



MALMÖ HÖGSKOLA
Fakulteten för Hälsa och samhälle
Sexologikurs 15 poäng

Hur påverkas sexualiteten efter en stroke?

Författare: Magnus Stentagg

Justerad och godkänd
Datum

Examinator:
Gunnel Brander
Niklas Eriksson

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Syfte	2
Metod	2
Metoddiskussion	2
Genomförande	2
Centrala nervsystemet och sexualitet	3
Sexualitet efter stroke	3
Lust och förmåga	4
Teorier bakom transmittosubstanser	5
Rehabilitering och eftervård	5
Hjälpmedel	6
Medicinska hjälpmedel	6
PLISSIT-modellen	7
Intervju 1	7
Intervju 2	8
Diskussion	8
Slutsats	9
Referenslista	10

Inledning

Det är sparsamt med skrivet material och diskussioner rörande sexuella problem post stroke i den medicinska litteraturen. Detta trots att både män och kvinnor anser att sexuellt välbefinnande är av stor betydelse i våra liv (Incitament, 6/2007).

Att sexuella funktioner är en legitim del av medicinen framgår av WHO:s deklARATION från 2002 som säger ” *Sexual rights include the right of all individuals to achieve the highest attainable standard of sexual health and to pursue a satisfying, safe and pleasurable sexual life*” (www.who.int).

Författaren tänker belysa de sexuella problem som kan uppkomma i samband med att en individ drabbas av en stroke. Vidare försöka belysa den organiska bakgrunden vad som händer i hjärnan. Vad har vi inom sjukvården att erbjuda för hjälp till dessa individer, vad gäller råd, stöd, mediciner och ev. hjälpmedel.

Bakgrund

Stroke räknas till en av de största folksjukdomarna. Varje år drabbas knappt 30 000 människor av stroke i Sverige och då avser det förstagångsinsjuknande. Till denna siffra tillkommer det ca 7000 människor som återinsjuknar varje år (Mätzsch, Gottsäter, 2007).

Risken att drabbas ökar med stigande ålder och stroke är den vanligaste orsaken till förvärvad neurologiskt funktionshinder hos vuxna. Omkring 85 % av alla stroke utgörs av hjärninfarkt och 15 % utgörs av hjärnblödning. WHO definierar stroke som en snabb påkommande fokal störning av hjärnans funktioner med symtom som varar minst i 24 timmar eller i värsta fall kan leda till döden, och där orsaken är vaskulär. Svårighetsgraden och det kliniska förloppet vid stroke är mycket varierande, med ett brett spektrum från lindriga, snabbt övergående symtom till direkt livshotande eller omfattande skador med obetydlig symtomregress (Fagius, Aquilonius, 2006).

Den väsentligaste orsaken till den stora variationen av neurologiska bortfall är att olika delar av hjärnan drabbas vid en stroke. Skadan kan hos olika människor ha olika stor utbredning i hjärnan och antingen drabba strategiska områden där bortfallen är uppenbara, eller drabbar områden i hjärnan där bortfallen inte får några större konsekvenser. Stroke som drabbar storhjärnan kan drabba såväl cortex (grå substans, innehåller neuronens cellkroppar) som djupare belägna delar (vit substans, innehåller axon som är nervbanor mellan olika neuron; respektive grå substans som ingår i basala ganglierna och i thalamus). Ofta uppstår kombinerade skador. Symtombortfallen är beroende av vilken del i hjärnan som drabbas av ischemi. Skadebilden är således olika beroende på vilket av de stora hjärnartärernas område som är drabbat (Mätzsch, Gottsäter, 2007).

Syfte

Syftet var med detta arbete att ta reda på om och hur strokesjukdomen påverka patienters sexualliv. Vad har vi inom sjukvården att erbjuda för hjälp till dessa individer, vad gäller råd, stöd, mediciner och ev. hjälpmedel?

