mellan olika kulturer. Hade studien innefattat starkare kulturellt fokus skulle dock detta område kunnat penetreras på flera olika plan, vilket inte var syftet i denna studie. För att skapa en tillförlitlighet i analysen av artiklarna lästes de först av var och en på egen hand och egna analyser utformades. Därefter diskuterades de enskilda tolkningarna vilket medförde att ytterligare sätt att tolka materialet på kunde identifieras och utrönas. Genom noggrann användning av Fribergs (2012) analysmetod för litteraturbaserade arbeten kunde tillförlitligheten stärkas och nya sätt att se på impotens utkristalliserades, vilket möjliggjorde ett tydligt svar på syftet med studien.

Resultatdiskussion

Livet påverkas

Resultaten visar att livet påverkas genom att männen upplever en försämrad sexuell hälsa på grund av ED. Enligt WHO (2012) ses sexualiteten som ett grundläggande behov som är lika viktigt som andra livsaspekter. Även om sexualiteten är mer komplex än förmågan till samlag är det just detta som framförallt kopplas till ED. Då likställs detta med en fullgod penetration eftersom en frekvent sådan stärker den sexuella hälsan (Brody & Costa, 2012) medan ED gör att denna således försämras. Färre samlag med fullgod penetration har också en negativ inverkan på relationen och självkänslan. Denna negativa inverkan kan också förstärkas eftersom Allgeier och Allgeier (2000) menar att män som upplever eller har upplevt tendens till erektil dysfunktion har svårt för att tala om detta då det finns en inneboende rädsla att tillståndet skall vara bestående vilket framkallar ångest. När det finns en oförmåga att förklara sitt lidande menar även Eriksson (1984) att ångest och depression kan uppkomma. Denna ångest kan manifesteras i relationen genom att mannen drar sig tillbaka och undanhåller sin rädsla istället för att ta upp den med sin partner. Oförmågan till erektionen kan således ses som ett hinder för mannen att samspela med sin partner. Detta kan leda till både själsligt och kroppsligt lidande. Följden av impotens kan således bli en negativ spiral både fysiskt och känslomässigt där frånvaron av erektion är det centrala problemet.

I relationen kan denna ohälsa exempelvis ta sig uttryck i att mannen drar sig för att initiera samlag och genom det uppstår en avsaknad av positiva känslor och därmed sexuellt välbefinnande (Herberts & Eriksson, 1995). För att undvika försämring av den sexuella hälsan bör därför förmågan till en fullgod erektion skapas. Penetrationen är dock inte den avgörande faktorn, utan det är intimiteten som samlaget skapar. Närhet och intimitet är viktiga byggstenar i en relation och frånvaro av dessa kan framkalla både ångest och nedstämdhet. Frånvaro av intimitet kan således ses som grunden till sexuell ohälsa och kan utgöra en allvarlig försämring av relationen där både mannen och dennes partner lider.

I McCabe och Matics (2008) studie visas att männens ED har mindre påverkan på kvinnorna än på deras män. Detta kan bero på mansidealet där stereotypen av en man är stor, stark, initiativtagande och med en stark sexualdrift medan kvinnorna anser att de kan

få sexuell njutning på andra sätt än penetration. Intressant ur denna synvinkel är i förhållanden mellan två män huruvida den andre inte lider av ED men kanske ändå påverkas då han som man vet vad partnern går igenom. Således kan samkönade par ha en större förståelse för varandra och den prestationsångest ED framkallar än hos män som lever med en kvinna. Det finns också en möjlighet att den drabbade mannen känner sig än mer skamsen då partnern kan ha en fungerande erektion men inte han själv.

