



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Upplevelser av sexuell dysfunktion hos personer med diabetes typ 2

En systematisk litteraturstudie

Experiences of sexual dysfunction in persons with diabetes type 2

A systematic review

Författare: Hala Mahmud och Katharina Thulin

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2020

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt.

Bakgrund: Diabetes är en sjukdom som ökar i hela världen. Följsjukdomar kan förutses till viss del och sjuksköterskor i vården bör ha kunskap om vilka dessa följsjukdomar är och hur de kan bemötas. Sexuell dysfunktion är en av dem. Personer med diabetes typ 2 har en ökad risk för att utveckla sexuell dysfunktion. **Syfte:** Systematiskt granska hur den sexuella dysfunktionen upplevs av personer med diabetes typ 2. **Metod:** Systematisk litteraturstudie med metasyntes av åtta artiklar. Sökningar efter artiklar gjordes i databaserna PubMed, CHINAHL och PsycInfo utan tidsbegränsning. Studier som jämförde Diabetes typ 1 och typ 2 samt de som beskrev olika läkemedelspåverkan på sexueldysfunktion exkluderades. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier. Båda författarna granskade artiklarna oberoende av varandra. **Resultat:** I resultatet identifierades fyra huvudteman; *Skam och skuld*, *Övergiven av vårdpersonal*, *Fysiskt obehag och ingen lust* och *Relationsproblem*. I resultatet framkom det bland annat att personer med diabetes typ 2 upplevde en begränsning i att prata om sin sexuella dysfunktion och därmed möjligheter till att åtgärda dem. I kontakt med sjukvårdspersonal fanns en önskan om att sjukvårdspersonal skulle inleda diskussionen om sexuell dysfunktion. Även begränsad tid för möte med sjuksköterska eller läkare upplevdes som hämmande för att beröra ämnet. Det framkom även att det råder okunskap hos personer med diabetes typ 2 om sambandet mellan sjukdomen och den sexuella dysfunktionen.

Slutsats: Mer utbildning i sexuell dysfunktion bör erbjudas sjukvårdspersonal som i sitt yrke möter personer med ökad risk att utveckla sexuell dysfunktion. Sjukvårdspersonal bör erhålla verktyg i form av olika samtalsmetoder för att kunna lyfta ämnet utan att de berörda personerna upplever skam eller skuld.

Nyckelord

Diabetes typ 2, sexuell dysfunktion, upplevelse, metasyntes.

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Omvårdnadsperspektiv och utgångspunkter	5
Sexuell ohälsa hos män med diabetes	6
Erektill dysfunktion (ED)	6
Läkemedelsbehandling som kan leda till ED	6
Testosteronbrist-syndrom	6
Sexuell ohälsa hos kvinnor med diabetes	7
Sexual dysfunktion (SD)	7
Andra diabetesrelaterade sexuella problem	7
Främjande av sexuell hälsa hos män och kvinnor	8
Syfte	9
Specifika frågeställningar	9
Metod	10
Systematisk litteraturstudie och metasyntes	10
Urval	10
Datainsamling	11
Analys av data	15
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	17
Skam och skuld	17
Övergiven av vårdpersonal	18
Fysiskt obehag och ingen lust	20
Relationsproblem	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Konklusion och implikationer	28
Referenser	29
Bilaga 1 (2)	34
Bilaga 2 (2)	36

Problemområde

För 20 år sedan beräknades globalt antalet vuxna personer med diabetes uppgå till 151 miljoner som idag ökat till strax över 463 miljoner och beräknas stiga till 700 miljoner år 2045 (International Diabetes Federation, 2019). Diabetesförbundet räknar med att det finns ca 500 000 personer med diabetes i Sverige (Diabetesförbundet, 2019). Mörkertalet för diabetes typ 2 är stort, då personer med typ 2-diabetes kan ha levt med sjukdomen i många år innan de blir diagnostiserade (a.a.). Den vanligaste formen av diabetes är diabetes typ 2 och den står för ungefär 90 % av alla diabetesfall (Berne & Fritz, 2018). Under de senaste åren har insjuknandet ökat markant i Sverige. En förklaring till denna ökning i Sverige anses bero på ökad överlevnad för personer som har diabetes, allmän ökning av livslängden och invandring från högriskländer, men även att övervikt och ett mer stillasittande liv blivit mer vanligt. Diabetes typ 2 är lika vanligt hos både kvinnor och män (a.a.).

Diabetes typ 2 utvecklas långsamt och resulterar i allvarliga komplikationer, så som skador på det sensoriska och autonoma nervsystemet samt blodkärlen (International Diabetes Federation, 2019). Hos män är diabetes en riskfaktor för sexuell dysfunktion och den visar sig i form av erektil dysfunktion (ED) (a.a.). Det är dokumenterat att ca 50 % av alla män som har diabetes typ 2 lider av ED (Yildiz & Bölüktas, 2015). Uppkomst av ED hos män grundar sig i hormonella, neurologiska samt vaskulära problem (a.a.). Samma orsaker ligger bakom kvinnors sexuella dysfunktion som yttrar sig i form av nedsatt sexlust, vaginal torrhet, upphetsningsstörning, dyspareuni (smärta vid samlag) samt orgasmstörning (Maiorino, Bellastella & Esposito, 2014). I detta arbete presenteras mäns och kvinnors problem separat på grund av deras olika symtom och anatomi.

Författarna har erfarenheter av att möta personer som kommit till diabetesmottagningen för sina sexuella besvär, men personerna har vid få tillfällen kunnat samtala om ämnet helt ogenerat. De flesta har inte haft kunskap om att dysfunktionen beror på sjukdomen, vilket kan leda till att de hamnar i en ond cirkel med ångest och oro som sedan i sin tur kan leda till att relationen till partnern försämras (Diabetesförbundet, 2016). Sjuksköterskan bör mer aktivt våga lyfta ämnet och ställa frågan om sexuell funktion i mötet med personer som har diabetes typ 2.

Bakgrund

Omvårdnadsperspektiv och utgångspunkter

Enligt Virginia Henderson har människan 14 basbehov som behöver tillfredsställas och om människan inte kan tillfredsställa sina behov är det sjuksköterskans uppgift att hjälpa till med detta (Henderson, 1960). Basbehoven är grundläggande för varje patient och inkluderar att människan ska få hjälp med bland annat andning, mat, dryck och sömn. Patienten bör mötas som en individ och hjälpen ska vara anpassad utefter dennes förmåga, psykiska och fysiska styrka samt den sociokulturella bakgrund som denne har. Även patientens motivation och vilja ska tas hänsyn till. De andra behoven som Henderson lyfter är bland annat kärlek, känsla att vara tillräcklig som partner, känna sig uppskattad samt känsla av samhörighet. Ytterligare en punkt som Henderson betonar är vikten av att få hjälp gällande kommunikation samt att få uttrycka sina känslor och även rädslor, behov och förhoppningar (a.a.). I en artikel beskriver Henderson hur viktigt det är för sjuksköterskan att agera som patientens företrädare eftersom det är vad som förväntas av samhället och patienten (Henderson, 1964). Detta är särskilt viktigt när det kommer till mötet med patienter som har sexuell dysfunktion då de inte själva vågar lyfta fram sina besvär. Där bör sjuksköterskan ta initiativet att beröra detta område och hjälpa patienten att kommunicera sina besvär och därefter kunna ge relevant vård och information (a.a.).

Mötet mellan patient och sjuksköterska beskrivs i sjuksköterskeföreningens värdegrund som ett möte mellan två människor där bådats tolkning av verkligheten förenas och en gemenskap uppnås (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Sjuksköterskan bör ha god kunskap inom samtalsmetodik och kommunikation för att kunna handleda patienten och ge stöd i samtalet (a.a.). Det är viktigt att sjuksköterskan visar empati och försöker få kännedom kring patientens behov, föreställningar och förhoppningar (Fink & Rosendal, 2013). Det är viktigt att patienten känner sig sedd och inte konfronterad i mötet med sjuksköterskan. Istället bör sjuksköterskan hjälpa patienten uppleva att de kan påverka sitt liv till det bättre (a.a.).

Sexuell ohälsa hos män med diabetes

Erekttil dysfunktion (ED)

Det främsta sexuella problemet som män med diabetes har är erektil dysfunktion (ED). Detta tillstånd definieras som en kvarstående oförmåga att ha en erektion som varar tillräckligt länge för att genomföra en fullbordad sexuell aktivitet (Edwards, 2013).

Autonom (icke viljestyrd) neuropati leder till en försämrad, men även utebliven överföring av nervsignaler som krävs för muskelrelaxation av den glatta muskulaturen som finns i corpora cavernosa (svällkroppar) samt även blodfyllnad i penis, därav problem att upprätthålla en erektion. Ett reducerat blodflöde till penis beror på både mikro- samt makrovaskulära skador på blodkärlen (a.a.). Även frisättning av kväveoxid (NO) minskar, vilket är viktigt i relaxationen av den glatta muskulaturen (Seftel et al., 1997). I studie gjord av Dhindsa et al. (2004) visade på att män med diabetes har nedsatta testosteronnivåer samt luteiniserande hormon (LH)-nivåer och det kan påverka erektionsförmågan negativt (a.a.).

