

Vårdens bemötande av äldre människors sexualitet

- Erfarenheter och attityder bland äldre och
vårdgivare.

FÖRFATTARE

Sofia Anderson

Josefine Jakobsson

Mikaela Lindblom

PROGRAM/KURS

Sjuksköterskeprogrammet

180 högskolepoäng

Kursens benämning se kursplan

HT 2012

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Lars-Olof Persson

EXAMINATOR

Monica Moene

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Vårdens bemötande av äldre människors sexualitet – Erfarenheter bland äldre och vårdgivare.
Titel (engelsk)	Treatment of older peoples sexuality in healthcare - Experiences amongst elderly and caregivers.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	48 sidor
Författare:	Sofia Anderson, Josefine Jakobsson, Mikaela Lindblom
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Monica Moene

SAMMANFATTNING

Syfte: Syftet med denna litteraturstudie var att sammanställa vetenskaplig data kring äldre människors

sexualitet samt vårdens bemötande och attityder.

Bakgrund: Att vara äldre och patient och samtala med hälso- och sjukvårdspersonal om sexualitet kan upplevas svårt. Inte sällan uppfattas problemen ligga hos behandlaren. Patienter uttrycker en önskan om information om hur sjukdomar, behandlingar och medicinering påverkar sexualiteten. Då samtal kring sexualitet kan vara känsligt är det viktigt att närma sig ämnet med lyhördhet och respekt för personlig integritet. Att som sjukvårdspersonal vara mottaglig och öppen är därför viktigt i mötet med äldre patienter i samtal som rör sexualitet. Kommunikation är en viktig byggsten i rollen som sjukvårdspersonal och kärnan i kommunikationen är att respektera den andra parten, lyssna aktivt och vara öppen.

Metod: Sökning efter vetenskaplig litteratur har skett via Göteborgs Universitets sökdatabaser och internet. De sökmotorer vi använt är Cinahl, Scopus och PubMed. Vi har även använt oss av böcker som komplement. Vi hade som krav att de artiklar vi sökte efter skulle vara publicerade tidigast 1992 samt att deltagarna skulle vara minst 50 år. Vi valde bort de artiklar där deltagare inte hade fullgod kognitiv förmåga.

Resultat: Det finns ett behov bland äldre människor att trots ålder behålla en god sexuell hälsa. Hur de äldre prioriterar sexualitet varierar och omständigheter som förlust av partner, sjukdom och sociala förhållande påverkar. Dock upplever många äldre att bemötandet inom vården ej är tillräckligt gällande sexuella problem. Detta beror delvis på en bristfällig utbildning samt osäkerhet hos vårdpersonal. Då litteraturstudien är relativt liten kan vi dock inte påvisa ett enhetligt resultat gällande äldres sexualitet.

Diskussion: Stereotypa uppfattningar är en stor bidragande faktor till varför äldres sexuella hälsa faller i skymundan i mötet med vårdpersonal, utifrån detta bör större vikt läggas på ämnet och dess problematik redan under utbildningen. Vikten av att ta hänsyn till de skillnader som finns mellan män och kvinnors upplevda sexuella hälsa bör även uppmärksammas.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	2
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
INLEDNING	5
BAKGRUND	5
- SEXUELL HÄLSA	5
- SEXUELLA RÄTTIGHETER OCH DEFINITION AV SEXUALITET	6
- ÄLDRE OCH SEXUALITET	7
- FYSISKA ÅLDERSFÖRÄNDRINGAR SOM PÅVERKAR SEXUALITETEN	8
- KVINNANS OCH MANNENS SEXUALITET	8
- SJUKVÅRDSPERSONAL OCH SAMTAL OM SEXUALITET	9
- SEXUALANAMNES	9
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	10
FRÅGESTÄLLNINGAR	10
METOD	10
- DATAINSAMLING	10
- INKLUSION OCH EXKLUSION	12
- DATAANALYS	13
- ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	13
- GENUS	14
RESULTAT	14
- HUR SER ÄLDRE MÄNNISKORS SEXUELLA BEHOV UT?	14
- HUR UPPLEVER ÄLDRE BEMÖTANDET AV SEXUALITETEN I VÅRDEN?	17
- VAD FINNS DET FÖR ATTITYDER INOM VÅRDEN GÄLLANDE ÄLDRES SEXUALITET?	18
METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	21
SLUTSATS	28
REFERENSER	29
BILAGA 1 – TABELL ÖVER SÖKTA ARTIKLAR	31
BILAGA 2 – GRANSKNINGSPROTOKOLL – KVALITATIV METOD	34
BILAGA 3 – GRANSKNINGSTABELL – KVANTITATIV METOD	36

