



**Mittuniversitetet**  
MID SWEDEN UNIVERSITY

**Institutionen för hälsovetenskap**

**Mäns kunskap om och upplevelse av att  
drabbas av erektil dysfunktion  
-en litteraturstudie**

**Alfredsson, Heléne  
Tallstig, Pauline**

**Examensarbete (omvårdnad, c) 15 hp  
November 2009  
Östersund**

## Abstrakt

**Bakgrund:** Erekttil dysfunktion (ED) definieras som nedsatt erektionsförmåga. En källa till bekräftelse är att uttrycka sig sexuellt och att kunna tillfredställa kvinnor sexuellt är förenat med stolthet för många män. Kvinnor söker hjälp för bristande lust medan männen söker för erektions- eller andra funktionsstörningar. Sjukdomar, läkemedel och psykiska orsaker kan ge upphov till ED, oftast samverkar flera faktorer. **Syfte:** Litteraturstudiens syfte var att belysa mäns kunskap om och upplevelse av att drabbas av ED. **Metod:** Artiklar söktes via PubMed och Cinahl, bearbetades utifrån syfte och frågeställningar, kvalitetsbedömdes och sammanställdes. Tretton artiklar analyserades efter inspiration av innehållsanalys. **Resultat:** Män drabbade av ED upplevde att problemet inverkat på sexuallivet, självförtroendet och manligheten men inte i relationen till sin partner. Männen hade liten kunskap om riskfaktorer och efterfrågade mera information. Mer än hälften av männen med ED ansåg att gensvaret från vårdens var otillfredsställande. **Diskussion:** Mer resurser efterfrågas för att hjälpa män och par med ED, sannolikt skulle deras livskvalitet och livet i helhet förbättras, då detta är nära sammankopplat med tillfredställelsen i sexuallivet, parförhållandet och familjelivet. **Slutsats:** Begränsad specificerad hjälp finns för män och ämnet känns många gånger genant därför är det sjuksköterskans skyldighet att lyfta sexualitet i samtal och anamnesupptagning.

Nyckelord: Impotens, kommunikation, omvårdnad, sexualitet, vårdgivare

## Mäns kunskap om och upplevelsen av att drabbas av erektil dysfunktion -en litteraturstudie

ALFREDSSON HELÉNE  
TALLSTIG PAULINE

Mittuniversitetet, Östersund  
Institutionen för hälsovetenskap  
Omvårdnad, C  
November 2009

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	1
Sexualitet .....	1
Sexuell hälsa .....	2
Mäns sexualitet .....	2
<i>Fantasier</i> .....	3
Erektion .....	3
Definition – impotens och erektil dysfunktion.....	3
Faktorer som kan orsaka erektil dysfunktion .....	4
<i>Sjukdomar</i> .....	4
<i>Läkemedel</i> .....	4
<i>Psykologiska orsaker</i> .....	5
<b>SYFTE</b> .....	5
<b>METOD</b> .....	6
Inklusions- och exklusionskriterier .....	6
Sökstrategi och datainsamling .....	6
Relevansbedömning.....	7
Kvalitetsbedömning.....	8
Analys .....	8
Etiska överväganden .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	10
Mäns upplevelser i samband med erektil dysfunktion .....	10

<i>Upplevelsen av sexuallivet</i> .....	11
<i>Upplevelsen av relationen till sin partner</i> .....	12
<b>Erektildysfunktionens påverkan på mäns självförtroende och självbild....</b>	<b>12</b>
<i>Självförtroende/självbild</i> .....	13
<i>Familj, partner och fritid</i> .....	13
<b>Mäns informationsbehov och kunskap om erektil dysfunktion.....</b>	<b>14</b>
<i>Kunskap</i> .....	15
<i>Information</i> .....	15
<i>Vårdgivarens roll</i> .....	16
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>16</b>
<i>Upplevelsen</i> .....	16
<i>Självförtroende och självbild</i> .....	18
<i>Kunskap och information</i> .....	19
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>20</b>
<b>Slutsats</b> .....	<b>21</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>22</b>
<b>Bilaga 1.</b>	
<b>Bilaga 2.</b>	
<b>Bilaga 3.</b>	
<b>Bilaga 4.</b>	

## **BAKGRUND**

Forskningsområdet valdes efter att författarna mött män inom sjukvården som drabbats av erektil dysfunktion. Området kändes försummat inom omvårdnadssammanhang och sjuksköterskan har här en viktig funktion att fylla. Efter att forskningsområdet sonderats och det konstaterats att ett tillräckligt stort forskningsunderlag fanns, påbörjades litteraturstudien.

### **Sexualitet**

I möten med andra människor skapas och utvecklas sexualiteten, en process som börjar i barnaåren och fortsätter hela livet. Genom uppfostran förmedlas samhällets föreställningar om sexualitet och dess kulturellt bestämda sexuella normer. Värderingar och ideal överförs till ungdomar som sedan gör dem till sina. Inom ett och samma samhälle från en tid till en annan är variationen stor i psykologiska och sociala värden som är knutna till människans medfödda sexualfysiologiska reaktioner. I Sverige ges orgasmen ett högt värde, att vara förmögen att få orgasm anses berikande och värdefullt medan det betraktas som ett problem för individen att inte uppleva orgasm (Helmius, 1994, s. 75). Det finns en tydlig skillnad mellan könen i hur de förhåller sig till sin egen sexualitet liksom sexualiteten mera allmänt. Kvinnor söker hjälp för bristande lust medan männen söker för erektions- eller andra funktionsstörningar, detta speglar uppfattningen att kvinnor alltid kan ha samlag men inte alltid vill, medan männen alltid anses vilja men inte alltid kan. Hos kvinnor är det vanligare att betona relationsaspekten i sexualiteten medan män i högre grad uppvisar en genitalt inriktad sexualitet (Lewin, 2002, s. 128). När läkemedel mot erektionsstörningar blev tillgängliga öppnades debatten om mäns sexuella svårigheter. Hälso- och sjukvården saknar ofta kompetens att hantera intima problem på ett professionellt sätt men insikten om att sexuella problem är behandlingsbara har fastställts (Hulter, 2004, s. 22).

## **Sexuell hälsa**

World Health Organization, working definitions:

*“Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled” (WHO, 2006, p. 4).*

Livets alla självklarheter hotas då hälsan sviktar och sjukliga förändringar, åldrande samt olika behandlingar begränsar kroppsliga funktioner. Vår självbild hotas då kroppsliga åkommor och funktionshinder inkräktar på våra sexuella förmågor (Hulter, 2004, s. 28). Att drabbas av sexuella problem innebär för både kvinnor och män en svårighet att finna professionell hjälp, i synnerhet männen som saknar egentlig ”manssjukvård” har svårt att få annan behandling än den som ges av allmänkirurg, urolog eller onkolog. Sexuella svårigheter är av sammansatt art och långtifrån alla mäns problem blir lösta. Det räcker inte enbart med medicinsk kunskap för att hjälpa dem då problemen även kan vara av psykosomatisk natur, alltför många lämnas utan stöd och ger upphov till att parrelationer splittras (Hulter, 2004, s. 266-267).

### **Mäns sexualitet**

I många samhällen anser män att potens är ett grundläggande kriterium för hans värde som människa vilket leder till att potensen ständigt måste bevisas på andra sätt än genom fortplantning (Jacobson-Widding, 2002, s. 154). Penisen symboliserar manligheten samt den manliga kraften i förmågan att få erektion och sädesuttömning och han blir man i det sexuella mötet då manligheten agerar. En stark källa till bekräftelse är att utrycka sig sexuellt och att kunna bli älskad genom sin manlighet. Att kunna tillfredställa sin kvinna sexuellt är förenat med stolthet för många män (Hulter, 2004, s. 81-82). Obalans i sexuella förhållanden kan bero på en alltför kraftig låsning i rollstereotyper och ömsesidiga rollförväntningar, känslan att vara otillräcklig är olika för män och kvinnor. Självständighet, initiativtagande, ansvar och

prestationer förknippas gärna med mansrollen och hot om misslyckande leder till stress och prestationsångest (Brattberg & Hulter, 2002, s. 279).

### *Fantasier*

Män med erektionsstörningar fantiserar i lika stor utsträckning och har liknande innehåll i sina sexuella fantasier som män utan problem. Vid onani ökar fantasifrekvensen, möjligen används fantasin som ett redskap för att avhjälpa problemet. Orsakerna till onani för männen kan vara ångestreduktion, substitut för samlag, dålig lust till partnern eller förhoppning om att få lusten tillbaka (Rosenqvist, 1994, s. 101). Efter behandling av prostatacancer uttryckte män en känsla av saknad relaterad till förlusten av fantasiliv där de såg sig som en potentiell sexuell partner. Männen sörjde att de inte längre kunde närma sig en kvinna eller känna välbehag då de fantiserade om sexuella närmanden (Bokhour et al., 2001, s. 651).