Läkemedelsbehandling som kan leda till ED

Män med diabetes typ 2 har ofta hypertoni samt höga värden av blodfetter som de medicinerar för (Edwards, 2013). Oftast får dessa män läkemedel som har ED som biverkan, vilket de märker efter en tids användning. De bestämmer sig därför ofta för att sluta ta sin medicin, oftast utan att tala med sin vårdgivare. Exempel på dessa mediciner är antihypertensiva mediciner (icke-selektiva beta-blockerare och vätskedrivande) samt statiner (blodfettssänkande läkemedel). Att avbryta sin läkemedelsbehandling får negativa konsekvenser för tillståndet som behandlas. Istället bör patienten i mötet kunna känna sig ogenerad att ta upp sin ED med vårdgivaren och få andra läkemedel som inte har ED som biverkan, som till exempel angiotensin-2-receptor-blockerare för hypertoni (högt blodtryck) (a.a.).

Testosteronbrist-syndrom

Hypogonadism (testosteronbrist-syndrom) förekommer dubbelt så ofta hos män med diabetes typ 2 som hos män utan diabetes typ 2 (Edwards, 2013). Det innebär testosteronbrist i blodet och symptom som minskat sexuellt intresse och ED (a.a.). En studie har påvisat att personer

med hypogonadism hade dubbelt så hög dödlighet jämfört med personer med normala testosteronvärden (Shore, Tetrick, Lynch & Barksdale, 2006). I en studie utförd av Kapoor, Aldred, Clark, Channer & Jones (2007) framkom det att 20 % av män med diabetes hade låga halter av testosteron (a.a.).

Sexuell ohälsa hos kvinnor med diabetes

Sexuell dysfunktion (SD)

I en studie utförd i Polen av Bak et al. (2017) hade upp till 80 % av kvinnorna med typ 2 diabetes sexuell dysfunktion, vilket påverkade sexuell lust, sexuell upphetsning, orgasm och sexuell tillfredsställelse samt upplevelse av smärta vid samlag och vaginal torrhet. Sexuell dysfunktion hos kvinnor mäts bland annat med frågeformuläret Female Sexual Function Index (FSFI) och ju lägre poäng som anges, desto högre grad av sexuell dysfunktion. I studien framkom det även att kvinnor med typ 2 diabetes visade signifikant lägre poäng i alla domänerna för sexuell dysfunktion jämfört med kontrollgruppen (a.a.).

Vid mikro- och makrovaskulära skador som följd av diabetessjukdomen uppstår ett minskat blodflöde till vagina samt torrhet i slidgången (Rutherford & Collier, 2005). Detta kan resultera i atrofiska (förtvinade) förändringar i slidans slemhinnor, som i sin tur kan leda till samlagssmärta. Kvinnor med vaginal torrhet beskriver ofta att de upplever att klitoris är ”död” och okänslig för beröring. Därför är det högst troligt att en adekvat blodtillförsel till det kvinnliga könet är lika viktigt som till det manliga könet. Då övriga diabeteskomplikationer inte skiljer sig mellan män och kvinnor bör det rimligtvis inte heller skilja i hänseende av sexuell dysfunktion. Dock är det fler studier gjorda rörande sexuell dysfunktion i samband med diabetes typ 2 hos män jämfört med hos kvinnor och själva fenomenet har varit känt längre bland männen (a.a.).

Andra diabetesrelaterade sexuella problem

Svamp och bakteriella infektioner i slidan är mycket vanligt bland kvinnor med diabetes (Edwards, 2013). God glykemisk kontroll kan minska risken för återkommande infektioner. Polycystiskt ovariesyndrom (cystor samt höga halter av testosteron) är ett vanligt problem

som drabbar 5–10 % av alla kvinnor i fertil ålder. Det kan leda till infertilitet eller sexuell dysfunktion (a.a.). I en studie utförd i England, framkom det att 16 % av kvinnorna med polycystiskt ovariesyndrom även hade diabetes (Edwards, 2013). Hög ålder, depression och en eller flera diabetesrelaterade komplikationer hade signifikant samband med sexuell dysfunktion både hos män och kvinnor (Rutte et al., 2016a).

Främjande av sexuell hälsa hos män och kvinnor

För att främja den sexuella hälsan hos personer med diabetes typ 2 bör först en grundlig undersökning utföras, både fysisk och psykisk, för att finna den faktiska orsaken till ED/SD (Spollett, 1999; Grandjean & Moran, 2007). Detta är även viktigt vid diabetes typ 1, men denna studie fokuserar på diabetes typ 2. Patientens partner bör involveras i diskussionen kring behandlingsmöjligheterna kring ED/SD, då öppenheten och förmåga att diskutera sex i parförhållandet är viktig. Därför kan det vara en bra åtgärd att rekommendera par att söka hjälp hos en sexrådgivare (a.a.). Vidare finns det flera möjligheter till olika behandlingar för männen (Spollett, 1999). Det finns olika läkemedel som administreras bland annat peroralt eller i injektionsform. Det finns även icke farmakologiska möjligheter för män är att använda vakuumpump eller implantat. Varje behandlingsform har både positiva och negativa effekter, därför bör patienten bli upplyst om dessa innan behandling väljs (a.a.). Kontroll av blodtryck och reglering av detta är en annan del av behandlingen för att förbättra ED/SD (Grandjean & Moran, 2007). Befinner kvinnan sig i pre- eller postmenopausal period bör östrogennivån mätas då brist på detta hormon påverkar vaginal lubrikation, orsakar samlagssmärta och geminskad lust. Genomgång av läkemedel bör också ske eftersom, förutom blodtrycksmedicin, finns det även andra läkemedel så som vissa psykofarmaka, narkotiska preparat och perorala preventivmedel som kan påverka ED/SD. Även alkohol och narkotika påverkar den sexuella förmågan (a.a.).

Vid vaginal torrhet bör patienten erhålla råd om att undvika att skölja slidan, använda kemikalier och starkt parfymrad tvål då det kan orsaka irritation och skapa obalans i bakteriefloran i slidan (Grandjean & Moran, 2007). Det finns receptfria glidmedel att tillgå

som kan användas vid samlag. De kvinnliga personerna bör få råd om att förlänga förspelet eftersom längre tid och stimulering är nödvändigt för att uppnå adekvat lubrikation i slidan, och att använda till exempel vibrator. För att undvika smärta vid samlag kan kvinnorna rekommenderas att ta ett varmt bad innan samlaget, använda glidmedel och undvika samlagsställningar som känns obekväma. Träning av muskulaturen i bäckenbotten kan vara till hjälp för vaginal muskelavslappning (a.a.).

Då antalet personer med diabetes typ 2 konstant ökar i Sverige kommer även antalet diabetesrelaterade komplikationer att öka. Av litteraturen framkommer det att det finns en hög andel människor med diabetes som lever med sexuell dysfunktion. Av den anledningen är det viktigt att göra sjuksköterskor, som möter dessa personer i sin yrkesroll, uppmärksamma på problemet för att de ska kunna hjälpa patienten till ett bättre sexliv. Vidare är det av stor vikt att vårdpersonal har en öppen inställning till sexuell dysfunktion och vågar lyfta ämnet. Genom att vårdpersonalen inleder samtalet om detta känsliga ämne och lyssnar lyhört och respektfullt kan patienten känna sig trygg att prata om sina besvär (Edwards, 2013). Att öka kunskap hos sjuksköterskan kring SD och uppmuntra denne att våga lyfta upp ämnet med personerna och kommunicera kring deras besvär kan förebygga och förhindra uppkomsten av SD.

Syfte

Studiens syfte är att undersöka hur sexuell dysfunktion upplevs av personer med diabetes typ 2.

Specifika frågeställningar

Denna studie vill belysa den sexuella dysfunktion som personer med diabetes typ 2 upplever samt hur den påverkar dem då detta ämne anses vara känsligt och inte diskuteras tillräckligt inom vården. Arbetet vill även lyfta fram hur dessa personer ser på vårdpersonalens bemötande gällande den sexuella dysfunktionen. Det kan öka förståelsen hos vårdpersonal och leda till ett bättre bemötande av personer som upplever dessa problem.

Metod

Studiens syfte var att undersöka och skapa en ökad förståelse för upplevelse av sexuell dysfunktion hos personer med diabetes typ 2. Författarna valde därför att göra en systematisk litteraturstudie där kvalitativa studier användes och sammanställdes i en metasyntes (Willman & Stoltz, 2017). Vid sökning efter befintliga systematiska litteraturstudier om detta ämne erhöles inga träffar (SBU, 2017).

