



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PÅVERKANSAFAKTORER OCH UPPLEVELSER AV SEXUELL HÄLSA, VÄLBEFINNADE OCH LIVSKVALITET HOS PATIENTER SOM BEHANDLAS MED HEMODIALYS

Författare: Marianne Carlberg

Lena Rentorp

Examensarbete:	15 högskolepoäng
Fristående kurs:	OM 5120
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2015
Handledare:	Margareta Sköld
Examinator:	Lars-Olof Persson Institutionen för Vårdvetenskap

Titel (svenska)	Påverkansfaktorer och upplevelser av sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalitet hos patienter som behandlas med hemodialys
Titel (engelska)	Experience and influencing factors on sexual health, well-being and quality of life in patients on hemodialysis
Examensarbete:	15 h högskolepoäng
Fristående kurs:	OM 5120
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2015
Författare	Marianne Carlberg och Lena Rentorp
Handledare:	Margareta Sköld
Examinator:	Lars-Olof Persson
Nyckelord:	Hemodialysis, sexual dysfunction, quality of life, experience, well-being och sexual health.

Sammanfattning:

Bakgrund: Att vara njursjuk och starta dialysbehandling blir för många en stor livsomställning som kan utlösa olika krisreaktioner. Bundenheten är central för hemodialyspatienter då behandlingen tar minst fyra timmar, tre gånger i veckan. Nedsatt njurfunktion ger hormonell påverkan som testosteronsänkning och prolaktinstegring vilket leder till nedsatt sexuell lust och förmåga. **Syfte:** Syftet med litteraturöversikten är att belysa hur patienter som behandlas med hemodialys upplever att sjukdomen påverkar sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalitet. **Metod:** Litteraturöversikt av 10 artiklar; två kvalitativa och åtta kvantitativa. Artiklarna kom från sökningar i databaserna Cinahl, Scopus och PubMed med sökorden: hemodialysis, sexual dysfunction, quality of life, experience, well-being och sexual health. **Resultat:** Resultatet visar att patientens välbefinnande, livskvalitet och sexuell hälsa påverkas av njursjukdom och hemodialysbehandling. Faktorer som påverkar livskvaliteten och välbefinnandet var upplevelser av begränsningar i dagligt liv, kroppförändringar, påverkan på självkänslan och psykisk hälsa. Många som behandlas med hemodialys upplever sexuell ohälsa och det är få personer som har diskuterat sin sexuella ohälsa med sjukvårdspersonal och ännu färre har fått någon behandling. **Slutsatser:** Patienter som behandlas med hemodialys upplever att sjukdomen påverkar sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalitet negativt och att vården brister betänkligt i utbildning och behandling. Vi ser ett stort behov av att stärka sjuksköterskans kunskaper kring sexuell ohälsa för tillgodose patientens rätt till information och utbildning.

Förord

Ett särskilt stort och varmt tack vill vi ge till vår handledare Margareta Sköld som med sina synpunkter och sitt stora engagemang uppmuntrat oss i vårt arbete med att slutföra uppsatsen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	2
NJURSVIKT	2
Symtom vid njursvikt.....	2
Behandling av njursvikt.....	2
Njursvikt och sexuell hälsa.....	3
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVAR, PATIENTENS STÄLLNING, INFORMATION OCH DELAKTIGHET	4
Personcentrerad hälso- och sjukvård.....	5
HÄLSA, BEGREPP OCH PERSPEKTIV	6
Perspektiv på hälsa.....	6
VÄLBEFINNANDE OCH LIVSKVALITET.....	7
HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE	8
Omvårdnadsteoretiska perspektiv.....	8
Kroppen i hälsa och lidande.....	8
SEXUALITET OCH SEXUELL HÄLSA	9
PROBLEMFÖRMULERING.....	10
SYFTE.....	10
METOD.....	10
ANALYS	11
RESULTAT.....	12
VÄLBEFINNANDE, LIVSKVALITET	12
Upplevelse av begränsningar i dagligt liv.....	12
Trötthet och begränsad rörlighet.....	12
Påverkan på självkänslan.....	12
Upplevelse av kroppsförändringar.....	13
Psykologiska symtom och påverkan på psykisk hälsa.....	13
SEXUELL HÄLSA	14
Påverkansfaktorer relaterat till kvinnors sexuella hälsa.....	14
Påverkansfaktorer relaterat till mäns sexuella hälsa.....	14
Påverkan på sexuell aktivitet hos kvinnor och män.....	15
Utbildning som påverkansfaktor.....	15
DISKUSSION.....	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	17
Påverkansfaktorer på välbefinnande och livskvalitet.....	17
Besvärande symtom.....	18

Psykologiska symtom och påverkan på psykisk hälsa.....	19
Påverkansfaktorer på sexuell hälsa och sexuell aktivitet.....	20
Genus- och kulturperspektiv på sexuell hälsa.....	21
Information och utbildning	22
SLUTSATS	23
REFERENSLISTA	24
Bilaga 1. Fyra olika hälsopositioner.....	27
Bilaga 2. Sökschema	28
Bilaga 3. Artikelpresentation	33
Bilaga 4. Bedömningsinstrument	37
Bilaga 5. Mindmapping.....	38

INLEDNING

Som sjuksköterskor med många års erfarenhet av arbete på dialysmottagning vet vi att för många patienter som påbörjar dialysbehandling blir det en stor livsomställning och att dialysstarten kan utlösa olika krisreaktioner. Att leva med en kronisk sjukdom och vara beroende av livsuppehållande behandling kan leda till omfattande psykosociala konsekvenser för patienten och för de som inte är aktuella för njurtransplantation är dialysbehandlingen livslång. Sjukdomens konsekvenser är många och påverkar livet på flera olika sätt. Att behandlas med hemodialys tre gånger i veckan minst fyra timmar samt taxiresor till och från bostaden tar en stor del av patientens tid och leder även till begränsningar, oro och ångslan i familjens vardagsliv. Patienter som är beroende av hemodialysbehandling utsätts för många olika stressfaktorer som mat- och vätskerestriktioner, ändrat kroppsutseende, sexuella problem, begränsningar i livet, frekventa sjukhusvistelser, arbetslöshet eller långa sjukskrivningar, osäkerhet om framtiden, ökat beroende, trötthet och sömnproblem vilket ofta leder till försämrad livskvalitet (Gerogianni & Babatsikou, 2013).

Dialysmottagning på Sahlgrenska universitetssjukhuset Mölndal har ett utbildningsmaterial där sjuksköterskan individuellt anpassar och utbildar patienten efter dialysstart. Målet med utbildningen är att öka kunskapen hos patienten om sjukdomen och dess behandling för att underlätta anpassningen till de livsstilsförändringar som följer med dialysbehandling samt att stärka patientens egenvårdsförmåga. Utbildningsmaterialet består av olika kapitel som innefattar allt från den friska njurens funktion, symtom vid njursvikt, dialysbehandling, kost, vätskebalansen och komplikationer under dialysbehandling. Ett av kapitlen handlar om sexualitet och samliv där orsaker och behandlingsmöjligheter tas upp.

En studie har visat att sexuell ohälsa är vanligt hos hemodialyspatienter. Lew-Starowicz & Gellert, (2009) multicenterstudie i Polen visade att hemodialyspatienter i mycket mindre utsträckning var sexuellt aktiva i jämförelse med den åldersmatchade kontrollgruppen. Studien innefattade allt från sexuell lust, funktion och förmåga, till oro, depression och livskvalitet. Den vanligaste sexuella dysfunktionen var minskad sexlust som sågs hos övervägande delen av männen och hälften av kvinnorna. Studien visade att de flesta patienterna som fullföljde studien aldrig hade blivit tillfrågade om sin sexuella hälsa och följaktligen inte heller fått någon behandling för sexuella besvär. Flertalet av patienterna upplevde även depressiva besvär till skillnad från ett fåtal i kontrollgruppen och patienterna i undersökningen skattade sin livskvalitet lågt (Lew-Starowicz et al., 2009).

Denna studie väckte frågan om huruvida hemodialyspatienter på Mölndals sjukhus blivit utbildade eller informerade av sin sjuksköterska om eventuell sexuell ohälsa relaterat till njursjukdomen. Efter genomgång av patienternas utbildningsplaner på dialysmottagningen visade det sig att långt ifrån alla patienter blivit tillfrågade om sin sexuella hälsa och därmed inte heller fått någon chans till utbildning och behandling. Anledningarna är säkert skiftande. Ibland saknas det tid och möjlighet då hemodialysbehandling oftast sker på stora salar med många patienter och personal

närvarande. En del sjuksköterskor kanske anser att det är svårt att samtala om sexualitet med antagande om att patienterna är för sjuka eller för gamla för att vara sexuellt aktiva, men troligtvis saknas kunskap om att sexuell ohälsa är vanligt hos hemodialyspatienter. Trots att det i Sverige finns en lång tradition av sexualundervisning och välutbildade sjuksköterskor så är patientutbildningen i sexuell hälsa eftersatt. Sexuallivet är privat och människor med sexuella problem vittnar sällan om sitt lidande. Det är en tyst grupp som inte för sin talan i öppen debatt för bättre vård och behandling (Sundbäck, 2013).

BAKGRUND

NJURSVIKT

Den aktiva behandlingen av patienter med njursvikt har ökat sedan behandlingsmöjligheterna för njursjuka etablerades på 1960-talet och den sista december 2013 var 9051 patienter i någon form av behandling. 5194 med ett fungerande njurtransplantat, 3024 i hemodialys och 833 med peritonealdialysbehandling enligt svenskt njurregister (SNR, 2014). Prevalenstalet är 938 per miljoner innevånare, medelåldern är 59 år och könsfördelningen är 2/3 män och 1/3 kvinnor. Glomerulonefrit är den vanligaste diagnosen bland patienter i aktiv uremivård men diabetesnefropati är den vanligaste diagnosen bland patienter som nu startar med behandling. Den årliga mortaliteten för transplanterade patienter är 2,5 % och för dialyspatienter 20 % och det är kardiovaskulära dödsorsaker som dominerar (SNR, 2014).

Symtom vid njursvikt

De första symtomen vid njursvikt kommer smygande och sjukdomen utvecklas ofta gradvis under en längre tid vilket gör att patienterna kan vänja sig vid symtomen. Njurarna har en stor reservkapacitet och det är när glomerulusfiltrationen (GFR) har minskat till ungefär en fjärdedel som symtomen blir påtagliga. Det vanligaste symtomet vid njursvikt är trötthet och det är en trötthet som inte sömn hjälper mot. Patienten kan uppleva en mental trötthet med bristande intellektuell och kognitiv kapacitet och initiativlöshet. Andra vanliga symtom är nedsatt aptit, smakförändringar och illamående vilket kan leda till viktminskning. Besvärande symtom från huden är vanligt som klåda, torr hud, förändrad pigmentering och en del patienter utsöndrar en speciell doft – ”uremidoft” (Nyberg & Jönsson, 2004). Det är inte ovanligt att den sexuella lusten och funktion minskar på grund av njursjukdomen (Hulter, 2004).

Behandling av njursvikt

Vanligast är att patienter med njursjukdom behandlas på njurmedicinsk mottagning under lång tid men akut insjuknande förekommer. Målet med njursviktsbehandlingen är att minska progressen av njurfunktionsnedsättningen, minska komplikationerna till njurinsufficiensen och förebygga eller lindra uremiska symtom. Stor vikt läggs vid att förbereda och utbilda patienten för de behandlingsval som finns så att patienten hinner ta till sig informationen, bearbeta den och i samråd med sin läkare göra ett aktivt val av de behandlingsalternativ som kan fungera i vardagslivet. När

njurfunktionen har sjunkit till ett GFR på cirka 5-10 ml/min behöver dialysbehandling startas (Nyberg & Jönsson, 2004). Dialys innebär att på konstgjord väg rena blodet från slaggprodukter och ta bort eventuellt överflödigt kroppsvatten som vid normal njurfunktion lämnar kroppen i form av urin. Dialys botar inte kronisk njursvikt utan ersätter delvis det funktionsbortfall som följer med njursvikten. Det finns två olika former av dialys, bloddialys (hemodialys) och PD (peritonealdialys).

Vid behandling med peritonealdialys används den egna bukhinnan som filter. Blodkärlet i bukhinnan har små hål, porer, som restprodukter och vätska kan passera igenom. Via en inopererad plastslang gjord av silikon fylls bukhålan med ungefär två liter dialysvätska som drar till sig de ämnen från blodet som i vanliga fall kommer ut med urinen när man har friska njurar. Patienterna har dialysvätska i buken som byts ut flera gånger om dagen, eller under natten med en dialysmaskin, så kallad PD-maskin. De flesta sköter sin dialysbehandling själva i hemmet efter att ha fått utbildning och träning. De patienter som väljer PD har möjlighet att anpassa behandlingen till sitt liv med jobb och fritid (1177 Vårdguiden, 2014).