### **Erektion**

Hjärnans roll är till stor del okänd i styrningen av sexuella funktioner där vissa delar har större betydelse än andra. Ett lustcenter finns i basala hypotalamus, genom hjärnstammen går nervbanor från erektions-, lubrikations-, emissions- och ejakulationsbefrämjande impulser till respektive centra i ryggmärgen (Lundberg, 2002d, s. 60-61). Erektion uppkommer genom två mekanismer, central erektion stimuleras mestadels via hörsel, synintryck och psykiska som sexuella tankar och drömmar. Den andra är reflektorisk erektion, den väcker eller snarare förstärker sexuella känslor genom stimulering av erogena zoner. Även transmittorsubstanser är involverade i erektionen, vid stress aktiveras sympatikus och erektionen avbryts hastigt (Lundberg, 2002d, s. 63-64).

### **Definition – impotens och erektil dysfunktion**

Impotens definieras allmänt inom många områden som oförmåga och att inte klara av att göra det man önskar. Sexuellt betyder det att mannen har dålig erektil förmåga och inte kan genomföra ett samlag (Hulter, 2004, s. 191). Istället för impotens använder facklitteratur benämningen erektil dysfunktion (ED) vilket enbart inkluderar nedsatt erektionsförmåga (Lundberg, 2002a, s. 275).

## **Faktorer som kan orsaka erektil dysfunktion**

För erektion krävs att samspelet mellan psyke, blodkärl, hormoner och nervsystem fungerar. En vanlig orsak till ED är tobaksanvändning eftersom nikotin har en kärksammandragande effekt. Bland 70 åriga manliga rökare med hjärtsjukdom saknar 85 % helt erektionsförmåga (Hulter, 2004, s. 192).

### *Sjukdomar*

Parkinsons sjukdom drabbar främst äldre människor och ungefär hälften av männen drabbas av ED (Lundberg, 2002c, s. 313). Nästan alla patienter med avancerad multipel skleros drabbas av sexuell dysfunktion. För män är ED vanligast och förekommer ofta även vid mildare fall och mindre framåtskriden sjukdom (Lundberg, 2002c, s. 315 ). Majoriteten av män som drabbas av stroke får ED (Lundberg, 2002c, s. 311). Den vanligaste cancerformen hos män är prostatacancer, de behandlingar som erbjuds medför stor risk att drabbas av ED (Ekman, 2002, s. 323-325). Närmare 75 % av männen som söker hjälp för ED är kärsljuka och är eller har varit rökare vilket ger en möjlighet att fånga upp och behandla dessa patienter tidigare, eftersom ED kan vara ett tidigt tecken på generell kärsljukdom. Stigande ålder hos män medför generell fibros i svällkropparna vilket minskar vävnadernas elasticitet, venernas dilations- och kontraktionsförmåga (Olsson, 2002, s. 305-306). Sambandet mellan diabetesneuropati<sup>1</sup> och påverkan på autonoma nerver kan förklara sexuella problem många diabetiker upplever. Ungefär 35 % av alla män med diabetes drabbas av ED, för män äldre än 60 år är siffran 55 % (Hulter, 2004, s. 131, 133).

### *Läkemedel*

Läkemedel rapporteras orsaka ED och till exempel SSRI-preparat<sup>2</sup> har den effekten men motsatt effekt kan förekomma. Neuroleptika kan orsaka ED men då det används mot sjukdomar som ger beteenderubbningar har det en sexuellt normaliserande effekt. (Lundberg, 2002b, s. 366-367 ). NSAID preparat<sup>3</sup> kan orsaka ED genom prostaglandinhämning, prostaglandiner används i

---

<sup>1</sup> Komplikation till diabetes, leder till nedsatt känsel i t.ex. fötterna.

<sup>2</sup> Selektiva serotonin återupptags hämmare

<sup>3</sup> icke-sterioda antiinflammatoriska preparat



intrakavernösa injektioner<sup>4</sup> för behandling av ED (Lundberg, 2002b, s. 365). Läkemedel mot högt blodtryck ger ED som biverkan, även blodfettssänkande läkemedel kan ge denna biverkan (Lundberg, 2002b, s. 363-364).

### *Psykologiska orsaker*

Psykologiska orsaker till ED förekommer hos män i alla åldrar. En vanlig orsak hos unga män är att de inte kan slappna av tillräckligt för att få erektion. Män i medelåldern kan uppleva sexuell osäkerhet i samband med ny partner, även om det i tidigare relationer sexuellt fungerat utmärkt (Hulter, 2004, s.193). Hos många män med ED är orsaken både organisk och psykisk. Erektile misslyckanden som har fysisk orsak kan resultera i påverkan psykiskt som utvecklar en rädsla för att misslyckas. Dessa patienter bör behandlas med tanke på både den psykiska och fysiska aspekten (Carson & McMahon, 2008, s. 36).

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva mäns erfarenhet av att drabbas av erektil dysfunktion.

Frågeställningar:

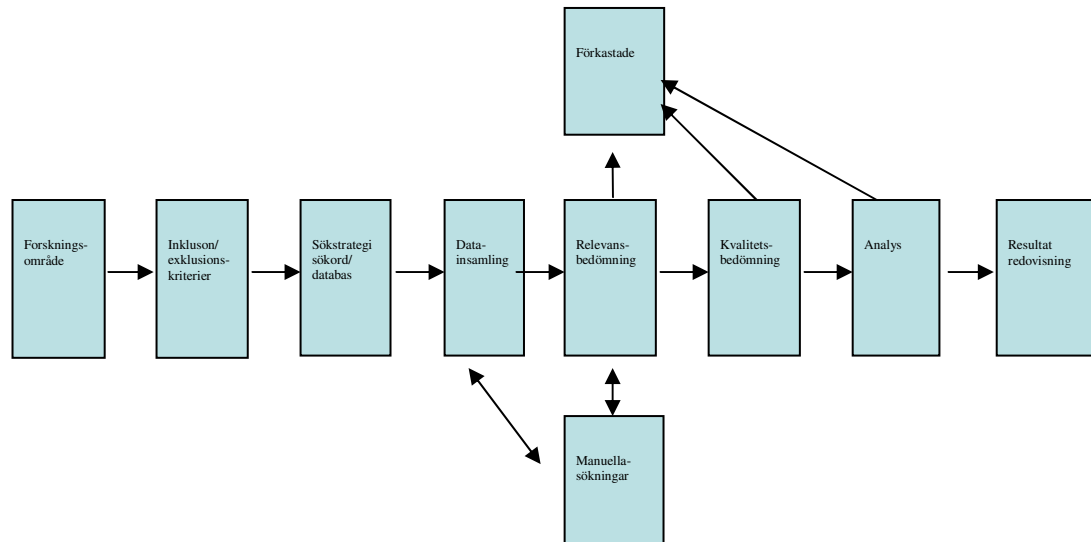
- Vilka upplevelser beskriver männen drabbade av erektil dysfunktion?
- Hur påverkar erektil dysfunktion självförtroendet och självbilden?
- Vilken kunskap har män om erektil dysfunktion?
- Vilket informationsbehov har män angående erektil dysfunktion?

---

<sup>4</sup> Administrering av läkemedel i svällkroppen i penis.

## METOD

Arbetsförfarandet under litteraturstudiens olika faser presenteras i figur 1.



Figur 1. Flödesschema över litteraturstudiens tillvägagångssätt, inspirerat av Polit och Beck (2008).

### Inklusions- och exklusionskriterier

Artiklar som inkluderades var originalartiklar skrivna på engelska, publicerade från 1990 och framåt, hämtade ur vetenskapligt godkända tidskrifter. Alla män över 19 år med ED oavsett orsak inkluderades liksom alla nationaliteter. Exklusionskriterier var artiklar som enbart jämförde behandlingar och deras olika resultat och artiklar som belyste medfödd ED.

### Sökstrategi och datainsamling

Artiklar i ämnet söktes via databasen PubMed där MeSH- termer användes i olika kombinationer: *erectile dysfunction*, *erectile dysfunction/psychology*, *impotence*, *knowledge*, *male*, *nursing*, *risk factors*, *self concept* och *quality of life*. Sökningar gjordes även i Cinahl med Headings i olika kombinationer: *risk factors*, *confidence*, *self-esteem*, *impotence*, *knowledge*, *male*, *risk factors* och *self concept*. Fritextsökningar för att skanna ämnet gjordes och sökorden

var: *assurance, confidence, experience of, identity, information, male sexuality, masculinity, self-confidence, self-esteem, self-reliance och support.*

Tabell 1 visar sökningarna som resulterade i tolv kvantitativa resultatartiklar och en kvalitativ som sparades då dess resultat nyanserade och kompletterade övriga artiklar. Manuella sökningar utgick från använda artiklars referenslista se tabell 2.

Tabell 1. Databassökningar

Datum/Tid	Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Förkastade	Utvalda till resultatet
2009-09-01/11:25	PubMed	Impotence AND Knowledge	Free full text, Abstracts, Male, English	30	25* 3** 1***	1 vald. Silvestri, A. et al. (2003).
2009-09-01/11:59	Cinahl via EBSCO	Impotence AND Knowledge	Abstracts, English	34	18* 14** 1***	1 vald Cummings, M. H. et al. (1997).
2009-09-09/14:13	PubMed	Masculinity AND Impotence	Abstracts, English	20	15* 2 **	3 valda Mallis, D. et al. (2006). Oloff, J. (2005). Sand, M. S. et al. (2008).
2009-09-09/15:09	PubMed	Erectile dysfunction/ psychology AND Quality of life	Abstracts, English	51	46* 4**	1 vald Meyer, D. A. et al. (2003).
2009-09-10/10:55	PubMed	Erectile dysfunction AND Knowledge AND risk factors	Abstracts, English	38	35* 1**	2 valda Baumgartner, M. K. et al. (2008). De Boer, B. J. et al. (2005).
2009-09-22/14:24	Cinahl via EBSCO	Erectile dysfunction AND Self-esteem	Abstracts, English	16	12* 3**	1vald McCabe, M. et al. (2008).
2009-09-22/15:13	PubMed	Erectile dysfunction AND Quality of life AND risk factors	Abstracts, English, male	142	135* 4** 2***	1 vald Hodges, L. D. et al. (2007).