Systematisk litteraturstudie och metasyntes

Den systematiska litteraturstudien har genomförts stegvis och strävat efter att identifiera, granska och sammanställa all relevant litteratur (Kristensson, 2018). Studien har sammanställts som en metasyntes, vilket innebär att de inkluderade studiernas resultat analyseras på nytt och sammanställs (Forsberg & Wengström, 2017). Den kvalitativa omvårdnadsforskningen strävar efter att beskriva, förstå, förklara och tolka (a.a.).

Den systematiska litteraturstudien utfördes enligt SBU:s handbok (2017). Först formulerades en fråga på ett strukturerat sätt, inklusions- och exklusionskriterier fastställdes och därefter gjordes en litteratursökning. En grovsällning av titlar och abstrakt gjordes och de artiklar vars abstrakt var relevanta för syfte lästes i fulltext. De artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna exkluderades. Därefter granskades de valda artiklarna med hjälp av SBU:s granskningsmall för studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelse (Bilaga 1). Med hjälp av denna mall evidensgraderades de valda artiklarna enligt SBU:s handbok (2017).

Urval

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vara tillgängliga i fulltext gratis, innefatta vuxna deltagare, ha ett etiskt godkännande samt ha en kvalitativ metod. Åldersbegränsningarna ser olika ut i de olika databaserna, men studien innefattar vuxna deltagare. Inga begränsningar vad gäller sociala förhållanden har gjorts på grund av att urvalet skulle vara så brett som möjligt för att öka möjligheten att få fram artiklar som täcker området (Henricson och Billhult, 2012). Då det inte finns så mycket forskning på personupplevelser av sexuell dysfunktion vid diabetes typ 2 har författarna valt att inte sätta en begränsning i tid för när studierna är gjorda för att få ett så rikhaltigt material som möjligt.

Artiklar som handlade om upplevelser av påverkan på ED och SD av olika läkemedel har exkluderats. Även studier som jämförde diabetes typ 1 och typ 2 exkluderades.

Datainsamling

En provsökning genomfördes hösten 2019 för att undersöka om underlaget av artiklar för denna studie var tillräckligt för att genomföra undersökningen (SBU, 2017). Provsökningen genomfördes tillsammans med bibliotekarie på Lunds universitet och resultatet visade på att det fanns tillräckligt underlag för att genomföra studien. Enligt SBU:s handbok bör en systematisk litteratursökning vara utförd i minst två elektroniska databaser (SBU, 2017). Författarna har använt sig av databaserna CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PubMed och PsycInfo. CINAHL inriktar sig på omvårdnad medan PubMed inriktar sig på medicin (Forsberg & Wengström, 2017). Databasen PsycInfo inriktar sig på psykologi och beteendevetenskap (Kristensson, 2018).

Sökord som användes för sökning av relevanta artiklar med kvalitativ metod i elektroniska databaser baserades på litteraturstudiens inklusionskriterier och enligt SPICE-modellen (SBU 2017). S för sammanhang (eng. settings), P för perspektiv (eng. perspective), I för intervention (eng. intervention/interest), C för jämförelse (eng. comparison) och E för utvärdering (eng. evaluation) (a.a.). I denna studie är det patientens perspektiv som belyses samt dennes upplevelse av sexuella besvär som uppstått på grund av diabetes.

I databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo bestämdes sökorden och kombinerades med hjälp av SPICE-modellen. I PubMed användes Medical Subject Headings (MeSH) som sökord i olika kombinationer för att finna relevanta artiklar. De booleska operatorerna AND och OR användes vid de olika kombinationerna av sökorden (SBU, 2017). Filter innehållande ”full free text”, ”adult 19 + years”, ”english”, lades till i den sista sökningen. Den systematiska sökningen i databasen PubMed resulterade i 17 artiklar där 3 artiklar inkluderades. Se tabell 1 för ytterligare information.

Tabell 1. Sökning i PubMed 200902

Sökning	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
#1	“Diabetes type 2“[MeSH] OR ”Diabetes mellitus type 2“[MeSH] OR “Diabetes 2” “[MeSH]	387276	0	0	0	0
#2	Sexual dysfunction [MeSH] OR Sexual difficulty[MeSH] OR Sexual problems [MeSH] OR Sexuality [MeSH]	344483	0	0	0	0
#3	Qualitative research [MeSH] OR Qualitative study [MeSH] OR Qualitative methods [MeSH] OR interview [MeSH]	422159	0	0	0	0
#4	Sökning #1 AND #2 AND #3 Filters: English, Free full text, adult 19+ years Ingen tidbegränsning sattes	17	17	12	9	3

Samma sökord som användes i PubMed användes i databasen CINAHL men istället med Cinahl Subject Headings och ord i fritext. För mer detaljerad information, se Tabell 2. De booleska operatorerna OR och AND användes vid kombination av sökorden (SBU, 2017). Filter innehållande ”full free text”, ”all adult”, ”english”, lades till i den sista sökningen. I CINAHL resulterade den systematiska sökningen i 20 träffar där 4 artiklar inkluderades, se Tabell 2.

Tabell 2. Sökning i CINAHL 200902

Sökning	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
#1	Diabetes type 2 [Fritext] or diabetes mellitus type 2 [Heading] or diabetes 2 [Heading]	103379	0	0	0	0
#2	Sexual dysfunction [Heading] OR Sexual difficulty [Heading] OR Sexual problems [Heading] OR sexuality	48459	0	0	0	0
#3	Qualitative study [Heading] OR qualitative research [Heading] OR qualitative methods OR interview [Heading]	375454	0	0	0	0
#4	Sökning #1 AND #2 AND #3 Filters: English, full text, all adult Ingen tidbegränsning sattes	20	20	13	13	4

De sökord som användes i PubMed och CINAHL användes även i PsycInfo men istället med APA Thesaurus of Psychological Index Terms och ord i fritext. För mer detaljerad information, se Tabell 3. De booleska operatorerna OR och AND användes vid kombination av sökorden (SBU, 2017). Filter innehållande ”full free text”, ”adulthood (18 yrs & older)”, ”english”, lades till i den sista sökningen. I PsycInfo resulterade den systematiska sökningen i 29 träffar där 1 artikel inkluderades, se Tabell 3.

Tabell 3. Sökning i PsycInfo 200902

Sökning	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
#1	Diabetes type 2 [Fritext] or diabetes mellitus type 2 [Heading] or diabetes 2 [Heading]	15673	0	0	0	0
#2	Sexual dysfunction [Heading] OR Sexual difficulty [Heading] OR Sexual problems [Heading] OR sexuality	75844	0	0	0	0
#3	Qualitative study [Heading] OR qualitative research [Heading] OR qualitative methods OR interview [Heading]	45375 1	0	0	0	0
#4	Sökning #1 AND #2 AND #3 Filters: English, full text, adulthood (18 yrs & older) Ingen tidbegränsning sattes	29	29	20	15	1

Den kvalitativa granskningen av de inkluderade studierna utfördes enligt SBU:s (2014) granskningsmall för kvalitativa studier för att bedöma kvaliteten av studierna. Graden av studiernas kvalitet benämndes till hög, medelhög, låg. För att studien ska anses vara av hög kvalitet bör studien ha en välformulerad frågeställning och ett tydligt sammanhang (a.a.). Sammanlagt i databaserna identifierades 66 artiklar varav 45 titlar bedömdes vara relevanta. Båda författarna till denna studie granskade de 45 artiklarnas abstrakt oberoende av varandra (SBU, 2017). Därefter beslutades vilka artiklar som skulle läsas i fulltext. Detta resulterade i 37 artiklar. Författarna bedömde oberoende av varandra om artiklarna var relevanta för syftet och bedömdes uppfylla inklusionskriterierna. Författarna diskuterade vilka som skulle ingå i studien tills konsensus nåddes (a.a.). Denna process resulterade slutligen i 9 artiklar som

svarade till syftet. De 28 artiklar som exkluderades bedömdes inte uppfylla inklusionskriterierna då de antingen saknade personperspektiv, svarade inte på vårt syfte eller artikelns syfte var att jämföra personer med olika typer av diabetes. En artikel exkluderades efter kvalitetsgranskningen då den fick låga poäng vilket innebar att slutligen åtta artiklar ingick i studien.

Analys av data

Vid syntetisering av de inkluderade studiernas resultat användes metasyntes enligt SBU:s fyra steg (SBU, 2017). I steg ett gick de kvalitetsgranskade studiernas resultat igenom av författarna oberoende av varandra. Resultaten lästes igenom flera gånger för att identifiera de teman och huvudkategorier kring upplevelser av sexuell dysfunktion som beskrevs. Dessa sammanfördes därefter och lades in i ett nytt dokument där texten kondenserades och färgkodades. Teman som framkom i varje artikel stämades därefter av mot adekvata citat i respektive artikel (första nivåns teman). I steg två arrangerades första nivåns teman om i flera steg tills de koncentrerats ner till mer komplexa och dynamiska sammansättningar och tydliga teman framkom (andra nivåns teman). I steg tre syntetiserades andra nivåns teman ytterligare genom att viktiga mönster och samband tolkades och sammanfördes vilket resulterade i tydliga allomfattande teman (tredje nivåns teman) (a.a.). Se figur 1.