Bloddialys innebär att man med hjälp av ett dialysfilter "den konstgjorda njuren" och en dialysmaskin renar blodet från slaggprodukter och avlägsnar eventuellt överflödigt kroppsvatten. Vid dialysbehandlingen leds blodet med hjälp av en pump på dialysmaskinen till dialysfiltret där reningen sker. Hemodialysbehandling sker för de flesta på en dialysmottagning. Behandlingstiden är beroende av kroppsstorleken och njurarnas restfunktion men en vanlig dialysdos är 4-5 timmar tre gånger i veckan. De flesta som påbörjar dialysbehandling har bestående njurskador och behöver dialys resten av livet eller tills de kan bli njurtransplanterade. Det blir allt vanligare att man utför behandlingen själv, antingen på en dialysmottagning eller i sitt hem. Då har man större möjlighet att påverka vilken tid dialysbehandlingen ska utföras, vilket kan göra att man känner sig mindre låst. Inför hemhemodialys utbildas patienten på dialysmottagningen av specialutbildade sjuksköterskor tills man är trygg och kan sköta sin egen behandling. Det innebär att patienten tar eget ansvar för sin behandling, vilket stärker individen och ger ökad livskvalitet (1177 Vårdguiden, 2014).

Vid en njurtransplantation opereras en ny njure in och ersätter de egna som inte längre fungerar. Transplantation kan genomföras med en njure från en levande eller avliden donator. Om ingen levande donator finns ställs patienten på väntelista för en njure från en avliden donator. Även om resultaten efter njurtransplantation är goda är det inte en riskfri behandling och det är ofta andra sjukdomar eller hög ålder som gör att risken blir för stor och därför kan inte alla bli aktuella för transplantation (1177 Vårdguiden, 2014).

Njursvikt och sexuell hälsa

Nedsatt njurfunktion ger hormonell påverkan som testosteronsänkning och prolaktinstegring som leder till nedsatt lust och förmåga. Anemi, perifer neuropati och perifer kärlsjukdom liksom läkemedelsbiverkan kan bidra till hämmad sexuell

funktion (Hulter, 2004). Fenomenet ses hos både kvinnor och män. Sexuella problem hos hemodialyspatienter kan ha både fysiska och psykiska orsaker som uremisjukdomen, fatigue, hyperparatyroidism, metabolisk störning, depression och ångest och ändrat kroppsutseende (Gerogianni & Babatsikou, 2013). Kvinnor upphör oftast att menstruera, reproduktionen påverkas och kvinnor avråds från graviditet under dialysbehandling (Hulter, 2004).

En faktor vid sexuella problem är om tillståndet är primärt eller sekundärt dvs. har uppkommit hos en person som tidigare fungerat normalt. Beror problemet på kronisk sjukdom som njursvikt, diabetes, arterioskleros eller läkemedel är problemet i regel sekundärt. Vanliga problem är lust och upphetsningsproblematik, erektionsproblematik, smärtproblematik, ejakulation och orgasmproblematik. Som njursjuk kan patienten drabbas av en försämrad självbild då kroppens utseende förändras av sjukdom och behandling som exempelvis ödem, dialyskatetrar, viktuppgång, ärr, torr och pigmenterad hud. Det är smärtsamt att inte få behålla sina kroppsfunktioner och sitt utseende. Negativa tankar om sitt utseende, sin ork och känslor av otillräcklighet gentemot sin partner kan bidra till försämrad lust till samliv. Starka känslor av meningslöshet, maktlöshet, smärta, sorg och orättvisa kan upplevas då människan drabbas av en kronisk sjukdom (Njurförbundet, 2008).

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVAR, PATIENTENS STÄLLNING, INFORMATION OCH DELAKTIGHET

Målet med hälso- och sjukvården är att ge en god hälsa, vård på lika villkor som ges med respekt för allas lika värde och för den enskildes värdighet. För att säkerställa kvaliteten i vården finns lagtexter, etiska koder, olika riktlinjer och publikationer från Socialstyrelsen att förhålla sig till. Enligt patientlagen (SFS: 2014:821) ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Lagens syfte är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Enligt lagen skall patienten få information om sitt hälsotillstånd, vilka metoder som finns för undersökning, vård och behandling. Information ska vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Har mottagaren önskan om att avstå från information ska detta respekteras och den som ger information ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen (SFS: 2014:821).

I regeringens proposition (1998/99:4) för stärkt patientinflytande beskrivs begreppet individuellt anpassad, som att information skall förmedlas utifrån varje patients förutsättning och förmåga att ta emot information. I etisk kod för sjuksköterskor ICN:s (svensk sjuksköterskeförening, 2014), har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden. Främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande.

I kompetensbeskrivning för sjuksköterskor skall sjuksköterskan ha förmåga att tillvarata det friska hos patienten och tillgodose patientens basala och specifika

omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga. Sjuksköterskan skall uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt det är möjligt lindra genom adekvata åtgärder. Omvårdnadens syfte är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, minska lidandet samt att ge möjlighet till en värdig död (Socialstyrelsen, 2005).

2012 presenterades en rapport (Vårdanalys, 2012) där en internationell jämförelse gjorts. I rapporten framkommer att svenska patienter upplever att vården inte ägnar tillräckligt med tid för patienterna, inte lägger fram olika behandlingsalternativ, att det inte ges möjlighet att ställa frågor och att patienter inte känner till vad lagstiftningen innebär. Patienter upplever att de inte blir engagerade av sin läkare i beslut kring den egna hälsan och vården jämfört med patienter i andra länder. Rapporten beskriver också att den svenska vården ofta brister i information om läkemedelsbiverkan och varningssignaler som patienten skall vara uppmärksam på. De patienter som var mer aktiva och ville vara delaktiga ansåg att de fick för lite tillgång till information, utbildning och stöd. Den information som förmedlades om risker mellan olika behandlingsalternativ var inte tillräcklig för att patienterna skulle kunna fatta genomtänkta beslut. En anledning till detta skulle enligt rapporten kunna vara en paternalistisk tradition i en vårdrelation (Vårdanalys, 2012).

I Socialstyrelsens publikation (2012) *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* menas att varje individ är expert på sin upplevelse av ohälsa och har den bästa kännedomen om sin kropp och sin situation. För patienten uppstår ett beroende av andras kompetenser för att kunna bli delaktig och utöva sin självbestämmanderätt. I vårdkontakten har patienten expertkunskap om sina symtom och vårdpersonalen har den professionella kunskapen. Det blir därför viktigt att genom en individuellt anpassad information, förmedla kunskap, förståelse och insikt om hälsotillståndet och därmed ge möjlighet för patienten att medverka i vården. Denna kommunikation måste få ta tid, fyllas på och förtydligas under vårdperioden (Socialstyrelsen, 2012).

Personcentrerad hälso- och sjukvård

Att arbeta personcentrerat innebär att vården och patienten tar ett gemensamt ansvar för att planera vården. Patienten är expert på sin sjukdom, men är beroende av andras kompetens och resurser, både på grund av sin oro och sitt underläge i fråga om kunskap och möjligheten att påverka. Med personfokuserad hälso- och sjukvård förmedlas information genom en dialog mellan patienten och vården. Detta har den största potentialen för god omvårdnad och finns i mötet mellan vårdpersonal och patient. Sjuksköterskans uppgift är att förstå patientens livsvärden i relation till hälsa och de faktorer som bidrar till hälsa. Denna kommunikation måste få ta tid, vilket betyder att den måste fyllas på, förtydligas, upprepas och följas upp. Genom att tillvarata patientens egna resurser, se det friska, tro på patientens upplevelse om den egna förmågan samt att respektera patientens egna värderingar åstadkomma en bättre och säkrare vård. Alla har rätt att själv bedöma vad hälsa innebär relaterat till uppsatta mål i livet. Delaktighet innebär att ha tilltro, att förstå och att ha kontroll (Socialstyrelsen, 2005).

HÄLSA, BEGREPP OCH PERSPEKTIV

Hälsa är ett mångfasetterat begrepp med många olika innebörder och perspektiv. Många vetenskapsmän, författare och filosofer har definierat ordet hälsa. Idag betraktas hälsa som ett relativt begrepp eftersom innebörden kan variera utifrån kulturell tillhörighet, människosyn, klasstillhörighet och historisk tid. Hälsa kan beskrivas som ett tillstånd, en process, ett resultat, ett mål, ett medel eller som ett lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Ordet hälsa kommer från fornsvenskans *hælsa*, bildning till *hel*, *hæl* ”lycka”, ett ord besläktat med *hel* (Nationalencyklopedin, 2015). I svenska akademins ordbok förklaras hälsa som ett tillstånd hos en organism som kännetecknas av att alla dess organ fungerar på ett fullt tillfredsställande sätt, att *vara vid hälsa*, vara fullt frisk (Svenska akademins ordbok, 2009). Platon skriver redan på 300-talet f. Kr. att en förutsättning för att uppnå hälsa är att personligheternas olika sidor är i balans med varandra. Enligt läkekonstens fader Hippokrates (460 f. Kr.) definieras hälsa som att det finns ett jämviktsförhållande där kroppens organ fungerar i harmonisk fullkomlighet, anpassade till varandra och yttervärlden.

Hippokrates menade att människan består av fyra delar; blod, slem, gul galla och svart galla och att dessa vätskor är grunden till hälsa och sjukdom. Drabbas människan av sjukdom rubbas denna harmoniska fullkomlighet (Brülde, 2003). Världshälsoorganisationen (WHO) definierar 1948 hälsa som:

”ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara en frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning” (WHO, 1948).

WHO (2014) utökar definitionen 1986 med att människan måste förstå sina önskemål för att kunna tillfredsställa sina behov och kunna göra någon förändring. Denna definition belyser hälsa mer som en resurs i livet, inte som ett mål.

Perspektiv på hälsa

Innebörden av hälsa har förändrats över tid. Historiskt har utgångspunkten främst haft ett naturvetenskapligt perspektiv där grundsynen varit att undvika sjukdom och död. I litteraturen delas begreppet hälsa upp i två perspektiv, den medicinska biologiska och den humanistiska inriktningen. I den medicinska och biologiska inriktningen anses hälsa vara frånvaro av sjukdom, ett kliniskt status och en motsats till sjukdom som skall botas. Genom att diagnostisera och bota återställs hälsan. Detta synsätt kan problematiseras då personer som mår dåligt men inte har någon sjukdom rent medicinskt inte är sjuka, medan personer som har sjukdom, exempelvis högt blodtryck, men känner sig friska, klassificeras som sjuka. I den humanistiska inriktningen ses hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom. Människan ses som en helhet, en process som är i samspel med omvärlden och som en handlande individ i sociala miljöer (Strategi för sjuksköterskan hälsofrämjande arbete, 2008).

Antonovsky beskriver det salutogenetiska synsättet utifrån ett holistiskt perspektiv där hälsa uppstår när en person upplever en *känsla av sammanhang*, KASAM. Känslan av sammanhang har en avgörande betydelse för hur personen klarar av stressfyllda situationer. Begreppet KASAM står för begriplighet, hanterbarhet och

meningsfullhet. Alla delbegrepp har betydelse men meningsfullhet menas vara det centrala begreppet. Med begriplighet menas i vilken utsträckning upplevelsen av inre och yttre stimuli är begripliga och inte kaotiska, slumpmässiga och oväntade. Hanterbarheten är upplevelsen av de resurser som finns tillgängliga som exempelvis ett socialt nätverk. Meningsfullhet är i vilken utsträckning man känner att livet har en mening (Antonovsky, 1991).

Hälsa är utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv ett svårdefinierbart begrepp och har en större betydelse än frihet från sjukdom och att hälsa skulle kunna beskrivas som hälsoprocesser. Hälsa är en helhet och att det är helheten som avgör upplevelsen av att vara i hälsa. Begreppet hälsa är inte ett exakt mått utan varierar från människa till människa, från kultur till kultur och att varje människa är sin egen referens (Eriksson, 2014).