\* antal förkastade artiklar efter läsning av titel.

\*\* antal förkastade artiklar efter läsning av abstrakt.

\*\*\* antal förkastade artiklar efter läsning av hela artikeln.

Tabell 2. Manuella sökningar

Genomsökt referenslista	Använd artikel
McCabe, M et al. (2008)	Althof, S. M et al. (2003).
Lukkarinen, H et al. (2007)	Esposito, K et al. (2004).
McCabe, M. et al. (2008)	Fugl-Meyer, A. R et al. (1997)

## Relevansbedömning

Abstrakt från vetenskapliga artiklar lästes varefter några förkastades och andra sparades. Därefter lästes artiklarna i sin helhet för att se om de svarade mot

syftet och frågeställningarna. Några gav upphov till nya manuella sökningar från referenslistorna.

### **Kvalitetsbedömning**

Valda kvantitativa artiklar kvalitetsgranskades enligt mall av Carlsson och Eiman (2003), se bilaga 1. Vald kvalitativ artikel granskades enligt bilaga 2. Abstrakt, introduktion, syfte, metod, resultat, diskussion och slutsatser poängsattes. Detta ledde till en procentsats som motsvarar bedömningsgradering skala I-III, där I representerar hög vetenskaplig kvalitet och III låg. Litteraturstudien innehåller artiklar bedömda som grad I och II. Resultatartiklarna sammanställdes i en översikt, se bilaga 3.

### **Analys**

Analysförfarandet har inspirerats av Elo och Kyngäs (2007) som menar att innehållsanalys kan användas både på kvalitativa och kvantitativa data, både induktivt och deduktivt. Tillvägagångssättet vid deduktiv innehållsanalys innebär att testa kategorier, innehåll och modeller. När deduktiv innehållsanalys väljs är nästa steg att utveckla scheman över kategorier och att koda in data i kategorierna, när en strukturerad analystabell används är det möjligt att använda data som passar eller inte passar in i kategorierna (Elo & Kyngäs, 2007).

I denna litteraturstudie analyserades textmaterialet enligt deduktiv innehållsanalys, textmassan bearbetades utifrån frågeställningarna och all innehållsmässigt liknande text grupperades. Därefter kodades all erhållen text och inordnades under den huvudkategori som överensstämde med textinnehållet. Inom de tre erhållna huvudkategorierna bearbetades textinnehållet till mindre enheter, dessa bildade sju subkategorier, exempel på textbearbetning finns i tabell 3.

Tabell 3. Exempel på hur text bearbetats, översatts och givit upphov till kategorier och subkategorier

Textinnehåll	Översättning	Huvudkategori	Subkategori
In general, the quality of the provided information was rated low, and only 20 (25%) of the patients considered themselves to be well informed about ED (Baumgartner et al., 2008).	Generellt var kvalitén på den givna informationen låg och endast 25 % av patienterna med ED ansåg sig vara välinformerade.	Mäns kunskap om erektil dysfunktion och behov av information.	Information

Analysförfarandet i litteraturstudien gjordes i flera steg.

1. Artiklarna genomlästes och tre områden identifierades som klart dominerande, dessa bildade tre huvudkategorier: *Mäns upplevelser i samband med erektil dysfunktion*, *Erektil dysfunktions påverkan på mäns självförtroende och självbild* och *Mäns informationsbehov och kunskap om erektil dysfunktion*.
2. Varje huvudkategori tilldelades en färg. Under läsningen färgmarkerades textinnehållet i resultatartiklarna för att tydligt visa vilken huvudkategori textavsnittet passade in i.
3. De olikfärgade textblocken sammanfogades till respektive huvudkategori. All text inom varje huvudkategori bearbetades därefter utvecklades påståenden som återspeglade textinnehållet, dessa redovisas i tabell 4, 5 och 6.
4. Textinnehållet inom varje huvudkategori lästes och analyserades och utifrån sitt innehåll bildades sju subkategorier: *Upplevelse av sexuallivet* och *upplevelse av relationen*. *Självförtroende/ självbild* och *familj, partner och fritid*. *Kunskap, information* och *vårdgivarens roll*, se figur 2.

För att reducera risken för konfirmeringsbias och att påverka innehållet, har texten först bearbetats och analyserats av författarna var för sig och därefter sammanställts gemensamt.

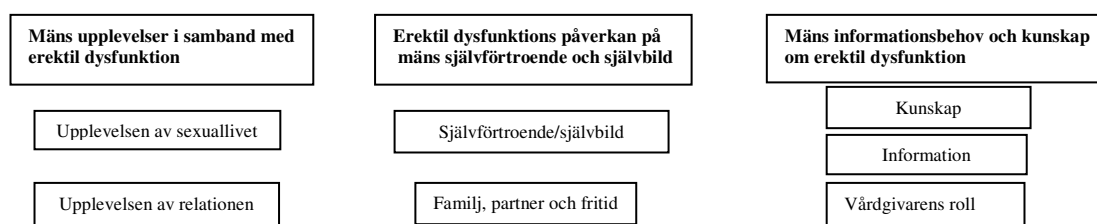
### Etiska överväganden

Alla resultatartiklar förde ett etiskt resonemang genomgående i texten, sex av dessa var granskade av etisk kommitté. Innehållet ur artiklarna har återgetts så objektivt som möjligt för att inte ändra den ursprungliga meningen med

texten. Alla resultat presenteras oavsett om det stödjer arbetshypotesen eller inte. Samtliga tidskrifter har väldefinierade etiska krav och enbart peer-review artiklar antogs.

## RESULTAT

Varje huvudkategori presenteras med en huvudrubrik, subkategorier bildar underrubriker. En tabell presenteras under varje huvudkategori där påstående sammanfattar resultaten som framkommit, vilken artikel som påståendet har sin grund i går att utläsa i tabellerna 4, 5 och 6. Redovisat resultat kan tyckas uppreparande, men då viktiga små nyanser särskiljer resultaten är det viktigt att dessa presenteras var för sig för att inte förvanska ursprungsmaterialet.



Figur 2. Tre huvudkategorier och sju underliggande subkategorier.

## Mäns upplevelser i samband med erektil dysfunktion

Tabell 4. Presentation över vilka upplevelser männen uttrycker

Påståenden om män drabbade av ED	de Boer. et al. (2005).	Cummings. et al. (1997)	Fugl-Meyer. et al. (1997)	Mallis. et al. (2006).	McCabe. et al. (2008).	Meyer. et al. (2003).	Oliffe. (2005)	Sand. et al. (2008)
Upplever dåligt sexualliv			x	x	x		x	x
Värderar relationen till sin partner högt.					x			
Påverkar relationen negativt.		x						
ED av psykisk orsak påverkar relationen negativt.			x					
Tycker att sex är viktigt.					x		x	
Kände sig mindre värda.						x	x	
Upplever oro och sårbarhet	x						x	

### *Upplevelsen av sexuallivet*

Tillfredställelsen med sexuallivet var märkbart lägre hos män med erektil dysfunktion oavsett bakomliggande orsak, jämfört med referensgrupp utan ED (Fugl-Meyer, Lodnert, Bränholm & Fugl-Meyer, 1997; Sand, Fisher, Rosen, Heiman, & Eardley, 2008). Männen rapporterade att de kände sig oroliga (67,3%) och flertalet (68,7%) accepterade inte problemet (de Boer et al., 2005). Oliffe (2005) beskriver upplevelsen av att nyligen drabbats av ED, ”*Arthur was sensitive to the suggestion that impotence made him powerless and also rejected the binary that an erect penis was a symbol of power*” (Oliffe, 2005, p. 2254). Insikten om att vara drabbad uttrycks: ”*I’ve been married twice. I’ve had a lot of girlfriends; I’ve sown a lot of wild oats...I’ve had my fun and have no regrets at all on the sexual side* (Oliffe, 2005, p. 2253). Av män med ED var 60 % mindre nöjda med sin sexuella prestation och ( $p < 0,05$ ) ansåg inte att de som använde medicinering mot erektionsstörningen utsatte sig för något riskfyllt (McCabe & Matic, 2008).

*”Well, you have a highly inflated penis. Unfortunately it’s all volume, no rigidity. It is normal erection size, but frightfully red looking and it is quite painful, but all of that would be okay if you have a degree of rigidity, so the truth is it has not allowed us to have penetrative sex. It is not rigid enough to do that”* (Oliffe, 2005, p. 2254).

Fungerande Sildenafilbehandling<sup>5</sup> ökade tillfredställelsen ( $p = 0,0001$ ) av det sexuella samlivet (Althof et al., 2003).

*”He used Viagra and was “performing like the old days” witch helped him “feels like a man”* (Oliffe, 2004, p. 2256).

