



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

DET VIKTIGA SAMTALET

- Sexuell funktion inför behandling av abdominellt aortaaneurysm med endovaskulär teknik

Clara Törnqvist & Klara Stavgren

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Monica Pettersson
Examinator:	My Engström
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Först och främst vill vi tacka alla människor som är villiga att ge av sin tid och sina erfarenheter i syfte att främja omvårdnadsforskningen och därmed bidra till en bättre vård.

Vi vill även rikta vår tacksamhet till Kärkirurgen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset för att ni möjliggjort för oss att delta i projektet verksamhetsförankrat examensarbete. Ert varma välkomnande till er enhet har varit mycket uppskattat.

Slutligen - tack till Monica Pettersson, universitetslektor och docent vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet, för din ovärderliga kunskap och uppmuntran i handledningen av denna kandidatuppsats. Din entusiasm smittar av sig!

“Ett sunt kärleksliv är hjärtats och kärlets bästa vän och förefaller vara en viktig hälsfaktor.”

Stefan Arver, överläkare vid andrologiskt centrum

Titel (svensk)	Det viktiga samtalet – sexuell funktion inför behandling av abdominellt aortaaneurysm med endovaskulär teknik
Titel (engelsk)	The important conversation – sexual function prior to treatment of abdominal aortic aneurysm with endovascular aortic repair
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Författare	Clara Törnqvist & Klara Stavgren
Handledare:	Monica Pettersson
Examinator:	My Engström

Sammanfattning:

Syfte Syftet med denna delstudie var att beskriva den sexuella funktionen hos män som skall genomgå behandling av abdominellt aortaaneurysm, AAA, med endovaskulär teknik, EVAR, samt den information de fått i samband med detta.

Bakgrund Äldre män med hjärt- och kärlsjukdom, såsom AAA, drabbas ofta av sexuell dysfunktion. Problematik kopplad till den sexuella funktionen påverkar flera aspekter i människans liv. Att få information om sitt tillstånd är en viktig del i att kunna förstå och hantera de situationer man genomgår. Äldre patienter erhåller sällan information om hur diverse sjukdomar och behandlingar kan påverka den sexuella funktionen. Sjuksköterskan har det huvudsakliga ansvaret för hälsokommunikationen.

Metod Metoden som använts har varit en kvantitativ, deskriptiv design som analyserat 43 svarsenkäter kopplade till sexuell funktion. Instrumentet som använts var Male- 4 Item som bestod av fyra frågor gällande sexuell funktion. Därtill analyserades tre specifika frågor, varav två rörande information och en rörande oro. Deltagargruppen utgjordes av män som var diagnostiserade med AAA och som skulle genomgå behandling med EVAR. Medelåldern bland deltagarna var 75 år med en spridning mellan 59 och 88 år. Materialet har samlats in mellan vårterminen 2015 till och med juni 2018.

Resultat Resultaten visade att över hälften av deltagarna (53,5 %) hade ett normalt intresse för sex. Majoriteten hade någon form av sexuell dysfunktion, främst låg erektionskvalité (67,4 %). 79,1 % av deltagarna uppgav att de inte hade fått någon information gällande eventuell påverkan på den sexuella funktionen efter operation med EVAR.

Slutsats Personer med AAA får sällan information om de sexuella komplikationer som en kirurgisk behandling kan medföra. Information utgör grunden i alla vårdkontexter och är en förutsättning för god patientdelaktighet enligt svensk lag.

Nyckelord: Sexuell funktion, Abdominellt aortaaneurysm, Endovaskulär teknik, Information, Sexuell hälsa, Kommunikation

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Abdominellt aortaaneurysm	2
Definition och diagnos	2
Screening	2
Behandling med EVAR.....	2
Sexuell hälsa	3
Sexuell funktion.....	3
Sexuell funktion hos äldre.....	3
Oro hos äldre.....	4
Sexuell hälsa som omvårdnads kunskap.....	4
Tidigare forskning	5
Kunskapsteoretisk grund	6
Information- och kommunikationsbegreppen.....	6
Sjuksköterskans ansvar gällande information och kommunikation.....	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Frågeställningar	7
Metod	8
Design.....	8
Deltagare.....	8
Datainsamling.....	11
Tillvägagångssätt.....	11
Analys.....	11
Etiska överväganden.....	11
Resultat.....	12
Information om sexuell påverkan	12
Förnöjsamhet med given information.....	12
Oro vid sexuell aktivitet	13
Intresse i sex	13
Kvalité på erektion.....	13
Förmåga till orgasm.....	14
Förmåga till utlösning.....	14

Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	17
Information och kommunikation	17
Sexuell funktion	18
Slutsats	19
Kliniska implikationer.....	19
Referenslista	21

Inledning

“Sexualupplysningen i svenska skolor är inte bara till för att förebygga veneriska sjukdomar [...] sexualiteten har väl också ett värde i sig”.

Detta kommenterade Socialstyrelsen på en skrivelse från Skolöverstyrelsen på 1930-talet. Anmärkningen utmärker den moderna sexualundervisningen som än idag ansvarar för att introducera barn i läran om sin kropp och dess sexuella funktion (Bäckman, 2016). Det föreligger troligt att det behov vi har av information och kunskap för att kunna förstå de situationer vi genomgår, bibehålls även efter skoltiden och vidare genom hela livet. Att äldre människor inte skulle vara sexuellt aktiva är en seglivad myt som tyvärr innebär att många inte söker vård för sina besvär. Likt läraren i skolan, har även personal i vården en viktig roll att samtala om sexuell hälsa. Sexuell dysfunktion hos äldre bör, likt vid yngre patienter, hanteras legitimt och betraktas som en viktig del av livskvalitén (Skoog, 2016).

Brattberg & Hulter (2010) menar vidare att kommunikationen är grundläggande inom omvårdnaden av patientgrupper där sexuell funktion kan påverkas, såsom vid hjärt-, och kärlsjukdom. Vidare är detta även en förutsättning för att kunna bistå patienten med rätt information och i tid kunna kartlägga eventuella problem som kan påverka patienten och dess eventuella partner. Manliga patienter kan vara i behov mycket stöd vid sexuell dysfunktion.

En av de hjärt-, och kärlsjukdomar som främst drabbar män är abdominellt aortaaneurysm, AAA (Magee, 2003). Ericson & Ericson (2012) menar på att äldre patienter, främst män > 65 år, löper ökad risk att drabbas av aortaaneurysm, men ändå talas lite om att en komplikation kan vara problem gällande den sexuella funktionen (Magee, 2003). Trots att sex-, och samlevnad utgör en grund för vår självbild (Hulter, 2004), visar forskning att 90% av patienterna med AAA menar att de aldrig fått information om de påföljder av sexuell dysfunktion som behandlingen kan medföra (Pettersson, 2012). Därav ämnar denna uppsats till att belysa påverkan på den sexuella funktionen hos män som skall genomgå behandling av AAA med EVAR, samt vilken information som ges i samband med ingreppet.

Bakgrund

Abdominellt aortaaneurysm

Definition och diagnos

Abdominellt aortaaneurysm, förkortat AAA, beskrivs som en abnorm utvidgning av kärlväggens samtliga lager i kroppspulsådern. Tillståndet drabbar främst män > 65 år (Ericson & Ericson, 2012). Aortaaneurysm lokaliserar i de flesta fall till bukaortan, strax nedanför de kärlavgångar som leds till njurarna (Vasko, 2013). Diagnos ställs generellt då den infrarenala aortan är 3 centimeter eller större (Gordon & Toursarkissian, 2014). Patienten är ofta symtomfri, men i de fall där ett aortaaneurysm rupturerar uppvisas kraftiga symtom, såsom svår smärta i buken och nedre delen av ryggen, fallande blodtryck och takykardi. Då ett rupturerat aneurysm innebär inre blödningar föreligger ökad risk för plötslig död (Ericson & Ericson, 2012). Vid diagnostisering av AAA utförs ultraljudsundersökning och CT-scanning med kontrast för kartläggning av aneurysmets lokalisering (Gordon & Toursarkissian, 2014). Hypertoni, ateroskleros och rökning är några av de faktorer som kan bidra till uppkomsten av ett aortaaneurysm (Vasko, 2013).

Screening

I syfte att i tidigt skede diagnosera AAA hos män >65 år har screeningundersökning utförts, vilket visat att prevalensen för AAA hos denna population är 1,5 % av befolkningen. En studie som genomfördes under åren 2006 till 2014 visar på att mortaliteten för AAA hos män >65 år från år 2000 till år 2014 sjunkit från 74/100.000 personer till 45/100.000 personer, relaterat till att screeningundersökning utförts i förebyggande syfte (Wanhainen, 2016). Ytterligare en studie som screeningundersökt 375 äldre män påvisade att 10,7 % av de patienter där aortan var synlig vid ultraljud uppvisade symtom för aortaaneurysm (Bengtsson, Bergqvist, Ekberg & Janzon, 1991).

Behandling med EVAR

Ett aortaaneurysm beläget i buken >5,5 centimeter i diameter kräver kirurgisk behandling (Lederle et al., 2002). Företrädevis görs detta via endovaskulär metod, EVAR (Ericson & Ericson, 2012). EVAR är ett minimalinvasivt ingrepp som innebär att ett kärlstent förs in genom arteria femoralis in i patientens lumske, vidare till aortan, i syfte att förhindra ruptur (Vasko, 2013). Patienter som opereras med EVAR upplever generellt en kortare rehabiliteringsperiod gentemot de som behandlats med andra kirurgiska alternativ som finns (Pettersson, 2012). Ingreppet kräver i regel inte generell anestesi, då det kan utföras genom lokalbedövning eller regional anestesi, det vill säga epidural-, eller spinalbedövning. Sjukhusvistelsen efter ett EVAR-ingrepp varar i snitt en till två dagar. Val av behandlingsmetod beror på flera olika faktorer, såsom anatomiska förutsättningar samt utformning och storlek av patientens kärl. När dessa inklusionskriterier inte uppfylls kan intervention med EVAR försvåras. Behandlingsalternativet är då främst öppen bukkirurgi, vilket är ett mer omfattande ingrepp som föreligger med fler postoperativa komplikationsrisker (Gordon & Toursarkissian, 2014).