Metod

Metoden som har använts är en allmän litteraturstudie som kan benämnas litteraturöversikt (Forsberg, Wengström 2003). Där författaren har sammanställt fakta från artiklar och ämnesböcker som belyser problemet rörande strokepatienter och deras sexuella dysfunktion. Jag har även tagit med två intervjuer för att på så sätt försöka få en bild om hur det kan vara i verkligheten för dessa patienter.

Metoddiskussion

Jag har valt ut en manlig och en kvinnlig patient. Då jag endast har valt att ha med två patienter och att jag själv har gjort urvalet av patienterna så ger inte det en adekvat bild över hur stort problemet eventuellt kan vara för gruppen strokepatienter och deras sexualitet. Då inte detta var syftet ser jag inte det som ett problem, utan jag ville bara få en uppfattning om vad deras eventuella problem kan bestå av.

Genomförande

Fakta har sökts via Blekingesjukhusets bibliotek, strokeenhetens egna boksamling, via internet samt med hjälp av sökmotorn Swemed där svenska artiklar sökts via en databas från Karolinska institutet. Sökorden som användes var sexualitet och det gav 88 träffar och sexuell dysfunktion som gav 45 träffar. När jag sen kombinerade dessa sökorden fick jag tillslut 15 träffar. Efter att ha läst abstractet eller sökorden kunde jag använda mig av 3 artiklar som berörde mitt syfte.

Centrala nervsystemet och sexualitet

Den mänskliga hjärnans roll när det gäller styrningen av de sexuella funktionerna är till största delen okänd. Det finns dock vissa områden i storhjärnan som har speciell betydelse för de sexuella funktionerna och det sexuella beteendet. Det finns fyra områden i hjärnan som man vet om har en betydelse för de sexuella funktionerna: Lobulus paracentralis (primära sensoriska cortex för bl.a. genitalorganen), hypothalamus som nedåt går över hypofysen och framåt i septumregionen, basala frontalloben och temporalloben. Det har visat sig att i det basala hypothalamus finns ett lustcentrum. Det är bl.a. här som gonadhormonerna inverkar på den sexuella lusten. Förstörs denna del av hjärnan antingen genom en stroke, annan sjukdom eller genom ett trauma så kan den sexuella lusten försvinna. Detta har man förr använt sig av vid behandling av sexualförbrytare. Man har helt enkelt gått in kirurgiskt och avlägsnat denna del av hjärnan. Kliniska och neuropatologiska undersökningar har visat att i temporalloben finns områden som är av betydelse för det sexuella beteendet. Rubbningar här kan leda till förändringar både i beteendet men även i lusten. Skador i frontalloben, speciellt nedre mediala del, kan leda till förändringar i den sociala kontrollen, det vill säga hämningslöshet, vilket också inverkar på det sexuella beteendet (Lundberg, 2002).

Det centrala nervsystemet (CNS) reglerar de perifera endokrina organen genom hypothalamus och hypofysen. På så sätt kan en neurologisk sjukdom orsaka en endokrin dysfunktion som resulterar i sexuella problem. Hjärnskadans lokalisering som sådan verkar inte spela någon större roll. I en studie har man funnit att prevalensen av allvarliga sexuella dysfunktioner i form av nedsatt lust och samlagsfrekvens var betydligt större efter en högersidig hemisfärskada än de som drabbats av en vänstersidig hemisfärskada (a.a.).

Sexualitet efter stroke

Sexuell dysfunktion efter en stroke visar sig främst med nedsatt könsdrift, det gäller både män och kvinnor (Incitament, 6/2007).

Enligt Brattberg är män mer benägna än kvinnor att utveckla sexuella dysfunktioner, och här visar studier att den faktor som klarast sammanställer till förekomsten av sexuella problem är förändrad partnerrelation, med ökat beroende och minskad autonomi. Kvinnor förefaller ha lättare att acceptera en situation som innebär mindre självständighet, utan att detta behöver påverka negativt på det sexuella samlivet (Brattberg, 2000).