VÄLBEFINNANDE OCH LIVSKVALITET

Välbefinnandet kan ses som en rörelse utmed en linje, från att må bra till att må dåligt. En persons hälsotillstånd kan förändras utan att dennes välbefinnande förändras. Vanligtvis mår vi bra när vi har hälsa och när hälsotillståndet är sämre mår vi som regel dåligt, vilket kan leda till hälsorelaterat lidande. Hälsorelaterat välbefinnande är ett behagligt psykiskt tillstånd som är förknippat med funktionshälsa och som har direkta inre orsaker, exempelvis att må bra. Förbättrat hälsotillstånd leder ofta till en förbättrad livskvalitet eller vice versa. Såväl hälsa och livskvalitet har med välbefinnande att göra och vissa förbättringar i välbefinnandet kan förbättra både hälsa och livskvalitet. Begreppen hälsa och livskvalitet går i varandra (Brülde, 2003). Begrepp som förknippas med livskvalitet; trivsel, glädje, psykisk hälsa, tillfredställelse och välbefinnande. Det är fullt möjligt att ha en god hälsa med en låg livskvalitet, och lika möjligt att ha en dålig hälsa med en hög livskvalitet. Avgörande är hur vi själva upplever hälsa, och inte om vi har sjukdom (Rustøen, 1993).

Livskvalitet är synonymt med ett gott liv och är ett begrepp som ofta används inom hälso- och sjukvården. Livskvalitet är ett primärt mål och blir därmed ett viktigt begrepp att förhålla sig till i vårdandet och kan beskrivas med hjälp av tre teorier; den hedonistiska teorin, önskeuppfyllelseteorin och den objektivistiska pluralismen. Den hedonistiska teorin beskriver livskvalitet som behagliga eller obehagliga upplevelser. Enligt denna teori spelar det ingen roll om upplevelsen är inbillad eller realistisk, utan det viktigaste är att livet är fyllt av behagliga upplevelser. Önskeuppfyllelseteorin innebär att livet är som vi själva valt att ha det. Objektivistisk pluralism är till skillnad från önskeuppfyllelseteorin oberoende av personens uppfattning av vad som är värde. Det är personens finala värde som är värdet, även om det inte är ett önskat värde, och är därmed objektivistiskt. Teorin menar att det finns vissa värden som är bra för alla människor och har till skillnad från önskeuppfyllelse- och hedonistiska teorin flera värden. Exempelvis hur människan är och fungerar som person, är moraliskt god och har möjlighet till kärleks- och vänskapsrelationer (Sandman, 2013).

HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE

Omvårdnadsteoretiska perspektiv

Omvårdnad utgår från en humanistisk grundsyn och ett filosofiskt synsätt där människan ses som aktiv, skapande och som en helhet av kropp, själ och ande i en del av ett sammanhang. Förståelsen för vad en människa är spelar en avgörande roll för frågan om vad hälsa och omvårdnad är. Denna förståelse ligger till grund för våra värderingar. Inom omvårdnadsvetenskapen ses människan som en fri person som har förmågan att göra egna val och ta ett eget ansvar. Hälsa är en process som människan själv skapar och som upplevs i det dagliga livet. Upplevelsen av upplevd hälsa kan påverkas av sjukdom, skada, lidande och smärta men påverkas också av fattigdom, arbetslöshet och sociala relationer. Omvårdnad skall ske på individnivå där kärnan är människans alla resurser, upplevelser och förmågor (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Människan ”är” hälsa och hälsa är att vara hel och att uppleva sig som en hel person. Eriksson (2003) menar att man inte kan uppskatta sin hälsa förrän man mött sjukdom och att lidandet kan ge hälsan en mening (Eriksson, 2003). Enbart frånvaro av sjukdom behöver inte betyda att man har hälsa, men att känna välbefinnande trots sjukdom kan vara tillräckligt för att ha hälsa (Eriksson (1984).

Individen fyra olika hälsopositioner, den upplevda hälsan, den verkliga hälsan, upplevda ohälsan och verklig ohälsa. Positionen den upplevda hälsan är där upplevelsen av att ha hälsa finns, trots att det finns symtom som visar på någon dysfunktion. Personen är då medveten om sin sjukdom, men har accepterat den och kan känna välbefinnande. Den verkliga hälsan är positionen där personen som upplever full hälsa och som förväntas vara frisk. Positionen upplevda ohälsan, är den hälsa som upplevs som ohälsa trots att personen anses vara frisk. Den fjärde positionen är verklig ohälsa, här finns både en upplevd ohälsa och symtom på sjukdom (Eriksson 2014). Bilaga 1.

Kroppen i hälsa och lidande

Den franska existensfilosofen Merleau-Ponty (1999) utvecklar begreppet den levda kroppen. Han ser kroppen som en enhet, en enhet av kropp och själ och som är oskiljbar. Människan har inte en kropp utan människan är sin kropp och det är genom kroppen människan upplever och där kroppen är ständigt närvarande och inget som går att fly ifrån (Merleau-Ponty, 1999).

Det finns ett samband mellan hälsa och välbefinnande och ohälsa och lidande. Eriksson (1989) menar att kroppen tillsammans med själen och anden är en del av människans helhet. Hon beskriver den subjektiva och objektiva hälsan. Den subjektiva hälsan är den hälsa som beskriver den egna medvetna hälsan. Den egna upplevelsen av att känna sig frisk eller sjuk, beroende på olika faktorer i ens närvaro som t.ex. normer och rollförväntningar. Den objektiva hälsan är den hälsa som är påvisbar. En sjukdom kan medföra fördelar men samhällets norm är att sjukdom inte är önskvärd utan som sjuk förväntas människan vilja bli frisk (Eriksson, 1989). Lidande beskriver Eriksson (2003) som sjukdom och smärta utgående från begreppet *patient*, från latinets *patiens* som betyder lidande där grundordet är *pati* som har

betydelsen tåla, lida. Att leva är att lida, att lida är att välja hur livet skall levas, men möjligheten att välja finns inte alltid. I lidandet är människan ensam och uttrycker lidandet på olika sätt. Lidandet kan ge hälsan en mening genom att medvetandegöra olika möjligheter när det gäller de egna resurserna. Avsaknad av en mänsklig relation är kanske ett av de största lidandena. Att inte få eller ge kärlek är förenat med ett stort lidande (Eriksson, 2003).

Att vårda innebär att våga vara en medaktör, att bekräfta lidandet. När någon annan ser mitt lidande innebär det en tröst, en tillförsikt att någon kan komma till mötes. Det är så lätt att ta ifrån en människa dess möjlighet att lida genom att hitta snabba lösningar och orsaker till dennes lidande. Att känna medlidande innebär inte att vårdaren själv måste lida utan ha en känslighet att tolka in andras smärta och lidande (Eriksson, 1994).

SEXUALITET OCH SEXUELL HÄLSA

Sexualitet är en väsentlig del av att vara människa och innefattar kön, könsidentitet och sexuell orientering. Sexualiteten innefattar även erotik, njutning, intimitet och reproduktion och sexualiteten är med och formar vår personlighet. Sexualiteten är viktig för människans identitet, upplevelser och relationer. Världshälsoorganisationen (WHO) har formulerat följande definition, översatt av Nationalencyklopedin (2015), av sexualitet:

”Sexualitet är en integrerad del av varje människas personlighet, och det gäller såväl man och kvinna som barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter. Sexualitet är inte synonym med samlag, den handlar inte om huruvida vi kan ha orgasmer eller inte, och är heller inte summan av våra erotiska liv. Dessa kan men behöver inte vara en del av vår sexualitet. Sexualitet är mycket mer: den finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet; den uttrycks i vårt sätt att känna och väcka känslor samt att röra vid varandra. Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och därigenom vår psykiska och fysiska hälsa.”

För människan har sexualiteten både en biologisk- och en social funktion. Den är inte begränsad till att bara ha med fortplantning att göra, utan är också intimt förknippad med nära relationer, kärlek, lust och fysiskt kontaktbehov. Därmed påverkar sexualiteten och sexuella beteenden många områden i en människas liv. Av definitionen framgår hur sammansatt sexualiteten är för människan genom hela livet. Sexologen Hulter (2004) har översatt WHO:s definition av sexuell hälsa:

”Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, det är inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell

hälsa ska uppnås och behållas, måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas” (Hulter, 2004, s.270).

Människors sexuella intresse är mycket varierande och skillnaderna mellan två individer kan vara mycket stora utan att det finns något ”fel”. Om det sexuella inte fungerar behöver det inte betyda att det är ett problem utan det är först när någon upplever ett problem som det finns ett problem (Hulter, 2004). Under olika faser i livet är sexualiteten mer eller mindre viktig och sexuell dysfunktion kan ha olika dignitet (Plantin & Månsson, 2012) Nedsatt sexuell förmåga är relativt och står i relation till den kontext personen befinner sig i, vilka normer, krav, ideal och förväntningar personen har. I samhället finns förväntningar på oss att vi ska ha ett aktivt och tillfredställande sexliv och vi kan ofta läsa i massmedia om sexualitetens olika dimensioner, upplevelser, förmågor och oförmågor. Intresset är stort för människans sexuella aktiviteter och tillfredställelse och forskning visar att det finns höga prevalens siffror för sexuell problematik även i den friska befolkningen. Enligt Folkhälsoinstitutets undersökning från 1996 så har var tredje kvinna bristande lust men bara var sjätte man upplever lustproblematik (Cewers, 2014). Sexualitetens normer och ideal ser olika ut inom olika religioner och i delar av världen vilket är viktigt att tänka på i det mångkulturella Sverige (Plantin & Månsson, 2012).

PROBLEMFORMULERING

Att samtala kring sexualitet och sexuell hälsa kan vara känsligt för både patienten och sjuksköterskan. Patienten är inte sällan i ett underläge, speciellt kring dessa frågor. För att sjuksköterskan ska kunna informera och utbilda krävs ytterligare fördjupad kunskap om hur patienter som behandlas med hemodialys upplever påverkan på sexuell hälsa, välbefinnande samt livskvalitet.

SYFTE

Syftet med litteraturöversikten är att belysa hur patienter som behandlas med hemodialys upplever att sjukdomen påverkar sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalitet.

METOD

Efter en inledande litteratursökning valdes metoden litteraturöversikt då metoden ger en översikt över kunskapsläget inom ett visst område. Kunskapsläget fastställdes genom en bred sökning av vetenskapliga artiklar, samt en analys och en sammanställning. Kunskap erhöles från vetenskapliga artiklar, som granskades och analyserades (Friberg, 2012).

Litteratursökningen lade en grund för problemformuleringen och syftet och gav ett övergripande perspektiv på området. Därefter formulerades sökorden för att kunna avgränsa till ett visst område och göra ett urval av studier som granskades, analyserades och jämfördes i likheter och skillnader, för att göra en beskrivande sammanställning (Friberg 2012). Sökorden för detta arbete togs fram genom att använda Svenska Mesh, utifrån intresseområden som ansågs vara viktiga för syftet. Ett antal artiklar både kvalitativa och kvantitativa har använts som utgångspunkt. Sökorden i litteratursökningen var hemodialysis, sexual dysfunction, quality of life, experience, well-being och sexual health. Sökschema bilaga 2.

Databaserna som användes för sökningarna var PubMed, Scopus och Cinahl. Söklogik användes och avgränsningar gjordes genom AND, OR och NOT och med det kunde sökningarna styras på olika sätt. Under sökningarna användes också avgränsningsfunktioner i databaserna vilket gjorde att sökningarna kunde avgränsas ytterligare. De avgränsningar som valdes var "hemodialysis" i titeln, "peer-reviewed" i Cinahl och "journal article" i PubMed, publicerade från 2004 fram till 2014. I PubMed valdes artiklar skrivna på engelska. Avgränsande sökningar gick igenom och abstracts lästes för artiklar som var relevanta för syftet. När granskningen avslutades fanns 22 relevanta artiklar kvar. Dessa 22 artiklar kontrollerades utifrån uppsatta inklusions- och exklusionskriterier. Efter granskning av 22 artiklar valdes 10 som är publicerade mellan 2006 och 2014.

Inklusionskriterier. Peer-reviewed, forskningsartiklar inom ramen för syftet och på engelska, dialyspatienter, sexuell funktion, livskvalitet, välbefinnande och sexuell hälsa. Sökschema bilaga 2. Vi har granskat studiernas problemformulering, teoretiska perspektiv, syfte, urvalsmetod, metodbeskrivning, etisk granskning, resultat och diskussion. Validerade bedömningsinstrument som används i artiklarna finns beskrivna i bilaga 4.

Exklusionskriterier. Artiklar äldre än 10 år, review artiklar, inget tillgängligt abstract, artiklar där fokus har varit läkemedelsbehandlingar, samt artiklar där forskare jämfört transplantation med dialysbehandling. Efter nästa granskning valdes 10 artiklar relevanta för syftet varav två kvalitativa artiklar och åtta kvantitativa artiklar, bilaga 3.