Sexuell hälsa

Enligt Världshälsoorganisationen (2006) innefattar begreppet sexualitet flertalet variabler såsom könsidentitet, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet, sex och reproduktion vilket tillsammans utgör en central del i människans liv. I relation till sexualiteten beskrivs begreppet sexuell hälsa som ett tillstånd där det fysiska-, känslomässiga-, psykiska-, och sociala välmåendet sätts i relation till människans sexualitet, men inte begränsas till frånvarandet av sjukdom, dysfunktion eller bräcklighet. Detta förklarar Hulter (2004) genom att analysera de biopsykosociala aspekterna av sexuell hälsa. När den mänskliga kroppen genomgår en förändring, såsom vid sjukdom eller annan frånvaro av hälsa, hotas livets självklarheter - däribland vår upplevelse av hälsa och välbefinnande. När den sexuella förmågan blir lidande vid en sådan förändring utmanas vår självbild, något som till stor del utgörs av könsidentiteten som man eller kvinna. Existentiella begrepp som vem och vad man är, och i vilket sammanhang, försätts i obalans. Denna problematik påverkar människan i dess sätt att kommunicera med omgivningen, däribland familj och livspartner. Därmed fastslås att människor med sexuell problematik nästintill alltid upplever negativ inverkan på fler områden i det mänskliga livet än enbart sexualiteten som sådan.

Hulter (2004) befäster problematiken ytterligare genom att kartlägga att problem kopplade till den sexuella hälsan påverkar följande aspekter i människans liv:

- Identitet - acceptansen gentemot personens könsidentitet som man eller kvinna.
- Möjlighet till ett sexuellt fungerande - kroppens svagheter som påverkande faktorer vid lust och kroppslig reaktion vid sexuellt stimuli.
- Relationsbildning - negativ inverkan vid kommunikation och relation gentemot partner.

Sexuell funktion

Vid definition av sexuell funktion framställs de olika aspekterna av den mänskliga sexualiteten, såväl psykologiska som fysiologiska. Hos den manliga populationen grundas begreppet främst i de fyra faktorerna lust eller sexuellt intresse, erektion, orgasm och ejakulation. Vid bedömning av den sexuella funktionen kartläggs om diverse sexuella funktioner är oförändrade, såsom möjlighet till erektion och orgasm under en viss tidsperiod. Även dessa funktioners frekvens och intensitetsgrad undersöks. Slutligen undersöks hur ofta patienten engagerar sig i sexuell aktivitet, för att kunna göra en bedömning om huruvida frekvensen anses normal. Utöver den fysiologiska anamnesen läggs även vikt vid psykologiska faktorer såsom hur den sexuella funktionens avvikelser påverkar patienten, exempelvis genom välbefinnande och emotionell isolering (Masters & Johnson, 1970).

Sexuell funktion hos äldre

I takt med det biologiska åldrandet sker kroppsliga förändringar, så även gällande den sexuella funktionen. Hos den åldrande mannen sker en fördröjning i uppkomsten av erektion, och den är, till skillnad mot yngre män, inte längre lika kraftfull. Efter ejakulation hos äldre män avtar erektionen snabbt och tiden det tar för ny erektion att skapas fördröjs i takt med åldrandet (Rundgren & Dehlin, 2016).

Åldrandet i sig är dock sällan den primära orsaken till uppkomst av sexuell dysfunktion. Faktum är att de flesta över 65 års ålder har ett aktivt sexliv. Studier som utförts i England, och som även överensstämmer med svensk forskning, visar att bland människor mellan 57 till 85 år har varannan man och var fjärde kvinna sex två till tre gånger per månad. Annan forskning påvisar även att äldre personer över 65 år idag har färre sexuella problem än för trettio år sedan (Matheny, 2017). När problemen dock infinner sig kan orsakerna kan vara många och varierande - missbruk, konsumtion av läkemedel, känslan av trötthet, emotionella bekymmer och kronisk sjukdom. Samhällets syn på den äldre generationens sexuella aktivitet kan även den ha en negativ påverkan på sexlivet (Rundgren & Dehlin, 2016).

Faktorer som möjliggör för ett tillfredsställande sexuellt samliv i takt med ökad ålder beror delvis på upplevelsen av god hälsa och en sexuellt aktiv och intresserad partner. Fysisk aktivitet och närvaron av ett tidigare aktivt sexliv ökar chanserna för ett tillfredsställande sexliv även senare i livet (Rundgren & Dehlin, 2016). Det är även viktigt att betona att åldrandets förändringar kan leda till nya möjligheter. Många äldre kvinnor har exempelvis beskrivit hur deras partners oförmåga till att få erektion har öppnat upp för ett variationsrikt sexliv där närhet och ömhet givits en dominerande plats, och därmed bidragit till att samlivet upplevts i en ny dimension (Matheny, 2017).

Oro hos äldre

Som människa tenderar man att uppleva känslor av ångest och oro, vilket är kroppens normala reaktion på upplevd fara eller hot och fungerar som en förberedelse för flykt. Men när dessa känslor börjar ta makten över en människas liv och kopplas samman med destruktivitet, riskerar det att skapas ett problematiskt förhållningssätt gentemot oron och ångesten. Oro och åldrande är två begrepp som ofta syns tillsammans, men oro och ångest är inget som ses som en normal del i det mänskliga åldrandet. I de flesta fall av ångestproblematik hos äldre ses ångesten ha debuterat tidigare i livet, och har då hos en äldre person varit en del av dennes liv under en lång tid. Detta benämns som primär ångestsjukdom och tenderar i de flesta fall vid stigande ålder att mattas ut och försvagas i dess styrka och påtaglighet. Vid ångestdebut hos personer >65 år finns det ofta misstankar om att det utlösts av depression, kroppslig sjukdom eller som en läkemedelsbiverkan (Edberg, Ericsson & Gunnarsson, 2017). Oro och ångest hos äldre personer har även påvisats kunna bero på bland annat individens upplevelse av understimulering och för högt satta krav i förhållande till den fysiska- & psykiska funktionsförmågan (Edberg, Ericsson & Gunnarsson, 2017).

Sexuell hälsa som omvårdnads kunskap

Patienter med upplevd sexuell ohälsa eller sexuella svårigheter kan tendera att lägga fram denna problematik på ett skämtsamt vis, vilket kan ses som ett tecken på att dennes oro, tankar och funderingar kring den sexuella dysfunktion patienten lider av.

Vårdpersonal som arbetar inom verksamheter där sjukdomar och dess behandlingsmetoder riskerar att påverka patientens sexuella hälsa bör därför ha kunskap om ämnet och på bästa vis kunna möta patienten i dess funderingar och upplevelser. Ju mer insatt sjukvårdspersonalen är inom området, desto tryggare upplevs det att samtala och bidra med information om sexualitet, såväl för personal som för patient (Hulter, 2004).

Målet med den omvårdnad som ges för sexuell hälsa kan variera. Exempelvis kan den syfta till att bota en dysfunktion, lindra symtom, stödja patienten i att acceptera situationen som

den är och på bästa möjliga sätt lära sig leva med begränsade möjligheter inom det sexuella spektrat (Hulter, 2004). I samtalen om sexuell hälsa kan vårdpersonalen med fördel hjälpa och stödja patienten i att lyssna in dennes tankar och låta känslor komma fram om problemet. På detta sätt kan sjukvårdspersonalen stötta patienten i bearbetningen av den sorg som uppkommit relaterat till förlusten av hälsa, och fortsättningsvis även möta patienten i dess önskan om förändring (Hulter, 2004).

Enligt omvårdnadsteoretikern Travelbee (1971) bör varje enskild individ betraktas som unik och oersättlig. Lidande och förlust är känslor som drabbar de flesta människor under livets gång, men varje upplevelse är personlig och ska således också bemötas därefter. Hälsa ses härvid som en subjektiv känsla - varje individ är så frisk som denne känner sig, oavsett närvaro eller frånvaro av symtom och diagnoser. På samma sätt kan känslan av ohälsa finnas utan diagnostiserad sjukdom eller synliga symtom. Utifrån denna premiss menar Travelbee (Kirkevold, 2000) att omvårdnaden syftar till att hjälpa patienten finna hopp och meningsfullhet för att därmed öka känslan av självupplevd hälsa.

Vårdpersonal bör vara uppmärksam på de lidande känslor och funderingar som kan komma att framkallas hos patienter vid sexuell dysfunktion. Ett steg för att belysa denna komplikation, innan såväl som efter behandling av AAA, kan därför vara att bemöta dessa patienter och dess subjektiva sanningar personligt och se till varje unik individ, utifrån den omvårdnadsteori som Travelbee lagt grunden för (Kirkevold, 2000).

Tidigare forskning

Tidigare forskning belyser en del av den problematik som kan kopplas till sexuell funktion efter operation. Koo, Lau, McKinley, Blair och Hood (2007) visade i sin studie att 63 % av de patienter som skulle genomgå operation av AAA med endovaskulär teknik uppgav sexuell dysfunktion preoperativt - en siffra som sedan ökade till 95 % postoperativt. Enbart en tredjedel av de som angav att de drabbats av sexuell dysfunktion postoperativt sökte sedan vård för åtgärd, trots att 66 % angav att de var sexuellt aktiva efter operationen. Magee (2003) visar vidare att 40 % av de patienter som var sexuellt aktiva preoperativt angav senare en försämring i sexuell funktion, och menar därmed att alla patienter bör informeras om denna risk innan de kan ge informerat samtycke till behandling.