Forskningsetiska avvägningar

De artiklar som inkluderats uppvisar etiskt godkännande från etisk kommitté enligt Helsinkideklarationen (2017). Helsinkideklarationen föreskriver etiska regler när det gäller forskning på människor. Omsorgen om patienten skall vara i centrum och varken samhällets eller vetenskapens intresse får vara överordnat patientens önskemål och välmående (a.a.). Vid bedömning av studier undersöktes det att deltagarna i studien har erhållit adekvat information, gett sitt samtycke och att etisk kommitté granskat samt godkänt studien (SBU, 2017). Det innebär att deltagarnas integritet har beaktats och att deltagandet i studien skett frivilligt samt att deras personliga data är anonym. Det innebär även att deltagarna har fått information om studien och även fått möjlighet att ta del av resultatet efter genomförd studie (a.a.).

Tredje nivåns tema

Skam och skuld
Övergiven av vårdpersonal
Fysiskt obehag och ingen lust
Relationsproblem

Andra nivåns tema

Har brist på kunskap
Skäms över att be om hjälp
Erbjuds ej adekvat hjälp
Saknar stöd
Ignorerad
Misstrodd
Avfärdad
Vårdpersonalen behöver bättre förståelse kring sexuell dysfunktion
Fysiska obehag
Saknar lust
Förlängd tid till orgasm
Kroppen sviktar
Skuldbelägger sig själv
Känner sig skyldig att ha vållat fram sin diabetes
Relationsproblem

Första nivåns tema

Känslan av skam som begränsar val och möjligheter att prata om sexuella problem
Läkare av samma kön underlättar samtal kring sexuella problem
Förminskning av problemet från vårdgivaren och otillräcklig tid på vårdmötet
Brist på information kring sexuell dysfunktion orsakad av diabetes
Skuld över att ha diabetes
Skam över lust och menstruation
Svårighet att ta upp ämnet sexualitet med sin partner/sjukvårdpersonal, upplever att det är tabu
Svårighet att få råd och skaffa hjälpmedel t.ex. glidmedel vid torrhet i slidan på grund av skam
Okunskap om torr slida beror på diabetes eller t.ex. menopaus
Känsla av otillräcklighet
Känsla av osynlighet och att sexuell dysfunktion är ett osynligt problem
Sex inte är så viktigt längre och minskad lust p.g.a. bl.a. lågt p-glukos
Sjukvårdpersonal ser på sexproblematiken endast som ett åldersproblem
Skam över att själv ha orsakat diabetes
Rädsla för hypoglykemi under samlaget
Svårighet att nå orgasm och samlag för partners skull trots smärta/dysfunktion
Oro inför att inleda ett förhållande på grund av sexuell dysfunktion
Diabetes har tagit över livet och skapat låg självkänsla
Övervikt och missnöje med sin kropp
Försämrat förtroende i förhållandet
Lusten ökar när blodsockernivå blivit bättre
Ökad trötthet vid högt blodsocker
Vaginala infektioner som kliar och bränner och vaginit efter samlag
Avundsjuk på andra som kan ha ett normalt sexliv
Okunskap om det är diabetes eller medicinen som orsakar sexuella problem
Sexuella dysfunktionen ses som "försvagning av kroppen"
Förlust av manlighet
Förlust av intimitet och kvalitet i förhållandet
Misstro och misstanke om otrohet från den andra partnern och önskar förståelse av partnern
Önskar att partnern ska förstå problemet och ge stöd
Brist på intresse och kunskap från vårdgivare att diskutera sexuella problem
Vill få psykologiskt stöd och inte mer medicin
Accepterar sina problem och söker ingen hjälp

Figur 1. Syntesprocessen för första, andra och tredje nivåns tema (SBU:s Handbok, 2017)

Resultat

De åtta studierna som resultatet baseras på finns sammanfattat i artikelmatris (se bilaga 2). Dessa beskrivs översiktligt avseende antal deltagare, vilket år och vilka länder där studierna har genomförts. De fyra teman som framkom av metasyntesen var *Skam och skuld*, *Övergiven av vårdpersonal*, *Fysiskt obehag och ingen lust* och *Relationsproblem*. Citat från artiklarna som är av betydelse för de teman som framkommit, redovisas i resultatet för att öka förståelsen av innebörder i temana.

Skam och skuld

Kvinnor upplevde att deras skamkänsla om att prata om sexuella problem påverkades av hur och om sexualitet varit ett ämne som diskuterats under uppväxten (Sakardi & Rosenqvist, 2003). Denna känsla av skam begränsade deltagarnas val och möjligheter till att prata om sina sexuella problem. Förutom att de skämdes att diskutera med sjukvårdspersonal om sexuell dysfunktion skämdes de även att diskutera det med sin partner. De upplevde även begränsningar i sina möjligheter att åtgärda sina sexuella problem, då de skämdes för att gå till apoteket och köpa glidmedel för att underlätta samlag (a.a.).

”Jag sitter här och funderar på hur många kvinnor i vår ålder som är tillräckligt modiga för att gå in på apoteket och börja diskutera glidmedel. Jag kan inte göra det, jag känner mig inte bekväm att göra det. Jag tar ett glidmedel när jag ser att det finns en självbetjäningshylla och använder det jag får tag på, men jag skulle aldrig våga stanna kvar och diskutera det...” – Kvinna, (Sakardi & Rosenqvist, 2003, s. 647).

Manliga deltagare refererade till den sexuella dysfunktionen som ”svagheten” som de skämdes över (Cooper et al., 2018). De beskrev hur detta problem berövade dem på deras maskulinitet och sänkte deras självförtroende och hotade deras identitet. En deltagare beskrev att han inte kunde prata med sin familj om sitt problem då han kände sig skamsen över detta och den enda utvägen som han såg var självmord (Coimbra & Teixeira, 2015). Det hade påverkat hans mentala tillstånd enormt och hans självkänsla var i botten (a.a.).

”Vi är inte riktiga män längre. Vi har blivit som barn eller vänner för våra fruar” – Man, (Cooper et al., 2018, s.7)

Kvinnor beskrev att de kände skuld inför att ha diabetes då de upplevde att det var deras eget fel att de fått diabetes på grund av dåligt leverne och på så vis indirekt själva var anledningen till sin sexuella dysfunktion (Sakardi & Rosenqvist, 2003). Vid svampinfektion i underlivet upplevde kvinnorna att förutom smärtan vid samlag uppstod det även en stark lukt som var genant för dem (LeMone, 1996).

Övergiven av vårdpersonal

Sexuella dysfunktioner är ofta förekommande bland personer med diabetes, men är sällan diskuterade med vårdpersonal (Rutte et al., 2016b). Gemensamt i studierna visade på att de upplevelser som deltagarna genomgått var känslor av missnöje och att vara övergiven av vårdpersonal (Sakardi & Rosenqvist, 2003; Sakardi & Rosenqvist, 2000; Rutte et al., 2016b). Olika faktorer uppgavs påverka om de vågade ta upp ämnet SD i vårdmötet som exempelvis läkarens ålder, kön och även vilken vårdpersonal de pratade med. Exempelvis föredrog vissa deltagare att prata med sin familjeläkare medan andra ansåg att det är diabetessjuksköterskan som har huvudansvaret. Begränsad tid vid läkarbesök sågs ytterligare som ett hinder att diskutera sexuella problem (a.a.).

Både män och kvinnor uppgav att de önskade att vårdpersonalen skulle inleda diskussionen om den sexuella dysfunktionen som kan uppstå i samband med diabetes, då det skulle underlätta för dem att prata om detta känsliga ämne (Cooper et al., 2018; Coimbra & Teixeira, 2015). De nämnde att vårdpersonalen inte informerar om att diabetes kan påverka sexlivet och inte ser det som centralt i diskussionen om diabetes, vilket ledde till att deltagarna var för generade för att ställa sina frågor. De få deltagare som vågade lyfta problemet med vårdpersonalen beskrev att responsen som de fick var så dålig att de avstod från att ta upp ämnet igen. Vårdpersonalen avvisade deras oro och förminskade deras problem utan att vara medvetna om att det skapade ytterligare oro och stress hos deltagarna. Dessutom kände deltagarna sig besvärliga och krävande till följd av vårdpersonalens reaktion och inställning

till detta ämne (a.a.). Vårdpersonalens misslyckande med att diskutera de sexuella problemen som personerna hade gav personerna en känsla av övergivenhet (Rutte et al., 2016b).

Kvinnliga deltagare uttryckte att det inte var viktigt att vårdpersonalen skulle vara sexologer eller experter, utan ville endast att de skulle lyssna på patienten utan att vara dömande samt avsätta tillräckligt med tid för detta möte (Coimbra & Teixeira, 2015). Deltagarna uttryckte att de i några enstaka fall blivit tillfrågade av sjuksköterskan gällande sexuell dysfunktion men på ett ytligt sätt, vilket inte uppfattades som tillräckligt (a.a.).