ANALYS

Att analysera ett arbete kan beskrivas som en rörelse från helhet till delar för att bli till en ny helhet (Friberg, 2012). Analysen startades med att författarna, var och en, enskilt läste igenom artiklarna flera gånger. Fortsatt analys gjordes med hjälp av mindmapping, som innebär att nyckelfynd och meningsbärande enheter i varje studie identifierades som i denna litteraturöversikt, utgick från begreppen sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalitet, se bilaga 5. Analysen fortsatte med att artiklarna lästes med utgångspunkt från syftet för att finna teman och subteman. För att kunna relatera de olika studiernas resultat till varandra diskuterades studiernas likheter och skillnader (Friberg, 2012).

Under begreppet sexuell hälsa identifierade vi fyra teman; Påverkansfaktorer relaterade till kvinnors sexuella hälsa, påverkansfaktorer relaterade till mäns sexuella hälsa, påverkan på sexuell aktivitet hos kvinnor och män samt utbildning som påverkansfaktor. Under begreppet välbefinnande och livskvalitet fann vi fyra teman; upplevelse av begränsningar i dagligt liv, påverkan på självkänslan, upplevelse av kroppsförändringar samt psykiska symtom och påverkan på psykisk hälsa. Under temat upplevelse av begränsningar i dagligt liv identifierades två subteman; trötthet och begränsad rörlighet. För att förstärka patienters upplevelse används citat i resultatet. Dessa citat är inte översatta för att bevara grundkänslan i uttrycken.

RESULTAT

VÄLBEFINNANDE, LIVSKVALITET

Upplevelse av begränsningar i dagligt liv

Trötthet och begränsad rörlighet

Hemodialyspatienter upplever att livskvaliteten påverkas negativt av den begränsade rörlighet och bundenheten som hemodialysbehandlingen innebär (Frazão, Bezerra, de Paiva & Lira, 2014). Flera studier visar att livskvaliteten och välbefinnandet försämras av den trötthet som sjukdom, behandling och sömnproblem orsakar (Arslan & Ege, 2009; Frazão et al., 2014; Mathews, 2012; Theofilou, 2012). Flera kvinnor uttrycker tröttheten som att vara psykiskt och emotionellt utmattade (Frazão et al., 2014). Av hemodialyspatienterna upplever 90 % trötthet och svaghet efter behandling som begränsar livet (Mathews, 2012). En kvinna i studien av Arslan et al. (2009) beskriver tröttheten som:

”Exposed to the treatment on the artificial kidney makes both my body and brain tired” (s. 218).

Påverkan på självkänslan

I en studie av Frazão (2014) beskriver patienterna olika kroppsliga och psykologiska symtom som resulterar i låg självkänsla. Det finns ett samband mellan låg självkänsla och sexuell dysfunktion och att även livsstilsförändringar och begränsningarna som orsakas av hemodialysbehandlingen påverkar självkänslan. Andra upplevelser är att kvinnorna känner sig mindre värda både kroppsligt och socialt och att de inte har några krav på livet, de känner skam, rädsla, ångest och upplever sig värdelösa. Flera kvinnor beskriver sin ilska och sorg över sin kroniska sjukdom och gråter mycket. Andra berättar att de är arga och ledsna och vill ha sina liv och sin hälsa tillbaka Frazão et al. (2014).

”I’m quiet, calm, anxious, but I feel very angry because I’m sick. I wanted things to go back to how they were, if I could go back in time” (s. 221, a.a).

”Nowadays, I feel different. I don’t feel well. I am always indisposed. I have no desire to do anything. Do you know what I would like? I would

like to go back to being what I was, to be willing, without pain, without any disease” (s. 222, a.a).

Upplevelse av kroppsförändringar

I flera studier (Arslan et al., 2009; Frazão et al., 2014; Mathews, 2012) beskriver patienter olika negativa upplevelser av kroppsförändringar som följd av njursjukdomen och som påverkar välbefinnandet. Kroppsförändringar som viktnedgång, kraftig viktuppgång, svullnad, ärr från fisteloperation, blodtrycksfall, fläckar på kroppen och tappande tänder. Kvinnor vittnar om negativa känslor över den egna kroppen och en upptagenhet av sina kroppsliga förändringar (Frazão et al., 2014). I Mathews (2012) beskriver patienterna andra besvärande kroppsförändringar som törst, torr mun, aptitlöshet, förstoppning, kroppssmärter, störd sömn, torrt skin samt klåda. Kvinnor beskriver kroppsförändringar som:

”Look, I’m full of stains throughout my body. I look in the mirror and I get terrified” (Frazão et al., 2014 s. 222).

”I get really angry for being in the situation...I gained a lot of weight after the illness, I’m very swollen and the scar from the fistula is very ugly” (s. 222, a.a).

Psykologiska symtom och påverkan på psykisk hälsa

Depressiva symtom hos hemodialyspatienter finns beskrivet i flera studier (Lew-Starowicz et al., 2009; Peng et al., 2007; Seethala, Hess, Bossola, Unruh & Weisbord, 2010; Strippoli, 2012; Theofilou, 2012). Hos patienter med depressionssymtom ses signifikant stark koppling till sexuell dysfunktion (Lew-Starowicz et al., 2009; Seethala et al., 2010; Strippoli, 2012; Theofilou, 2012). Lew-Starowicz et al. (2009) beskriver att mer än 80 % av hemodialyspatienterna upplevde någon grad av depression, allt från mild, moderat till svår depression jämfört med kontrollgruppen där 8 % beskrev depressiva besvär. Förutom depression beskriver patienterna psykologiska symtom som ångest, oro (Lew-Starowicz et al., 2009; Seethala et al., 2010; Theofilou, 2012), sorg (Frazão et al., 2014; Kettas, Cayan, Akbay, Kiykim & Cayan, 2007) rädsla för att dö, skam, ledsenhet, upplevelse av att vara isolerad och en hjälplöshet (Frazão et al., 2014).

”I see myself as an old beaten finished women...” (Frazão et al., 2014 s. 221).

Theofilou (2012) jämför relationen mellan sexuell hälsa och mental hälsa och visar att låg tillfredsställelse av sexlivet är förenat med symtom som utmattningssymtom, sömnsvårigheter, social dysfunktion, svår depression samt låg livskvalitet (Theofilou, 2012). Även Lew-Starowicz et al. (2009) visar att hemodialyspatienterna skattar sin livskvalitet lågt både psykiskt och fysiskt jämfört med kontrollgrupp. Här sågs även att kvinnor som upplevde sexuell ohälsa upplevde mer depressiva besvär och att män som upplevde låg kvalitet på sexlivet upplevde mer ångest och oro än njurfrisk åldermatchad kontrollgrupp.

SEXUELL HÄLSA

Påverkansfaktorer relaterat till kvinnors sexuella hälsa

Alla studierna (Arslan et al., 2009; Frazão et al., 2014; Kettas et al., 2007; Lew-Starowicz et al., 2009; Mathews, 2012; Nassir, 2009; Peng et al., 2007; Seethala et al., 2010; Strippoli, 2012; Theofilou, 2012) visar att många kvinnor som behandlas med hemodialys upplever sexuell ohälsa. Den kroniska njursjukdomen i sig är en orsak till sexuell dysfunktion och visar sig som minskad sexuell lust, minskad upphetsning, minskad sexualdrift, minskad sexuell tillfredsställelse, anorgasmi, vaginism, minskad lubrikation och dyspareuni. Vid jämförelse mellan dialyspatienter och åldersmatchad njurfrisk kontrollgrupp så har kvinnor i hemodialys signifikant mindre sexuell lust, upphetsning, lubrikation, orgasm och tillfredsställelse i sitt samliv samt mer smärtor (Kettas et al., 2007).

Kvinnor som behandlas med hemodialys visade enligt a.a. att de som hade upplevt sorg, olycka och annan allvarlig sjukdom det senaste året hade fyra gånger högre risk för sexuell dysfunktion än andra kvinnor i hemodialys. Likaså för de kvinnor som var i klimakteriet var risken för sexuell dysfunktion fem gånger högre. De kvinnor som behandlas med peritonealdialys hade mindre risk för sexuell dysfunktion än kvinnor som behandlas med hemodialys (Kettas et al., 2007). Flertalet upplever nedsatt lust och minskad ork vilket resulterar i att de inte njuter av sex som tidigare. En kvinna beskriver hur sexlivet har förändrats av sjukdomen:

"Yes, I have sex with my husband, but it's not as good as before; I'm not happy...Then I don't want it anymore, I don't have any desire" (Frazão et al., 2014 s. 221).

Strippolis (2012) studie bland dialyspatienter i 14 olika länder i Europa och Sydamerika visade att den övervägande delen av kvinnorna upplevde sexuell ohälsa. Kvinnor från Europa rapporterade i högre utsträckning symtom på sexuell ohälsa än kvinnor i Sydamerika. Av de kvinnor som levde utan partner uppgav nästan alla att de upplevde sexuell dysfunktion. Kvinnor med sexuell dysfunktion var i högre utsträckning diabetiker, behandlades med diuretika, nitratpreparat och var i mindre utsträckning på väntelista för njurtransplantation, eller hade varit njurtransplanterade tidigare. Flera var utan anställning, hade inte tillräckligt med dialysbehandling och hade en högre kroppsvikt. Av de kvinnor som levde utan partner och som inte stod på väntelista för njurtransplantation rapporterade 92 % sexuell dysfunktion. En tredjedel av kvinnorna i studien var sexuellt aktiva och av dem upplevde hälften sexuell ohälsa.

Påverkansfaktorer relaterat till mäns sexuella hälsa

Hos män som behandlas med hemodialys påverkas sexualiteten på alla plan som minskad sexualdrift, minskad sexuell upphetsning, erektil dysfunktion eller försenad eller utebliven ejakulation och minskad sexuell tillfredsställelse (Lew-Starowicz et al., 2009). Nassir (2009) visar att den största delen av män som precis påbörjat hemodialysbehandling har erektil dysfunktion. För de flesta av dessa män upplevdes den sexuella dysfunktionen som svår. Män över 54 år rapporterade i högre utsträckning erektil dysfunktion, men även i gruppen av yngre män upplevde 80 %

erektila problem. Här sågs att rökning och alkohol inte var någon riskfaktor för sexuell dysfunktion hos män som påbörjar dialysbehandling och ingen skillnad mellan patienter som behandlades med hemodialys eller peritonealdialys. Peng et al. (2007) visar ett klart samband mellan ökad ålder, diabetes, depressivitet och sexuell dysfunktion hos män. Högre dialysdos förbättrar inte den sexuella funktionen. Män som upplever nedsatt sexuell lust, samlagstillfredsställelse och orgasmfunktion skattar sin livskvalitet signifikant lägre. Män som upplever bättre erektil funktion skattar sin livskvalitet högre.

Påverkan på sexuell aktivitet hos kvinnor och män

Flertalet studier (Lew-Starowicz et al., 2009; Peng et al., 2007; Seethala et al., 2009; Strippoli, 2012) visade att personer som behandlas med hemodialys är mycket mindre sexuellt aktiva än personer i åldersmatchade kontrollgrupper. I Lew-Starowicz et al. (2009) studie skattade färre hemodialyspatienter att den sexuella aktiviteten var viktig i livet i jämförelse med kontrollgruppen. Av de sexuellt aktiva patienterna i studien var samlagsfrekvensen mindre än en gång i veckan till skillnad från kontrollgruppen där samlagsfrekvensen var en eller flera gånger i veckan. Patienterna i studien upplevde också en större oro för den minskande förmågan att kunna genomföra ett samlag än i kontrollgruppen. I kvalitativa studier beskriver kvinnor att sedan de blivit sjuka och beroende av hemodialysbehandling hade deras sexuella behov och lust minskat (Frazão et al., 2014).

Flera beskriver att trots att de är trötta till både kropp och själ efter dialysbehandlingen och att de på grund av sjukdomen saknar sexuell lust eller upplever smärta, så har kvinnorna sex med sin partner. En kvinna uttrycker det som att hon är tyst och genomför samlaget för att inte såra sin make. En annan kvinna upplever vaginal torrhet, ovilja och trötthet men har sex med sin man när han så önskar fastän hon inte upplever någon tillfredsställelse, utan för att hon har en stark önskan om att bli gravid. En kvinna med CDK beskriver att hennes önskan om att inte följa den Islamska seden att ta en helig dusch efter samlag orsakar osämja mellan henne och maken (Arslan et al., 2009).