Såväl kroppsställning som kropps rörelser vid sex kan påverkas negativt efter en stroke. Andra negativa effekter på sexuallivet för strokepatienter och partner är inkontinens, dregling och andra konsekvenser av stroke som kan väcka avsmak. De sexuella dysfunktionerna av stroke är sällan enbart konsekvenser efter stroke i sig. Psykosociala problem, depression och isolering kan också bidra. Ett läkemedel som man vanligen använder sig av i vården när man behandlar strokepatienter är T. Citalopram®. Just för att motverka depressioner som ofta kommer till följd av strokesjukdomen (Incitament 6/2007). En biverkning som kan uppträda av att ta T. Citalopram® är miktionsstörningar, ejakulationsstörningar, oregelbunden menstruation och anorgasmi främst hos kvinnor (www.fass.se). Ett annat vanligt preparat är β -receptorblockare t ex T. Seloken® som har till uppgift att sänka blodtrycket vilket även kan ge upphov till trycksänkning i cavernosaartären, vilket resulterar i erektionsproblem. Det har även framkommit i vissa studier att strokepatienter har varit avhållsamma från sex efter en stroke på grund av rädslan för recidiv trots att risken för stroke på grund av sexuell upphetsning är mycket låg (Incitament, 6/2007).

Erektionsproblem beskrivs i de flesta studier vara den vanligaste problematiken hos män efter en stroke. Mellan 50 -65 % av männen känner sig drabbade. Endast få studier finns över kvinnors förmåga till vaginal lubrikation, men i en studie av kvinnor som drabbas av stroke beskrivs att cirka 30 % upplevt en nedsatt lubrikation. När det gäller att få orgasm efter en stroke så visar det sig att nästan 75 % av kvinnorna har svårigheter att uppnå orgasm. Viktigt att påpeka är att friska kvinnor utan några sjukdomar anger en betydligt lägre orgasmförmåga än män. Försenad eller utebliven ejakulation anges förekomma hos 15-20 % hos männen efter en stroke, vilket är en betydligt högre förekomst än hos den manliga befolkningen i allmänhet. Den sexuella aktiviteten minskar ofta vid en sjukdom. Inte bara samlagsfrekvensen utan även tiden för förspel liksom samspelstiden i sig kan minska (Sjögren Fugl-Meyer, fugl-Meyer, 1999).

Men hur är det då med den sexuella tillfredställelsen?

I undersökningar bland strokepatienter av båda könen i åldrarna 41-81 år visade att det endast var 22 % som var tillfreds med sitt sexualliv medan det var 66 % bland normalpopulationen. Det har framkommit att 76 % av männen och 42 % av kvinnorna som före 70 års ålder drabbades av stroke, upplevde nedsatt sexuell tillfredställelse (a.a).

Lust och förmåga

Lust och förmåga kan användas som huvudsakliga begrepp om man ur medicinsk synpunkt vill närma sig ett sexuellt problem. Med lust menas driftsaspekten av sexualiteten, det faktum att personen har ett sexuellt intresse och kan tända sexuellt. Lusten är beroende av hjärnan och av hormonell stimulering. Sexuell förmåga syftar på de fysiologiska reaktioner i könsorganen i samband med sexuell upphetsning, vilka är beroende av det cirkulatoriska systemet och nervsystemet, i första hand ryggmärgen och de perifera nerverna. Den sexuella förmågan styrs i mindre grad av de hormonella systemen. Viktigt för sexuell förmåga är också kroppslig rörlighet och fysisk prestationsförmåga.

Nästan alla människor är sexuella. Med detta menas enligt Axel Brattberg att dem har tillgång till en sexuell dimension, och har potential för sexuellt gensvar. Avsaknaden av sexuell lust är alltså ett medicinskt symptom.

I ett neurologiskt perspektiv sitter sexualiteten i hjärnan, bland annat i hypothalamus. En person som drabbas av en skada eller sjukdom i hjärnan som styr det hormonella systemet eller de basala delarna av hjärnan, kan därför ha nedsatt sexuell lust eller i medicinsk mening vara asexuella (Brattberg 2000).