”Jag har delat mina problem med dem. Men...sjuksköterskan, hon sa endast 'titta på din hälsa. Du vet varför den där nere inte funkar. Du tar inte hand om dig själv. Om du hade tagit hand om din kropp, så hade ditt problem försvunnit” – Man (Cooper et al., 2018, s. 9).

”Jag ville diskutera med min familjeläkare eftersom jag hade problem. Familjeläkaren sa 'det är bara så det är'. Och sedan tänkte jag: det var inte därför jag bokade läkarbesöket” – Kvinna (Rutte et al., 2016b, s.333).

“Ända sedan jag började med mina mediciner för diabetes, har min relation med min man blivit värre, särskilt den sexuella biten som även har förstärkt ångesten mellan oss” – Kvinna (Erten et al., 2013 s. 999)

Det framkommer att det råder stor okunskap kring sambandet mellan diabetes och SD bland deltagarna (Rutte et al., 2016b). Både kvinnor och män uttryckte vikten att få prata med vårdpersonal kring sitt sexuella problem på grund av sin bristande kunskap kring sin situation. Deltagarna uttryckte hur det hade gått en lång tid innan de fick reda på att deras SD berodde på diabetes och inte enbart på deras stress och livsförhållanden, som de först trodde. Deltagarna förväntade sig att vårdpersonalen skulle ge dem information kring deras olika problem och ge dem stöd att hantera sin SD. Dessutom uppfattade deltagare att det rådde brist på kunskap från vårdpersonalens sida kring ämnet SD då de refererade deltagarna till fel specialist som kardiolog eller att de undvek att prata om ämnet. Istället för fysiologisk hjälp fick deltagarna endast läkemedel som de inte upplevde som hjälpsamma eftersom de var svåra att använda eller hade besvärliga biverkningar (a.a.).

Fysiskt obehag och ingen lust

Gemensamt för studierna var att kvinnorna beskrev kroppsliga förändringar som till exempel nedsatt lust, vilket minskade önskan av att ha samlag (LeMone, 1996; Sakardi & Rosenqvist, 2003; LeMone, 1993). Minskad vaginal lubrikation som orsakade smärta samt svårighet att genomföra samlag, sexuell spänning under samlaget och förlängd tid för orgasm. Kvinnor upplevde även stickningar, domningar och smärta i underlivet när de hade samlag (a.a.). Trötthet relaterad till obalans i sitt blodsocker upplevdes vara en orsak till nedsatt lust (LeMone, 1993; LeMone, 1996). Deltagarna i studierna beskrev den trötthet som medföljer diabetes, som ett stort problem vid sexuell aktivitet. De upplevde att de inte orkade delta i den sexuella akten eller att de är för trötta för att bry sig. Det framkom i studierna att oreglerat blodsocker upplevdes ge sämre sexuell lust och en ökad trötthet (a.a.).

Män upplevde förutom förändringar i erektionen även en brännande känsla i urinröret, vid samlag (LeMone, 1993; LeMone, 1996). De uttryckte även en oro för att få lågt blodsocker under samlaget och kunde därför inte tänka sig att starta en sexuell akt utan att kontrollera sitt blodsocker (a.a.). Detta var ett stressfullt moment för dem och därför valde de att avstå helt från att delta i en sexuell relation (Erten et al., 2013). Kvinnorna upplevde förutom minskad sexuell lust, att den vaginala smörjningen minskade vid oreglerat blodsocker (LeMone, 1993; LeMone, 1996). Den vaginala torrheten upplevde kvinnorna ha en negativ påverkan i sexlivet dels på grund av smärta, dels på grund av en förlängd tid för att uppnå orgasm (LeMone, 1996). I studie utförd av Cooper et al. (2018) uttryckte deltagarna att de önskade att fortsätta vara sexuellt aktiva även om det endast kunde ske på ett begränsat sätt och de uttryckte oro över att deras basala sexuella funktion var förlorad (a.a.). Manliga deltagare berättade att den sexuella lusten hade försvunnit och därför var det sexuella livet inte betydelsefullt i deras liv längre (Coimbra & Teixeira, 2015).

Jag avundas människor som fortfarande har sexuell lust. Jag saknar det. Jag känner mig sviken” – Man (LeMone, 1996, s.364).

”Jag känner ofta utmattning och ångest på grund av min sjukdom och jag vill inte inleda någon sexuell relation med min man” – Kvinna (Erten et al., 2013, s.999).

”Jag var i en relation vilken tog slut väldigt snabbt, eftersom jag har diabetes, är alltid torr [vagina], har ingen sexuell lust, ingenting” – Kvinna (Anne et al., 2016 s.329).

Relationsproblem

Ett väsentligt problem som deltagare hade var relationsproblem (Coimbra & Teixeira, 2015). De berättade att deras nuvarande relation med sin partner hade försämrats efter diabetesdiagnosen, speciellt på grund av den sexuella dysfunktionen som diagnosen innebar. De som inte hade en relation beskrev att det var svårt att gå in i en sådan på grund av sina problem (a.a.).

Manliga deltagare beskrev hur den sexuella dysfunktionen hade eskalerat från att vara ett problem i sovrummet till ett problem som påverkat hela hemmet (Cooper et al. 2018; Rutte et al., 2016b; Erten et al., 2013). På grund av att de manliga deltagarna inte kunde prestera i sovrummet, och var okunniga om anledningen till det, ledde det till att den kvinnliga partnern misstänkte otrohet. Detta bidrog i sin tur till att de manliga deltagarna oroade sig för att deras fru sökte sexuella kontakter med andra personer då de inte kunde få det behovet tillgodosett hemma. Dessa problem hotade relationen och skapade oro och stress hos deltagarna vilket i sin tur försämrade deras relation ytterligare (a.a.).

”Det skapar problem för mig och min fru. Hon tror jag har en sexuell relation med andra kvinnor...när min fru ser hur jag uppträder i sängen, säger hon saker som ”varför är du så svag? Har du blivit förtrollad av en annan kvinna? Har du haft sex med en annan kvinna? Tror du jag är korkad?” – Man, (Cooper et al. 2018, s. 8).

Deltagare förklarade att deras kvinnliga partner var den person som hjälpte dem med att ta sin medicin i tid, hade koll på deras kost och såg till att de motionerade för att hålla blodsockret i

schack (Cooper et al., 2018). Att förlora sin partner skulle då även innebära en direkt försämring av deras fysiska tillstånd, utöver det psykiska. Det beskrevs även som svårt och besvärligt att lyfta upp den sexuella dysfunktionen med sin partner och att det endast skulle förvärra situationen, vilket ledde till att de avstod från att prata om det. Det kunde bero på att deltagarna var för generade för att prata om det eller att partnern inte var intresserad att lyssna då de inte trodde på att det var diabetessjukdomen som orsakade denna dysfunktion. En deltagare uttryckte dock att hans partner var villig att lära sig mer kring dessa problem och följde med till kliniken där de fick information som ökade hennes förståelse samt bidrog till att deras relation förbättrades (a.a.).

Personer med diabetes och sexuell dysfunktion upplever och ser sig själv som annorlunda jämfört med andra (LeMone, 1993). Känslan av att vara annorlunda kan skapa en upplevelse av utanförskap och att personerna inte deltar aktivt i det dagliga livet som de borde. Detta kan leda till en känsla av ensamhet, sänkt självkänsla, förlust och skam (a.a.).

Diskussion

Metoddiskussion

Designen på denna studie var en systematisk litteraturstudie. Denna metod valdes då syftet med studien var att undersöka och skapa ökad förståelse för personers upplevelse av sexuell dysfunktion i samband med diabetes typ 2. Detta genomfördes genom att göra en systematisk litteraturstudie som sammanfattar forskningsresultat från andra studier (Willman & Stoltz, 2017). Förutom att det inte gjorts någon systematisk review på detta ämne tidigare så hade det kunnat medföra svårigheter att få tag i deltagare till en empirisk studie på grund av att sexuell dysfunktion är ett känsligt ämne att prata om. Då studien efterfrågar personers upplevelse valde författarna att utföra studien med en kvalitativ metod och endast kvalitativa studier inkluderades (SBU, 2017).

Olika databaser kan användas beroende på vilket syfte som litteraturstudien har (SBU, 2017). Databaserna i denna studie som inkluderats var PubMed, CINAHL och PsycInfo, då dessa är bland de största databaserna, vilket anses vara en styrka. Dock kan det vara en svaghet att relevanta studier som förekom i andra databaser exkluderades (a.a.).