INLEDNING

Sexualitet bland äldre är ett ämne som allt för ofta hamnar i skymundan och det existerar många stereotypa uppfattningar kring äldre människors sexualitet. Dagligen matas vi av reklam och bilder av sexuell natur och media har gjort sexualiteten till ungdomens egendom (Skoog, 1994). Verkligheten är dock av en annan natur, de äldre blir allt fler och behovet av att tala om, samt leva ut sin sexualitet existerar. Ett behov som högst sannolikt kommer öka med kommande generationer då dagens samhälle talar mer öppet om sexualitet. Att som sjuksköterska vara mottaglig och vidsynt är därför av största vikt i mötet med äldre och deras upplevda sexualitet.

Kommunikation är en viktig byggsten i rollen som sjuksköterska och kärnan i kommunikationens konst är att respektera den andra parten, lyssna aktivt och vara öppen (Eide & Eide, 2009). Att bemöta äldre människors sexualitet och sexuella hälsa är något som kan upplevas som svårt för många vårdgivare. Anledningen till detta kan vara att vårdgivare i stor utsträckning har begränsade erfarenheter eller för lite utbildning i ämnet. För att kunna etablera god kommunikation samt skapa ett rättvist möte förutsätts att vårdgivaren lägger sina egna fördomar åt sidan och bemöter varje enskild patient med den empati, omsorg och respekt som krävs för att patienten ska känna sig trygg.

Definitionen av sexuell hälsa har förändrats över tid (Eide & Eide, 2009), förr handlade det främst om att se till reproduktion, idag är dock begreppet bredare. Idag handlar sexuell hälsa även om sexuell välbefinnande. Många människor upplever brister i sexualiteten, därför är det av största vikt att vårdgivare betraktar sexualitet i sin helhet.

Människor vars sexualitet drabbas i samband med sjukdom eller ålder (Hulter, 2009) upplever detta på olika sätt. Att därför bemöta varje enskild individ efter dennes upplevelser och önskingar och inte anta att en specifik diagnos medför särskilda förändringar eller begränsningar är av vikt.

BAKGRUND

SEXUELL HÄLSA

Den sexuella hälsan som ofta även associeras med den reproduktiva hälsan är något som genom livet påverkar människors personliga relationer och sexuella aktiviteter. Sexualitet har såväl fysiska som psykiska aspekter. För många människor är inte sexualitet enbart något som sammankopplas med att bilda familj vilket gör att sexuell hälsa eller ohälsa följer en människa genom hela livet. (Sveriges internationella politik för Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, www.regeringen.se).

Globalt sett tas fokus ofta från sexualitet som en faktor i livet som kan skapa ett större välbefinnande och ge en ökad livskvalitet. Detta tros bero på att sexualitet och då främst

reproduktion associeras med många problem i stora delar av världen. Dock vill regeringen i Sverige lägga vikt vid att alla människor ska få bestämma över sin egen kropp och att alla ska ha lika förutsättningar, möjligheter och rättigheter att säga ja till sin egen sexualitet vilket i sin tur ger förutsättningar för att skapa en god sexuell hälsa på flera plan.

(Sveriges internationella politik för Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, www.regeringen.se).

I varje människas personlighet är sexualiteten en del, såväl hos vuxna män, kvinnor och barns. Sexualiteten är starkt kopplad till att vara att vara mänsklig och är ett grundläggande behov liksom många andra. Själva sexualiteten i sig är inte lika med att ha samlag eller en förmåga att få orgasm, det finns fler aspekter av en människas erotiska liv. I sexualiteten innefattas många aspekter utanför den rent fysiska akten och njutningen. Sexualiteten kan vara den källa till energi som driver människan att söka efter kärlek, närhet, intimitet, värme och kontakt. Sexualiteten uttrycks genom fysisk beröring mellan människor men uttrycks även i känslor och förmågan att väcka känslor hos en annan människa. Den påverkan som sexualiteten har på människor involverar såväl handlingar, tankar och känslor och påverkar därigenom fysisk och psykisk hälsa (RFSU, 2012).