Utbildning som påverkansfaktor

Flera studier (Arslan et al., 2009; Lew-Starowicz et al., 2009; Nassir, 2009; Seethala et al., 2010) beskriver att det är få personer som har diskuterat sin sexuella ohälsa med sjukvårdspersonal och ännu färre har fått någon typ av behandling. Nassir (2009) visar att många män uttryckt önskemål och intresse för behandling men endast ett fåtal hade erhållit behandling. En kvinna berättar att hon har behandlats med hemodialys i åtta år men aldrig fått någon information eller utbildning om att dialysbehandling och njursjukdom kan ge sexuella besvär (Arslan et al., 2009). Även Seethala et al., (2010) visar att den övervägande delen kvinnor som är sexuellt aktiva och som har en partner och upplever sexuell ohälsa ändå inte har samtalat kring detta med sjukvårdspersonal. Av de patienter som hade diskuterat sin sexuella ohälsa med sin nefrolog eller gynekolog hade endast ett fåtal fått behandling.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Det var svårt att hitta kvalitativa studier och vi fann endast två artiklar (Arslan et al., 2009; Frazão et al., 2014) som beskriver hur kvinnor som behandlas med hemodialys upplever sjukdomens påverkan på sexuell hälsa, livskvalitet och välbefinnande. Att vi endast fann två kvalitativa studier kan ha påverkat resultatet. Inga kvalitativa studier hittades där respondenterna var män, vilket vi hade önskat för att ytterligare belysa mäns upplevelser av sexuell ohälsa. De kvantitativa studierna (Mathews, 2012; Lew-Starowicz et al., 2009; Kettas et al., 2007; Theofilou, 2012; Nassir, 2009; Strippoli, 2012; Peng et al., 2007; Seethala et al., 2010) har använt validerade bedömningsinstrument med olika perspektiv, än enbart intervjuer, för att mäta upplevelse av sexuell hälsa, livskvalitet och välbefinnande. Tre kvantitativa studier (Lew-Starowicz et al., 2009; Mathews, 2012; Theofilou, 2012) inkluderar både kvinnor och män som skattat sin sexuella hälsa och livskvalitet utifrån samma bedömningsinstrument. Metodologiskt finns mycket som kan diskuteras. I flera studier (Lew-Starowicz et al., 2009; Peng et al., 2007; Strippoli, 2012) är svarsfrekvensen genomgående låg och i Lew-Starowicz et al. (2009) var bortfallet 45 % då patienter avböjt att delta i studien med motiveringen att de var för sjuka för att diskutera sitt sexuella liv. Bortfallet i Strippolis (2012) studie var 55 % och de kvinnor som inte deltog var i högre utsträckning äldre, i klimakteriet, ensamstående och i mindre utsträckning på transplantationslista. En studie som särskiljer sig är Theofilou (2012) som inkluderade 144 patienter från tre sjukhus i Aten där svarsfrekvensen var 99 % på de fyra enkäter som använts. Hur de lyckats få alla patienterna att slutföra studien finns inte beskrivet

De 24 deltagarna i Frazão et al. (2014) kvalitativa studie blev intervjuade av en sjuksköterska som var specialist inom nefrologi och som hade arbetat på en dialysenhet, men hade inte någon relation till patienterna hon intervjuade. Resultatet kan ha påverkats av att intervjuaren var kvinna som intervjuade kvinnor. I de kvalitativa studierna (Arslan et al., 2009; Frazão et al., 2014) finns oklarheter om hur urvalet är gjort. Tanken var att intervjuaren i Arslan et al. (2009) skulle spela in de semi-strukturerade djupintervjuerna på bandspelare, men alla deltagarna avböjde och ville inte få sin röst inspelad, intervjuerna fick istället skrivas ned i efterhand. Urvalet av respondenterna i de olika studierna kan ha påverkat resultaten då tre studier (Arslan et al., 2009; Mathews, 2012; Nassir, 2009) hade som inklusionskriterie att endast de som var gifta eller hade en partner tillfrågades om sin sexuella hälsa. I två studier (Arslan et al., 2009; Kettas et al., 2007) var inklusionskriterierna att respondenterna var sexuellt aktiva. I alla studierna sammantaget var åldersspannet på deltagarna mellan 18-65 år, vilket gör att resultaten antagligen sett annorlunda ut om även äldre personer hade inkluderats.

Sex av artiklarna var etiskt godkända (Frazão et al., 2014; Lew-Starowicz et al., 2009; Mathews, 2012; Peng et al., 2007; Strippoli, 2012; Theofilou, 2012). Två studier (Kettas et al., 2007; Seethala et al., 2010) var godkända i granskningsnämnd och i två studier (Arslan et al., 2009; Nassir, 2009) fanns inget beskrivet om etiskt godkännande. Vi valde ändå att ha med dessa artiklar efter att vi läst igenom

artiklarnas metoder och bedömde artiklarna som trovärdiga då de var publicerade i vetenskapliga tidskrifter.

Metodologiskt tycker vi att det varit svårt att använda så stora begrepp som sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Det svåra har varit att begreppen går in i varandra och att det har varit svårt att särskilja olika teman ifrån varandra. För att få en bra struktur för analys gjorde vi en s.k. mindmapping. Begreppen sexuell hälsa välbefinnande och livskvalitet är omfattande och komplexa och det var svårt att särskilja men vi kunde nu identifiera teman. Sexuell ohälsa är korrelerat med oro, ångest och depression. Mental och psykologisk hälsa är korrelerat med förekomst av depression, trötthet och sömnsvårigheter. Depressiva symtom sågs vid en lägre samlagstillfredsställelse och orgasmfunktion vilket ledde till en lägre livskvalitet. Patienter som hade låg självkänsla upplevde sexuell dysfunktion och vid sexuell dysfunktion fann man korrelation med livsstilsförändringar.

RESULTATDISKUSSION

Påverkansfaktorer på välbefinnande och livskvalitet

Med denna litteraturoversikt har vi fått bekräftat att personer som behandlas med hemodialys upplever att sjukdomen negativt påverkar såväl välbefinnande som livskvalitet och att den övervägande delen patienter upplever sexuell ohälsa (Arslan et al., 2009; Frazão et al., 2014; Kettas et al., 2007; Lew-Starowicz et al., 2009; Mathews, 2012; Nassir, 2009; Peng et al., 2007; Seethala et al., 2010; Stripploi, 2012; Theofilou, 2012). Studierna gav oss mer kunskap och insikt i hur njursjukdom och dess behandling påverkar hela patientens existens. Såväl psykisk som fysisk hälsa påverkas vilket de två kvalitativa studierna av Arslan et al. (2009) och Frazão et al. (2014) visar. I artiklarna finner vi också beskrivningar om stora lidanden (a.a) som Eriksson (1994) menar kan vara ett själsligt och andligt lidande och att känslan av skam och skuld kan bero på patientens upplevelse av att vara sjuk. Det finns en sorg över vad man har förlorat eller håller på att förlora. Anledningar till detta skulle kunna vara en känsla av att vara misslyckad och inställningen i det sociala sammanhang som patienten befinner i samt upplevelsen av vårdpersonalens attityd (Eriksson, 1994). Eftersom patienterna tillbringar mycket tid på dialysmottagningen finns det utrymme för sjuksköterskan att vara tillgänglig och lyssna till patienten lidande, vilket måste ha en hög prioritet i omvårdnadsarbetet.

Om välbefinnandet och livskvalitet kan ses som en rörelse utmed en axel, från att må bra till att må dåligt, så kan en persons hälsotillstånd förändras över tid utan att välbefinnandet förändras. Välbefinnande och livskvalitet är begrepp som vi ofta använder inom hälso- och sjukvården och för många är hälsan central för ett gott liv och god livskvalitet. Genom att förmedla kunskap tror vi att livskvaliteten påverkas till det bättre och genom att visa respekt, bekräfta och medvetandegöra patientens egna resurser, flytta rörelsen mot att ”må bra” (Brülde, 2003). Vi anser att kunskap om sjukdomen och den egna behandlingen ger patienten möjlighet till att bli en aktiv aktör med kontroll över livet, vilket bör leda till ett ökat välbefinnande och en bättre livskvalitet.

Att drabbas av en kronisk sjukdom och bli beroende av andras vård och omsorg kan upplevas som mycket påfrestande och en livsuppehållande behandling som dialys påverkar livet på många sätt, både för patienten själv och för närstående. För att ge patienten möjlighet att bearbeta den sorg som ett sjukdomsbesked kan innebära, är det viktigt att informera tidigt i vårdprocessen hur symtom och behandling ser ut i takt med ett sjunkande GFR. En välinformerad patient som aktivt deltar i alla beslut kring val av behandlingsform skapar möjlighet för följsamhet som förbättrar behandlingsresultaten och möjliggör att patienten känner en ökad tillfredsställelse och en meningsfullhet, ett KASAM (Antonovsky, 1991).

Att leva med hemodialysbehandling medför stora utmaningar för patienten och det är viktigt att sjuksköterskan kan stärka patientens möjligheter att bemästra sjukdomen. För att främja omvårdnadsarbetet behöver sjuksköterskan ge patienten möjlighet till tillräcklig kunskap om sjukdomen och dess behandling. Hemodialysbehandling innebär begränsningar i livet och patienten behöver stöd för att kunna ändra levnadsätt och livsföring.

Dialyspatienterna är inte bara bundna till dialysmaskinen utan även till dialysmottagningen. Särskilt inför sommaren kommer många frågor kring möjligheten att resa och till gästdialys på annan ort. Studierna visar att denna bundenhet upplevs som svår och är centralt för patienter som behandlas med hemodialys (Frazão et al., 2014). Vi ser att sjukdomen inte sällan leder till sjukskrivningar och oplanerad frånvaro och därmed till en försämrad ekonomi. Vissa upplever en rädsla och oro för framtiden med familj samt att mista sina vänner då förmågan och orken till ett socialt liv minskar till följd av sjukdom och behandling (Nyberg & Jönsson, 2004). Många av de aktiviteter som tidigare upplevdes som självklara blir omöjliga att göra. En livssituation som förändras fullständigt beskriver Eriksson (1994) som att gå från att vara hel till att upplösas i en massa delar. Att påbörja hemodialysbehandling är en psykisk påfrestning och det kan ta tid att hitta en ny mening.

Besvärande symtom

Självkänslan påverkas av de livsstilsförändringar och begränsningar som orsakas av hemodialysbehandlingen (Frazão et al., 2014). Att vara kroniskt sjuk och behandlas med hemodialys tre gånger i veckan tar mycket energi och tid i anspråk och studierna (Arslan et al., 2009; Frazão et al., 2014) visar att många patienter upplever en negativ självkänsla. Förutom njursjukdomen tillkommer andra symtom som påverkar välbefinnandet och självkänslan negativt. Vi ser att sömnproblem och sömnstörningar är ett vanligt förekommande symtom hos hemodialyspatienter och litteraturstudie bekräftar att denna trötthet påverkar patientens livskvalitet negativt (Arslan et al., 2009; Frazão et al., 2014; Mathews, 2012; Theofilou, 2012). Det är en trötthet som är besvärande och bedövande, en trötthet som inte går att sova bort (Nyberg & Jönsson, 2004). Patienter som behandlas med hemodialys har sämre kondition och mindre muskelmassa än jämnåriga njurfriska. Dialysmottagningen har sedan länge ett nära samarbete med sjukgymnastiken i syfte att erbjuda patienterna möjlighet till kontinuerlig träning. Vår viktiga uppgift blir att motivera patienterna till att träna då detta kan förbättra konditionen och minska den besvärande tröttheten.

Förutom trötthet upplever många patienter en stor påfrestning av att förändras som person (Frazão et al., 2014). De kroppsförändringar som beskrivs som besvärliga är ofrivillig viktnedgång, kraftig viktuppgång, svullnad, ärr från fisteloperation, fläckar på kroppen och tappande tänder. Alla dessa förändringar resulterar i negativa känslor över den egna kroppen (Frazão et al., 2014) och påverkar välbefinnandet (Arslan et al., 2009; Frazão et al., 2014; Mathews, 2012). Förändringar i kroppens utseende och funktion får konsekvenser för både självbilden och självkänslan. Med alla negativa upplevelser som vi ser i studierna, både kroppsliga och psykologiska symtom, blir utbildning i dialog med patienten än viktigare för att öka kunskapen om sjukdom och behandling. Detta för att möjliggöra ett större egenansvar för behandling och för att känna en meningsfullhet.