Tillsammans med en bibliotekarie på Lunds universitet genomfördes en provsökning innan arbetet påbörjades vilket enligt SBU (2017) ger en styrka till arbetet. Det kunde då uppskattas om det fanns tillräckligt med material till en systematisk litteraturstudie och även vilka sökord som skulle kunna användas. Vid sökning av artiklar användes indexord och fördelen med detta är att ingen hänsyn behöver tas till synonymer eller stavningsvarianter då de ingår i indexordet. Nackdelen är dock att det kan bli för generellt mot det valda syftet eller frågeställningen (a.a.) En första sökning efter artiklar till studien gjordes under våren 2020. För att kontrollera så inga nya studier tillkommit i databaserna gjordes en uppdaterades sökning i september 2020 (SBU, 2017). Denna sökning gjordes med samma sökord och i samma databaser som använt tidigare. Denna uppdaterade sökning gav inga nya artiklar vilket innebär att vårt resultat förblev giltigt.

Avgränsningarna som gjordes i sökningarna var för att öka möjligheten till relevant data. I den första sökningen sattes en gräns där endast studier från de senaste 10 åren skulle inkluderas, men detta skapade svårigheter att finna studier som var relevanta för denna studie. Därför beslutade författarna att arbetet inte skulle ha en begränsning gällande publiceringsår för att inkludera så många relevanta studier som möjligt. Författarna valde att exkludera artiklar som jämförde skillnader eller likheter mellan diabetes typ 1 och diabetes typ 2 då vårt syfte endast rörde diabetes typ 2. Detta kan vara en svaghet då det var studier som valdes bort som eventuellt hade kunnat stärka resultatet.

Ytterligare en styrka är att studierna var utförda i flera olika länder, bland annat i Sverige, Turkiet, Sydafrika, Brasilien, Nederländerna och USA. Överförbarheten av de funna resultaten bör kunna generaliseras till den svenska sjukvården enligt SBU (2017) detta då resultatet har bedömts kunna göra upplevelserna från de olika studierna ekvivalenta (Mårtensson & Fridlund, 2017). Dessutom ökar trovärdigheten enligt SBU (2017) när

studierna utförts av olika forskare med personer från olika håll i världen och resultaten är likartade (a.a.).

Bedömning av de inkluderade studierna utfördes med hjälp av SBU:s *mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetod – patientupplevelser* (se bilaga 1). De inkluderade studierna nådde både medelhög och hög kvalitet vilket bedömdes som tillräckligt högt för att resultatet som genererades skulle anses vara pålitligt.

Resultatet i studien framkom genom att använda SBU:s fyra steg för syntes av kvalitativa studier, vilket bedömdes vara en bra process att följa (SBU, 2017). Resultatet i de inkluderade studierna lästes igenom flertalet gånger tills relevanta stycken för syftet kunde plockas ut för att kondenseras och färgkodas. Därefter arrangerades dessa teman om till dess att tydliga övergripande gemensamheter framkom. Hela processen resulterade i fyra huvudteman som författarna anser kan kopplas till studiens syfte.

Resultatdiskussion

Denna systematiska litteraturstudie sammanställde personers upplevelse av sexuell dysfunktion vid diabetes typ 2. De resultat som framkom visade framförallt på upplevelse av skam och skuld, upplevelse av att vara övergiven av vårdpersonal samt relationsproblem. Skam och skuld styrde både personens förmåga att söka hjälp för sexuell dysfunktion och att diskutera ämnet med andra människor som vårdpersonal och anhöriga. De känslor av skam och skuld som framkom i denna studies resultat skulle kunna leda till att personer med sexuell dysfunktion förblir tysta och fortsätter leva sitt liv utan ett fungerande samliv och därmed tappa en del av sin livskvalitet.

I resultatet framkom det att prata med sjukvårdspersonal upplevdes som svårt från två håll. Dels hur personen med sexuell dysfunktion skulle beröra och våga lyfta ämnet i kontakt med sjukvården, dels hur de skulle våga bemöta sjukvårdspersonal om de ställde frågor kring sexuell dysfunktion. För att kunna handleda och ge stöd via samtal bör sjuksköterskan ha god kunskap i samtalsmetodik och kommunikation (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). För att

hitta en öppning till att ta upp frågan om sexuell dysfunktion bör sjuksköterskan vara vaken på symtombild och små dolda meddelande om sexuell dysfunktion i samtalet med patienten då patienten ofta skäms och upplever svårighet att själv starta diskussion om sin sexuella dysfunktion (Hulter, 2012). Symtombilden kan vara upprepade svampinfektioner i underlivet som kan påverka den sexuella funktionen eller att patienten skämtar om sexuella hjälpmedel (Hulter, 2012; Agardh, 2005; Spolett, 1999). Hindren för att starta diskussionen om sexuell dysfunktion ligger hos behandlaren (Hulter, 2012). Det underlättar för patienten att prata om sexualitet ifall frågor som ställs är motiverade och kan väcka patientens intresse (a.a.). Spolett (1999) beskriver även i sin studie att personer med andra diabetesrelaterade komplikationer så som neuropati och/eller angiopati bör få frågan om sexuell dysfunktion då det är dessa komplikationer som främst påverkar den sexuella dysfunktionen fysiologiskt. Personer med sexuell dysfunktion bör även informeras om att det är vanligt förekommande och att de inte är ensamma om problemet (a.a.). Personer med sexuell dysfunktion bör remitteras vidare till specialister i sexologi för optimal behandling (Hulter, 2012; Edwards, 2013; Grandjean & Moran, 2007).

Enligt författarnas uppfattning och erfarenhet är det tveksamt hur ofta frågan om sexuell funktion ställs till framför allt äldre personer med diabetes typ 2 eller om det inom sjukvården bara tas för givet att äldre personer inte har sex. I dagsläget skaffar äldre människor sig en ny partner vid skilsmässor eller om deras partner går bort, i större utsträckning än tidigare. Detta kan påverka behovet av sex och samlevnad högre upp i åldrar som sjukvården bör ha kunskap och ökad förståelse för. I en studie utförd genom semistrukturerade intervjuer på 9 sjuksköterskor av Klaeson, Hovlin, Guvå & Kjellsdotter (2016) svarade majoriteten av sjuksköterskorna att de aldrig frågade äldre människor om de hade sex och tog för givet att de inte hade sex. I en annan studie som utförts av Ribeiro et al. (2014) där 50 allmänläkare deltog visade resultatet på att det endast var åtta stycken av dessa som aktivt frågade patienter om sexuell dysfunktion, vilket tyder på att personal behöver lyfta frågan om sexuell dysfunktion rutinmässigt inom vården.

I denna studies resultat framkom det även en känsla av skam över att behöva fråga om hjälp angående hjälpmedel vid sexuell dysfunktion. Tidigare fanns sexhjälpmedel endast tillgängligt på apoteket eller speciella butiker men i dagsläget finns det ett stort utbud av

webbutiker via Internet där det går att beställa hjälpmedel anonymt, vilket underlättar för de personer som skäms för att gå in på ett apotek och införskaffa dessa personligen över disk.

Resultatet i studien visade även på att personer med sexuell dysfunktion upplevde att det inte fanns tillräcklig tid avsatt för att lyfta diskussion om sexuell funktion i mötet med sjukvårdspersonal. I vården finns det begränsad tid avsedd för kontroll av diabetes vilket försvårar för både patient och personal då alla patienter har olika behov och olika upplevelser av sin diabetes. Virginia Henderson (1960) beskriver i sin teori hur sjuksköterskan bör bemöta patienter som individer och att hjälpen skall vara anpassad utifrån patientens förmåga, vilket enligt författarna kan vara svårt att leva upp till då tiden för mötet är begränsad. Utifrån författarnas erfarenhet upplevs tiden för besöket till personer med diabetes som för kort och att det saknas utrymme för att lyfta fram frågan om sexuell dysfunktion och även att det är önskvärt med mer utbildning kring sexuell dysfunktion. Detta bekräftas av Klaeson et al., (2016) där det visade sig att samtliga sjuksköterskor i studien upplevde att de hade både brist på tid och utbildning för att kunna bemöta sexuell hälsa i mötet med patienten (a.a.). Enligt Hulter (2012) kan sjukvårdspersonal hjälpa personer med sexuell dysfunktion genom att vara en aktiv lyssnare. Ibland kan det räcka med att lyssna på hur problemet, som beskrivs av personen med sexuell dysfunktion, då det i sig kan ge hjälp och lindring. Det förhållningsättet kan hjälpa personen med sexuell dysfunktion att förstå sitt problem tydligare samt själv komma på lösningar som personen inte tänkt på tidigare (a.a.). Detta samtal kan lägga grunden för vidare utredning (Brattberg och Hulter, 2010). Sjuksköterskan bör kunna skapa sig en tydligare bild av personens uppfattning av problemet och vilka fysiska och psykiska faktorer som drabbats, och utifrån denna information kunna ge adekvat och praktisk hjälp (a.a.).

Det framkom även relationsproblem i resultatet vilket författarna kan finna rimligt då det ligger nära till hands att känna sig besviken om ens partner inte svarar fysiskt vid sexuell kontakt. Detta kan leda till en känsla av att känna sig oattraktiv. Detta bekräftar Edwards (2013) i sin studie där han menar att det är lätt att partnern känner sig oälskad och oattraktiv (a.a.). Befinner sig personen med sexuell dysfunktion i en relation är det en fördel att involvera partnern i samtalet vilket kan öka partnern förståelse och insyn i problemet (Hulter, 2012; Edwards, 2013; Grandjean & Moran, 2007).