Prinssen, Buskens, Nolthenius, Van Sterkenburg, Tejjink och Blankensteijn (2004) framställer även i sin forskning att kirurgi har en stark påverkan på den sexuella funktionen vid behandling av AAA. 74 % av patienterna som skulle genomgå operation med endovaskulär teknik hade preoperativt minst en aspekt av sexuell dysfunktion, motsvarande 82 % postoperativt. Ytterligare visar Xenos, Stevens, Freeman, Pacanowski, Cassada och Goldman (2003) att den sexuella funktionen kan påverkas negativt av kirurgi med endovaskulär teknik, men att den trots det kan vara att föredra i behandlingen av sexuellt aktiva män. Detta då alternativet med öppen bukkirurgi kan medföra än sämre resultat, då dessa typer av ingrepp ibland medför dissektion av autonoma nerver samt blodflödesförändringar i pelvis, vilka kan påverka exempelvis förmågan till erektion. Behandling med endovaskulär teknik har alltså visat en mindre försämring av funktionen för erektion och utlösning hos män gentemot behandling med öppen bukkirurgi. Pettersson, Mattsson och Bergholm (2009) menar vidare att 91 % av patienterna inte fått information angående den sexuella påverkan innan utförd behandling, vad gäller såväl öppen kirurgi som

EVAR. 37 % av patienterna uppger att de var nöjda med den information de fått preoperativt. Studien visar även på försämrade kvalitet på erektionen ett år efter behandling med EVAR.

Genom att dra paralleller till läran om kolorektala sjukdomar kan även viss forskning visa på liknande samband mellan hur operation och sexuell funktion kan kopplas till livskvalité. Carlsson och Persson (2012) menar exempelvis att patienter som genomgått operation kan uppleva problem med självkänslan, då årr och andra kroppsförändringar i samband med förändringar i den sexuella förmågan kan medföra att patienten saknar en del av sitt jag. Under sådana förutsättningar är det ofta sjuksköterskan som ansvarar för att stödja patienten, bland annat genom att bistå med information och undervisa patienten om att livet kan påverkas såväl psykiskt som fysiskt.

Kunskapsteoretisk grund

Information- och kommunikationsbegreppen

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) i Sverige anger att relevant information och/eller undervisning skall ges till patienter och närstående. Vidare befäster Patientjournalagen (SFS 1985:562) att information som lämnats till patienten skall vara individuellt anpassad och journalförd. Alltså förutsätter svensk lag att kommunikation mellan vårdgivare och vårdtagare utövas i samband med det dagliga arbetet. Klang Söderqvist (2013) menar att denna kommunikation har ett främsta mål, vilket innebär att patientens förmåga till egenvård och hälsa stärks.

Jämförelsen mellan att bidra med information gentemot att undervisa patienten innebär många gånger en gråzon, men kan särskiljas genom vissa faktorer. Information kan liknas vid ett budskap, som i vårdssammanhang ofta kompletteras med skriftligt underlag, och som ges från en person till en annan. Därmed innefattar begreppet ingen ömsesidig dialog där den som mottar informationen ges särskilt utrymme för diskussion. Undervisning som begrepp grundas istället i synsättet stimuli - respons, såsom att en inom området kunnig person förmedlar kunskap till en mottagare, som sedan använder den mottagna informationen och förvaltar denna utifrån individens förutsättningar (Klang Söderqvist, 2013). Enligt Fossum (2013) innebär kommunikation överföring av information - en inlärd aktivitet som influeras av den enskildes kultur för att på så sätt skapa förbindelser mellan människor.

Sjuksköterskans ansvar gällande information och kommunikation

För att förstå hur kommunikation fungerar i ett samtal, behöver begreppet samtal definieras. Enligt Fossum (2013) kan samtalet beskrivas som en symmetrisk relation, där två eller fler parter är involverade. Just symmetrin är av vikt, då ett asymmetriskt förhållningssätt istället grundas i att enbart en person talar utan att involvera en annan part. Samtalet är innehållsorienterat och förutsätter ett möte eller verbalt utbyte via ett gemensamt språk.

Sjuksköterskan har det huvudsakliga ansvaret för arbetet med hälsokommunikation idag. Kommunikationen utgör en viktig del i att stödja patientens hälsa, och en god förståelse för sin vård ökar patientens delaktighet och följsamhet. Till skillnad från en dialog, grundas informationsarbetet inom omvårdnadsprofessionen i att upplysa patienten om de faktorer som påverkar dennes hälsotillstånd, vård och behandling. Alltså är informationsarbetet inte av

öppen typ eller på samma sätt förutsättningslöst som en ordinär dialog ofta definieras av (Sandberg, 2014).

Alla förändringsarbeten, exempelvis processen att kartlägga och eliminera ett hälsoproblem, grundas i att uppmärksamma det faktiska problemet. En förutsättning för detta är att sjuksköterskan har ett professionellt förhållningssätt, det vill säga att denne deltar i ett meningsfullt samtal där premissen är att sjuksköterskan utgår ifrån sin kunskap inom professionen. Kvalitén på informationsarbetet avgörs av olika faktorer, såsom huruvida denne uppfattar budskapet som svårt, utmanande eller känsligt. Även personlig mognad, erfarenhet och utbildning inom ämnet är bidragande orsaker till hur väl informationen framläggs (Sandberg, 2014).

Problemformulering

Alla patienter har enligt lag rätt till att ta välgrundade beslut angående sin behandling utifrån dennes personliga förutsättningar. Sjukvården har därmed en skyldighet att bistå patienten med information kring sin vård och i samband med detta väga in alla aspekter av komplikationer som kan uppstå i samband med behandling. Trots att sexualitet utgör en stor del av människans identitet och upplevelse av sitt jag, är diskussionen kring sexuell hälsa och sexuella funktioner fortfarande belagt med tabu inom den svenska sjukvården. Att undvika ämnet sexualitet på grund av sociala normer, utgör därmed en komplexitet i koppling till den professionella skyldigheten gällande patientens delaktighet i sin egen vård. Den bristande informationsgivningen omöjliggör för patienter som skall genomgå operation av AAA med EVAR att ta ett välgrundat beslut angående sin behandling, vilket inte är i enlighet med de etiska riktlinjer som ligger till grund för svensk hälso- och sjukvård. Att genomgå en behandling utan full vetskap om dess eventuella komplikationer riskerar att äventyra patientens rätt till självbestämmande och går emot visionen om personcentrerad omvårdnad.

Syfte

Syftet är att beskriva den sexuella funktionen hos män som ska genomgå behandling av abdominellt aortaaneurysm med endovaskulär teknik, samt redogöra för om de får information om sexuell påverkan i samband med detta.

Frågeställningar

- Är patienterna nöjda med den information de givits?
- Upplever patientgruppen oro vid sexuell aktivitet?

Metod

Design

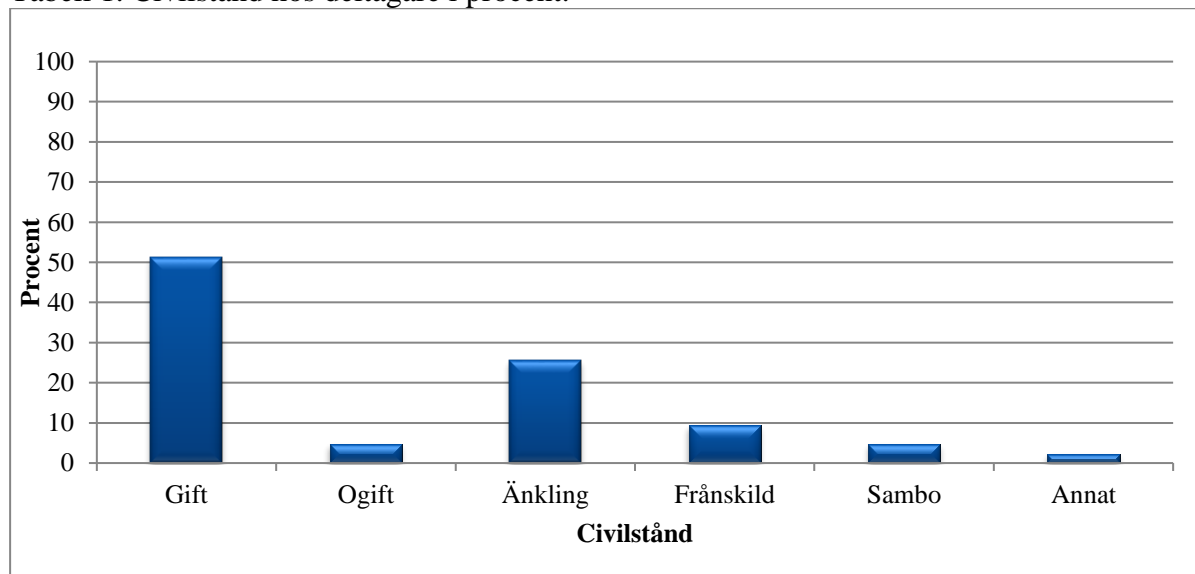
Delstudien har en kvantitativ ansats och en deskriptiv design, där enkäten Male 4- Item har analyserats. Metoden valdes för att säkerställa att enkäten validerats som ett trovärdigt instrument och därmed ansetts som meningsfull. Detta möjliggör även för resultatet att jämföras med tidigare studier som använt sig av samma enkätformulär (Billhult, 2017).

Deltagare

Studien som denna delstudie är baserad på hade följande inklusionskriterier: deltagaren skulle kunna förmå att uttrycka och förstå det svenska språket, vara orienterad till tid, rum och plats, samt vara diagnoserad med abdominellt aortaaneurysm. Majoriteten av studiens deltagare var män över 60 år och antalet deltagare var 54 stycken. Studien hade ett konsekutivt urval där patienter med diagnoserat AAA som skulle genomgå behandling med EVAR tillfrågades. Denna kandidatuppsats är en delstudie i ett större forskningsprojekt. Delstudien har valt att exkludera alla av kvinnligt kön, samt alla som inte slutfört enkäten. Därmed har totalt 43 svarsenkäter analyserats i delstudien.