Sjögren Fugl-Meyer kan påvisa att det sker förändring av den sexuella lusten hos strokepatienter, det finns uppgifter som tyder på att upp mot 50 % av de drabbade strokepatienter har en nedsatt sexuell lust. Denna siffra varierar dock, beroende på vilka värderingar man lägger in i begreppet lust. Minskad sexuell lust utgör ofta ett sexuellt problem då man kan känna längtan efter det som varit, särskilt om man har en partner som inte har nedsatt lust (Sjögren Fugl-Meyer, fugl-Meyer 1999).

Teorier bakom transmittorsubstansernas inverkan

På transmittornivå är det bland annat dopamin och serotonin som är av betydelse för sexualiteten, dopamin för aktivering av den sexuella lusten och serotonin för att hämma den. Detta stöds av teorier av Brattberg som har sett att hos vissa personer som lider av Parkinsons sjukdom. Då man tillför dessa personer levodopa, som kan generellt öka tillgången på dopamin i centrala nervsystemet. Vilket hos vissa av dessa kan uppleva en ökad sexuell lust och en ökad sexuell aktivitet. Teorin stöds ytterligare av Brattberg då han hos patienter som behandlas med SSRI- preparat så som T. Citalopram® eller T. Sertralin®. Då detta preparat ger en ökad tillgång på serotonin, och kliniskt ser man den motsatta effekten till levodopabehandling. Nämligen minskning av den sexuella lusten, svårighet med att kunna få orgasm (Brattberg, 2000).

Rehabilitering och eftervård

Återhämtningen efter en stroke är en aktiv process och en färskvara. Den biologiska återhämtningen tar ofta tid och ska inte forceras. Mycket förenklat kan man säga att under de första fyra veckorna efter en stroke sker hälften av den förväntade totala förbättringen av den motoriska nedsättningen, afasi, neglect och ADL-förmåga (Activities of daily living)

Förbättringstakten blir därefter successivt långsammare. Det är sällan det sker några spontana förbättringar efter sex månader. Att återgå till ett fungerande vardagsliv kräver psykologisk och social anpassning till det nya livet. Förutom motoriska och språkliga problem kan stroke medföra en mängd andra förändringar. Stroke kan leda till förändringar av bland annat beteende, tankemönster, känslouttryck och även personlighetsförändringar. Det kan uppfattas plågsamt för den drabbades partner som plötsligt inte känner igen sin livskamrat. Närstående drabbas indirekt av stroke. Många upplever en hög grad av ångest, nedstämdhet, och trötthet och för vissa förändras livet för alltid då deras respektive drabbas av en stroke.

Det är inte ovanligt med en viss tidsförskjutning mellan partners krisreaktion och patientens kris, som kan komma betydligt senare i förloppet när sjukdomsinsikten ökar och de sociala konsekvenserna börjar uppenbara sig. Det är viktigt att läkaren tillsammans med stroketeamet gör en preliminär prognos avseende förväntad funktions- aktivitets- och delaktighetsförmåga, både på kort och på längre sikt. Utan individuella prognoser är det omöjligt att ge adekvat information och stöd till patienten och dess respektive. Det är viktigt i ett tidigt skede, att börja diskutera med patienten om sexualitet, intimitet och samlag (Mätzsch, Gottsäter, 2007).

Rehabiliteringen efter en stroke när relationsdynamiken är en nyckelpost bör enligt studier från Brattberg syfta till att makarna bibehåller sina roller i så stor utsträckning som möjligt, och att den friska parten inte går in i en vårdande roll och gör sig oumbärlig. Kvinnor förefaller ha lättare att anpassa sig i en situation som innebär mindre självständighet, utan att detta behöver återspeglas negativt på det sexuella samlivet enligt Brattberg (Brattberg, 2000).