Av resultaten framkommer att det är mer förödande för yngre män att drabbas av ED då dessa vill fortplanta sig och ser samlag som en stor del av relationen under en lång tid framöver. De yngre var dock mer öppna för att prova andra vägar till njutning (Pontin, Porter & McDonagh, 2002). Således kan yngre män i större utsträckning finna sätt att kompensera sin sexuella dysfunktion gällande njutning och intimitet än äldre män men de yngre är desto mer bekymrade över sin möjlighet att fortplanta sig i stället. Detta kan bero på synsätt och kultur men också att de äldre männen anser att detta är ett naturligt steg i åldrandet och att de är färdiga med sina sexuella eskapader samt att deras önskan till fortplantning naturligt har försvunnit. Det är viktigt att poängtera att varje individ skall kunna ha ett fungerande sexuellt aktivt liv, även långt upp i åldrarna. Med andra ord är en sexualitet och sexuell hälsa på individens egna frivilliga villkor också en mänsklig rättighet (WHO, 2012). Alltså kan förmågan till ett fungerande sexliv ses som en rättighet och inte bara en möjlighet. Därför krävs god information och engagemang för dessa patienter. Detta skulle kunna göras genom broschyrer, patientundervisning både enskilt och i grupp samt interaktiva webbsidor. Framförallt bör sjuksköterskan förstå till vem informationen riktas, exempelvis erektion med främsta syftet att fortplanta sig eller om det handlar om att möjliggöra erektion för att skapa njutning. Fortplantning och njutning bör heller inte stå i motsatsförhållande till varandra. Att få leva med ett fungerande sexuellt samliv med möjligheten både fortplantning och njutning kan också minska lidande och upplevelsen av ohälsa. Detta kan leda till en känsla av välbefinnande genom upplevd hälsa vilket enligt Eriksson (1994) stärker den faktiska hälsan.

ED i sig skapar en ovilja till sexuella handlingar då männen är rädda att deras partner skall känna sig oattraktiva och osäkra (DiMeo, 2006). Denna osäkerhet skapar olust och tär på förhållandet. Detta kan skapa en ond cirkel i relationen där avståndstagande och rädsla för intimitet skapar slitningar. Extra svårt blir det om paret inte talar om problemet. Erektion kan alltså ses som ett sätt att bekräfta partnern. En bekräftelse som stärker relationen.

En annan aspekt var hur oförmågan drabbade männen när de var ensamma (Jowett, Peel & Shaw, 2011). Att inte kunna få erektion när de önskade masturbera skapade en stark känsla av misslyckande och vanmakt över att deras kropp inte fungerade. Återigen framträder att bristen på erektion är djupare än enbart oförmågan till penetrerande samlag. Det påverkar uppfattningen om vad en man skall klara av. Det har negativ effekt på männens självförtroende och sänker den upplevda livskvaliteten. Män som lever utan partner påverkas också väldigt starkt när denne drabbas av ED. Det är förmågan i sig som inverkar på upplevelsen snarare än att faktiskt penetrera och prestera med en partner. Detta upplevs som ett misslyckande och kan leda till att personen inte vågar träffa nya människor vilket skapar isolering och depression. Detta överensstämmer med Jowett, Peel och Shaw (2011) Författarna betonar att männen hellre stannar hemma än går ut för att träffa nya människor med risken att känna sig förlöjligade.

När allvarsgraden av ED hos män med diabetes undersökts framkommer att högt HbA1c, övervikt och hypertoni är gemensamma nämnare hos dessa patienter (Berardis et al., 2002; Zheng, Fan, Li & Tam, 2006). Det metabola syndromet är också en gemensam faktor hos dessa individer. Det är i lika stor grad, 60 %, drabbade män som inte anses överviktiga. Detta innebär det att det snarare är det höga HbA1c som är den utlösande faktorn och inte det metabola syndromet då så många män utan detta drabbades. De män som drabbas av ED lider också av depression. Detta anses vara en följd av ED och diabetes, inte en orsak till dessa. Dock kan depressionen bidra till att försämra mannens erektion (Kantor, Bilker, Glasser & Margolis, 2002). Förändringar i livsstil visar att endast vissa ändringar faktiskt har positiv effekt på erektionen (Derby et al., 2000). Det är framförallt ökad motion som ger positivt utslag. Viktnedgång vid en redan uppnådd övervikt anses inte ha någon positiv effekt alls. Det är viktigt att sjuksköterskan i ett tidigt skede informerar om att motion är den främsta behandlingen förutom läkemedel. Detta även om patienten inte är överviktig. Genom att lägga upp personliga mål efter deras nivå kan motivation till fysisk aktivitet vara enklare och detta kan ge ett tillfredsställande resultat för patienten.