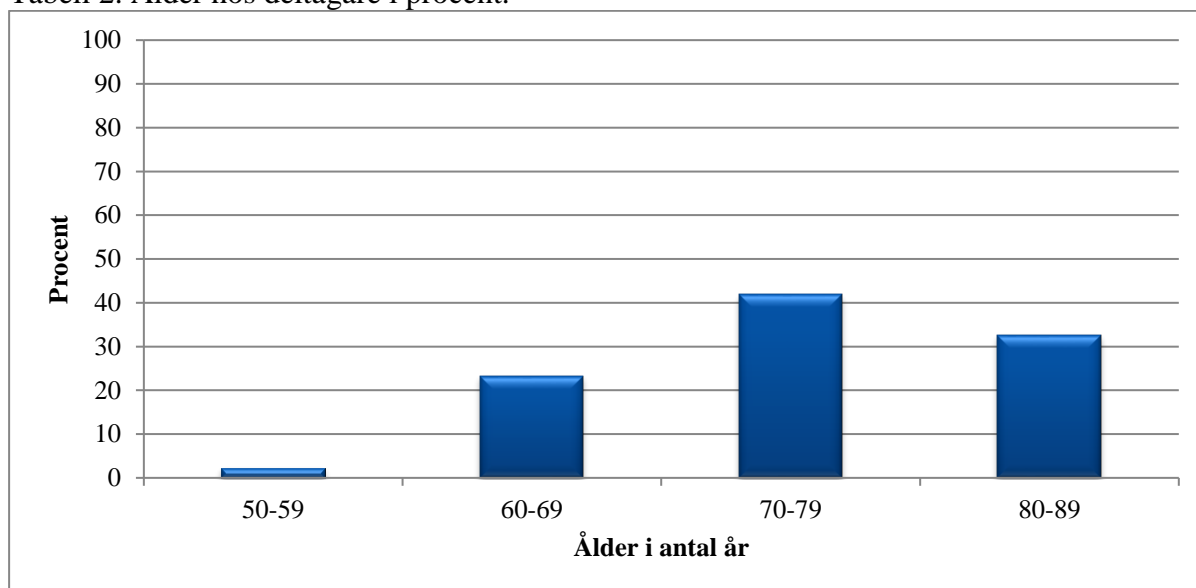
Majoriteten av deltagarna som analyserats i delstudien är antingen gifta (51,2 %) eller änklings (25,6 %). Se tabell 1.

Tabell 1. Civilstånd hos deltagare i procent.

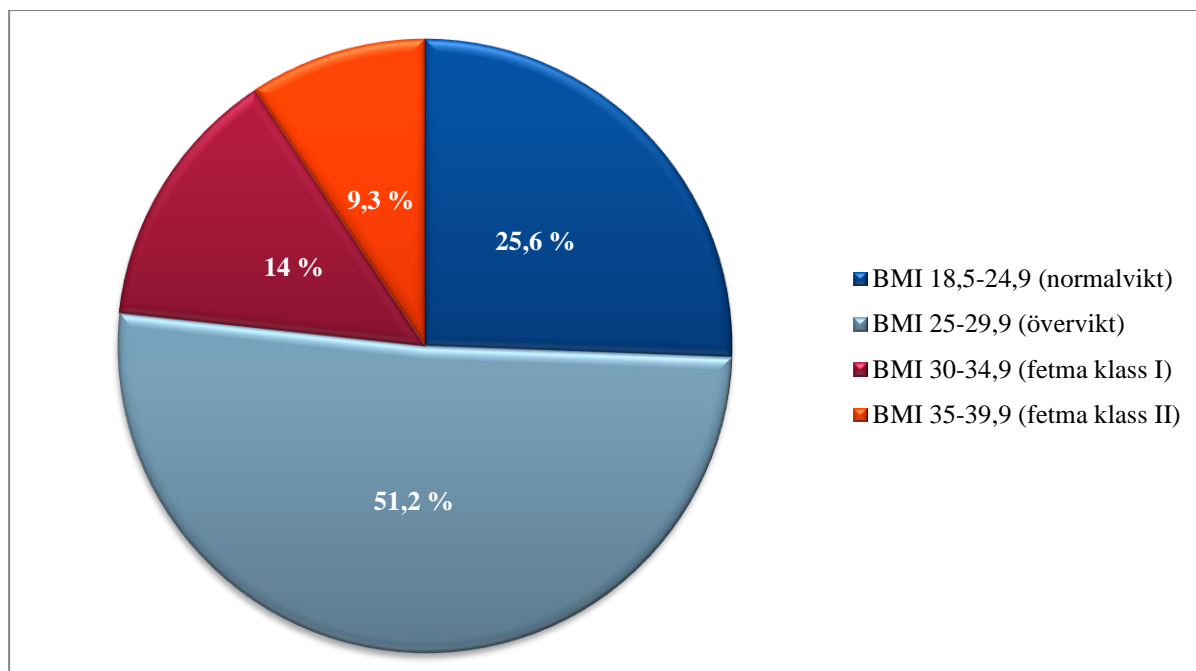


Medelåldern hos deltagarna var 75 år med en spridning mellan 59 och 88 år. Se tabell 2.

Tabell 2. Ålder hos deltagare i procent.

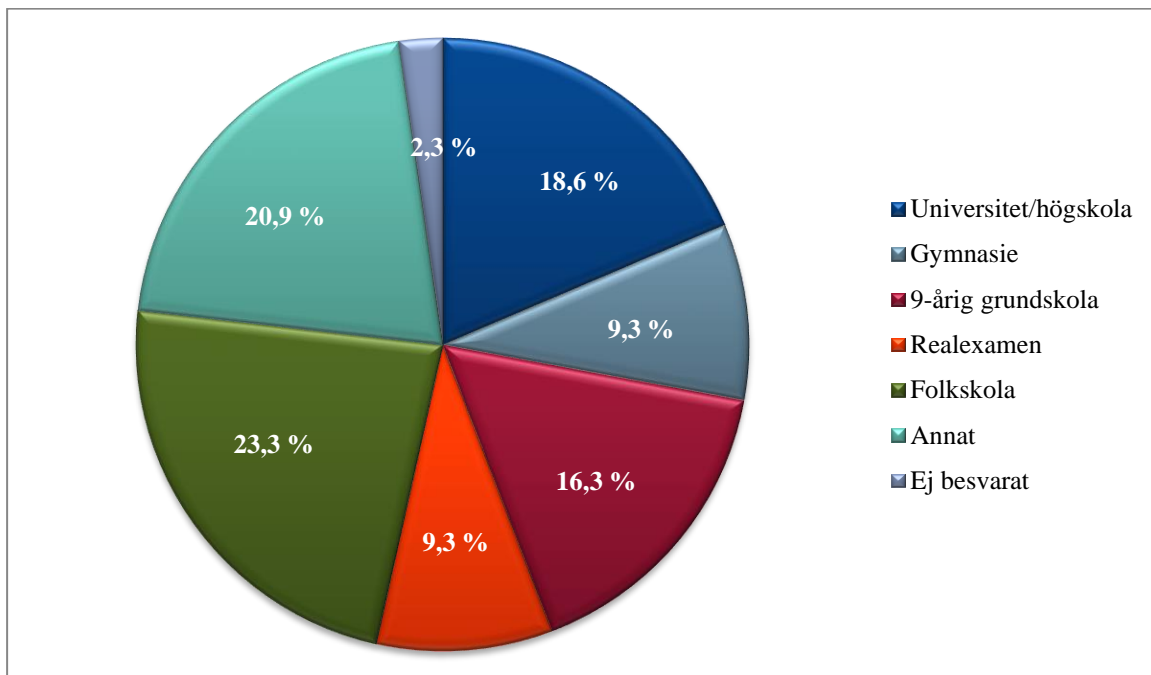


25,6 % av deltagarna är normalviktiga, övriga (74,4 %) lider av övervikt, fetma klass I eller fetma klass II enligt BMI. Se figur 3.



Figur 3. BMI hos deltagare i procent.

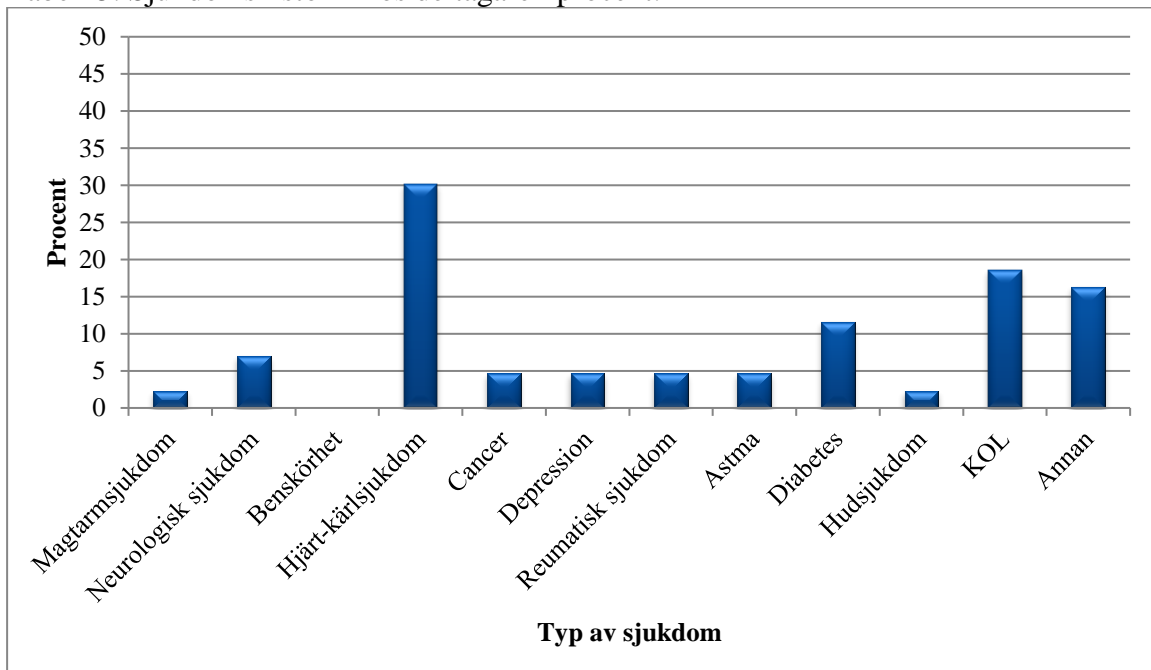
Deltagarnas utbildningsnivå varierade enligt följande. Se figur 4.