Hjälpmedel

Sedan en lång tid tillbaka i tiden har det varit vanligt att använda sexuella hjälpmedel. Detta trots att det för många är helt okänt, och även många som har en viss blyghet till dildos och penisattrapper eller massageapparater, så säljs det en mängd av sexuella hjälpmedel. De kan köpas på apoteket, porrbutiker eller via porrtidningars och dagstidningars annonser. Det vanligaste och mest kända hjälpmedlet är explorationscreme, som är en silikon baserat gel som kan användas på könsorganet för att underlätta glidmotståndet, särskilt vid torra slemhinnor. Mandelolja är en annan olja som man kan med fördel använda. Den oljan kan man värma upp och då kan man även använda den som massageolja. Olivolja är en olja som man ska undvika. Detta beroende av att den innehåller syror, vilket är bakteriedödande, men kan även ge irritation hos en del. Oljan kan även förstöra gummi och plast (Johansen, 1999)

Massageapparater kan användas både till ömmande muskler och till stimulering av klitoris, penis, ändtarmen och slidan. Material och utförande finns det stora variationer på beroende på vad man önskar och behöver (a.a).

Erektionspumpen består av en cylinder som är försedd med en pump som kan tömma cylinder på luft. När penis är placerad inne i cylinder sugts luften ut, så sugts blodet från kroppen också ut och fyller svällkropparna i penis. Pumpen är lämplig till män som inte kan få erektion. Och som ett extra komplement till erektionspumpen kan man använda en pubisring som man för ner till penisroten, och på så sätt bibehålla erektionen längre. Pubisringen kan sitta kvar i 20-30 minuter. Pubisringen är lämplig för män som kan få erektion men har svårt att bibehålla den. Slutligen finns det en penisprotes som män med nedsatt eller minskad erektionsförmåga kan använda för att kunna genomföra ett samlag (a.a).

Medicinska hjälpmedel

Beroende av vilka problem patienten har finns det en rad olika mediciner som man kan få utskrivet av sin behandlande läkare.

Vid översexuellt beteende som ibland kan uppträda vid frontala skador så kan läkaren skriva ut olika preparat som har till uppgift att dämpa dessa begär t.ex. SSRI preparat, eller kan man använda sig av kognitiv beteende terapi (Lundberg, 2002).

Om patienten har spasticitet finns flera läkemedel som dämpar spasticiteten bland annat T. Baklofen® eller Botox® injektion. Vid erektila problem finns T. Viagra®, inj. Caverject® som man injicerar lokalt i corpora carvanosaartären eller Bondil® som är ett uretralstift. Det är ett rör som man för in i uretra där läkemedlet är fäst längst fram. Vilket man själv kan administrera efter undervisning från antingen en läkare eller sjuksköterska. Detta kan man använda sig av när man inte vill eller kan använda sig av Caverject® (fass.se)

PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen, som utvecklades av psykologen Jack Annon på Hawaii 1978. Kan närmast betraktas som en ABC för sexologer, sjukvårdspersonal och annan personal som jobbar med sexuell rådgivning. Modellen kan beskrivas som en pyramid som delas in i fyra fack, eller olika nivåer för behandling av sexuella problem. Den nedre delen på pyramiden tar störst plats och de kommande facken blir mindre och mindre, vilket innebär att på den första nivån ska det och behövs det att det tar mest tid i anspråk hos patienten eller klienten.

Den första nivån står för **P**ermission vilket innebär att man gör klart för sin patient att det är tillåtet att prata om sex, att fråga och att diskutera sexuella problem. Den andra nivån står för **L**imited **I**nformation handlar om i fall personalen fått utbildning som ger dem möjlighet att ge korrekt information. De ska kunna ge enklare råd och stöd i begränsad omfattning, för att sen hänvisa vidare till sexualrådgivning. Vilket leder in i nästa nivå. **S**pecific **S**uggestions om patienten har specifika sjukdomar eller skador krävs sexualrådgivning av utbildad personal. I denna nivå är man i gränslandet mellan rådgivning och terapi, och personalen ska ha sån utbildning att personen har möjlighet att bedöma huruvida personen lider av normal sexuell frustration med anledning av den förändringen i livet på grund av skadan eller om bakomliggande orsak bör utredas och behandlas vidare. Den fjärde och sista nivån står för **I**ntensive **T**herapy och kräver en psykoterapeutiskt utbildad person alternativt handledning av en sån person, men då är förutsättningen att sexualrådgivaren är mycket erfaren.