Enligt författarna till denna studie finns det ett behov av att införa ett samtalsinstrument i vården för att underlätta för vårdpersonal att ta upp känsliga ämnen som sexuell dysfunktion. Ett sådant instrument är PLISSIT (Rutte et al., 2015) där metoden bygger på ett antal steg som vårdgivaren kan använda sig av för att lyfta fram ett känsligt ämne så som diabetesrelaterad sexuell dysfunktion. Enligt metoden kan sjuksköterskan inleda samtalet genom att be om tillåtelse att prata med personen om dennes problem. Detta kan ske genom att till exempel informera patienten om att sjuksköterskan brukar ställa frågor till diabetespatienter om deras sexuella hälsa och därefter förhöra sig om det går bra att ställa frågor kring detta. Om personen är positiv kan sjuksköterskan ge en kort förklaring om sambandet mellan diabetes typ 2 och sexuell dysfunktion med hjälp av exempelvis broschyrer. Sjuksköterskan kan efter samtalet ge specifika förslag efter att ha samlat in information från personen angående deras sexuella historia och ålder. Dessa förslag kan vara information om vilka glidmedel som passar bäst och olika medicineringar vid sexuell dysfunktion som underlättar och förhindrar sexuella problem. Sjuksköterskan bör även veta när patientens behov överstiger sjuksköterskans kompetens och möjligheter. Det är då viktigt att patienten blir remitterad till en specialist, exempelvis sexolog, gynekolog eller psykolog. Dessa steg ska såklart appliceras på en individanpassad nivå då alla steg kanske inte behövs i mötet med varje person (a.a.).

Diabetes är en individuell sjukdom. Henderson (1964) förespråkar att möta varje individ utifrån deras förutsättningar. Det har skett en förändrad syn på sexualitet i samhället genom att det finns en ökad öppenhet att prata om sexuella problem. Detta borde underlätta för att möta personers behov av att diskutera sexuell dysfunktion. Det finns även ett ökat utbud med hjälpmedel idag som det inte fanns tillgång till förr vilket ger en god förutsättning att hitta rätt individuellt hjälpmedel till personer med sexuell dysfunktion. Det har forskats en del på den manliga dysfunktionen och diverse hjälpmedel har tagits fram för att erbjuda hjälp med erektionen (Agardh, 2005).

Det finns olika sorters tabletter, injektioner, salvor, ringar och implantat och stödjande samtal som skall vara till hjälp. Till kvinnor finns det stödjande samtal och glidmedel (a.a.). Författarna anser att även kvinnor borde vara behjälpta av medicinering för att öka blodtillförseln till slidan för att på så vis öka känsligheten i klitoris och även lubrikation. Vad

denna snedfördelning beror på bör vara ett framtida forskningsförslag, enligt författarna till denna studie.

Konklusion och implikationer

Denna studie visade på att sexuell dysfunktion är förknippat med skam- och skuldkänslor som gör det svårt att prata om problemet. Personer som är drabbade lider i det tysta, helt i onödan, då det finns hjälp att få. Att leva med en kronisk sjukdom är svårt i sig. Att dessutom drabbas av komplikationer som följd av den, som exempelvis sexuell dysfunktion, ger ett mer komplext behov av hjälp och stöd från vårdpersonal. Vården som bedrivs behöver bli mer individanpassad för att kunna hjälpa och bemöta dessa personer på bästa sätt. Vid samtal kring sexuell dysfunktion behöver en stabil relation byggas upp mellan personen med sexuell dysfunktion och sjukvårdspersonalen och det kan ta tid. Ett problem idag är att både läkare och sjuksköterskor ofta byter arbetsplats vilket resulterar i att det kan vara svårt att upprätthålla en kontinuitet och därmed en trygghet för personen med sexuell dysfunktion. Då sexuell hälsa ingår i människans grundläggande behov är det av största vikt att den lyfts fram och diskuteras på ett sätt som underlättar för personer med sexuell dysfunktion och att vårdpersonal inte känner sig generade över att prata om det och på så vis vågar att ta upp ämnet. Enligt författarna finns det ett behov av ökad kunskapen i samhället angående diabetes typ 2 och sexuell dysfunktion. Med ökad kunskap ökar förståelsen för problemet vilket kan leda till att personer med diabetesrelaterad sexuell dysfunktion kan erbjudas den hjälp som finns att tillgå och på så vis öka personens välmående och livskvalitet.

Referenser

Bak, E., Marcisz, C., Krzemińska, S., Dobrzyn-Matusiak, D., Foltyn, A. & Drosdzol-Cop, A., (2017). Relationships of sexual dysfunction with depression and acceptance of illness in women and men with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 1073-1088. doi: 10.3390/ijerph14091073

Berne C. (2018) Institutionen för medicinska vetenskaper Akademiska sjukhuset, Uppsala. Fritz T, Sickla Hälsocenter, Nacka. Endokrinologi kap. Diabetes mellitus. Läkemedelsboken 2018 (s.3). Hämtad 2019-12-21 från https://lakemedelsboken.se/kapitel/endokrinologi/diabetes_mellitus.html?id=k1_4#k1_4

Coimbra, L., & Teixeira, R. E. (2015). Sexuality perception on men with diabetes mellitus. *Cienc cuid saude* 14(1), 970-977. doi: 10.4025/ciencuidsaude.v14i1.17589

Cooper, S., Leon, N., Namadingo, H., Bobrow, K., & Farmer, J. A. (2018). My wife's mistrust. That's the saddest part of being a diabetic: A qualitative study of sexual well-being in men with type 2 diabetes in Sub-Saharan Africa. *PLoS ONE*, 13(9), 1-17. doi: 10.1371/journal.pone.0202413

Dhindsa, S., Prabhakar, S., Sethi, M., Bandyopadhyay, A., Chaudhuri, A. & Dandona, P. (2004). Frequent occurrence of hypogonadotropic hypogonadism in type 2 diabetes. *The journal of clinical endocrinology and metabolism*, 89(11), 5462-5468. doi: 10.1210/jc.2004-0804

Diabetesförbundet. (2016). Sex och diabetes. Hämtad 2019-12-22 från <https://www.diabetes.se/diabetes/leva/sex-och-graviditet/sex-och-diabetes/>

Diabetesförbundet. (2019). Hämtad 2020-01-14 från <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/diabetes-i-siffror/>

Edwards, D. (2013). Sexual health and dysfunction in men and women with diabetes. *Diabetes and Primary Care*, 12(6), 309-318. <https://web-b-ebshost-com.ludwig.lub.lu.se/ehost/detail/detail?vid=29&sid=0f96410d-6822-41ab-9e99-e312f78ad7ed%40pdc-v-sessmgr01&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVpZCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=c&AN=104134884>

Erten, K. Z., Zincir, H., Özkan, F., Selcuk, A., & Elmali F. (2013). Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life. *Journal of clinical nursing*, 23, 995-1004. doi: 10.1111/jocn.12273

Fink, P., & Rosendal, M. (2013). Kommunikation med personer som somatiserar. Fossum, B. (Red). *Kommunikation-samtal och bemötande inom vården*. (s. 399 - 415). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2017). Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur.

Grandjean, C., & Moran, B. (2007). The impact of Diabetes Mellitus on female sexual well-being. *Nursing clinics of Nothern America*, 42(4), 581-592. doi: [10.1016/j.cnur.2007.08.004](https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.08.004)

Henderson, V. (1960). *Basic principles of nursing care*. London, international Council of Nurses.

Henderson, V. (1964). *Nature of nursing*. University of Rochester School of Nursing.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod-från idé till examination inom omvårdnad*. (s.134) Lund: Studentlitteratur.

Hulter, B. (2012). Diabetes och sexualitet. K. Wikblad (red). *Omvårdnad vid diabetes*. Lund: Studentlitteratur

International Diabetes Federation (IDF), atlas 2019. Hämtad 2020-01-10 från

<https://www.diabetesatlas.org/en/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html>

Kapoor, A., Aldred, H., Clark, S., Channer, K., & Jones, T. (2007). Clinical and Biochemical Assessment of Hypogonadism in Men With Type 2 Diabetes: correlations with bioavailable testosterone and visceral adiposity. *Diabetes care* 30(4), 911-917. doi: 10.2337/dc06-1426

Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H., & Kjellsdotter, A. (2016). Sexual health in primary care – a qualitative study of nurses´ experiences. *Journal of clinical nursing*, 26, 1545-1554. doi: 10.1111/jocn.13454

Kristensson, J. (2018). Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. Stockholm: Natur & Kultur.