Ökad Fysisk Aktivitet på Recept (FAR) bör på sikt ge männen en bättre sexuell hälsa. Det viktiga förefaller vara att sträva efter en sund eller normal livsstil och undvika att fastna i osunda vanor. Fysisk aktivitet leder dessutom till andra positiva effekter som minskade hjärt-/kärlsjukdomar. Samtidigt kan det tolkas som att en obehandlad ED skapar följsjukdomar som kostar pengar och tid att bota samt skapar ett onödigt lidande. Som sjuksköterska bör information om livsstilsförändring vara en god start som behandling. För att åstadkomma denna förändring kan sjuksköterskan sätta upp mål tillsammans med patienten där de tillsammans utgår från nuvarande förmåga, kunskap och intresse. Vidare bör dessa mål dokumenteras tillsammans med delmål och strategier för att nå dessa. För att öka motivationen ytterligare kan faktorer redovisas baserat på vad som kan uppnås med en förändring respektive vilka risker som finns om denna inte genomförs (Whittemore, Bak, Melkus & Grey, 2003; Faulkner & Biddle, 2002).

Förståelse för situationen

Av resultaten framgår att avgörande är att patienten får en förståelse för situationen. Genom ökad insikt i vad som orsakat patientens ED kan också en mening med eventuell behandling skapas. Det blir också lättare för patienten att acceptera att denne drabbats då en möjlig lösning presenteras. Män som fick information om att deras ED troligtvis var orsakad av diabetes hade lättare att acceptera sin situation (Jowett, Peel & Shaw, 2011). Det framkommer också att dessa män vid flera tillfällen ville ha en försäkran från sin läkare att deras ED berodde på fysiska faktorer och inte ett spöke i deras psyke. Denna bekräftelse samt med vetskapen att det inte var relationen som var problemet skapade en lättnad (Pontin, Porter & McDonagh, 2002). Som sjuksköterska är det viktigt att informera om vilken hjälp som finns samt att vara ett stöd i den fortsatta behandlingen då dessa patienter inte alltid får önskad effekt av given behandling. Sjuksköterskan bör ge denna information på patientens villkor och i relation till dennes livsvärld. Vidare är det viktigt att sätta upp mål som patienten kan anse relevanta och diskutera hur denne ser på sin situation samt vilka förväntningar denne har på behandlingen. Det kan också diskuteras om varför problemet uppkommit men också hur deras lidande kan lindras samt bekräfta patientens situation. Av det fåtal som får information anser sig majoriteten vara nöjda eller mycket nöjda med den informationen de erhåller (McMurray & Davies, 2006). Det visar tydligt att information skapar förståelse och lindrar det lidande som ED och framförallt

okunskapen om det skapar. Då vetskapen om varför män drabbas av ED är liten måste informationen utökas. Detta är annars en källa till ohälsa. Att inkludera den erektila funktionen i årskontrollen för patienter med diabetes skulle också skapa mindre osäkerhet då en noggrann uppföljning av deras förmåga sker och behandling kan sättas in i ett tidigt skeende.

Det finns ett antal olika sätt att behandla ED. Exempel på detta är orala preparat så som Viagra. Det finns också injektioner som öppnar svällkropparna samt implantat inne i penis. Även vissa vakuumpumpar finns att tillgå (Penson & Wessells, 2004). Männerna ville ha hjälp för sin ED men var ovilliga att söka hjälp då de upplever risk att deras problem skulle nonchaleras (Berardis et al., 2002). Av alla de hjälpmedel som finns är tableter och då framförallt Viagra det mest kända (Lloyd, Williams & Huber, 2004). Det är märkligt att de orala preparaten fått bäst uppmärksamhet då dessa påvisas ha sämst effekt hos denna kategori patienter. En trolig orsak till detta kan vara den mediala uppmärksamheten kring Viagra men även att inplantat och pump kan kännas som ett större och kränkande ingrepp. Behandlingen med Viagra gav ett bättre resultat hos män med diabetes än hos andra impotenta män (Penson et al., 2003a). Däremot upplevde männen med diabetes och erektil dysfunktion en snabbare försämring. Detta kan bero på att hos en patient som lider av diabetes sker en snabbare degenerering av nervbanor, neuropati, och en styvnad av blodkärl med sämre cirkulation. Således bör ett mer långsiktigt hållbart hjälpmedel rekommenderas vid rådgivning och information kring vilka hjälpmedel som ger bäst resultat. Sjuksköterskan bör också ha kunskap om att Viagra inte är en långsiktig behandlingsmetod utan vara uppmärksam på att verkanseffekten avtar och då upplysa om andra behandlingsalternativ.