Psykologiska symtom och påverkan på psykisk hälsa

Depressiva symtom finns beskrivet i flera av studierna (Lew-Starowicz et al., 2009; Peng et al., 2007; Seethala et al., 2010; Strippoli, 2012; Theofilou, 2012) och hade en signifikant stark koppling till sexuell dysfunktion (Lew-Starowicz et al., 2009; Seethala et al., 2010; Strippoli, 2012; Theofilou, 2012;). Förutom depression beskrivs fler psykologiska symtom som ångest, oro (Lew-Starowicz et al., 2009; Seethala et al., 2010; Theofilou, 2012), sorg (Frazão et al., 2014; Kettas et al., 2007) skam, ledsamhet, upplevelse av att vara isolerad, en hjälplöshet och en rädsla för att dö (Frazão et al., 2014).

Vår uppfattning är att många patienter någon gång under sin sjukdom har funderingar kring livets mening. Att vara kronisk njursjuk är att ha en obotlig sjukdom och där dialysbehandling är en förutsättning för att överleva, kan leda till funderingar och tankar kring hur livet ser ut framöver. Hur länge kan man leva med dialys och vad händer när dialysbehandlingen avslutas? Symboliskt sett är hemodialys en livlina för patienterna och det är med hjälp av behandlingen som de undviker döden. När dialysbehandling inte längre är möjligt och döden är oundviklig inom en snar framtid, är det viktigt att patienten och de närstående får möjlighet att förbereda sig. Här är samtalet oerhört viktigt för att information förmedlas om att livsuppehållande dialysbehandling inte längre gagnar patienten (Svenska palliativregistret, 2015). Ibland väljer patienter att avsluta sin dialysbehandling av olika anledningar även om döden inte är nära förestående. I båda fallen är det viktigt att den palliativa vården sker samråd med patient och närstående.

Dialysmottagningen på Sahlgrenska universitetssjukhuset Mölndal har sedan tio år en hem-och självdialysenhet där patienter tränas till egenvårdsbehandling i hemmet eller på dialysmottagningen. Vi erfar att hem-och självdialyspatienter har mer kunskap om sin sjukdom och tar större eget ansvar för sin behandling, vilket stärker egenvårdsförmågan och ger ökad livskvalitet. Dessa patienter upplever också en ökad frihet att råda över sin egen tid och kan anpassa behandlingarna efter livet istället för att anpassa livet efter behandlingarna. Även självdialyspatienterna på dialysmottagningen tar ett större ansvar över sin behandling och kan påverka sina behandlingstider, vilket gör att känslan av bundenhet minskar.

Behandlingsstrategin på Njurmedicinkliniken på Sahlgrenska universitetssjukhuset är att rekommendera patienterna att i första hand att välja någon form av självbehandling. Är patienten inte aktuell för transplantation är förstahandsvalet PD-behandling och i andra hand hem-hemodialys, för att få frihet att råda över egen tid och ta ansvar över sin egen hälsa.

Påverkansfaktorer på sexuell hälsa och sexuell aktivitet

Litteraturöversikten visar att patienter som behandlas med hemodialys upplever sexuell ohälsa och generellt anges ålder som en stor riskfaktor vid sidan av njursjukdomen. Deltagarna i alla studierna var mellan 18-65 år och om även äldre personer inkluderats, tror vi att den sexuella ohälsan bland hemodialyspatienter kan vara ännu större. Hos kvinnor ses flerbarnsbörd, att ha upplevt stor sorg samt klimakteriet som andra riskfaktorer. De kvinnor som inte levde med en partner och inte stod på väntelista för njurtransplantation har enligt Strippoli (2012) den högsta risken för sexuell ohälsa. Att inte stå på väntelista för njurtransplantation kan bero på nedsatt hälsa som gör att transplantation inte är ett behandlingsalternativ. Hos män som behandlas med hemodialys ses riskfaktorer som ålder, diabetes och depressivitet vilket ger sämre livskvalitet.

Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om riskfaktorer som påverkar sexuell hälsa och identifierar patienter med multipla riskfaktorer. Medelåldern bland hemodialyspatienter i Sverige är 59 år (SNR, 2014) vilket medför att många patienter är i riskzonen för sexuella problem då kvinnorna är i eller har passerat klimakteriet. Av de patienter som idag startar i hemodialys har hälften diabetesnefropati. Diabetessjukdomen kan också orsaka sexuella problem då det finns ett samband mellan diabetisk neuropati som särskilt påverkar autonoma nerver. Kärleksjukdom och lustcentrum kan påverkas av de metaboliska förändringarna vid diabetes (Hulter, 2004).

Många patienter på en dialysmottagning har flera riskfaktorer inkluderat som hög ålder och diabetes (Peng et al., 2007) att vara i klimakteriet, att leva utan partner eller att upplevt stor sorg (Kettas et al., 2007). Det är viktigt att öka sjuksköterskans kunskaper kring sexuell ohälsa samt öka förståelsen för vilka riskfaktorer som ytterligare försämrar chansen till ett gott sexualliv. En ytterligare förbättring i vården av hemodialyspatienter hade varit att de patienter som önskar får träffa en urolog/gynekolog för medicinsk behandling av sexuell dysfunktion.

Det vanligaste sexuella dilemmat är att inte ha någon att dela sin sexualitet med och även i en parrelation förekommer känslan av sexuell ensamhet. Kanske har personer med kronisk sjukdom lättare att uppfatta avsaknaden av en partner som ett resultat av sjukdomen och dess symtom och kanske inte tänker att många människor har svårighet att finna lämplig sexualpartner (Hulter, 2009).

Studierna (Lew-Starowicz et al., 2009; Peng et al., 2007; Seethala et al., 2009; Strippoli, 2012) visar tydligt att hemodialyspatienter är mindre sexuellt aktiva än kontrollgrupperna. Anledningen till att respondenterna svarar att de är sexuellt inaktiva framgår inte alltid i artiklarna. De kvalitativa studierna av Arslan et al.

(2009) och Frazão et al. (2014) gav ytterligare kunskap och insikt om på hur många olika sätt njursjukdomen och dess behandling påverkar hela patientens existens. Här uttrycker kvinnorna att sexlivet inte fungerar som tidigare innan de blev njursjuka. Trots avsaknad av lust, upphetsning och samlagstillfredsställelse och att de är trötta av sjukdomen och behandlingen så offerar de sig och har sex med sin partner. Vi har konstaterat att forskarna i flera studier bara har frågat personer som är gifta eller lever ihop med en partner om sexuell ohälsa. I studier (Seethala et al., 2009; Strippoli, 2012) där man även frågat ensamlevande personer är närvaron av sexuell ohälsa mycket större. Vi funderar över om de är sexuellt inaktiva på grund av sexuell dysfunktion eller för att de saknas en partner? Kan människor inte vara sexuellt aktiv om de saknar en partner?

Genus- och kulturperspektiv på sexuell hälsa

Studierna är från flera länder, Brasilien (Frazão et al., 2014), två från Turkiet (Arslan et al., 2009, Kettas et al., 2007), Indien (Mathews, 2012), Polen (Lew-Starowicz et al., 2009), Grekland (Theofilou, 2012), Kanada (Nassir, 2009), Taiwan (Peng et al., 2006), USA (Seethala et al., 2010) samt från länder i Europa och Sydamerika (Strippoli, 2012). Ingen studie är från Sverige vilket kan göra att resultaten inte är helt applicerbara bland hemodialyspatienter i Sverige. Vi tror dock att upplevelsen av hur sjukdomen och dess behandling påverkar välbefinnande, livskvalitet och sexuell hälsa kan vara samma trots kulturella olikheter. Däremot funderar vi på hur kulturella skillnader kan och påverkar möjligheten att få till stånd samtal, utbildning och behandling av patienter med sexuell dysfunktion över huvud taget i ett mångkulturellt samhälle.

Arslan et al. (2009) beskriver att i Turkiet finns sociala och kulturella bakgrunder som i stor utsträckning hindrar kvinnor att tala om sina sexuella problem och kvinnor uttrycker tvånget att behöva ta en helig dusch efter samlag enligt Islamsk tro, som ett hinder för samlivet. Strippolis (2012) studie, som genomfördes både i Europa och Sydamerika, visade att kvinnor i Europa rapporterade mer sexuell dysfunktion än kvinnor i Sydamerika. Totalt i dialyspopulationen upplevde 84 % sexuell ohälsa och av de sexuellt aktiva kvinnorna var siffran 55 %. Intressant är att i Strippolis (2012) studie beskrivs det att inom den allmänna befolkningen i USA upplever 40 % av de sexuellt aktiva kvinnorna sexuella svårigheter och vanligast är brist på intresse för sex, oförmåga till orgasm samt minskad lust (Laumann, 1999). Det är viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap om kulturella skillnader och behov i omvårdnaden och speciellt i samtal kring sexuell hälsa. Det kan vara svårt att samtala kring sexualitet och på dialysmottagningen får flera patienter, både kvinnor och män, behandling samtidigt på stora salar. Det kan vara ett problem både kulturellt och i ett omvårdnadsperspektiv. Kvinnor, inte minst, från andra kulturer kan uppleva det som svårt att få behandling i samma rum som män. Då det finns få enkelrum på dialysmottagningen det viktigt att sjuksköterskan planerar för samtal och patientutbildning i enrum så att patienten får möjlighet till ostörd dialog. Sverige är ett mångkulturellt samhälle och vi ser en risk i att sjuksköterskan i dialog med patienten utgår från den egna kulturella normen. Därför anser vi att det är viktigt att sjuksköterskan får ökad kunskap om olika kulturer och kulturell kompetens för att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov.

I den kvalitativa studien (Frazão et al., 2014) intervjuades enbart kvinnor av en kvinna på dialysmottagningen om upplevelsen av sexuell dysfunktion. Tankar som uppkommer är om det är en slump eller ett medvetet val att kvinnor intervjuas av kvinnor med semistrukturerade intervjuer om deras sexuella liv medan männen utfrågas i kvantitativa studier med avidentifierade enkäter (Lew-Starowicz et al., 2009; Mathews, 2012; Nassir, 2009; Peng et al., 2007; Theofilou, 2012). Inom vården är flertalet sjuksköterskor kvinnor och två tredjedelar av dialyspatienterna är män. Vi funderar över om det är någon skillnad på den information och utbildning som männen respektive kvinnorna får på dialysmottagningen på Mölndals Sjukhus, något vi tar med i vårt fortsatta arbete. Det finns inte beskrivet i någon av studierna om deltagarna hade annan sexuell läggning än heterosexuell. I Peng et al. (2007) var en av exklusionskriterierna att vara homosexuell med multipla partners. Tankar som uppkommer är om målgrupperna i studien enbart var heterosexuella personer och hur detta kan ha påverkat resultatet i studierna. Från egna erfarenheter i vården ser vi en risk i att sjuksköterskan utgår från heteronorm i mötet med patienter och det finns ett utbildningsbehov för öka kunskapen och förbättra omvårdnaden av HBTQ-personer.

Information och utbildning

Kunskapen om risk för sexuell ohälsa hos hemodialyspatienter är inte är något nytt. Lew-Starowicz et al. (2009) är överraskade över att sjukvården underskattar hemodialyspatienternas sexuella och psykiska problem och att tre fjärdedelar av patienterna inte blivit tillfrågade om deras sexuella hälsa och följaktligen inte fått någon behandling, trots att de haft sexuella problem under många år. Även Seethala et al. (2010) visar att den övervägande delen patienter som är sexuellt aktiva och som har en partner och upplever sexuell ohälsa, ändå inte har samtalat kring detta med sjukvårdspersonal. Av de patienter som tagit upp problematiken med vårdpersonalen hade bara någon enstaka patient fått behandling. Sexualiteten är ett grundbehov och en aspekt av att vara människa och som påverkar människans psykiska och fysiska hälsa. När kroppen förändras av sjukdom och sexuell lust och förmåga inte längre är självklart är det viktigt att patienten får information om orsaker till förändringen, men även att en eventuell partner får adekvat information. Det är även viktigt att tänka på att inte alla människor önskar ha ett aktivt sexliv. För att kunna agera professionellt behöver sjuksköterskan goda ämneskunskaper och en medvetenhet i den egna sexualiteten för att för att kunna föra en bra dialog inom ämnet.

Författarnas egna erfarenheter inom vården är att risken är stor att patienterna inte får möjlighet till dialog kring sexuell ohälsa då det är ett ämne som kan vara svårt att förhålla sig till och samtala kring. Det utbildningsmaterial som används på dialysmottagningen Sahlgrenska universitetssjukhuset Mölndal innehåller underlag för att diskutera kring risken för sexuell ohälsa, men kommer inte alla patienter till del. Det finns flera orsaker till detta bl.a. den miljö som patienterna befinner sig i, att behandlas med hemodialys på stora salar med andra patienter och personal underlättar inte för svåra samtal. En del sjuksköterskor kanske antar att patienterna är för sjuka eller för gamla för att vara sexuellt aktiva. Genom att sjuksköterskan systematiserar och är väl förberedd för utbildning och samtal, samt planerar för undervisning på enskilt rum ökar möjligheten för patienten att ta del av utbildningen.