LeMone, P. (1996). The physical effects of diabetes on sexuality in women. *Diabetes Educator* 22(4), 361-366. doi: [10.1177/014572179602200409](https://doi.org/10.1177/014572179602200409)

LeMone, P. (1993). Human sexuality in adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of nursing scholarship* 25(2), 101-105. doi: [10.1111/j.1547-5069.1993.tb00764.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00764.x)

Maiorino, MI., Bellastella, G., & Esposito, K. (2014). Diabetes and sexual dysfunction: current perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 7, 95-105. doi: 10.2147/DMSO.S36455

Riberio, S., Alarcão, V., Simões, R., Miranda, FL., Carreira, M., Galvão-Teles, A. (2014). General practitioners procedures for sexual history taking and treating sexual dysfunction in primary care. *Journal of sexual medicine*, 11(2) 386-393. doi: 10.1111/jsm.12395

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. Kvalitativ design. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod-från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Rutherford, D., & Collier, A. (2005). Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Gynecological endocrinology*, 21(4), 189-192. doi: 10.1080/09513590400021110

Rutte, A., van Splunten, M., van der Heijden, A., Welschen, L., Elders, P., Dekker, J., Snoek, F., Enzlin, P. & Nijpels, G. (2016a). Prevalence and correlates of sexual dysfunction in men and women with type 2 diabetes. *Journal of sex & marital therapy*, 41(6), 680-690. doi: 10.1080/0092623X.2014.966399

Rutte, A., van Oppen, P., Nijpels, G., J. Snoek, F., Enzlin, P. & Leusink., P. (2015). Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Family practice*, 16(69), s.1-9. doi: 10.1186/s12875-015-0283-0

Rutte, A., Welschen M.C. L., Splunter, V. M.I. M., & Schalwijk, A.H. A. (2016b). Type 2 diabetes patients' needs and preferences for care concerning sexual problems: A cross-sectional survey and qualitative interviews. *Journal of sex & marital therapy*, 42(4), 324-337. doi: 10.1080/0092623X.2015.1033578

Sarkadi, A., & Rosenqvist, U. (2001). Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts. *Family practice*, 18(2), 161-166. doi: 10.1093/fampra/18.2.161

Sarkadi, A., & Rosenqvist, U. (2003). Intimacy and women with type 2 diabetes: an exploratory study using focus group interviews. *Diabetes Educator*, 29(4), 641-652. doi: 10.1177/014572170302900410.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. En handbok om systematiska litteraturstudier. (SBU); 2017. Hämtad 2020-01-21. <https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Seftel, AD., Vaziri, ND., Ni, Z., Razmjouei, K., Fogarty, J., Hampel, N., Polak, J, Wang, RZ, Ferguson, K., Block, C., & Haas, C. (1997). Advanced glycation end products in human penis: elevation in diabetic tissue, site of deposition, and possible effect through iNOS or eNOS. *Urology*, 50(6), 1016-1026. doi: 10.1016/S0090-4295(97)00512-8

Shore, L.M., Tetrick, L.E., Lynch, P., & Barksdale, K. (2006). Social and Economic Exchange: Construct Development and Validation. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(4), 837-867. doi: org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.0021-9029.2006.00046.x

Spollett, G. (1999). Assessment and management of erectile dysfunction in men with diabetes. *The diabetes educator*, 25(1), 65-73. doi: 10.1177/014572179902500109

Svensk sjuksköterskeförening. (2016) *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2 januari, 2020, från svensk sjuksköterskeförening. https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Willman, A. & Stoltz, P. (2017). Metasyntes. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod-från idé till examination inom omvårdnad*. (s.399) Lund: Studentlitteratur.

World medical association. (2017). *WMA declaration of Helsinki- ethical principles for medical research involving human objects*. Helsinki, Finland.

Yildiz, Y., & P Bölüktas, R. (2015). Evaluation of Sexual Dysfunction in Males with Diabetes. *Sexuality and disability*, 33(1), 187-205. doi: org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s11195-015-9397-5

Rensa formuläret

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

VERSION 2012:1.4

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studie kvaliteten:

Hög Medelhög Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):				
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är kontexten tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Finns relevant etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (urval, patientkarakteristika, kontext etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamätnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (datainsamling, datamätnad etc):				
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

Bilaga 2 (2)

Tabell 2. Sammanställning av inkluderade studier med kvalitetsbedömning

Författare Titel, Land, År	Syfte	Urval och insamlingsmetod av data	Genomförande och analys	Resultat	Kvalitet
LeMone Human sexuality in adults with insulin- dependent diabetes mellitus USA, 1993.	Att utforska personers sexualitet hos vuxna med insulinberoende diabetes	Enskilda intervjuer med öppna frågortill män och kvinnor med insulinbehandlad diabetes 11 deltagare	Grounded theory	Personerna upplevde en förändring i sexualiteten. Förändringar i självbilden. Upplevelse av att vara annorlunda och upplevelsen av förlust. Bibehållen kontroll. Möta behovet av intimitet.	Medel
Sarkadi, Rosenqvist Intimacy and women with type 2 diabetes: A exploratory story using focus group interviews Sverige, 2003	Att utforska om det fanns ett förhållande mellan intimitet och diabetes och hur det uppfattades av kvinnor med diabetes 2	Gruppintervjuer med öppna frågor inklusive frågeformulär 37 kvinnor	Beskrivande intervjustudie.	Svårighet att diskutera sexuell dysfunktion med andra. Osäkerhet varför det uppstått sexuell dysfunktion Upplevelse av negligering av problemet i sjukvården. Tveksamhet över att berätta om sin diabetes	Hög

Fortsättning.

Författare Titel, Land, År	Syfte	Urval och insamlingsmetod av data	Genomförande och analys	Resultat	Kvalitet
LeMone The physical effects of diabetes on sexuality in women USA, 1996	Beskriva kroppsliga effekter diabetes har på kvinnor beroende på om de har insulinbehandling eller ej	Semistrukturerade enskilda intervjuer 20 kvinnor	Tematisk kodning	Vaginal och sexuell påverkan som påverkar kvinnors intresse för och möjlighet att ha sex	Medel
Sakardi, Rosenqvist Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primarycare contacts Sverige, 2001	Utforska effekterna på kvinnlighet och intimitet vid diabetes typ 2 och undersöka om kvinnor önskade medicin för sina sexuella störningar	Gruppintervjuer och separat frågeformulär 33 deltagare	Etnografisk studie	Egenskaper hos personen med diabetes och sexuell störning påverkar viljan av att prata med en läkare om det.	Medel

Fortsättning

Författare Titel, Land, År	Syfte	Urval och insamlingsmetod av data	Genomförande och analys	Resultat	Kvalitet
<p>Rutte, Welschen, van Splunter, Schalkwijk, de Vries, Sneek, Enzlin, Nijpels, Elders</p> <p>Type 2 diabetes patient´s needs and preferences for care concerning sexual problems: A cross-sectional survey and qualitative <i>interviews</i></p> <p><i>Nederländerna, 2016</i></p>	<p>Undersöka behoven samt preferenserna för vård som rör sexuella problem hos både män och kvinnor med typ 2 DM.</p>	<p>Kvalitativa semistrukturerade intervjuer</p> <p>26 deltagare</p>	<p>Tvärsnittsstudie</p>	<p>Sexuella problem, missnöje med vården, brist på kunskap gällande sexuell dysfunktion orsakad av diabetes</p>	<p>Hög</p>
<p>Coimbra, Teixeira</p> <p>Sexuality perception on men with diabetes mellitus</p> <p>Brasilien, 2015</p>	<p>Undersöka och beskriva uppfattningen som män med diabetes typ 2 har gällande deras sexuella liv samt syn på vården gällande detta problem</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor</p> <p>8 män</p>	<p>Beskrivande litteraturstudie</p>	<p>Nedsatt sexuell funktion, nedsatt lust, relationsproblem samt känsla av övergivenhet av vården</p>	<p>Medel</p>

Fortsättning

Författare Titel, Land, År	Syfte	Urval och insamlingsmetod av data	Genomförande och analys	Resultat	Kvalitet
Cooper, Leon, Namadingo, Bobrow, Farmer My wife's mistrust. That's the saddest part of being a diabetic. A qualitative study of sexual well-being in men with type 2 diabetes in sub-Sahara Africa Afrika, 2018	Undersöka upplevelser och erfarenheter av sexuell funktion och sexuellt välbefinnande hos män med diabetes typ 2.	Gruppdiskussioner och enskilda intervjuer 47 män	Beskrivande studie med induktiv ansats	Förlust av manlighet, försvagning av kroppen, relationsproblem, brist på stöd från vårdpersonal, sexuell dysfunktion sedd som ett osynligt problem	Hög
Erten, Zincir, Ozkan, Selcuk, Elmali Sexual Lives of Women with Diabetes Mellitus (Type 2) and Impact of Culture on Solution for problems Related to Sexual life Turkiet, 2013	Undersöka det sexuella livet hos kvinnor med diabetes typ 2 samt kulturens inverkan.	Semistrukturerade enskilda intervjuer 38 kvinnor	Beskrivande kvalitativ studie	Smärta vid samlag, minskad sex-lust, relationsproblem	Medel