Ökad kunskap om varför män med diabetes också i många fall drabbas av ED samt en god insikt i vilka hjälpmedel som finns och fungerar för dessa patienter ger en bättre förutsättning att lindra lidande. Genom insikt och förståelse kan en bättre upplevd hälsa skapas (Eriksson, 1984). Att inkludera kontroll av den erektila funktionen i årskontrollen för diabetes skulle dels kunna minska eventuell oro, dels skapa en möjlighet att upptäcka tidiga tecken på ED och därför ge en väl anpassad ordination. Genom att inkludera både den drabbade patienten och dennes partner möjliggörs en dialog där de båda får en förståelse om varför mannen har svårt att prestera. Detta kan ge en stabilitet i relationen. Alla manliga patienter med diabetes bör få information om sexuella dysfunktioner och ges möjlighet till den behandling som finns att tillgå.

Det är extra viktigt att informationen kommer från en kvalificerad källa, exempelvis från den behandlande läkaren eller sjuksköterskan då det annars finns risk att patienterna hittar information som inte är kvalitetssäkrad. Som sjuksköterska kan det vara viktigt att följa upp eventuell information som ges av läkaren då patienten kanske inte kan eller vågar ställa vissa frågor till denne samt att frågor kan uppkomma i efterhand. Därför bör tid avsättas till en längre informations och frågestund.

Möjligheten till sexuell njutning bör beaktas som en del i välbefinnandet hos patienten. Således kan behandlingen och rådgivningens mål vara att skapa förutsättningen för intima stunder utan att en utebliven erektion skall förstöra det. För att hitta former för denna intimitet kan sjuksköterskan med fördel även diskutera med den drabbade mannens partner. Detta kan stärka parets relation.

Som sjuksköterska är det viktigt att inte lägga allt fokus kring problemet på förmågan till samlag och genom detta reproduktion. Det som i första hand bör beaktas är alla de negativa följder som ED medför. Exempelvis påverkas livssituationen för den drabbade mannen men också för dennes partner. Att utgå från den drabbades villkor och förväntningar kan skapa förutsättningar till motivation hos patienten gällande livsstil, önskan och mål med behandling.

Fortsatt forskning

Fortsatt forskning kan göras kring hur effektiva olika behandlingar är samt upplevelser och förväntningar av dessa. Erfarenheter hos partnern kan vara relevant att undersöka för att finna olikheter kring synen på sexuell hälsa. Vidare kan undersökningar göras kring hur information och rådgivning om ED påverkar relationen och självkänslan hos såväl den drabbade som hos partnern. Även forskning kring samkönade par bör genomföras.

Konklusion och kliniska implikationer

Diabetes anses vara en folksjukdom som i rask takt ökar och sprider sig allt längre ner i åldrarna. Av dessa får en stor andel svåra komplikationer exempelvis erektil dysfunktion. Många patienter med diabetes vet inte att ED är en vanlig följd av diabetes. Kunskapen om varför män drabbas av ED är generellt liten. De flesta som drabbas lever med tron att det beror på ålder, prostataförändringar eller psykiska besvär. Då kunskapen om de orsaker som finns är bristfällig är också andelen män som söker hjälp för sitt problem lågt. De flesta män upplever någon grad av ångest, skam, depression, förlorad självkänsla och påfrestningar i relationen, kopplat till deras erektila dysfunktion. De känner sig som sämre män och är ofta besvikna på sig själva och sin kropp. Det finns en vilja hos majoriteten av männen att få hjälp för sin ED. Det är dock få som anser att de kommer kunna få hjälp eller att det som erbjuds har tillfredsställande effekt. De är också rädda att deras problem inte skall tas på tillräckligt stort allvar.

Med god information om varför de drabbas av ED samt med adekvat behandling skulle flertalet av de drabbade männen samt deras partners kunna uppleva större livskvalitet, uppleva bättre hälsa samt minska risken för andra följsjukdomar så som depression.

Resultaten i studien kan bidra till ökad medvetenhet och förståelse om människans upplevelser och tankar kring erektil dysfunktion och diabetes. Det ger också en insikt i vilken påverkan människans sjukdom har på deras partner.

Resultaten kan användas som ett incitament att tidigt identifiera erektil dysfunktion samt känna till människans erfarenheter kring deras situation och hur livet påverkas. Genom denna kunskap kan sjuksköterskan bättre förstå deras situation och tankar kring sin sjukdom och ge information utifrån deras förutsättningar.