Figur 4. Utbildningsnivå hos deltagare i procent.

Deltagarnas sjukdomshistorik hade en stor spridning. Den sjukdomstyp som var mest närvarande i deltagargruppen var hjärt- kärlsjukdom följt av KOL eller övrig sjukdom som ej specificerats. Se tabell 5.

Tabell 5. Sjukdomshistorik hos deltagare i procent.



Datainsamling

Instrumentet Male- 4 Item samt tre specifika frågor har analyserats. Frågorna i Male- 4 Item definieras enligt följande; "Ditt intresse i sex", "Kvalitén på erektionen", "Förmåga till orgasm" samt "Förmåga till utlösning". Det fanns sex svarsalternativ på respektive fråga enligt följande; "mycket stark", "stark", "normalt", "svagt", "mycket svagt" samt "ingen" (Magee, 2003). De tre specifika frågorna var följande; "Har du fått information om eventuell påverkan på den sexuella funktionen?", "Är du nöjd med den givna informationen?" och "Känner du oro vid sexuell aktivitet?". Deltagarna hade tre svarsalternativ på respektive fråga enligt följande; "Ja", "Nej" och "Ej aktuellt". I samband med enkäterna skickade Kärllkirurgisk mottagning även ut ytterligare enkäter, EQ-5D samt Health Related Questionnaire som syftar till livskvalitets-, och utbildningens effekt på hälsan. Utöver detta erhöll deltagarna även specifika frågor om förståelsen för ingreppet med endovaskulär teknik. Materialet samlades in mellan vårterminen 2015 och juni 2018. Denna delstudie har valt att enbart analysera resultaten från Male- 4 Item och de tre specifika frågorna angående den sexuella funktionen.

Tillvägagångssätt

Studien genomfördes på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. I samband med inskrivningssamtalet vid Kärllkirurgisk mottagning träffade deltagarna en specialistsjuksköterska samt kärllkirurg för muntlig information angående ingreppet. Därefter fick deltagarna materialet för enkäten hemskickat och fick därefter besvara fyra frågor gällande sexuell funktion samt tre specifika frågor gällande information och oro vid sexuell aktivitet. Patienten besvarade frågeformulären i sitt hem och skickade sedan in svaren via post till forskningsansvarig sjuksköterska på Kärllkirurgisk mottagning, SU/S. Forskningsansvarig sjuksköterska skickade ut en påminnelse vid uteblivet svar.

Material till bakgrunden i delstudien har tagits från vetenskapliga artiklar från databaserna Cinahl och Pubmed, kursböcker och vetenskaplig litteratur. Författarna har även varit i kontakt med personal vid Kärllkirurgen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt psykoterapeut vid Sexualmedicinskt centrum i Göteborg för tips och råd i arbetsprocessen.

Analys

Delstudien har analyserat material från de 43 ifyllda svarsenkäterna från Male- 4 Item samt de tre specifika frågorna. Resultaten har framtagits med hjälp av frekvensberäkningar där procentsats och medelvärde har redovisats i histogram och cirkeldiagram. Detta har gjorts i programmet SPSS Statistics version 25. Val av diagramtyp avgjordes av författarnas åsikt om vilken typ som var mest lämplig utifrån de faktorer som skulle redovisas.

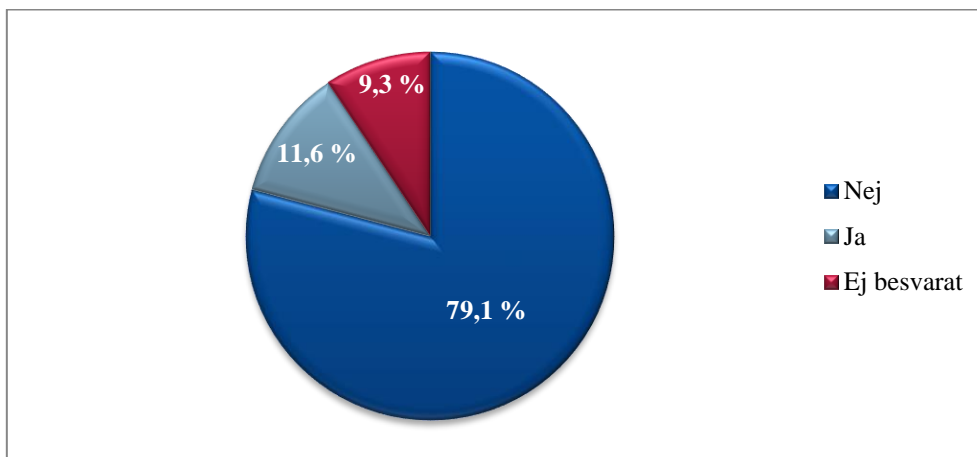
Etiska överväganden

Alla deltagare i studien erhöll både muntlig- och skriftlig information om studiens syfte och innehåll i samband med förfrågan om deltagande. Alla deltagare informerades om rätten att avböja när som helst under studiens gång, utan att detta skulle påverka dess vård. Samtliga patienter har givit informerat samtycke till deltagande. Allt material har förvarats inlåst utan möjlighet till enskild identifiering utifrån svarsblanketterna. Studien är godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg, diarienummer 064-13.

Resultat

Information om sexuell påverkan

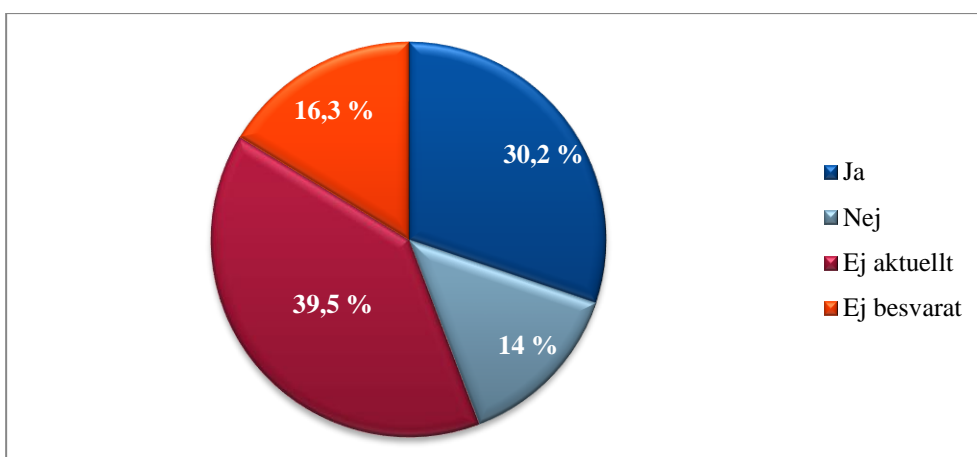
På frågan om deltagarna hade fått information om den eventuella påverkan på den sexuella funktionen, svarade majoriteten (79,1 %) nej. 11,6 % av deltagarna uppgav att de erhöll information angående detta preoperativt. Resterande (9,3 %) valde att avstå från att besvara frågan. Se figur 6.



Figur 6. Deltagarnas upplevelse av om de fått information om sexuell påverkan i procent.

Förnöjsamhet med given information

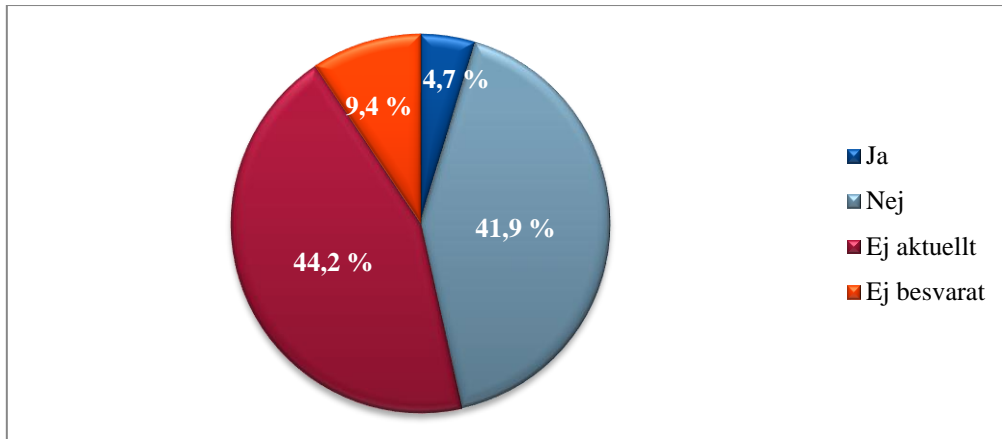
En dryg tredjedel (30,2 %) av deltagarna uppgav sig vara nöjda med den information de fått angående eventuell påverkan på den sexuella funktionen efter operation. 14 % upplevde sig inte nöjda med informationen. Resterande deltagare uppgav antingen att frågan inte vara aktuell (39,5 %) eller avstod från att besvara frågan (16,3 %). Se figur 7.



Figur 7. Deltagarnas förnöjsamhet med given information i procent.

Oro vid sexuell aktivitet

Majoriteten av deltagarna uppgav antingen att frågan ej var aktuell (44,1 %) eller att de inte upplevde oro vid sexuell aktivitet (41,8 %). 4,7 % svarade ja på frågan. 9,4 % valde att ej besvara frågan. Se figur 8.