Våra egna reflektioner är att vården brister betänkligt i information till denna patientgrupp, vilket vi också anser att studierna visar. Socialstyrelsens publikation (2012), betonar att varje individ är expert på sin upplevelse av hälsa och att vårdpersonalen som har den professionella kunskapen ska individanpassa informationen för att förmedla kunskap och förståelse kring hälsotillståndet, vilket ger patienten möjlighet att medverka i behandlingen. För att säkerställa god vård behövs en omställning till ett personcentrerat förhållningssätt för att patienten ska behandlas som en person med en sjukdom och inte sjukdomen i en person. Den personcentrerade vården har sin utgångspunkt i patientens berättelse och upplevelse och med den som utgångspunkt ingår ett partnerskap mellan patient och vårdare. Partnerskapet är centralt där patienten har kunskapen om hur det är att leva med njursjukdom och dess behandling och personalen har kunskap på generell nivå. Genom att tillsammans utarbeta en personlig hälsoplan, där resurser och behov har identifierats i patientberättelsen kan mål för vård, behandling och utbildning formuleras (Ekman, 2014).

SLUTSATS

Resultatet av denna litteraturoversikt visar att patienter som behandlas med hemodialys upplever att sjukdomen påverkar sexuell hälsa, välbefinnande och livskvalitet negativt vilket orsakar stort lidande. Resultatet visar även att vården brister betänkligt i kunskap, utbildning och behandling av sexuell ohälsa i denna patientgrupp. I vårt fortsatta arbete ser vi ett behov av att fördjupa sjuksköterskans kunskaper kring sexuell ohälsa och i ett personcentrerat arbetssätt, för att i partnerskap med patienten upprätta en personlig hälsoplan som syftar till att patienten ska vara välinformerad och delaktig i vården.

REFERENSLISTA

1177 Vårdguiden. (2014). *Påsdialys-peritonealdialys*. Hämtad 2014-11-05, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Pasdialys---peritonealdialys/>

1177 Vårdguiden. (2014). *Bloddialys-hemodialys*. Hämtad 2014-11-05, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Bloddialys---hemodialys/>

1177 Vårdguiden. (2014). *Njurtransplantation*. Hämtad 2014-11-05, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Njurtransplantation/>

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Arslan, S. Y., & Ege, E. (2009). Sexual Experiences of Women Exposed to Hemodialysis Treatment. *Sex Disabil*, 27:215-221. Doi:10.1007/s11195-009-9132-1

Brülde, B., & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Cewers, H. (2014). *Lust att ha lust*. Litauen: Sextanten.

Edberg, A-K., & Wijk, H. (2012) *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.

Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber AB

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Frazão, C. M. F. Q., Bezerra, C. M. B., de Paiva, M. G. M. N., & Lira, A. L. B. C. (2014). Changes in the self-concept mode of women undergoing hemodialysis: a descriptive study. Online *braz j nurs* [internet]; 13(2):219-26. Online [braz j nurs \[internet\]; 13\(2\):219-26.http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4209](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4209)

Friberg, F., & Öhlén, J. (2009) *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. Kristianstad: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserad examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

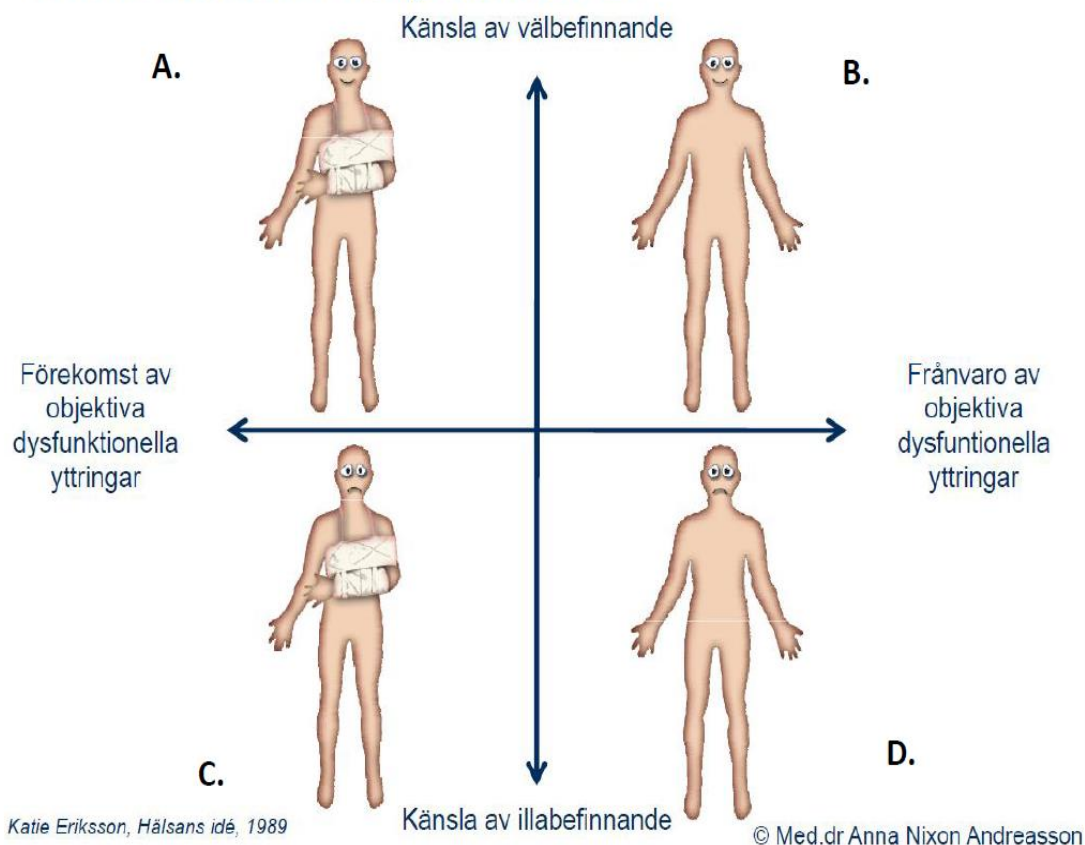
Gerogianni, G.K., & Babatsikou, F.P. (2013). Identification of stress in chronic haemodialysis. *Health science journal*, 2013;7 (2)

- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa: begränsningar och möjligheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Kettas, E., Cayan, F., Akbay, E., Kiykim, A., & Cayan, E. (2007). Sexual Dysfunction and Associated Risk Factors in Women with End-Stage Renal Disease. *J Sex Med*, 5:872-877. Doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00664.x
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 281: 537-544
- Lew-Starowicz, M., & Gellert, R. (2008). The Sexuality and Quality of Life of Hemodialyzed Patients. *Journey of Sexual Medicine*, Doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01040.x.
- Mathews, N. M. (2012). Health Related Quality of Life of Maintenance Hemodialysis Patients. *International Journal of Nursing Education*, July-Dec., Vol, No. 2
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Kroppens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Nassir, A. (2010). Erectil dysfunktion risk factors for patients entering dialysis programme. *Journal of Andrology*, 42, 41-47
- Nationalencyklopedin. (2015). *Hälsa*. Hämtad 2015-04-27 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/upplagsverk/encyklopedi/lang/halsa>
- Nationalencyklopedin. (2015). *Sexualitet*. Hämtad 2015-04-27 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/upplagsverk/encyklopedi/lang/sexualitet>
- Njurförbundet. (2008). *Samliv och sexualitet, Njurförbundet informerar*. Stockholm.
- Nyberg, G., & Jönsson, A. (2004). *Njursjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Peng, Y. S., Chiang, C. K., Hung, K. Y., Chiang, S. S., Lu, C. S., Yang, C.S., ... Wu, K. D. (2007). The association of higher depressive symptoms and sexual dysfunction in male haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 22:857-861. Doi:10.1093/ndt/gf1666
- Platin, L., Månsson, S-A. (2012). *Sexualitetsstudier*. Malmö: Liber.
- Prop. 1998/99:4. *Stärkt patientinflytande*. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/sb/d/394/a/21499>
- Rustøen, T. (1993). *Livskvalitet*. Atlöv: Berings.
- Sandman, L. (2013). *Etik i vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Seethala, S., Hess, R., Bossola, M., Unruh, M. L., & Weisbord, S. D. (2010). Sexual funktion in women receiving maintenance dialysis. *Sexual funktion in women*

- receiving maintenance dialysis. *Hemodialysis International*, 14:55-60.
Doi;10.1111/j.1542-4758.2009.00404.x
- SFS 2014:821. *Patentlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-09-19, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Hämtad 2015-05-03, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-10>
- Strippoli, G. F. F. (2012). Sexual Dysfunction in Women with ESRD Requiring Hemodialysis. *American Society of Nephrology*, 7:974-981.
Doi;102215/CJN.12601211
- Sundbäck, M. (2013). *Sexuell hälsa i vården- en metodbok för sjuksköterskor*. Malmö: Holmbergs.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskan hälsofrämjande arbete*. Danagårds: Svensk sjuksköterskeförening.
- SVENSKA AKADEMIENS ORDBOK. (2009). Hämtad 2014-10-06, från <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>
- Svenska Palliativregistret. (2015). *Brytpunktsamtal*. Hämtad 2015-05-15 från, <http://palliativ.se/wp-content/uploads/2013/09/Brytpunkt20111.pdf>
- Svenskt njurregister. (2014). *Årsrapport 2014*. Jönköping.
- Theofilou, P. A. (2012). Sexual functioning in cronic kidney disease: The association with depressiveion and anxiety. *Hemodialysis International*, 16:76-81.
Doi:101111/j.1542-4758.2011.00585.x
- World Health Organization (1948). *WHO definition of Health*. Hämtad 2014.10.06, från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Health Organization (1986) *WHO definition of Health*. Hämtad 2014.10.06, från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Vårdanalys. (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdhandboken. (2013). Hämtad 2015-04-25 från <http://www.varldhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>

Bilaga 1. Fyra olika hälsopositioner

Individens hälsopositioner



- A. Upplevd hälsa, En person som upplever sig ha hälsa trots att det finns symtom som visar på någon dysfunktion. Personen är medveten om sin sjukdom, men har accepterat den och kan känna välbefinnande.
- B. Verklig hälsa en person som upplever hälsa och vad man vet är frisk.
- C. Verklig ohälsa, här finns det både en upplevd ohälsa och symtom på sjukdom.
- D. Upplevd ohälsa, man upplever ohälsa trots att man är frisk.

(Eriksson, 2014).