Att livskvalitet påverkades i någon form var flertalet av patienterna med ED överens om, 21 % skuldbelägger sig själva för att de inte kan tillfredställa sin partner, 20 % av männen ansåg att deras manlighet var betydligt förminskad och 38 % upplevde att de var mycket mindre åtråvärda (Meyer, Gillatt, Lockyer & Macdonagh, 2003). Männen ansåg att erektionsproblemen var förödande ( $p < 0,01$ ). Män uppgav mer sällsynt än sin partner ( $p < 0,01$ ) att

---

<sup>5</sup> Sildenafil är generikan i läkemedel mot erektil dysfunktion.

det fanns andra vägar att nå sexuell tillfredställelse där fullgod erektion inte behövdes (McCabe & Matic, 2008).

*”Arthur and his wife, Vera, ”didn’t talk about sex, the sexual side of it” prior to treatment. He explained, ”at the stage it was about survival, it was about paying for it dealing with it and it was all future focused” (Oliffe, 2005, p. 2252).*

Ingen signifikant skillnad ( $p < 0,05$ ) finns mellan män med ED och dennes partner i önskad samlagsfrekvens, båda uppger att de hade samlag betydligt oftare innan mannen drabbades (McCabe & Matic, 2008).

### *Upplevelsen av relationen*

I jämförelse med män utan ED visade män med ED ingen skillnad i tillfredställelse med relationen till sin partner (Mallis et al., 2006). Majoriteten av männen som drabbats av ED (97,6%) värderade relationen som mycket viktig. Sex upplevdes som extremt viktigt för 85,6 % av männen (McCabe & Matic, 2008).

*”We still miss the ability to have sexual relations in the way we used to, and certainly trying to have any sexual activity without an erect penis is a bit a disappointment for both of us” (Oliffe, 2005, p. 2254).*

Av män som både drabbats av diabetes och ED upplevde 38 % att relationen lidit måttligt och 19 % ansåg att konsekvenserna var allvarliga (Cummings, Meeking, Warburton & Alexander, 1997).

## **Erektildysfunktionens påverkan på mäns självförtroende och självbild**

*Tabell 5. Erektildysfunktionens påverkan på självförtroendet och självbilden*

Påståenden om män drabbade av ED	Althof. et al. (2003)	Fugl-Meyer. et al. (1997)	Mallis. et al. (2006).	McCabe. et al. (2008)	Meyer. et al. (2003).	Oliffe. (2005)	Sand. et al. (2008).
Skattade sin subjektiva livskvalitet som låg.			x	x			x
Uttryckte sorg och ilska.			x		x	x	
Kände stor tillfredställelse med fritid, arbete och ekonomi.		x	x				
Har låg självkänsla.	x			x	x	x	



### *Självförtroende/självbild*

Män drabbade av ED skattade sin livskvalitet konsekvent lägre än referensgruppen (Sand, Fisher, Rosen, Heiman & Eardley, 2008). Patienter med ED hade signifikant lägre total poäng i livskvalitet ( $p=0,007$ ). Möjliga skillnader upptäcktes i livskvalitet beroende på vilken grad av ED männen uppvisade på IIEF-EF skalan<sup>6</sup> (bilaga 4) mild, medel eller svår (Sand et al., 2008). Grupperna sinsemellan skiljer sig åt angående tillfredställelsen med sexuallivet, män med en mildare form av ED visade mer tillfredställelse än de med svårare (Mallis et al., 2006). Uppfattningen om maskulinitet och livskvalitet skiljer sig inte åt mellan män med ED (32 %) eller utan (31 %), inte heller visas någon skillnad mellan dem som sökt behandling (32 %) och inte sökt (31 %). Männen ansåg att värdighet, självständighet och respekt är viktiga faktorer för självkänslan och skapar maskulinitet (Sand et al., 2008). Männen självbild, livskvalitet och sexuella tillfredställelse var sämre än deras partner. Män ansåg att erektionsproblemet var orsaken till minskad självkänsla och de kände sig mindre självsäkra ( $p < 0.01$ ) angående sin sexuella prestation än sin partner (McCabe & Matic, 2008).

*Arthur noted a loss of " That sense of potency...which would not rely on one being erect, it was a sense of being a man" He was having "very black experience" , felt old, "like a 90-year-old man" , "worthless" and kept himself "invisible" (Oliffe, 2005, p. 2254).*

Två tredjedelar av männen som genomgått total prostatektomi<sup>7</sup> kände sig sorgsna, 75 % upplevde att deras självförtroende var skadat 89 % kände någon form av ilska och bitterhet och 62 % var oroliga för hur deras framtida liv skulle utveckla sig (Meyer, Gillatt, Lockyer & Macdonagh, 2003). Sildenafilbehandling ökade självförtroendet och förbättrade självbilden (Althof et al., 2003).

### *Familj, partner och fritid*

Sand et al. (2008) menar att män utan ED ansåg att livskvalitet var god hälsa (30 %), harmoniskt familjeliv (26 %) och en god relation till sin partner (22

<sup>6</sup> International Index of Erectile dysfunction (Rosen et al., 1997).

<sup>7</sup> Operationen innebär att prostatan opereras bort i sin helhet.

%). Motsvarande svar hos män med ED var (30 %), (22 %) och (25 %).

Mallis et al. (2006) jämförelse visar att män med ED har en signifikant lägre tillfredsställelse med sitt sexualliv ( $p=0,000$ ) och livet i helhet ( $p=0,007$ ) än potenta män. Däremot är de betydligt mer nöjda med sin finansiella status ( $p=0,000$ ) och med sin fritid ( $p=0,000$ ) (Mallis et al., 2006). Mäns belåtenhet över sin fritid, ekonomi och arbetssituation var nära identisk oavsett bakomliggande orsak till ED var organisk, psykisk eller okänd.

Tillfredsställelsen i umgänget med vänner och bekantskapskrets ( $p < 0,01$ ) var högre hos gruppen män som hade ED av organisk orsak (Fugl-Meyer et al., 1997). Män med en bakomliggande psykisk orsak till ED har lägre grad av tillfredsställelse med livet i helhet, relationen till sin partner ( $p < 0,05$ ) och familjelivet jämfört med dem som har andra bakomliggande orsaker och referensgruppen (Fugl-Meyer, Lodnert, Brännholm & Fugl-Meyer, 1997).

## Mäns informationsbehov och kunskap om erektil dysfunktion

Tabell 6. Artikelsammanställning som visar mäns kunskap om erektil dysfunktion och behov av information

Påståenden om män drabbade av ED	Baumgartner. et al. (2008).	De Boer. et al. (2005).	Cummings. et al. (1997)	Esposito. (2004).	Hodges. et al. (2007).	Meyer. et al. (2003).	Silvestri. et al. (2003).
Har liten kunskap om ED	x		x				
Är dåligt informerade om ED.	x		x			x	
Önskar hjälp från vården.		x			x		
Missnöjda med vårdens handhavande.		x	x				
Noggrann information minskar förekomsten av ED				x			
Information om läkemedels biverkan ökar förekomsten av ED.							x

### *Kunskap*

Män med grav ED har sämre kunskap ( $p=0,03$ ) om sin åkomma än män med en mildare form (Baumgartner et al., 2008). Av män med diabetes och ED saknar en tredjedel kunskap om att behandling finns (Cummings et al., 1997). Kunskapen hos patienter drabbade av ED om riskfaktorer som kan ge upphov till ED är liten, 52 % kunde inte namnge någon riskfaktor och övriga uppgav psykisk stress som den vanligaste riskfaktorn därefter diabetes, rökning, medicinering samt kärlsjukdomar. Ingen uppgav neurologiska orsaker som en riskfaktor (Baumgartner et al., 2008). Mindre än hälften (44,2 %) av diabetespatienter som visste att ED är en komplikation till sjukdomen, hade fått informationen från sjukvården (Cummings et al., 1997). Ett fåtal av diabetespatienterna definierade ED inkorrekt som infertilitet, 30 % var omedvetna om att ED var en komplikation till diabetes medan 42 % såg ED som en ofrånkomlig konsekvens till åldrandet (Cummings et al., 1997). Andelen män som får ED efter behandling med Beta-blockerare är relaterat till patienternas kunskap om läkemedlets biverkningar, 31,2% av patienterna som var medvetna om biverkningarna drabbades av ED mot 3,1 % i gruppen som inte hade den kunskapen. I båda fallen återställdes funktionen likvärdigt med placebo eller Sildenafil (Silvestri et al., 2003).

### *Information*

Generellt var kvalitén på den givna informationen om ED låg och endast 25 % av patienterna med ED ansåg sig vara välinformerade (Baumgartner et al., 2008). Av män som drabbats av ED efter total prostatektomi, uppgav 9 % att de inte fått någon information om risken att få ED som följd av ingreppet (Meyer et al., 2003). Välutbildade patienter och patienter med hög inkomst och utbildning är märkbart bättre informerade än övriga ( $p<0,001$ ), däremot innebär inte hög inkomst i sig högt kunskapsläge. Internet och allmänläkare var de populäraste informationskällorna ( $p=0,03$ ) att söka kunskap om ED från (Baumgartner et al., 2008). Nästan hälften (46 %) av diabetespatienterna visste inte att behandling var tillgänglig, de som hade kunskapen (72,5%), hämtade informationen till största delen från andra källor än sjukvården (Cummings et al., 1997). Patienter med ED som träffat allmänläkare var inte

bättre informerade än övriga och patienter som sökt kunskap via internet var märkbart yngre och hade bättre kunskap ( $p=0,03$ ) om riskfaktorer än äldre (Baumgartner et al., 2008).