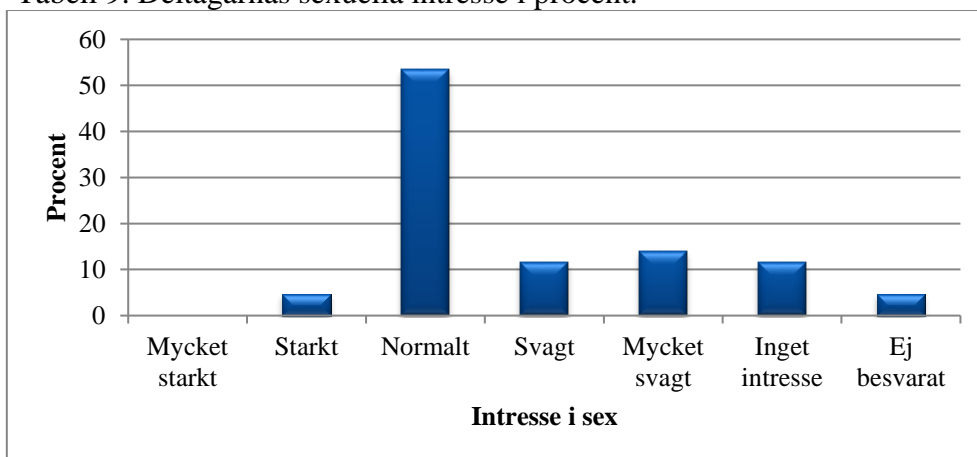


Figur 8. Deltagarnas upplevelse av oro vid sexuell aktivitet i procent.

Intresse i sex

Drygt hälften (53,5 %) av studiens deltagare angav ett normalt intresse för sexuell aktivitet. Övriga som valt att besvara frågan (37,2 %) angav istället antingen svagt, mycket svagt eller inget intresse för sex. Se tabell 9.

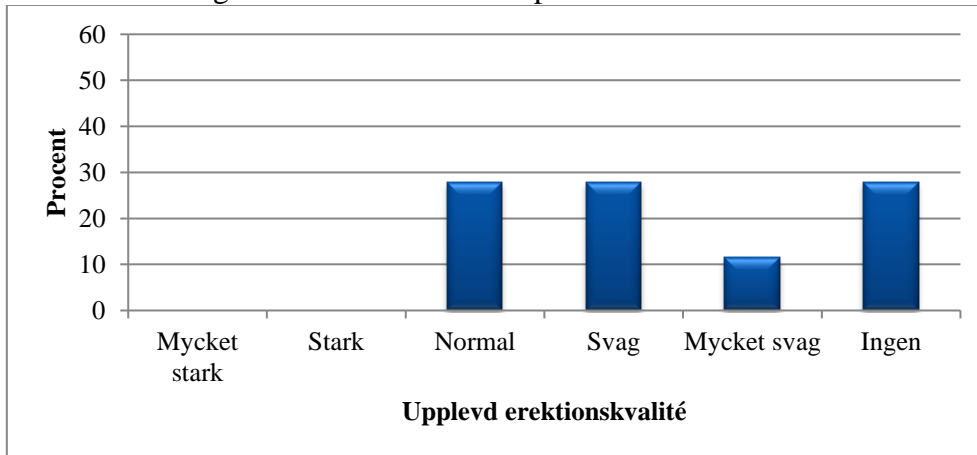
Tabell 9. Deltagarnas sexuella intresse i procent.



Kvalité på erektion

En majoritet av deltagarna (67,4 %) uppgav låg erektionskvalité, såsom svag (27,9 %), mycket svag (11,6 %) eller ingen (27,9 %). 27,9 % upplevde en normal kvalitet på erektionen. Ingen av deltagarna uppgav mycket stark-, eller stark erektionskvalité. Se tabell 10.

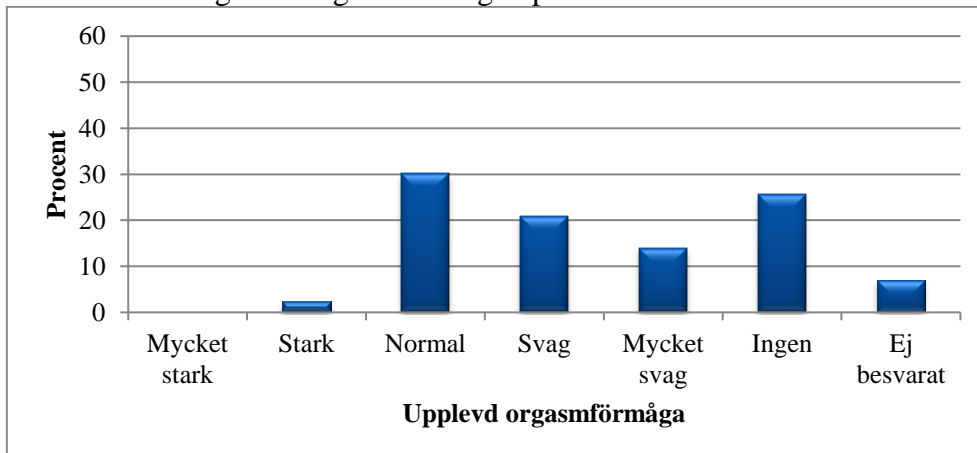
Tabell 10. Deltagarnas erektionskvalité i procent.



Förmåga till orgasm

Drygt en tredjedel av deltagarna (30,2 %) uppgav en normal förmåga till orgasm. Majoriteten (60,5 %) uppgav istället en svag-, (20,9 %), mycket svag-, (14 %), eller ingen (25,6 %) förmåga till orgasm. 2,3 % av deltagarna uppgav en stark förmåga till orgasm. Ingen upplevde sig ha en mycket stark orgasmförmåga. Se tabell 11.

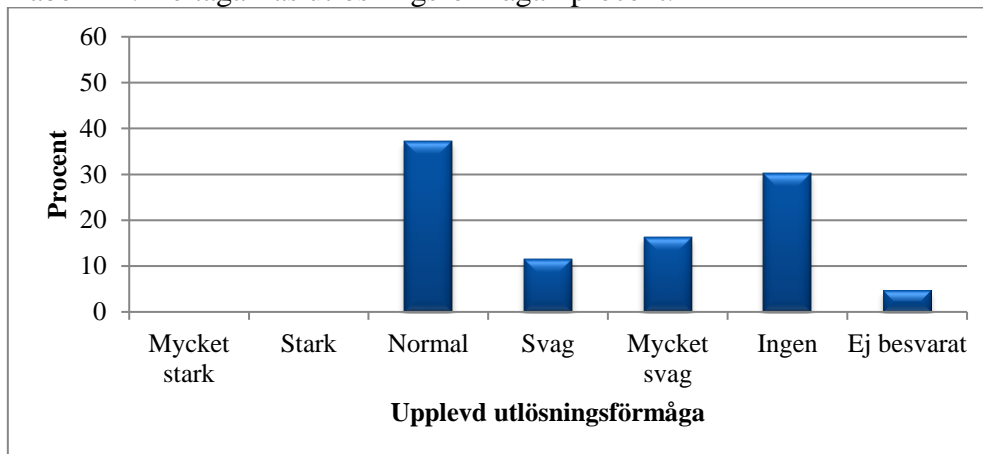
Tabell 11. Deltagarnas orgasmförmåga i procent.



Förmåga till utlösning

Av alla deltagare uppgav 37,2 % att de hade en normal förmåga till utlösning. Resterande deltagare (58,1 %) upplevde istället svag-, (11,6 %), mycket svag-, (16,3 %) eller ingen (30,2 %) förmåga till utlösning. Ingen uppgav sig ha en mycket stark-, eller stark förmåga till utlösning. Se tabell 12.

Tabell 12. Deltagarnas utlösningsförmåga i procent.



Diskussion

Metoddiskussion

Då studiens resultat är baserat på statistiska analyser av enkätundersökningar, faller studiedesignen under ramen för kvantitativ ansats (Billhult, 2017). Dessa analyser har därefter legat till grund för de slutsatser studien presenterat i resultatet. Det är dock viktigt att sådana generaliseringar diskuteras gällande den direkta överförbarheten till klinisk implementering, då trovärdigheten hotas av det knapphändiga deltagarantal ($n=43$) som analyserats i denna studie (Priebe & Landström, 2017).

Vidare är det väsentligt att reflektera över deltagargruppen som legat till grund för studiens resultat. Den generella regeln för all forskningsetik är att deltagarna bör gynnas, och företrädesvis ta del av, samtlig ny kunskap som de bidragit till. Rättvisaspekten förutsätter att inga särskilt utsatta eller sårbara individer utnyttjas i syfte att driva forskningen framåt, vilket dock kan vara svårt att med säkerhet befästa (Kjellström, 2017). Då författarna bedrivit en delstudie i ett större forskningsprojekt, och därmed inte deltagit i urvalsprocessen när enkäterna distribuerades, kan inte denna aspekt till fullo utvärderas. Däremot förlitar sig författarna på det beslut från Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg som har givit sitt godkännande för studien.

De enkäter som delstudien valt att avstå från att analysera baserades på flertalet variabler. Exklusionskriterierna upprättades då författarna ansåg att vissa faktorer förelåg med en hög risk för missvisande resultat. Att utesluta de kvinnliga deltagarna berodde på att de var mycket få till antalet, vilket inte ansågs vara förenligt med den kvantitativa ansats som valts. Härvid skulle en kvalitativ metod lämpa sig bättre då en sådan studie ofta resulterar i en mer givande kunskap när ett mindre antal människor undersöks (Henricson & Billhult, 2017). Det skall dock understrykas att mer forskning om kvinnor och AAA behövs, då prevalensen för denna patientgrupp att drabbas är 0,7 % (DeRubertis, Trocciola, Ryer, Pieracci, McKinsey, Faries & Kent, 2007). Trots att denna siffra i relation till insjuknanden bland män är låg, är det fortfarande något som påverkar många liv. Att utesluta de som av olika skäl inte fullföljde

studien, och därmed inte besvarade merparten av enkäterna, baserades på att minska risken för att dessa svar skulle medföra en missvisande bild av de faktiska resultaten.

Det bör reflekteras över om deltagarnas ålder kan ha påverkat svaren de förmedlat i enkäterna. Då undersökningsgruppen definieras som homogen, i det att den endast utgjordes av män över 59 år, kan det innebära att vissa delar av resultatet riskerar att inte kunna appliceras på andra patientgrupper - exempelvis yngre män, eller kvinnor. Det bör också tas hänsyn till att samtliga deltagare, med tanke på deras ålder, har växt upp under en tid då samtalskulturen kring sexualitet troligtvis var mer konservativ än hur den ser ut idag. Det är inte omöjligt att detta har påverkat hur, och till vilken sanningsgrad, deltagarna har besvarat enkäten.