PLISSIT-modellen är ett nyttigt redskap för att bedöma i vilken nivå en behandlare befinner sig i som behandlar ett givet problem, och på så sätt även kunna fundera på vilken kunskap, kompetens och erfarenhet som är nödvändig för att gå in och arbeta med det problemet som patienten presenterar (Almås, 2004).

Intervju 1

Den manlige patienten är i sextio års ålder och drabbades av en vänstersidig hjärninfarkt med högersidiga svagheter i både arm och ben. Vid tillfället av intervjun så var det 1 månad sen han blev utskriven, han vårdades ungefär 3,5 månader på sjukhuset och han lever i en parrelation.

Idag kan han konstatera att sexlivet har påverkats efter stroke, då främst genom sin spasticitet och rörlighet i handen och benet. Han har knappt ingen styrsel i handen idag. Han tycker det är ett stort problem med sin förlamning i kroppen.

– Bara en sån sak som att komma närmare varandra i sängen när man vill mysa och kramas lite är ett jättejobb idag. Mycket bökande och kavande i sängen innan man kommer rätt och ändå ligger handen där i vägen.

De har varit rädda för att han ska få ett återfall och insjukna i en ny stroke om det har sex. För hennes del har det jobbigaste varit allt runt omkring, allt måste planeras med hemhjälp. Det har varit mycket spring med olika personer från hemtjänsten och mycket strul från kommunens sida som i sin tur har lett till att hon har bara har känt en stor trötthet, vilket i sin tur har lett till en minskad lust för henne.

De har inte fått någon information från någon personal inom vården och det tycker de är synd, de hade gärna velat få lite tips och idéer, och även fått information om hur olika mediciner påverkar och att det inte är farligt att ha sex efter en stroke. De har haft fullt upp med att få vardagen att fungera så de har inte funderat så mycket på tänkbara hjälpmedel eller mediciner.

Intervju 2

Den kvinnliga patienten var i tjugoo års ålder då hon drabbades av sin stroke med högersidig förslamning som följd. Vid tillfället av intervjun så är det nästan på dagen två och ett halvt år sen hon blev sjuk.

Idag lever hon ensam. Hon har tidigare kunnat känna att det inte har funnits någon tid till att inleda något förhållande, hon ville finna sig själv först. Men idag kan hon känna en längtan efter någon att dela livet med. Lusten har inte påverkats den finns där, men det är så mycket runt omkring som tar så mycket tid i anspråk. Sexlivet har påverkats på grund av hennes spasticitet då främst i hand och fot. Nu har hon fått lite distans till sin sjukdom och har kunnat hitta tillbaka till sin egen sexualitet.

Hon har inte funderat så mycket på sin sexualitet när hon var inlagd på sjukhuset, men kan nu i efterhand tycka det var synd att hon inte fick någon information från sjukhuspersonalen om just denna fråga. Idag känner hon inte att den saknas, hon har hittat vägen dit själv och upplever inte det idag som om hon har några problem med sin sexualitet. Så nu har hon inga problem med att kunna identifiera sig som en ung glad positiv tjej som lever sin ungdomsdagar.

Vad det gäller hjälpmedel eller mediciner som kan underlätta sexuallivet så har det inte funnits något behov av det.

Diskussion

Arbetet har belyst den sexuella lusten och förmågan efter en stroke. Av det som har framkommit från litteraturen och artiklar så är det ganska vanligt att strokepatienter får nedsatt lust. Men har man tagit hänsyn till hur dessa patienter hade det med sitt samliv innan sin sjukdom? Hur definierar vi lusten? Många av dessa patienter är till åren komna och kanske inte alls är intresserade av att ha ett fungerande sexliv, utan nöjer sig med att ha någon nära sig, känna värme och att någon tar på en. Det kanske är deras sexualitet.

Från Mätzsch, Gottsäter artikel från 2007 framgår det att återgången till ett fungerande vardagsliv kräver psykologisk och social anpassning. Patientens sociala liv kan förändras, patienten kan känna sig i vägen, bli beroende av andra människor, det sociala nätverket kan bli drabbat och patienten kan känna sig isolerad och mindre värd. Hur lätt är det då att kunna upprätthålla ett fungerande samliv? Förutom motoriska och språkliga problem kan stroke medföra en mängd andra förändringar. De närstående blir indirekt drabbade och detta är inget man kommer ifrån.