Bilaga 2. Sökschema

Datum för Sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Slutgiltigt valda artiklar
14-11-14	PubMed	Hemodialysis AND sexual dysfunction	Journal article 2004 Engelska eller svenska	108	
14-11-24	PubMed	Hemodialysis AND sexual dysfunction AND Quality of life	Journal article 2004 Engelska eller svenska	49	(Ji YS, 2013) (Santos PR, 2012) (Strippoli GF, 2012) (Theofilou PA, 2012) (Seck SM, 2011) (Navaneethan SD, 2010) (Seethala S, 2010) (Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009) (Kettas E, 2007) (Peng YS, 2007) (FZ Coelho-Marques, 2006) (Peng YS, 2005)
14-11-24	PubMed	Hemodialysis AND sexual dysfunction AND Quality of life AND experience	Journal article 2004 Engelska eller svenska	7	(Strippoli GF, 2012) (Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009)
14-11-24	PubMed	Hemodialysis AND Sexual dysfunction AND experience	Journal article 2004 Engelska eller svenska	11	(Strippoli GF, 2012) (Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009)

15-02-27	PubMed	Hemodialysis AND Sexual dysfunktion AND Well-being	Journal article 2004 Engelska eller svenska	45	(Kim JH, 2014) (Mor MK, 2014) (Santos PR, 2012) (Peng YS, 2007) (Theofilou PA, 2012) (Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009) (Kettas E, 2007) (FZ Coelho-Marques, 2006) (Peng YS, 2005)
15-02-20	PubMed	Hemodialysis AND Sexual Health	Journal article 2004 Engelska eller svenska	89	
15-02-20	PubMed	Hemodialysis AND Sexual Health AND Quality of life	Journal article 2004 Engelska eller svenska	45	(Santos PR, 2012) (Theofilou PA, 2012) (Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009) (Kettas E, 2007) (Peng YS, 2007) (FZ Coelho-Marques, 2006) (Peng YS, 2005)
15-02-20	PubMed	Hemodialysis AND Sexual Health AND Quality of life AND Experience	Journal article 2004 Engelska eller svenska	7	(Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009)
15-02-20	PubMed	Hemodialysis AND Sexual Health AND Experience	Journal article 2004 Engelska eller svenska	9	(Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009)

15-02-20	PubMed	Hemodialysis AND Sexual Health AND Well-being	Journal article 2004 Engelska eller svenska	74	(Kim J H, 2014) (Santos PR, 2012) (Theofilou PA, 2012) (Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009) (Kettas E, 2007) (Peng YS, 2007) (FZ Coelho-Marques, 2006) (Peng YS, 2005)
14-11-24	Scopus	Hemodialysis AND "sexual dysfunction"	Journal article 2004 Engelska eller svenska	72	
14-11-24	Scopus	Hemodialysis AND "sexual dysfunction" AND "Quality of life"	Journal article 2004 Engelska eller svenska	29	(Ji YS, 2013) (Santos PR, 2012) (Bass A, 2012) (Strippoli GF, 2012) (Navaneethan SD, 2010) (Seethala S, 2010) (Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009) (Kettas E, 2007) (Peng YS, 2007) (Peng YS, 2005)
14-11-24	Scopus	Hemodialysis AND "sexual dysfunction" AND "Quality of life" AND experience	Journal article 2004 Engelska eller svenska	4	(Strippoli GF, 2012) (Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009)
14-11-24	Scopus	Hemodialysis AND "sexual dysfunction" AND "experience"	Journal article 2004 Engelska eller svenska	10	(Strippoli GF, 2012) (Arslan S, 2009) (Yilmaz A, 2009) (Lew-Starowicz M, Gellert R, 2009)

14-11-24	Scopus	Hemodialysis AND "sexual dysfunction" AND "well being"	Journal article 2004 Engelska eller svenska	2	Ingen vald
15-02-20	Scopus	Hemodialysis AND "sexual health"	Journal article 2004 Engelska eller svenska	6	(Nassir A, 2010) (Basson R, 2010)
15-02-20	Scopus	Hemodialysis AND "sexual health" AND "Quality of life"	Journal article 2004 Engelska eller svenska	2	Ingen vald
15-02-20	Scopus	Hemodialysis AND "sexual health" AND "Quality of life" AND experience	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	
15-02-20	Scopus	Hemodialysis AND "sexual health" AND "experience"	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	
15-02-20	Scopus	Hemodialysis AND "sexual health" AND "well being"	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	
14-11-24	Cinahl	Hemodialysis AND sexual dysfunction	Journal article 2004 Engelska eller svenska	7	(Frazão CMFQ, 2014) (Navaneethan SD, 2010) (Arslan S, 2009) (Mathews, N. M, 2012)
14-11-24	Cinahl	Hemodialysis AND sexual dysfunction AND Quality of life	Journal article 2004 Engelska eller svenska	4	(Frazão CMFQ, 2014) (Navaneethan SD, 2010) (Mathews, N. M, 2012)
14-11-24	Cinahl	Hemodialysis AND sexual dysfunction AND Quality of life AND experience	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	

15-02-20	Cinahl	Hemodialysis AND sexual dysfunction AND well being	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	
14-11-24	Cinahl	Hemodialysis AND sexual dysfunction AND experience	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	
15-02-20	Cinahl	Hemodialysis AND sexual health	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	
15-02-20	Cinahl	Hemodialysis AND sexual health AND Quality of life	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	
15-02-20	Cinahl	Hemodialysis AND sexual health AND Quality of life AND experience	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	
15-02-20	Cinahl	Hemodialysis AND sexual health AND experience	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	
15-02-20	Cinahl	Hemodialysis AND sexual health AND well being	Journal article 2004 Engelska eller svenska	0	

Bilaga 3. Artikelpresentation

Titel Changes in the self-concept mode of women undergoing hemodialysis: a descriptive study
Författare Cecilia Maria Farias de Queiroz Frazão, Clarissa Maria Bandeira Bezerra, Maria das Gracas Mariano Nunes de Paiva, Ana Luisa Brandáo de Carvalho Lira.
Tidskrift Online braz j nurs [internet]; 13(2):219-26.
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4209>
År 2014 juni.
Land Brasilien
Syfte Identifiera förändringen i självuppfattningen hos kvinnor som genomgår hemodialys.
Urval Patienter i hemodialys på en remiss klinik, mellan oktober 2011 till februari 2012.
Metod Kvalitativa studie intervjuer
Antal referenser: 178

Titel Sexual Experiences of Women Exposed to Hemodialysis Treatment
Författare Selda Yarah Arslan, Emel Ege.
Tidskrift Sex Disabil
År 2009
Land Turkiet
Syfte Undersökt sexuella upplevelsen från tio kvinnor i hemodialys behandling.
Urval Tio kvinnor i hemodialysbehandling på en privat klinik. Som behandlats mer än tre månader utan psykisk störning, sexuellt aktiv med en partner och som accepterade att delta i studien.
Metod Intervjuer och en enkät
Antal referenser: 10

Titel Health Related Quality of Life of Maintenance Hemodialysis Patients.
Författare Mary Mathews N.
Tidskrift International Journal of Nursing Education
År 2012
Land Indien
Syfte Bedöma förekomsten av utvalda komponenter av hälsorelaterad livskvalitet bland hemodialys patienter.
Urval Data samlades in från 110 patienter som uppfyller inklusions kriterierna efter att fått etiskt och administrativt godkännande.
Metod Strukturerade intervjuer
Antal referenser: 110

Titel The Sexuality and Quality of Life of Hemodialyzed Patients- ASES Multicenter Study
Författare Michael Lew-Starowicz, MD and Ryszard Gellert MD
Tidskrift J Sex Med
År 2009
Land Polen
Syfte Att se sambandet mellan sexualitet och livskvalitets hos dialyspatienter
Urval Patienter som behandlades med hemodialys
Metod Enkät baserad studie
Antal referenser: 112

Titel Sexual Dysfunction and Associated Risk Factors in Women with End-Stage Renal Disease
Författare Elite Kettas, Filiz Cayan, Erdem Akbay, Ahmet Kiykim and Selahittin Cayan.
Tidskrift J Sex Med
År 2008
Land Turkiet
Syfte Prosepektivt jämförelse av sexuell funktion mellan kvinnor med njursvikt och friska kvinnor, och undersöka riskfaktorer som kan leda till sexuell dysfunktion hos kvinnor med njursvikt.
Urval Kvinnor med njursvikt och en åldersmatchad frisk kontroll grupp.
Metod Enkätfrågor
Antal referenser: 249

Titel Sexual functioning in cronic kidney disease: The association with depressiveion and anxiety
Författare Paraskevi A. Theofilou
Tidskrift Hemodialysis International
År 2012
Land Italien
Syfte Utredda förhållandet mellan depressiva och ångestsymtom till sexuell funktion hos hemodialys och peritonealdialys patienter.
Urval 144 patienter rekryterades från tre sjukhus kring Athen. 84 hemodialyspatienter och 60 peritonealdialys patienter. Alla var över 18 år.
Metod Enkäter: The World Health Organization Quality (WHOQOL-BREF), General Health Questionnaire (GHQ-28), State-Trade Anxiety Inventory (STAI I/STAI 2), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)
Antal referenser: 144

Titel Erectil dysfunktion risk factors for patients entering dialysis program
Författare A. Nassir
Tidskrift Journal of Andrology
År 2010
Land Canada
Syfte Undersöka riskfaktorer av erectil dysfunktion hos patienter i hemodialys eller peritoneal dialys
Urval Vuxna med sexuell partner
Metod Enkätundersökning
Antal referenser: 52

Titel Sexual Dysfunction in Women with ESRD Requiring Hemodialysis
Författare Giovanni F.F. Strippoli
Tidskrift American Society of Nephrology
År 2012
Land Amerika
Syfte Förekomsten och korrelat av kvinnlig sexuell dysfunktion i avancerad njursjukdom
Urval Kvinnor över 18 år från 27 hemodialys-kliniker som genom datorgenererade slumpvalssekvens valdes ut.
Metod Female Sexual Funktion Index (FSFI) som undersökte sex områden lust, upphetsning, smörjning, orgasm, tillfredsställelse och smärta
Antal referenser: 1591

Titel The association of higher depressive symptoms and sexual dysfunction in male haemodialysis patients.
Författare Yu-Sen Peng, Chih-Kang Chiang, Kung-Yu Hung, Shou-Shang Chiang, Chia-Sheng Lu, Chwei-Shiun Yang, Kwan-Dun Wu, Chin.Ching Yang, Ru-Ping Lin, Chee-Jen Chang, Tun-Jun Tsai and Wang-Yu Chen.
Tidskrift Nephrol Dial Transplant
År 2007
Land Taiwan
Syfte Identifiera möjliga föreningar mellan depressiva symtom och sexuell dysfunktion hos män i hemodialys.
Urval Män i dialysbehandling > 3 månader på 14 olika sjukhus
Metod Enkätstudie
Antal referenser: 411

Titel	Sexual funktion in women receiving maintenance dialysis.
Författare	Srikanth Seethala, Rachel Hess, Murizio Bossola, Mark L Unruh and Steven D Weisbord.
Tidsskrift	Hemodialysis International
År	2010
Land	USA
Syfte	Om kvinnor som får hemodialys diskuterat frågan med sin behandlande läkare och fått behandling
Urval	Kvinnor från sex hemodialysenheter
Metod	Enkätstudie
Antal referenser:	66

Bilaga 4. Bedömningsinstrument

- **Arizona Sexual Experience Scale [ASEX].** Femskalig enkät som kvantifierar sexlust, upphetsning, vaginal smörjning/erektion, förmåga att nå orgasm, och tillfredsställelse från orgasm egenskap (Lew-Starowicz et al., 2009).
- **Beck's Depression Inventory [BDI].** (BDI, BDI-1A, BDI-II), en enkät med 21-frågor, ett instrumenten för att mäta svårighetsgraden av depression (Lew-Starowicz et al., 2009; Peng et al., 2007).
- **Center for Epidemiologic Studies-Depression [CES-D].** En screeningtest för att bestämma depressionsgrad (Strippoli, 2012).
- **Female Sexual Function Index [FSFI].** En kort enkät med mått på sexuell funktion hos kvinnor. Enkätens syfte är att bedöma domäner av sexuell funktion (t.ex. sexuell upphetsning, orgasm, tillfredsställelse, smärta) i kliniska prövningar (Kettas et al., 2007; Seethala et al., 2010; Strippoli, 2012).
- **The General Health Questionnaire [GHQ-28].** En metod för att kvantifiera risken för att utveckla psykiska störningar (Theofilou, 2012).
- **Health Organization Quality of Life [HRQoL].** Hälsorelaterad livskvalitet, frågor om upplevd fysisk och psykisk hälsa och funktion (Mathews, 2012).
- **Illness Effects Questionnaire [IEQ].** Standardiserad utvärdering av patientens upplevelse av sin sjukdom ångest (Seethala et al., 2010).
- **International Index of Erectile Function [IIEF].** En flerdimensionell skala för bedömning av erektil dysfunktion. En kort, pålitlig, självadministrerat mått av erektil funktion, med känslighet och specificitet för att upptäcka behandlingsrelaterade förändringar hos patienter med erektil dysfunktion (Lew-Starowicz et al., 2009; Nassir, 2009; Peng et al., 2007).
- **Patient Health Questionnaire 9 [PHQ-9].** Självadministrerad screening och diagnostiskt verktyg för psykiska störningar, depression och ångest (Seethala et al., 2010).
- **Roy's Adaptation Model.** Omvårdnadsteori; Roy's modell utgår från tre begrepp: människan, anpassning och omvårdnad. Modellen ser individen som en uppsättning samverkande system, biologiska, psykologiska och sociala (Frazão et al., 2014).
- **SF-36.** Hälsoundersökning med 36 frågor på funktionell hälsa och välbefinnande (Lew-Starowicz et al., 2009; Peng et al., 2007).
- **State-Trait Anxiety Inventory [STAI].** Psykologisk inventering med 40 frågor. STAI mäter två typer av ångest - ångest eller oro om en händelse, och drag av ångest eller ångestnivå som en personlig egenskap (Lew-Starowicz et al., 2009; Theofilou, 2012).
- **The World Health Organization Quality of Life [WHOQOL-BREF].** Bedömning av individers uppfattning om sin ställning i livet i samband med kultur- och värdesystem och i förhållande till sina mål, förväntningar, normer och problem (Theofilou, 2012).

Bilaga 5. Mindmapping