### *Vårdgivarens roll*

Mer än hälften av männen med ED ansåg att vårdens sätt att handha problematiken var otillfredsställande (Cummings et al., 1997). Hälften av alla patienter med hjärt- och kärlsjukdomar som varit drabbade av ED högst 10 år, hade aldrig diskuterat sitt problem med någon vårdgivare (Hodges et al., 2007).

Nästan alla män med ED (85,3%) efterfrågar hjälp, av dem som inte önskade hjälp uppgav 41,9 % att de var oroliga. Fler yngre än äldre önskade hjälp. Patienter med hjärtinfarkt och multipel skleros hade störst chans att få hjälp (de Boer et al., 2005). Diabetespatienters upplevelse av ED och gensvaret från vårdgivare skiljer sig inte åt mellan yngre och äldre patienter (Cummings et al., 1997). De flesta patienterna (69 %) med hjärt- och kärlsjukdomar uppgav initialt att de hade symtom av ED, de påtalade att ED kvarstod även senare för vårdgivare vilket visar att hjärtsjukdom hos män är en indikator för vårdgivare att lyfta problemet (Hodges et al., 2007). En studie från ett viktminskningscentrum i Italien visade att interventionsgruppen minskat i medeltal 15 kg i vikt och kontrollgruppen i snitt 2 kg, 31 % återfick erektion mot 5 % i kontrollgruppen (Esposito et al., 2004).

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Syftet med litteraturstudien var att belysa mäns kunskap om och upplevelsen av att drabbas av erektil dysfunktion. Resultatet visar att män drabbade av ED upplever att problemet inverkar på sexuallivet, självförtroendet, manligheten och i vissa fall i relationen till sin partner. Männen har liten kunskap om riskfaktorer och efterfrågar mera information.

### *Upplevelsen*

I resultatet framkom att tillfredställelsen med sexuallivet var märkbart lägre för män med ED oavsett bakomliggande orsak till problemet. Sex upplevdes som extremt viktigt och männen de kände oro och missnöje med sin sexuella prestation. Bokhour, Clark, Inui, Silliman och Talcott (2001) utvecklar detta och menar att män drabbade av ED betonade betydelsen av erektion i intimt umgänge för bådats tillfredställelse. Oförmåga till erektion kan leda till att män upphör med emotionell och fysiskt intimitet av rädslan för att närhet i många fall förknippas med och leder till samlag (Bokhour et al., 2001). Resultatet visar att männen ansåg att erektionsproblemet var förödande. De upplevde förändringar i relationen till sin partner, familjelivet och i uppfattningen om livskvalitet men värderade relationen till sin partner som mycket viktig. Enligt Bokhour et al. (2001) har den sexuella intimiteten funnit andra vägar än samlag som kräver erektion för att nå sexuell klimax hos par där mannen drabbats av ED, men trots det finns en känsla av djup förlust hos mannen (Bokhour et al. 2001). En tolkning av resultatet är att fungerande Sildenafilbehandling ökade tillfredställelsen av det sexuella samlivet, självförtroendet, självbilden och relationen allmänt. Män med bakomliggande psykisk orsak till ED har lägre grad av tillfredställelse med livet i helhet, relationen till sin partner och familjeliv.

Samtal om sexualitet och sexuella problem ingår i en holistisk omvårdnad, patienter har en uttalad önskan om att få information och kunskap kring sexualitet. Socialstyrelsen (2005) pekar på fyra grundläggande ansvarsområden för sjuksköterskor: att lindra lidande, främja hälsa, återställa hälsa och förebygga sjukdom (Socialstyrelsen, 2005). Resultatet visar att omvårdandens mest betydelsefulla redskap är kommunikation. Genom kommunikation skapa sjuksköterskan en mellanmänsklig relation vilket resulterar i att målet för omvårdnaden kan uppnås och patienten känner förtroende. Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (1998) har utarbetat ett dokumentationsverktyg för sjuksköterskor, VIPS-modellen<sup>8</sup> innefattar fyra övergripande inriktningar; välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet, ett av sökorden är sexualitet och reproduktion (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 1998 s. 65, 67).

---

<sup>8</sup> Modell med förutbestämda sökord, används för dokumentation inom omvårdnad.

Sökordet sexualitet och reproduktion uppfattas enkelriktat, anpassat för kvinnor och svårpassat i dokumentation om män med sexuella problem. Earle (2001) menar att sexualitet måste ges en mer framträdande ställning av en yrkeskår som skall erbjuda holistisk vård. Sjuksköterskan ges en möjlighet att utveckla sin förmåga att vårda hela människan, stärka patienterna genom att tillhandahålla tillgänglig information, bekämpa stereotyper och fördomar genom att främja uttryck för sexualitet när så är möjligt (Earle, 2001).

### *Självförtroende och självbild*

I resultatet framkom att män med ED skattade tillfredställelse i sexuallivet och livskvalitet konsekvent lågt, de ansåg att erektionsproblemet var orsak till minskad självkänsla och självsäkerhet. Män med ED skiljer sig inte från andra män i uppfattningen om vad maskulinitet och livskvalitet innebär vilket styrks av Hedestig (2006, s. 46) som menar att erektionsproblem medför att män känner sig stympade och radikalt förändrar deras sexualliv, det lämnar en känsla av sorg och en upplevelse av att inte vara en hel man. Bokhour et al. (2001) menar också att män inte upphör att vara sexuella när de inte längre är förmögna till erektion, sexualitet är en genomgripande aspekt i mäns liv och en integrerad del i hur de ser på sig själva. Bristande förmåga i sexuella närmanden och vetskapen om att de mist sin sexuella kapacitet leder till att männen känner att de förlorat sin manlighet (Bokhour et al., 2001). Liknande resultat har Hedestig (2006) funnit, manligheten begränsas genom förändrad potens och upplevs som en börda för männen, dessa symtom har för flertalet män inte påverkat relationen till partnern. Enligt Socialstyrelsen (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, ska sjuksköterskan ha förmåga att:

*”uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder” samt att: ”kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt”* (Socialstyrelsen, 2005, s. 11).

Med stöd mot dessa fakta anser vi att sjuksköterskan i mötet med män som drabbats av ED och deras partner ska upprätta en uttrycksfull anamnes där stort utrymme ges till detta specifika problem och där patienten och hans

partner får komma till tals och beskriva och förklara hur det påverkar dem fysiskt, psykiskt och socialt.

### *Kunskap och information*

Resultatet redovisar att män har dåliga kunskaper om ED, riskfaktorer och om tillgängliga behandlingar, svårare ED innebar sämre kunskap. Yngre och högutbildade var mer välinformerade och sökte informationen själva. Jonker-Pool et al. (2004) menar att män drabbade av impotens efter testikelcancer och maligna lymfom liksom patienter som är potenta, saknar information och stöd från vården angående sin sexualitet (Jonker-Pool et al., 2004).

Flertalet män med ED efterfrågade hjälp, om kontinuerligt stöd gavs och när hjälp erbjöds förbättrades de avsevärt. Hos överviktiga män som fick ingående information skedde viktninskning och förbättrad potens. Internet och allmänläkare var de mest omtyckta informationskällorna.

En anledning till att vissa patienter inte tar upp problematiken kring ED kan vara som Moore och Estey (1998) beskriver, män som genomgått radikal prostatektomi önskade behandling för ED men skämdes och var rädda för att be om hjälp, de önskade att urologen skulle diskutera behandling men besvärades av att själva påtala ämnet (Moore & Estey, 1999).

Bokhour, Powel och Clark (2007) menar att behandling efter prostatacancer innebär ringa bekymmer för vissa män, hos andra innebär diagnosen i sig själv många problem som ger olika uttryck i arbetslivet, sociala livet och det intima samlivet. Enligt Hulter (2004, s. 131-133) är information särskilt viktig att ge till unga diabetiker eftersom dålig diabeteskontroll ökar risken avsevärt att drabbas av ED.

Brattberg och Hulter (2002, s. 277) menar att det viktigaste instrumentet i den sexologiska utredningen är sexualanamnesen, kommunikationen kan dock kännas genant på grund av sexualitetens komplexitet och tabubeläggning. Svårigheter att som sjuksköterska diskutera sexualitet styrks av Higgins, Barker och Begley (2009) som visar att irländska sjuksköterskor trots flera års arbetslivserfarenhet upplever stora svårigheter att prata om sexualitet med sina patienter. Sexualiteten beskrevs som en källa till synd och inte ett medel för intimitet, njutning, glädje eller tillfredsställelse, en uppfattning som kvarstod efter sjuksköterskeutbildningen där sexualitet diskuterats teoretiskt och inte

hur kunskapen kunde användas i praktiskt arbete (Higgins, Barker & Begley, 2009).