REFERENSER

- Allgeier, E.R., & Allgeier, A.R. (2000). *Sexual interactions*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Berardis, G., Franciosi, M., Belfiglio, M., Nardo, B., Greenfield, S., Kaplan, S. et al. (2002). Erectile Dysfunction and Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 25(2), 284-291.
- Brody, S., & Costa, M. (2012). Sexual satisfaction and health are positively associated penile-vaginal intercourse but not other sexual activities. *American Journal of Public Health*, 102(1), 6-7.
- Cummings, M-H., Meeking, D., Warburton, F., & Alexander, W-D. (1997). The Diabetic Male's Perception of Erectile Dysfunction. *Practical Diabetes International*, 14(4), 100-102.
- Derby, C-A., Mohr, B-A., Goldstein, I., Feldman, H-A., Johannes, C. B., & McKinlay, J-B. (2000). Modifiable risk factors and erectile dysfunction: Can lifestyle changes modify risk? *UROLOGY*, 56, 302-306.
- DiMeo, P. (2006). Psychosocial and relationship issues in men with erectile dysfunction. *Urologic Nursing*, 6(6), 442-448.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Faulkner, G., & Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 659-665.
- Francavilla, S., Bocchio, M., Pelliccione, F., Necozone, S., & Francavilla, F. (2005). Vascular aetiology of erectile dysfunction. *International Journal of Andrology*, 28(2), 35-39.
- Friberg, F. (2012) Att utforma ett examensarbete. I F Friberg, (Red.) (s. 71-81). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Herberts, S., & Eriksson, K. (1995). Nursing leader's and nurse's view of health. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 868-878.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Jones, R., & Barton, S. (2004). Introduction to history taking and principles of sexual health. *Postgraduate Medical Journal*, 80(946), 444-446.
- Jowett, A., Peel, E., & Shaw, R. (2011). Sex and Diabetes: A Thematic Analysis of Gay and Bisexual Men's Accounts. *Journal of Health Psychology*, 17(3), 409-418.

- Kantor, J., Bilker, W., Glasser, D., & Margolis, D. (2002). Prevalence of erectile dysfunction and active depression: An analytic cross-sectional study of general medical patients. *American Journal of Epidemiology*, *156*(11), 1035-1042.
- Lewin, B. (2002). Sexualitet som social konstruktion. I P.O. Lundberg (red.) *Sexologi*. (s. 123-136) Stockholm: Liber.
- Lloyd, B., Williams, R., & Huber, J. (2004). Erectile Dysfunction and Diabetes: A Study in Primary Care. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, *4*, 387-392.
- Malavige, L., & Levy, J. (2009). Erectile Dysfunction in Diabetes Mellitus. *Journal of Sexual Medicine*, *6*, 1232-1247.
- Marwick, C. (1999). Survey says patients expect little physician help on sex. *The Journal of The American Medical Association*, *281*(23), 2173-2174.
- McCabe, M., & Matic, H. (2008). Erectile Dysfunction and Relationships: Views of Men With Erectile Dysfunction and Their Partners. *Sexual and Relationships Therapy*, *23*(1), 51-60.
- McMurray, M., & Davies, M. (2006). What do men with diabetes and erectile dysfunction think about the services they receive? *Practical Diabetes International*, *23*(4), 153-156.
- Mialon, A., Berchtold, A., Michaud, P-A., Gmel, G., & Suris, J-C. (2012) Sexual Dysfunctions Among Young Men: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Adolescent Health*, *51*, 25-31.
- Nordqvist, I. (2002). Sexuell dysfunktion. I P.O. Lundberg, (red.) *Sexologi*. (s. 352-361). Stockholm: Liber.
- Penson, D., Latini, D., Lubeck, D., Wallace, K., Henning, J., & Lue, T. (2003a). Do Impotent Men With Diabetes Have More Severe Erectile Dysfunction and Worse Quality of Life Than the General Population of Impotent Patients? *Diabetes Care*, *26*(4), 1093-1099.
- Penson, D., Latini, D., Lubeck, D., Wallace, K., Henning, J., & Lue, T. (2003b). Is quality of life different for men with erectile dysfunction and prostate cancer compared to men with erectile dysfunction due to other causes? *The Journal of Urology*, *169*, 1458-1461.
- Penson, D., & Wessells, H. (2004). Erectile Dysfunction in Diabetic Patients. *Diabetes Spectrum*, *17*(4), 225-230.
- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pontin, D., Porter, T., & McDonagh, R. (2002). Investigating the effect of erectile dysfunction on the lives of men: A qualitative research study. *Journal of Clinical Nursing*, *11*, 264-272.