Urvalets homogenitet medför både styrkor och svagheter i hur väl resultatet går att överföra till klinisk verksamhet. En styrka kan vara att överförbarheten till patienter som överensstämmer med urvalskriterierna är god, just på grund av att gruppen är homogen. Däremot utelämnas en stor andel patienter som inte uppvisar de inklusionskriterier som studien såväl som delstudien upprättat. Exempelvis har studien valt att exkludera alla patienter som inte talar svenska, vilket kan medföra att viktiga kulturaspekter i samtalen om sexuell hälsa inte tas i beaktning. Vidare använde sig studien av ett instrument utformat för manliga patienter, vilket kan höja frågan om ett annat instrument hade varit mer lämpligt i denna typ av forskning för att på detta sätt även inkludera andra kön.

Då delstudien har analyserat statistik från en färdig enkät, anses detta vara en styrka gällande resultatens trovärdighet. När färdiga enkäter används har de generellt redan validerats och därmed påvisats ha en liten risk för missuppfattning, samt därtill uppfyller sitt syfte (Billhult, 2017). Den färdiga enkät som legat till grund för delstudien var ett validerat instrument, Male-4 Item, vilket stärker trovärdigheten i dess utfall. Vid konstruktion av specifika frågor, vilket varit en del av materialet som analyserats i denna delstudie, finns en ökad risk för missförstånd i tolkning av svarsalternativen då dessa frågor inte validerats i samma utsträckning som en färdig enkät (Billhult, 2017). Efter att ha granskat resultatet av de specifika frågorna, är författarnas uppfattning att dessa frågor troligtvis har misstolkats av majoriteten av deltagarna. Detta då enbart en tredjedel uppgivit sig ha en normal sexuell funktion, jämfört med de knappa 4,7 % som uppgivit oro vid sexuell aktivitet. Ett sådant resultat kan te sig motstridigt, och därmed varit en återkommande reflektion i arbetet med delstudien. Det skall dock understrykas att författarna inte har något vetenskapligt underlag för att sådana resultat inte är förenliga med varandra, utan enbart väckt frågor utifrån personliga antaganden.

En styrka i analyseringsprocessen i denna uppsats var att enkätsvaren har beräknats i datorprogrammet SPSS statistics version 25. Detta ansågs vara den mest säkra metod att använda vid analysering av statistisk data. Datan har lagrats i författarnas hemdator, vilket kan ses som en svaghet gällande integritetsskydd (Billhult, 2017). Dock försvarades detta med att all information var anonymiserad då författarna tilldelades materialet.

Då deltagarna, enligt riktlinjer från forskningsetiken, erhållit både muntlig och skriftlig information om studien samt givit sitt informerade godkännande för deltagande anses delstudien vara etiskt försvarbar. Studien har även ett godkännande från Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg, vilket ytterligare stärker den forskningsetiska utgångspunkten. Då resultaten anonymiserats och förvarats inlåsta, stämmer detta väl överens med riktlinjerna för integritetsskydd inom kvantitativ forskning (Kjellström, 2017).

Resultatdiskussion

Information och kommunikation

Det huvudsakliga syftet med denna studie var att koppla begreppen information och kommunikation till sexuell funktion vid kirurgisk behandling av AAA. Huvudfynden visade sig vara att drygt hälften av deltagarna uppgav sig ha ett normalt intresse för sex samtidigt som enbart ~ en tredjedel av varje studerad variabel inom Male- 4 Item upplevde sin sexuella funktion som normal. Resultatet kan därmed tolkas att påvisa en problematik kring den fysiska möjligheten att engagera sig i sexuell aktivitet, trots viljan att göra det. Ytterligare väsentliga fynd var att en stark majoritet (drygt 79 %) uppgav att de inte fått någon information angående eventuell påverkan på den sexuella funktionen som operation med EVAR kan medföra. Mot bakgrunden att en majoritet av deltagarna var intresserade av att kunna engagera sig i sexuell aktivitet, påvisar fynden vikten av att informera patienterna om de sexuella komplikationer som kan uppstå. På detta sätt kan sjukvården stärka patientens rätt till självbestämmande vid operation med EVAR utifrån dennes subjektiva bedömning av sexuell hälsa, och i sin förlängning, livskvalité.

Huvudfyndens betydelse kan stärkas med svensk lagstiftning, såsom Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1882:763) och Patientjournalagen (SFS 1985:562) som tillsammans befäster kommunikationens betydelse inom klinisk vårdverksamhet. Då dessa lagar anger att information som anses relevant skall förklaras för patienten utifrån dennes förutsättningar, påvisar resultatet att detta förhållande inte upprätthålls. I sin förlängning stärks därmed Magees (2003) uttalande om att en patient inte kan fatta ett rättvist beslut om att fortgå med operation om denne inte har erhållit all relevant information - en kategori som denna studie påvisat att påverkan på den sexuella funktionen tillhör.

Detta kan jämföras med tidigare forskning inom området, vars fynd överensstämmer med den problematik författarna belyst i denna studie. Likt vad Koo et al. (2007) menar tydliggör studiens resultat behovet att som vårdgivare erbjuda vårdtagaren rätt information, för att på så sätt motverka skamkänslor och istället möjliggöra för patienten att förstå sin situation och dess eventuella orsak. Fördomar och tabu kring äldres icke-sexualitet är en bidragande orsak till att denna patientgrupp ofta utelämnas i kommunikationen om sexuell hälsa. Samma felaktiga bild medför ofta att äldre inte informeras om hur diverse sjukdomar eller behandlingar kan påverka deras sexuella funktion. Detta medför allvarliga konsekvenser i att många äldre personer blir tvingade till ett liv utan sex trots att viljan finns kvar. Då populationen av människor över 80 år beräknas stiga till en miljon år 2040, är denna okunskap ett högaktuellt problem som bör behandlas med utgångspunkten att morgondagens äldre vill, och har rätt till, att leva ut sin sexualitet tills de dör (Matheny, 2017).

Vidare är det intressant att koppla fynden om information tillbaka till de omvårdnadsteorier som legat till grund för orosbegreppet i denna studie. Travelbees (1971) omvårdnadsteori styrker det huvudfynd som påvisar informationsarbetets betydelse för omvårdnadsprofessionens framgång vad gäller att inge hopp och meningsfullhet till patienten och stärka dennes möjlighet till gott mående. Även Klang Söderkvists (2013) yrkan om kommunikation som arbetsredskap för att främja patientens förmåga till hälsa kan ställas i relation till studiens fynd om den stora andel deltagare som inte mottagit någon information om påverkan på den sexuella funktionen. Slutligen kan även Hulters mening (2004) om hälsa som upplevelse tillsammans med Travelbee (1971) och Klang Söderkvist (2013) teorier påvisa slutsatsen att den hälsa man upplever sig ha spelar en väsentlig roll i flera aspekter av

det mänskliga livet. Om patienten besitter kunskap om de tillstånd som kan drabba denne, kan detta medföra ett hopp om bättring och därmed en högre grad av självupplevd hälsa.

Den styrande hälso- och sjukvårdslagen finns upprättad för att säkerställa att vården som ges ska vara jämlik till alla, oavsett socioekonomiska faktorer, geografiska områden och könstillhörighet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys yrkar på att Sverige brister vad gäller att informera patienter om olika behandlingsalternativ såväl som att informera och diskutera läkemedel och eventuella biverkningar som riskerar att uppkomma i samband med behandling och läkemedelsförbrukning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vikten av att informera och öppna upp för diskussion och funderingar gällande behandlingsalternativ och komplikationer betonas, däribland risk för sexuell dysfunktion. Patienterna som deltagit i analysen från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppger även att vårdpersonal brister i att ta ett samordningsansvar med andra vårdinstanser, detta främst efter det att patienten blivit utskriven från slutenvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Samordningsansvaret kan ses som en betydelsefull faktor vid fortsatt forskning inom ämnet för att i tidigt skede lyfta frågan och hjälpa berörda patienter till att få rätt hjälp på rätt instans. Sexuell dysfunktion kräver, likt all annan problematik, rätt kompetens för att bäst bemötas och behandlas.

Slutligen bör det betonas att informationsarbetet gällande sexuell funktion förbättras, trots det resultat som redovisas i denna studie. I Petterssons (2009) studie från samma verksamhet sågs att hela 90 % inte fått någon information gällande sexuell dysfunktion inför operation med EVAR - en siffra som idag motsvarar 79,1 %. Alltså pågår ett löpande förbättringsarbete som på sikt kan inge förhoppningen att sexuell hälsa kommer ha en självklar plats i klinisk verksamhet i framtiden. Dock har förnöjsamheten med den information som givits till patienterna försämrats något, vilket tyder på att det fortfarande behövs vidare arbete för hur informationen bäst förmedlas.

Då omvårdnadsprofessionen utgår från att vårda hela människan kan resultaten verka som en påminnelse att möta patienten, gammal som ung, i alla dess dimensioner. Genom att hämta kunskap från de som upplevt fenomenet som utforskats, har vi fått svar som i sin tur givit upphov till nya frågor. Därmed föreligger fortfarande ett behov av vidare forskning inom läran om vaskulära sjukdomar och dess påverkan på den sexuella funktionen.

Sexuell funktion

För djupare förståelse av studiens resultat angående sexuell funktion har deltagarnas intresse för sex jämförts med övriga variabler inom Male- 4 Item. Gällande erektionskvalitén påvisas att ingen av deltagarna angett sig ha varken mycket stark eller stark kvalitet på dess erektion. Det ter sig därav intressant att jämföra denna information gentemot den majoritet som angett att de har ett normalt intresse för sex. Jämförelsevis tyder det på att majoriteten av deltagarna påvisar ett sexuellt intresse, medan en ännu större andel angett upplevelser av svag, mycket svag eller ingen kvalitet på erektionen. Dessa siffror befäster problematiken kring ämnet och så även vikten av att detta uppmärksammas. Knappt en tredjedel av de som besvarat enkäten om sexuell funktion menar på att de inte har någon erektionskvalité. Att som man lida av avsaknad erektionskvalité påverkar högst troligen den sexuella aktiviteten och således även upplevelsen av denna i negativ bemärkelse.