Vi anser att stora krav ställs på sjuksköterskor att frågan ska lyftas återkommande, ED är ofta ett symptom på annan allvarlig sjukdom som initialt ges störst uppmärksamhet. Fong Kong, Ha Wu och Loke (2009) menar att sjuksköterskor har tillräckliga kunskaper om sexualitet för att kunna arbeta med patienter som är oroliga för sin sexuella hälsa. Endast 53,7 % av sjuksköterskorna var komfortabla med att diskutera sex och närliggande områden. Enligt Socialstyrelsen (2005) ingår i sjuksköterskans roll att kritiskt värdera metoder, rutiner och medverka i att införa ny kunskap i överensstämmelse med beprövad vetenskap. Att arbeta för ett tvärprofessionellt förhållningssätt för att ge patienten optimal vård, främja hälsa och ge patient och anhöriga stöd och vägledning och känna delaktighet är en viktig uppgift för sjuksköterskan.

I Omvårdnadsmagasinet och Vårdfacket gav sökorden ”impotens” och ”erektil dysfunktion” inga träffar, ”sexualitet” ett fåtal, detta tyder på att ämnet är försummat ur omvårdnadssynpunkt.

### **Metoddiskussion**

Forskningsområdet visade sig mestadels innehålla artiklar om medelålders- och äldre män med ED. Vår första tanke var att studera främst yngre friska män (19-44 år) men frångick detta då artikelutbudet var för litet. Vi hävdar att män med ED har liknande upplevelser oavsett ålder. En styrka i studien är att alla nationaliteter och alla former av ED oavsett bakomliggande orsak inkluderades. Relevant forskning från muslimska länder som passade vår studie saknades, därför går det inte att fastställa om det finns kulturella skillnader. Män med medfödd ED liksom studier där olika behandlingar jämfördes, exkluderades eftersom det inte passade syftet. Databaserna PubMed och Cinahl användes, antalet träffar med olika MeSH- termer och Headings var tillfredställande, många olika sökord i olika kombinationer användes vilket gjorde att samma artiklar erhöles, detta stödjer att relevanta sökord och kombinationer användes. Nursing och erectile dysfunction gav inga relevanta träffar för resultatet därför redovisas sjuksköterskans roll i diskussionen. Artiklarna var skrivna på engelska, det innebär att feltolkningar



och brister i översättningar kan förekomma, risken minimeras av att författarna gjorde egna översättningar som sedan gemensamt sammanfogades. Carlsson och Eiman (2003) mall för kvalitetsbedömning användes. Fråga 7 i ursprungsmallen för kvantitativ metod och fråga 8 i kvalitativ metod togs bort eftersom den ansågs irrelevant för vår studie, totalpoängen räknades om till 44 respektive 45 poäng. Resultatet styrks av att endast artiklar med grad I och II valts ut och att samtliga vetenskapliga tidskrifter genomgått etisk kontroll. Resultatet grundas på 12 kvantitativa och en kvalitativ artikel, forskning i ämnet var mestadels kvantitativ och artiklarna överensstämde bra med vårt syfte samt svarade på frågeställningarna, dock innebär övervägande kvantitativa artiklar en sämre nyansering inom områden som handlar om känslor och upplevelser. Artiklarnas resultat anges antingen i p-värden eller i procent, resultatet redovisas därför omväxlande med båda. För att styrka och fördjupa resultatet användes en kvalitativ artikel från en intervjustudie. Elo & Kyngäs (2003) beskrivning av innehållsanalys innefattar både kvantitativ- och kvalitativ forskning, de menar att den är funktionell i båda fallen vilket överensstämde med vår studie.

### **Slutsats**

Om mera resurser funnits för att hjälpa män och par med ED problematik skulle sannolikt deras livskvalitet och livet i sin helhet förbättras, då det är nära sammankopplat med tillfredställelsen i sexuallivet, parförhållandet och familjelivet. Eftersom det finns begränsad specificerad hjälp för män och ämnet många gånger känns genant, är sjuksköterskan skyldig att avdramatisera ämnet och vara den som öppnar till samtal om sexualitet, en självklar rutin vid anamnesupptagning. Resultat visar att män saknar kunskap och hjälp med sitt problem och att ED kan vara ett viktigt symptom på bakomliggande sjukdom. Vi antar att ett stort mörkertal finns om antalet män drabbade av ED och hur många som önskar behandling. Förslag till vidare forskning är studier som visar sjuksköterskans roll och omvårdnad, av män drabbade av ED.

## REFERENSER

\* anger artiklar som ingår i litteraturstudiens resultat.

\* Althof, S. A., Cappelleri, J. C., Shpilsky, A., Stecher, V., Diuguid, C., Sweeney, M., & Duttagupta, S. (2003). Treatment responsiveness of the self-esteem and relationship questionnaire in erectile dysfunction. *The Journal of Urology*, 61(5), 888-892.

\* Baumgartner, M. K., Hermanns, T., Cohen, A., Schmid, D. M., Seifert, B., Sulser, T., & Strebel, R. T. (2008). Patients' Knowledge about Risk Factors for Erectile Dysfunction is Poor. *International Society for Sexual Medicine*, 5, 2399-2404.

Bokhour, B. G., Clark, J. A., Inui, T. S., Silliman, R. A., & Talcott, J. A. (2001). Sexuality after Treatment for Early Prostate Cancer. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 649-655.

Bokhour, B. G., Powel, L. L., & Clark, J. A. (2007). No less a man: Reconstructing identity after prostate cancer. *Communication & Medicine*, 4, 99-109.

Brattberg, A. & Hulter, B. (2002). Anamnesupptagning vid sexuella problem. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 277-286). Stockholm: Liber.

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003) *Evidensbaserad omvårdnad, Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. (Evidensbaserad omvårdnad, Rapport nr 2). Malmö. Malmö högskola, Hälsa och samhälle.

Carson, C., & McMahon, C. G. (2008). *Fast Facts: Erectile Dysfunction*. Abingdon: Health press.

\* Cummings, M. H., Meeking, D., Warburton, F., & Alexander, W. D. (1997). The diabetic male's perception of erectile dysfunction. *Practical Diabetes International*, 14, 100-102.

\* de Boer, B. J., Bots, M. L., Lycklama à Nijeholt, A. A. B., Moors, J. P. C., & Verheij, J. N. (2005). The prevalence of Bother, Acceptance, And need for Help in Men with Erectile Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 445–450.

Earle, S. (2001). Disability, facilitated sex and the role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 433-440.

Ekman, P. (2002). Urologiska sjukdomar och sexuell dysfunktion. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 322-328). Stockholm: Liber.

Elo, S., Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 107-115.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (1998). *VIPS-boken -om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet

\* Esposito, K., Giugliano, F., Di Palo, C., Giugliano, G., Marfella, R., D'Andrea, F., D'Armiento, M., & Giugliano, D. (2004). Effect of Lifestyle Changes on Erectile Dysfunction in Obese Men, *JAMA*, 291, 2978-2984.

Fong Kong, S. K., Ha Wu, L., & Loke, A., Y. (2009). Nursing students' knowledge, attitude and readiness to work for clients with sexual health concerns. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2372-2382.

\* Fugl-Meyer, A. R., Lodnert, G., Brännholm, I-B., & Fugl-Meyer, K. S. (1997). On life satisfaction in male erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 9, 141-148.

Hedestig, O. (2006). Att leva med lokaliserad prostatacancer -"oss män emellan". (Umeå University Medical dissertations, Nr. 1035). Umeå: Umeå universitet, Medicinska fakulteten.

Helmius, G. (1994). Psykosexuell utveckling i barna- och ungdomsåren. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 75-83). Stockholm: Liber (utbildning/Almqvist & Wiksell medicin).

Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2009). Sexuality and mental health nursing in Ireland: Weaving the veil of socialised inhibition. *Nurse Education Today*, 29, 357-364.

\* Hodges, L. D., Kirby, M., Solanki, J., O'Donnell, J., & Brodie, D. A. (2007). The temporal relationship between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *International Journal of Clinical Practice*, 61, 2019-2025.

Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Jacobson-Widding, A. (2002). Kultur, samhälle och sexualitet. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 145-171). Stockholm: Liber.

Jonker-Pool, G., Hoekstra, H. J., van Imhoff, G. W., Sonneveld, D. J. A., Sleijfer, D. T., van Driel, M. F., Schraffordt Koops, H. & van de Wiel, H. B. M. (2004). Male sexuality after cancer treatment-needs for information and support: testicular cancer compared to malignant lymphoma. *Patient Education and Counseling*, 52, 143-150.

Lewin, B. (2002). Sexualiteten som social konstruktion. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 123-135). Stockholm: Liber.

Lundberg, P.O. (2002a). Förändrad sexuell lust och förmåga. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 273-276). Stockholm: Liber.

Lundberg, P.O. (2002b). Läkemedel och sexualitet. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 361-368). Stockholm: Liber.

Lundberg, P.O. (2002c). Neurologiska sjukdomar och sexuell dysfunktion. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 309-321). Stockholm: Liber.

Lundberg, P.O. (2002d). Sexualorganens anatomi och fysiologi. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 59-77). Stockholm: Liber.

Lunelli, R. P., Rabello, E. R., Stein, R., Goldmeier, S., & Moraes, M. A. (2008). Sexual Activity after Myocardial Infarctation: Taboo or Lack of Knowledge?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 90(3), 156-159

\* Mallis, D., Moisisdis, K., Kirana, P. S., Papaharitou, S., Simos, G., & Hatzichristou, D. (2006) Moderate and Severe Erectile Dysfunction Equally Affects Life Satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 442-449.