Sasaki, H., Yamasaki, H., Ogawa, K., Nanjo, K., Kawamori, R., Iwamoto, Y. et al. (2005). Prevalence and Riskfactors for Erectile Dysfunction in Japanese Diabetics. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 70, 70-89.

Smith, R., Nathan, D., Arslanian, S., Groop, L., Rizza, R., & Rotter, J. (2010). Individualizing Therapies in Type 2 Diabetes Mellitus Based on Patient Characteristics: What We Know and What We Need to Know. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(4), 1566-1574.

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. (Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011) Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wendt, E. (2009). *Utvecklad dialog om sexuell hälsa med fokus på unga kvinnor*. Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/enheten för allmänmedicin Sahlgrenska Akademien. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Whittemore, R., Bak, P., Melkus, G., & Grey, M. (2003). Promoting Lifestyle Change in the Prevention and Management of Type 2 Diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(8), 341-349.

WHO (2012). *Sexual health*. Geneva: www.who.int. Hämtad 29 november, 2012, från http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

Zheng, H., Fan, W., Li, G., & Tam, T. (2006). Predictors for Erectile Dysfunction Among Diabetics. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 71, 313-319.

Bilaga 1. Översikt över artiklar som ingår i resultatet

Författare: Berardis, G., Franciosi, M., Belfiglio, M., Nardo, B., Greenfield, S., Kaplan, S., Pellegrini, F., Sacco, M., Tognoni, G., Valentini, M. & Nicolucci, A. (2002). *Diabetes Care*. Italien.

Titel: Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients.

Perspektiv: Patientperspektiv, hur patienternas livskvalitet påverkas.

Syfte: Syftet var att undersöka hur förekomsten av ED påverkade patienternas livskvalitet.

Metod: Kvantitativ studie på 1460 män med ED och typ 2 diabetes mellitus som besvarade på enkät var sjätte månad under 3 år.

Resultat: Resultatet visade att diabetes mellitus typ 2 är den avgörande faktorn till ED. Högt HbA1c är den största risken till ED. ED hade stor påverkan på livskvaliteten.

Diskussion: ED drabbar en tredjedel av alla diabetes mellitus typ 2 patienter. Män som missköter sin diabetes fick ofta en allvarligare grad av ED. Risken för depression var stor vid ED. Många män sökte inte behandling på grund av okunskap och för att de skämdes över sin ED.

Författare: Cummings, M. H., Meeking, D., Warburton, F. & Alexander, W. D. (1997). *Practical Diabetes International*. Storbritannien.

Titel: The diabetic male's perception of erectile dysfunction

Perspektiv: Patientperspektiv där patienterna skulle identifiera sin uppfattning av ED.

Syfte: Syftet var att bedöma män med diabetes uppfattningar om problemet och att fastställa förekomsten av diskussion mellan patienter och sjukvården.

Metod: Kvantitativ studie på 194 patienter med diabetes från två sjukhus i England. Dessa var mellan 18-75 år. Frågeformulär.

Resultat: Svaren sammanställdes till tre tabeller som bland annat visade att hälften av männen led av ED och att trettio procent inte visste att ED var en komplikation av diabetes. Majoriteten av männen ville söka hjälp för problemet.

Diskussion: Nyckelfyndet var, felaktig definition av impotens/ED, bristande kunskap om att ED är en diabeteskomplikation och att de inte visste att det fanns behandling.

Författare: Derby, C. A., Mohr, B. A., Goldstein, I., Feldman, H. A., Johannes, C. B. & McKinlay, J. B. (2000). *UROLOGY*. USA.

Titel: Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk.

Perspektiv: Patientperspektiv. Undersöka patienternas livsstil, alkoholvanor, tobaksvanor och vikt.

Syfte: Syftet var undersöka hur livsstilsförändringar påverkar förekomsten av ED.

Metod: Kvantitativ kohortstudie med 1709 män mellan 40-70 år som besvarade ett frågeformulär år 1989. Vid uppföljningen år 1997 besvarade 1156 män ett frågeformulär.

Resultat: Fetma och stillasittande livsstil är en stor bidragande faktor till ED. Männen som led av fetma vid första undersökningen hade i större utsträckning ED, även om de vid uppföljningen gått ner i vikt och hade en sundare livsstil.

Diskussion: För att förebygga ED ska man uppmana till fysisk aktivitet och viktminskning i ett så tidigt skede som möjligt.