Vid jämförelse av resultatet gentemot andra studier ses ett tydligt samband mellan sexuell dysfunktion och AAA, vilket stärker delstudiens giltighet. Regnier, Lareyre, Hassen-Khodja, Durand, Touma och Raffort (2018) som gjort en sammanställning av flertalet studier som undersökt korrelationen mellan AAA och sexuell funktion, framställer resultat som till stor

del överensstämmer med delstudiens redovisning. Antalet patienter som uppgivit sexuell dysfunktion inför operation med EVAR varierar mellan 63 % (Koo et al. 2007) och 74 % (Prinssen et al. 2004). Delstudien fann att 58,1 % - 67,4 % av deltagarna valt svarsalternativ enligt Male- 4 Item som tyder på sexuell dysfunktion, vilket alltså ter sig rimligt i relation till tidigare forskning.

Det bör tas till hänsyn att vissa bakgrundsfaktorer kan ha betydelse för resultatets utgång. Civilstånd, BMI och bakomliggande sjukdomar bör inte helt förbises i tolkningen av resultatet. Det är mycket svårt att veta exakt vilka faktorer som påverkar utfallet, och i så fall hur de gör det. Exempelvis var en majoritet av deltagarna överviktiga enligt BMI, vilket enligt Stackelberg, Björck, Sadr-Azodi, Larsson, Orsini och Wolk (2012) kan korreleras till uppkomsten av AAA. Enligt denna studie ökade risken för AAA med 15 % per 5 centimeters ökning i midjeomfång. Andra studier som även undersökt fenomenet, såsom Gordon & Toursarkissian (2014), menar dock att ingen korrelation mellan BMI och uppkomsten av AAA kunde kartläggas. Det finns dock vetenskapligt belägg för att BMI har en negativ inverkan på den sexuella funktionen (Sarwer, Hanson, Voeller & Steffen, 2018), vilket därmed medför att resultatet kan ha påverkats av andra faktorer än endast AAA. Att fördjupa sig i detta har dock fallit utanför denna delstudies syfte. Istället har författarna valt att redovisa sjukdomshistorik i metodkapitlet där deltagarna beskrivs, för att på så sätt ge läsaren en möjlighet att själv bilda sin uppfattning av resultatens giltighet.

Slutsats

Patienter som skall genomgå behandling av AAA med endovaskulär teknik är personer med en ökad frekvens av hjärt- och kärlsjukdomar samt övervikt enligt BMI. Hos dessa patienter är den sexuella funktionen ofta försämrade redan innan operationen genomförs. Trots detta får patienterna mycket sällan information om att den sexuella funktionen kan påverkas av ingreppet. Detta faktum är oförsvarbart enligt både svensk lag och omvårdnadsprofessionens riktlinjer. Delstudien har redovisat att 67,4 % av deltagarna har låg erektionskvalité, 60,5 % har låg orgasmförmåga och 58,1 % har låg utlösningförmåga. I relation till detta har 53,5 % uppgivit att de har ett normalt intresse i sex. Detta belyser problematiken i att många av dessa patienter vill ha ett sexuellt samliv, men saknar den fysiska förmågan att kunna det. Genom att i denna delstudie ytterligare påvisa att nästintill alla patienter (79,1 %) med AAA står utan information om de sexuella komplikationer som kan uppstå vid behandling, har förhoppningen varit att befästa betydelsen av sexualiteten som en central del av oss alla genom hela livet.

Kliniska implikationer och framtida forskning

Vi anser att studiens resultat har vetenskaplig betydelse och kan verka vägledande i det kliniska arbetet kring patienter med AAA. Med bakgrund av att en överväldigande majoritet av deltagarna inte hade erhållit någon information om påverkan på den sexuella funktionen, visar detta tydligt på behovet av förändring i verksamhetens samtalsrutiner. Istället bör ämnet betraktas som en naturlig del i informationsarbetet, där tankar om den sexuella funktionen kan diskuteras. Genom detta ökar förhoppningsvis kunskapen om sexuella dysfunktioner och därmed vetskap om att hjälp finns att tillgå. Författarna av denna studie vill dock understryka betydelsen av vidare forskning inom området, för att på detta sätt ytterligare kartlägga de brister och behov som finns för en säker implementering av kunskapen i det kliniska arbetet.

Det föreligger ett stort behov av större kunskap kring kvinnliga patienters upplevelse och påverkan av den sexuella funktionen vid behandling av AAA. Därtill finns ännu ingen forskning för på vilket sätt samtliga patientgrupper bäst tillmötesgås i samtalen kring sexualitet - något som för många är ett integritetsutmanande ämne.

Referenslista

- Bengtsson, H., & Bergqvist, D., Ekberg, O., & Janzon, L. (1991). A population based screening of abdominal aortic aneurysms (AAA). *European Journal of Vascular Surgery*, 5(1), 53-7.
- Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Brattberg, A., & Hulter, B. (2016). Samtal - en del i utredningen av sexuella problem. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (Red.), *Sexologi* (s. 274-282). Stockholm: Liber.
- Bäckman, M. (2016). Sex- och samlevnadsundervisning i skolan. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (Red.), *Sexologi* (s. 423-429). Stockholm: Liber.
- Carlsson, E., & Persson, E. (2012). Omvårdnad av patienter med kolorektala sjukdomar. I L. Lindwall (Red.), *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar* (s. 75-90). Lund: Studentlitteratur.
- DeRubertis, B. G., Trocciola S. M., Ryer E. J., Pieracci F. M., McKinsey J. F., Faries P. L., & Kent, K. C. (2007). Abdominal aortic aneurysm in women: prevalence, risk factors, and implications of screening. *Journal of Vascular Surgery*, 46(4), 630-5.
- Edberg, A-K., Ericson, I., & Gunnarsson, E. (2017). Psykisk ohälsa. I K. Blomqvist., A-K. Edberg., M. Ernsth Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre*. (s. 433-461). Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation - samtal och bemötande i vården* (s. 25-49). Lund: Studentlitteratur.
- Gordon, P., & Toursarkissian, B. (2014). Treatment of Abdominal Aortic Aneurysms: The Role of Endovascular Repair. *AORN Journal*, 100(3), 241-259.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 111-120). Lund: Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.
- Klang Söderkvist, B. (2013). Information - undervisning - lärande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation - samtal och bemötande i vården* (s. 51-68). Lund: Studentlitteratur.
- Koo, V., Lau, L., McKinley, A., Blair, P., & Hood, J. (2007). Pilot study of sexual dysfunction following abdominal aortic aneurysm surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4pt2) 1147-1152.

- Lederle, F. A., Wilson S. E., Johnson, G. R., Reinke D. B., Littooy, F. N., Acher, C. W., ... Bandyk, D. (2002). Immediate Repair Compared with Surveillance of Small Abdominal Aortic Aneurysms. *The new England Journal of Medicine*, 346(19), 1437-1444.
- Magee, R. (2003). Sexual function after aortic surgery. *ANZ Journal of Surgery*, 73(8): 572-576.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Brown & co.
- Matheny, G. (2017). *Handtag, famntag, klapp eller kyss*. Höganäs: Vårdförlaget.
- Petterson, M. (2012). Omvårdnad av patienter med sjukdomar som kräver kärlkirurgisk behandling. I L. Lindwall (Red.), *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar* (s.131-142). Lund: Studentlitteratur.
- Pettersson, M., Mattsson, E., & Bergholm, I. (2009). Prospective follow-up of sexual function after elective repair of abdominal aortic aneurysms using open and endovascular techniques. *Journal of Vascular Surgery*, 50(3), 492-499.
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 25-42). Lund: Studentlitteratur.
- Prinssen, M., Buskens, E., Nolthenius, R. P., Van Sterkenburg, S. M., Teijink J. A., & Blankensteijn, J. D. (2004). Sexual dysfunction after conventional and endovascular AAA repair: Results of the DREAM Trial. *Journal of Endovascular Therapy*, 11(6), 613-620.
- Regnier, P., Lareyre, F., Hassen-Khodja, R., Durand, M., Touma, J., & Raffort, J. (2018). Sexual dysfunction after abdominal aortic aneurysm surgical repair: Current knowledge and future directions. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 55(2), 267-280.
- Rundgren, Å., & Dehlin, O. (2016). *Människans funktionella åldrande*. Lund: Studentlitteratur.
- Sandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal - professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur.
- Sarwe, D.B., Hanson, A.J., Voeller, J., & Steffen, K. (2018). Obesity and sexual functioning. *Current Obesity Reports*, 7(4), 301-307.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1985:562. *Patientjournallag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Skoog, I. (2016). Sexualitet hos äldre. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (Red.), *Sexologi* (s. 101-109). Stockholm: Liber.
- Stackelberg, O., Björck, M., Sadr-Azodi, O., Larsson, S.C., & Wolk, A. (2012). Obesity and abdominal aortic aneurysm. *British Journal of Surgery*, 100(3), 360-366.

- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi - Jämlik vård och hälsa*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Vasko, P. (2013). Hjärt- kärlsjukdomar. I N. Grefberg (Red.), *Medicinboken* (s.154). Liber: Stockholm.
- Världshälsoorganisationen. (2006). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Hämtad 2018-10-10 från http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/en/
- Wanhainen, A., Hultgren, R., Linné, A., Holst, J., Gottsäter, A., Langenskiöld, M., ... Svensjö, S. (2016). Outcome of the Swedish Nationwide Abdominal Aortic Aneurysm Screening Program. *Circulation*, *134*(16), 1141-1148.
- Xenos, E. S., Stevens, S. L., Freeman, M. B., Pacanowski, J. P., Cassada, D. C., & Goldman M. H. (2003). Erectile function after open or endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *Annals of Vascular Surgery* *17*(5), 530-538.