\* McCabe, M. P., & Matic, H. (2008) Erectile dysfunction and relationship: views of men with erectile dysfunction and their partners. *Sexual and Relationship Therapy*, 23: 51-60.

\* Meyer, J.-P., Gillatt, D. A., Lockyer, R., & Macdonagh, R. (2003). The effect of erectile dysfunction on the quality of life of men after radical prostatectomy. *British Journal of Urology International*, 92, 929-931.

Moore, K. N., & Estey, A. (1998). The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29(5), 1121-1129.

\* Oliffe, J. (2005). Constructions of masculinity following prostatectomy-induced impotence. *Social Science & Medicine*, 60, 2249-2259.

Olsson, A.M. (2002). Erekttil dysfunktion -impotens- orsakad av kärleksjukdomar. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 305-308). Stockholm: Liber.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008) *Nursing Research, Generating And Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8 uppl.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997) The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assesment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.

Rosenqvist, L. (1994). Sexuella fantasier. I P.O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (s. 99-103). Stockholm: Liber (utbildning/Almqvist & Wiksell medicin).

\* Sand, M. S., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J., & Eardley, I. (2008). Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the

Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 583-594.

\* Silvestri, A., Galetta, P., Cerquetani, E., Marazzi, G., Patrizi, R., Fini, M., & Rosano, G. M. C. (2003). Report of erectile dysfunction after therapy with beta-blockers is related to patient knowledge of side effects and is reversed by placebo. *European Heart Journal*, 24, 1928–1932.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: WHO.

## Bilaga 1.

### Exempel på bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (reperterbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
<b>Total poäng (max 47 p)</b>		p	p	p
				p
Grad I: 80%				%
Grad II: 70%				Grad
Grad III: 60%				
Titel				
Författare				

## Bilaga 2.

### Exempel på bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
<b>Total poäng (max 48 p)</b>	p	p	p	p
Grad I: 80%				p
Grad II: 70%				%
Grad III: 60%				Grad
<b>Titel</b>				
<b>Författare</b>				

Carlsson och Eiman (2003, s.16).

### Bilaga 3.

#### Översikt av resultatartiklar

<b>Författare Publiceringsår Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design</b>	<b>Urval</b>	<b>Analys metod</b>	<b>Huvudresultat</b>	<b>Omdöme</b>
Althof et. Al. 2003 USA	Att undersöka hur behandling av ED (Sildenafil) påverkar självkänslan, skattning skedde med hjälp av SEAR formulär.	Frågeformulär, Self Esteem And Relationship (SEAR) frågeformulär för ED.	93 st., 18 år och äldre, med fast partner, dokumenterad ED sen i snitt 4,6 år.	Paired t-test, effect size statics.	Behandlingen hade effekt framför allt på självförtroendet och relationen allmänt.	II
Baumgartner, M.K et al. 2008 Schweiz	Uppskatta patienters kunskap angående riskfaktorer för impotens och vilken kunskapskälla patienter föredrar.	Prospektiv Frågeformulär IIEF-5*	81 män, medelålder 47 år.	Nonparametric Spearman rank korrelation.	51 % av patienterna kunde inte namnge någon riskfaktor för att drabbas av ED. Information söktes främst via Internet och hos allmänläkare. Högutbildade patienter var i allmänhet mera upplysta än övriga. Internet som kunskapskälla nyttjades mestadels av yngre som hade med kunskap.	II



<b>Författare Publiceringsår Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design</b>	<b>Urval</b>	<b>Analys metod</b>	<b>Huvudresultat</b>	<b>Omdöme</b>
de Boer, B. J., et al. 2005 Nederländerna.	Klargöra förekomsten av besvär, acceptans och behov av hjälp hos män som drabbats av ED samt att undersöka karaktäristiska drag hos män som drabbats av ED och är i behov av hjälp men inte uppmärksammas medicinskt för sina besvär.	Frågeformulär via mail.	1481 män från 18 år och äldre.	Resultat uttrycktes som odds ratio (OR) med 95 % som konfidensintervall.	Av männen med ED (142) uttryckte 85,3% att de önskade hjälp, 67,3% upplevde besvär och 68,7% accepterade inte ED. Majoriteten av männen som inte upplevde några besvär önskade ändå hjälp. Hjälpbehovet var störst bland yngre män.	I
Cummings, M. H., Meeking, D., Warburton, F. & Alexander, W. D. 1997 Storbritannien	Undersöka män med diabetes, deras kunskap om ED, var de fann kunskap, närvaron av diskussion patient och vårdgivare, påverkan på relation, och om åldersrelaterade skillnader finns.	Tvärsnitt, Slumpmässigt valda personer från två diabeteskliniker svarade på frågeformulär.	194 män med diabetes 18-75 år.	Chi-squared test,	Dåliga kunskaper om riskfaktorer och behandling. Vården stod inte som största informationskällan och många var missnöjda med vårdens sätt att handha problemet.  Hälften av svarande var själva drabbade av ED.	II

<b>Författare Publiceringsår Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design</b>	<b>Urval</b>	<b>Analys metod</b>	<b>Huvudresultat</b>	<b>Omdöme</b>
Esposito, M. et. al. 2004 Italien	Undersöka effekten av viktminskning och ökad fysisk aktivitet på ED.	RCT slumpmässigt urval	110 överviktiga män (35-55år) med ED, max 21 poäng på IIEF-skalan*. 55 st. i interventionsgrupp och 55 st. i kontrollgrupp.	t-test, Wilcoxon test, Spearman rank correlation coefficient, X <sup>2</sup> test,  Signifikans nivå, p < 0,05	Efter två hade interventionsgruppen gått ner mer i vikt än kontrollgruppen. I medel ökade interventions grupp sin IIEF poäng från 13,9 till 17,0, kontroll gruppen från 13,5 till 13,6. 31 % av männen i interventionsgruppen återfick potensen mot 5 % i kontrollgruppen.	I
Fugl-Meyer, A. R., Lodnert, G., Brännholm., & Fugl-Meyer, K. S. 1997 Sverige	Analysera effekten av ED på självskattad tillfredställelse i livet och behandling (inj. Prostaglandin E 1).	Självskattning inom ett antal områden med hjälp av checklista.	413 män (19-87 år) medelålder 55 år med kliniskt dokumenterad ED och 109 män(25-76 år) medelålder 55 år som referensgrupp.	X <sup>2</sup> test, Verimax rotation, Wilcoxon's test.  Signifikans nivå, p < 0,05	Män med ED är inte nöjda med sitt sexualliv. Tillfredställelse med fritid, ekonomi och yrkesliv var nästan identisk för referens och kontroll grupp. Tillfredställelse med det sexuella är en god markör för tillfredställelse med livet i det stora hela.	II

<b>Författare Publiceringsår Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design</b>	<b>Urval</b>	<b>Analys metod</b>	<b>Huvudresultat</b>	<b>Omdöme</b>
Hodge, L. D., Kirby, M., Solanki, J., O'Donnell, J. & Brodie, D.A. 2007 Storbritannien.	I första hand att förklara sambandet mellan ED och hjärt- och kärlsjukdomar och i andra hand identifiera förekomsten av ED hos män med hjärt- och kärlsjukdomar i Storbritannien gentemot en kontrollgrupp.	IIEF* IIEF5* ED-QoL*	207 män med hjärt- och kärlsjukdomar. Kontrollgrupp: 165 män utan hjärt- och kärlsjukdomar.	Kvasi, tvärsnittsstudie. Kontrollgrupp.	66 % av männen med hjärt- och kärlsjukdom var drabbade av ED och klassificerades som allvarligare. Endast 53 % av dessa män och 43 % av kontrollgruppen hade diskuterat sina symtom på ED med sjukvårdspersonal.	I
Mallis, D. et al. 2006 Grekland.	Syftet med studien var att undersöka livskvalitet hos patienter som drabbats av ED och se samband mellan svår ED och livskvalitet.	IIEF* frågeformulär LSI*	Konsekutivt 69 män, ålder 49,5±13,7, Kontrollgrupp bestående av 97 slumpmässigt valda personer varav 49 män som ingår i studien.	Cronbach's test t-test ANOVA	I jämförelse med friska människor så hade män med ED en lägre tillfredsställelse med sitt sexualliv och sin livskvalitet. Män med ED hade däremot större tillfredsställelse med sin ekonomiska status och med sina fritidssysselsättningar.	I

<b>Författare Publiceringsår Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design</b>	<b>Urval</b>	<b>Analys metod</b>	<b>Huvudresultat</b>	<b>Omdöme</b>
McCabe, M. P., & Matic, H. 2007 Australien	Undersöka män och deras partners reaktion gentemot ED. Effekten av ED på självförtroende, livskvalitet både hos man och partner.	Frågeformulär enligt standardiserad mall.	40 impotenta män med kvinnlig partner. Funna genom att de svarat på annons bunden till söktermer om manlig hälsa på Google.	t-test,  Signifikans nivå, $p < 0,05$	Båda parter upplevde sin relation som mycket viktig. Männen skattade sin självkänsla, livskvalitet och sexuella tillfredställelse lägre än partnerna.	I
Meyer, J. P., Gillatt. D. A., Lockyer, R. & Macdonagh, R. 2003 Storbritannien.	Att klargöra om ED påverkar livskvalitet.	Retrospektiv studie efter att deltagarna genomgått radikal prostatektomi. Frågeformulär.	81 män, 51-70 år.	ED-EqoL formulär med 15 frågor, 4 svarsalternativ. Total poäng 0-60, hög poäng innebär låg livskvalitet. Poängen indelas även i tre grupper, mild, medel och svår ED.	ED påverkar livskvaliteten på hos de flesta män. En tredjedel av männen kände skuld över att inte kunna få erektion och två tredjedelar kände sig ledsna och sorgsna. 89 % kände sig arga och bittra och 89 % oroade sig över hur livet skulle bli i framtiden. De flesta män 75 % upplevde att deras självkänsla till någon grad var förstörd av ED.	II