Författare: Jowett, A., Peel, E. & Shaw, R. (2011). *Journal of Health Psychology*. Storbritannien.

Titel: Sex and diabetes: A thematic analysis of gay and bisexual men's accounts.

Perspektiv: Patientperspektiv, utgick från patienternas erfarenheter av sex.

Syfte: Syftet var att undersöka homosexuella och bisexuella mäns erfarenheter av sex och diabetes.

Metod: Kvalitativ intervjustudie där 13 män intervjuades. Stor vikt lades på social-, kulturell- och relationsstatus.

Resultat: Resultatet visade att informanterna hade lägre livskvalitet än heterosexuella män med ED på grund av att informanternas kultur i större grad präglades av fysisk intimitet.

Diskussion: ED hos homosexuella män sänkte självkänslan, de hade svårt att vara intima och att berätta om problemet. Enligt informanterna var deras kultur så att de inleder sexuella relationer redan vid första träffen av en ny partner. ED leder då till ensamhet och depression.

Författare: Lloyd, B., Williams, R., & Huber, J. (2004). *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*. Storbritannien.

Titel: Erectile dysfunction and diabetes: a study in primary care.

Perspektiv: Patientperspektiv där patienternas upplevelser av hur deras livskvalitet påverkats av deras ED.

Syfte: Syfte att fastställa om det fanns en ökad medvetenhet om ED hos män med tablettbehandlad diabetes och om ED har ett samband med dålig livskvalitet.

Metod: Tvärsnittsstudie med 157 män med diabetes som fick svara på ett frågeformulär. De män som hade ED (66/157) svarade på ytterligare ett frågeformulär om livskvalitet.

Resultat: Resultatet visade deras kunskap om behandlingar och att relationen till deras partner skadades på grund av deras ED. De fick oftast information om ED från sin läkare. Resultatet visade också att vid allvarigare ED hade männen lägre livskvalitet.

Diskussion: De patienter som var medvetna om behandling hade signifikant lägre livskvalitet än de som inte visste något om behandlingar.

Författare: Marwick, C. (1999). *The Journal of The American Medical Association*. USA.

Titel: Survey says patients expect little physician help on sex.

Perspektiv: Patientperspektiv. Patienters syn på sjukvården.

Syfte: Syftet var undersöka patienters attityder till att be sjukvården om hjälp vid sexuella besvär.

Metod: Kvantitativ studie med frågeformulär till 500 patienter från USA som var 25 år eller äldre tillfrågades.

Resultat: Resultatet visade att 71% upplevde att deras läkare skulle avfärda deras problem om de tog upp det med sjukvården. Majoriteten skulle ändå be sjukvården om hjälp eller råd vid problem.

Diskussion: Sjukvården behövde kommunicera och visa mer öppenhet vid frågor om sexualitet.

Författare: McCabe, M., & Matic, H. (2008). *Sexual and Relationships Therapy*, Australien.

Titel: Erectile dysfunction and relationships: views of men with erectile dysfunction and their partners.

Perspektiv: Patient- och anhörigperspektiv belyser ED påverkan på relationen.

Syfte: Syftet var att utvärdera hur ED påverkade sexualiteten, relationen och vardagen hos män med ED och deras partner.

Metod: Kvantitativ studie som använde sig av frågeformulär där 40 heterosexuella män med ED och deras partner deltog. De var alla bosatta i Australien. Medelålder var 63 år.

Resultat: Resultatet visade att ED hade minskat deras sexuella aktivitet med deras partner, de ville finna en lösning till problemet. Resultatet visade också att männen hade lägre självförtroende, livskvalitet och sexuell tillfredsställelse.

Diskussion: Studien visade att de negativa erfarenheterna av ED var större hos männen än hos deras partner. Resultatet visade också att partners till män med ED har en signifikant lägre sexuell tillfredsställelse.

Författare: Penson, D., Latini, D., Lubeck, D., Wallace, K., Henning, J., & Lue, T. (2003). *Diabetes Care*. USA.

Titel: Do impotent men with diabetes have more severe erectile dysfunction and worse quality of life than the general population of impotent patients.

Perspektiv: Patientperspektiv.

Syfte: Syftet var att jämföra livskvaliteten och graden av ED hos patienter med eller utan diabetes mellitus.