I en studie som (Lundberg, 2002) refererar till har man funnit att prevalensen av allvarliga sexuella dysfunktioner i form av nedsatt lust och samlagsfrekvens var betydligt större efter en högersidig hemisfärskada än de som drabbats av en vänstersidig hemisfärskada. Detta är ju ett intressant iakttagande. Vilka bakomliggande biologiska förklaringar kan dras av detta? Brattberg skriver i sin artikel att i ett neurologiskt perspektiv styrs mycket av den sexuella verksamheten från bland annat hypothalamus. En person som drabbas av en skada eller sjukdom i denna del av hjärnan, som styr det hormonella systemet eller de basala delarna av hjärnan, kan därför ha nedsatt sexuell lust eller i medicinsk mening vara asexuella (Brattberg 2000). Hur mycket av hjärnan påverkar egentligen den sexuella funktionen och den sexuella lusten?

Slutsats

Sedan två och ett halvt år tillbaka jobbar jag som strokesjuksköterska. I arbetet med patienterna som fått en stroke förekommer idag ingen fokus på patienternas samliv från vårt team. Med tanke på att det är ett känt faktum att en stroke kan påverka samlivet borde detta ämne beröras likaväl som man pratar om ramper för att komma in i sitt hus. Rehabiliteringen ska ju omfatta patientens hela livssituation.

Jag har mött positiva reaktioner från såväl arbetskamrater, arbetsledning och patienter i samband med min uppsats, vilket tyder på att detta är ett ämne att arbeta vidare kring. Utifrån uppsatsen har jag lärt mig att det är av stor betydelse att man i ett tidigt skede börjar väcka tankar och funderingar kring sexualiteten hos patienterna.

Man kan utgå från första steget i PLISSIT-modellen. Samtalet bör man helst ha gjort innan första permissionen. Man får hela tiden försöka individanpassa informationen utifrån var patienten befinner sig. Informationen kan också utformas utifrån patienten lever i en parrelation eller ensam.

Det är fortfarande mycket som jag önskar kunna få mer klarhet i. Det hade varit intressant att ta fram en enkät med ett antal frågor som patienter kunde besvara när de var inlagda på sjukhuset, för att ta reda på vilka frågor de har kring sitt samliv och sin sexualitet. Enkäten kunde man sen upprepa efter ca 4 månader och efter 1 år för att se om frågorna förändrats. Min förhoppning är att jag sedan ska ha både kunskap rent medicinskt, om förändringar i strokepatienters sexualliv, men också vilka frågor som är viktiga för patienterna. Utifrån detta skulle samtalen med mina patienter kring sexualitet få en ny dimension.

Referenslista

Almås, E. (2004). *Sex & sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Brattberg, A. (2000). Sexualiteten och nervsystemet. *Svensk rehabilitering* 3, 44-50.

Fagius, J. Aquilonius, S. M. (2006). *Neurologi*. Fjärde upplagan. Stockholm: Liber AB

Forsberg, C. Wengström, Y. (2003). *Att göra en systematisk litteraturstudie*. Första upplagan. Stockholm: Natur och kultur

Incitament. (2007). Sexuell dysfunktion. *Incitament* 6, 478-482.

Johansen, B, D. (1999). *Kärleken har ingen ålder*. Första upplagan. Stockholm: Liber AB

Lundberg, P. O. (2002). *Sexologi*. Första upplagan. Stockholm: Liber AB

Mätzsch, T. Gottsäter, A (2007). *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. Första upplagan. Ungern: Studentlitteratur

Sjögren Fugl-Meyer K. Fugl-Meyer, A. (1999). Sexualitet klinisk sexologi och rehabilitering. *Svensk rehabilitering*, 3, 10-13.

<http://www.fass.se>

http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/defining_sh.pdf