<b>Författare Publiceringsår Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design</b>	<b>Urval</b>	<b>Analys metod</b>	<b>Huvudresultat</b>	<b>Omdöme</b>
Oliffe, J. 2004 Canada.	Klargöra vilken syn män med ED har på manlighet, sexualitet och intima relationer före och efter prostatektomi.	Kvalitativ studie Etnografisk studie med djupgående semistrukturerade intervjuer	15 slumpmässigt utvalda män som genomgått prostatektomi, medelålder 57.	Etnografisk studie. delstudie. Intervjuerna lästes minst 6 ggr., jämfördes med inspelning. Stödanteckningar i marginalen. Texten kodades, analysen gav 3 stora kategorier.	Män konstaterade inför prostatektomi att livet var viktigare än potensen. Männens syn på sexualitet förändrades, intimitet och smekningar förekom oftare. Äldre män accepterade ED lättare än yngre. Avsaknad av potens orsakade hos vissa män en känsla av maktlöshet då penis var en symbol för makt. Manligheten förändrades, några män upplevde sig värdelös och osynlig.	I
Sand, M.S., et al. 2008 Tyskland.	Undersöka begreppet maskulinitet och livskvalitet för att förstå hur dessa begrepp skiljer sig åt mellan friska män och de som drabbats av ED. Definiera sambandet mellan mäns sätt att söka hjälp och förmågan att återställa maskuliniteten och livskvalitet.	Standardiserade frågeformulär tillsammans med dataunderstödda telefonintervjuer under 15 minuter.	27839 slumpmässigt utvalda män, mellan 20-75 år från 8 olika länder (USA, England, Tyskland, Frankrike, Italien, Spanien, Mexico och Brasilien).	Standardiserade frågor. Slumpmässigt utvald population.	Uppfattningen om maskulinitet skiljer sig från den stereotypa bilden i litteraturen. Män ansåg att heder, värdighet, självständighet och respekt var viktiga faktorer i självkänslan som skapar maskulinitet. Livskvalitet definierades som god hälsa, harmoniskt familjeliv och en god relation med sin partner. Åsikterna om maskulinitet och livskvalitet skilde sig inte åt mellan män med eller utan ED. Män drabbade av ED skattade sin livskvalitet konsekvent lägre än övriga.	I

Författare Publiceringsår Land	Syfte	Design	Urval	Analys metod	Huvudresultat	Omdöme
Silvestri, A. et al. 2003 Italien.	Klargöra om effekten av Beta-blockerare på ED beror på patientens kunskap om läkemedlets biverkningar och om påvisad ED är behandlingsbar med Sildenafil eller placebo.	Tvåfas studie Fas1: Parallell studie med en behandlingsperiod på 90 dagar och därefter ett frågeformulär. Fas2: Dubbelblind, placebo kontrollerad men single cross-over.	96 män, ålder 52 ± 7 år.	Student's paired t-test. Wilcoxon Signed rank test. Chi-square test. P-värde.	I gruppen av patienter som inte hade någon vetskap om Beta-blockerare som de ordinerats visade 3,1 % ED, i gruppen som hade kunskap om läkemedlet men ej biverkningarna drabbades 15,6% av ED och i gruppen som både hade kunskap och kände till läkemedlets biverkningar drabbades 31,2% av ED. Sildenafil och placebo var lika effektiva att bota ED i samtliga fall förutom ett. Slutsats: Kunskap och förutfattad mening kan orsaka oro som orsakar ED.	I

\*IIEF: International Index of Erectile Function.

\*IIEF-5: Förkortad modell av IIEF.

\* LSI: Life Satisfaction Inventory.

\*ED-QoL: Ett robust mätinstrument för att mäta sambandet mellan Erekttil dysfunktion och Livskvalitet, uppfyller kraven på validitet, reliabilitet och responsivitet (repetierbarhet).

## **Bilaga 4.**

### **International Index of Erectile Function Questionnaire (IIEF)**

Investigator: \_\_\_\_\_

Date of Visit: \_\_\_\_\_

Please use an X where applicable and be sure to initial and date all corrections

Score 0 if not done

Subject questionnaire Section 1

**Instructions:** These questions ask about the effects your **erection** problems have had on your sex life, over the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. In answering these questions, the following definitions apply:

*Definitions:*

*Sexual activity includes intercourse, caressing, foreplay and masturbation*

*Sexual intercourse is defined as vaginal penetration of the partner (you entered the partner)*

*Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, looking at erotic pictures, etc.*

*Ejaculate is defined as the ejection of semen from the penis (or the feeling of this)*

**Mark ONLY one circle per question:**

1. Over the past 4 weeks, how often were you able to get an **erection** during sexual activity?

- 0 No sexual activity
- 0 Almost always or always
- 0 Most times (much more than half the time)
- 0 Sometimes (about half the time)
- 0 A few times (much less than half the time)
- 0 Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, when you had **erections** with sexual stimulation, how often were your **erections** hard enough for penetration?

- 0 No sexual stimulation
- 0 Almost always or always
- 0 Most times (much more than half the time)
- 0 Sometimes (about half the time)
- 0 A few times (much less than half the time)
- 0 Almost never or never

Questions 3, 4 and 5 will ask about **erections** you may have had during sexual intercourse.

3. Over the past 4 weeks, when you attempted sexual intercourse, how often were you able to penetrate (enter) your partner?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, during sexual intercourse, how often were you able to maintain your **erection** after you had penetrated (entered) your partner?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

5. Over the past 4 weeks, during sexual intercourse, how difficult was it to maintain your **erection** to completion of intercourse?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

6. Over the past 4 weeks, how many times have you attempted sexual intercourse?

- No attempts
- 1-2 attempts
- 3-4 attempts
- 5-6 attempts
- 7-10 attempts
- 11 or more attempts

7. Over the past 4 weeks, when you attempted sexual intercourse how often was it satisfactory for you?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how much have you enjoyed sexual intercourse?

- No intercourse
- Very highly enjoyable
- Highly enjoyable
- Fairly enjoyable
- Not very enjoyable
- Not enjoyable



9. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse how often did you ejaculate?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse how often did you have the feeling of orgasm or climax (with or without ejaculation)?

- No sexual stimulation or intercourse
- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

Questions 11 and 12 ask about sexual desire. Let's define sexual desire as a feeling that may include wanting to have a sexual experience (for example, masturbation or intercourse), thinking about having sex or feeling frustrated due to a lack of sex.

11. Over the past 4 weeks, how often have you felt sexual desire?

- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual desire?

- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

13. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your overall sex life?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your sexual relationship with your partner?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how do you rate your confidence that you can get and keep your **erection?**

- 0 Very high
- 0 High
- 0 Moderate
- 0 Low
- 0 Very low

### **Scoring Algorithm for IIEF**

All items are scored in 5 domains as follows:

<b>Domain</b>	<b>Items</b>	<b>Range</b>	<b>Score Max Score</b>
Erectile Function	1, 2, 3, 4, 5, 15	0-5	30
Orgasmic Function	9, 10	0-5	10
Sexual Desire	11, 12	0-5	10
Intercourse Satisfaction	6, 7, 8	0-5	15
Overall Satisfaction	13, 14	0-5	10

### **Clinical Interpretation**

I. Erectile function total scores can be interpreted as follows:

<b>Score</b>	<b>Interpretation</b>
0-6	Severe dysfunction
7-12	Moderate dysfunction
13-18	Mild to moderate dysfunction
19-24	Mild dysfunction
25-30	No dysfunction

II. Orgasmic function total scores can be interpreted as follows:

<b>Score</b>	<b>Interpretation</b>
0-2	Severe dysfunction
3-4	Moderate dysfunction
5-6	Mild to moderate dysfunction
7-8	Mild dysfunction
9-10	No dysfunction

III. Sexual desire total scores can be interpreted as follows:

<b>Score</b>	<b>Interpretation</b>
0-2	Severe dysfunction
3-4	Moderate dysfunction
5-6	Mild to moderate dysfunction
7-8	Mild dysfunction
9-10	No dysfunction

IV. Intercourse satisfaction total scores can be interpreted as follows:

<b>Score</b>	<b>Interpretation</b>
0-3	Severe dysfunction
4-6	Moderate dysfunction
7-9	Mild to moderate dysfunction
10-12	Mild dysfunction
13-15	No dysfunction

V. Overall satisfaction total scores can be interpreted as follows:

<b>Score</b>	<b>Interpretation</b>
0-2	Severe dysfunction
3-4	Moderate dysfunction
5-6	Mild to moderate dysfunction
7-8	Mild dysfunction
9-10	No dysfunction

Källa: Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997) The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assesment of erectile dysfunction.