Metod: Kvantitativ kohortstudie, En grupp män med ED och diabetes mellitus jämfördes med en grupp män som led av ED men inte diabetes mellitus. Dessa svarade på ett frågeformulär om deras livskvalitet. Grupperna följdes upp efter 3, 6 och 12 månader.

Resultat: Män med Diabetes och ED hade en signifikant lägre livskvalitet än de män med ED men som inte hade diabetes mellitus. Studien visar att det inte var någon skillnad gällande orgasm, lust och ejakulation mellan grupperna.

Diskussion: Majoriteten av de män som hade ED men inte hade diabetes mellitus led istället av det metabola syndromet.

Författare: Penson, D., Latini, D., Lubeck, D., Wallace, K., Henning, J., & Lue, T. (2003). *The Journal of Urology*. USA.

Titel: Is quality of life different for men with erectile dysfunction and prostate cancer compared to men with erectile dysfunction due to other causes?

Perspektiv: Patientperspektiv

Syfte: Syftet var att undersöka sambandet mellan ED och livskvalitet på grund av prostatacancer jämfört med de som har ED från andra orsaker.

Metod: Kvantitativ kohortstudie där 168 män från USA besvarat ett frågeformulär om livskvalitet relaterat till sin ED.

Resultat: Patienter med ED till följd av prostatacancer hade en lägre livskvalitet, men har bättre psykisk hälsa än de med ED på grund av andra orsaker.

Diskussion: De med ED till följd av prostata cancer hade en bättre sjukdomsspecifik hälsa än de utan prostatacancer.

Författare: Pontin, D., Porter, T., & McDonagh, R. (2002). *Journal of Clinical Nursing*. Storbritannien.

Titel: Investigating the effect of erectile dysfunction on the lives of men: a qualitative research study.

Perspektiv: Patientperspektiv. Patienternas syn på problem som uppstår vid ED.

Syfte: Syftet var att identifiera och undersöka de problem män möter med ED, speciellt mäns relationer med kvinnliga partners och mäns interaktioner med världen.

Metod: Kvalitativ intervjustudie där nio män från England deltog. Männerna hade en medelålder på 52 år.

Resultat: Intervjuerna resulterade i två teman: "Förlust" och "Vara ensam med det". Resultatet visar att problem uppstår i relationerna till sin partner och att männen hade väldigt svårt att tala om det.

Diskussion: Resultatet visar att sjuksköterskor behöver träning, utbildning och forskning om ED.

Författare: Sasaki, H., Yamasaki, H., Ogawa, K., Nanjo, K., Kawamori, R., Iwamoto, Y., Katayama, S., & Shirai, M. (2005). *Diabetes Research and Clinical Practice*. Irland.

Titel: Prevalence and riskfactors for erectile dysfunction in Japan diabetics.

Perspektiv: Patientperspektiv där patienternas livsstil och livskvalitet undersöktes.

Syfte: Syftet var att utvärdera riskfaktorer för ED och intresset för behandling hos Japanska män med typ 2 diabetes mellitus.

Metod: Kvantitativ studie där frågeformulär med flervalfrågor besvarades av 1633 män från 119 kliniker.

Resultat: Resultatet visad att ED ger minskad livskvalitet och att högt HbA1c och hög ålder är riskfaktorer för att få ED. Majoriteten av män med diabetes mellitus lider av någon form av ED. Mer än hälften av männen överväger en behandling.

Diskussion: Farmakologisk behandling kan därför ge männen en bättre livskvalitet och sjukvården ska ta en mer aktiv roll i att ge information om olika behandlingar.

Författare: Zheng, H., Fan, W., Li, G., & Tam, T. (2006). *Diabetes Research and Clinical Practice*. Irland.

Titel: Predictors for erectile dysfunction among diabetics

Perspektiv: Patientperspektiv där författarna utgår från patienternas livsstil och mätvärden.

Syfte: Syftet var att undersöka möjliga variabler relaterade till ED bland diabetespatienter i Kina.

Metod: Kvantitativ studie där 327 män med diabetes svarade på frågor om bland annat, ED, fysisk aktivitet, alkoholvanor och rökvanor.

Resultat: Svaren sammanställdes i fyra tabeller som bland annat visade att högre HbA1c, BMI och blodtryck var preindicerat för ED. Resultatet påvisar att 68 procent känner sig i någon grad deprimerad.

Diskussion: Patienter med diabetes och ED lider ofta av mer allvarliga komplikationer än diabetiker utan ED. ED kan vara ett tecken på underliggande komplikationer hos diabetiker.