SEXUELLA RÄTTIGHETER OCH DEFINITION AV SEXUALITET

- Högsta möjliga hälsa i relation till sexualitet, inkluderande tillgång till sexuell hälsovård.
- Att söka, få och tillägna sig information i relation till sexualitet.
- Sexualupplysning.
- Respekt för kroppens integritet.
- Frivilliga sexuella relationer.
- Att besluta om att vara sexuellt aktiv eller ej.
- Att upprätthålla ett tillfredställande säkert och njutbart sexualliv.
- Fritt val av partner (Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Till grund för sexuella rättigheter ligger de vedertagna mänskliga rättigheterna, exempelvis rätten till ett privatliv. Sexuella rättigheter betyder att individen ska vara fri från diskriminering och våld och att en denne ska kunna uppnå en så hög standard i sexuell hälsa som är möjlig. Det innebär även fritt val av partner samt att reproduktion ska ske av egen fri vilja (WHO, 2012. Sveriges internationella politik för Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, www.regeringen.se).

Varje enskild individ ska oberoende av kön, ålder, etnisk tillhörighet, funktionshinder, könsidentitet, eller sexuell läggning ha rätt att bestämma över sin egen kropp och sin sexualitet. En icke-diskrimineringsprincip finns även i Sverige. Den innebär att diskriminering på grund av exempelvis sexuell läggning eller könsidentitet inte bör tolereras (Sveriges internationella politik för Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, www.regeringen.se).

En definition av sexualitet:

”Sexualitet är en väsentlig del av att vara människa genom livet och innefattar kön, könsidentiteter och roller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet upplevs och uttrycks genom tankar, fantasier, önskningar, normer, attityder, värderingar, beteenden, praktiker, roller och relationer. Medan sexualitet kan omfatta alla dessa dimensioner, upplevs eller uttrycks inte alltid alla av dem. Sexualitet påverkas av interaktionen mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, legala, historiska, religiösa och andliga faktorer” (Hulter, 2004 s. 89)

ÄLDRE OCH SEXULITET

Att ställa frågor kring sexualitet kan vara svårt för den äldre delen av befolkningen (Statens Folkhälsoinstitut, 2009). Samtal som berör exempelvis onani kan vara mycket tabubelagt. Det är viktigt att som vårdpersonal vara medveten om att samtal rörande dessa känsliga ämnen kan skapa starka reaktioner och inte alltid tas emot välkomnande. Det kan även finnas barriärer i form av olika attityder som gör att äldre inte känner sig bekväma i att leva ut sin sexualitet eller tala om den. En uppfattning om att äldre änkor/änkemän inte skall ha ett sexuellt intresse finns i samhället. Myten om ålderdomen som asexuell är en faktor som hos många, även äldre själva är djupt rotad. Betydelsen av denna myt är att ålderns visdom och eftertanke ska sätta sig över de sexuella behoven. Trots dessa barriärer önskar många äldre i åldrarna 60-85 år att vårdpersonal tar upp ämnet och ger dem råd. Information som rör sexualitet och normalt åldrande samt biverkningar av läkemedel är önskvärt. Dock är det sällsynt att vårdgivare diskuterar sexualitet (Skoog, 1994).

Med stigande ålder minskar vanligen den sexuella aktiviteten men den upphör egentligen aldrig. I ett förhållande kan den stigande åldern hos en del personer till och med ge en ökad medvetenhet om könen och om vilka möjligheter dessa ger till sexuell och kärleksfull njutning. Denna medvetenhet kan skapa en känsla av respekt och tillfredsställelse. Den kan även skapa känslan av att tillvaron tillsammans inte alltid är trygg och säker. Under livets gång tar kärlek vid olika tillfällen skilda uttryck och riktningar men genom erfarenheter så möjliggörs en fortsatt mognad och utveckling tillsammans (Hulter, 2004).

Att av olika anledningar inte ha en annan människa att dela sin sexualitet med är det vanligaste av sexuella dilemman. Denna sexuella ensamhet som då uppstår kan även finnas i äktenskap och parförhållanden (Hulter, 2004).

Många delar av en individs liv påverkas då sexuella besvär och svårigheter uppstår. Då kroppen är frisk skall en människa ha möjlighet att känna lust, reagera på stimulans, kunna ge njutning till sin partner och känna njutning själv. När kroppen inte längre är frisk kan dessa ting bli åsidosatta. Detta kan vara jobbigt att acceptera och medföra känslor av att inte vara bekväm i sitt kön (Hulter, 2004).

FYSISKA ÅLDERSFÖRÄNDRINGAR SOM PÅVERKAR SEXUALITETEN

Då kvinnan passerar klimakteriet sänks nivåerna av kvinnliga könshormon vilket kan leda till torrhet i slemhinnorna i slidan samt mindre känslighet för sexuell stimulans. Dessa omställningar i kroppen kan påverka sexualiteten på ett negativt sätt genom att det kan blir svårare att känna njutning och uppnå orgasm. Hos mannen ökar risken för erektionssvikt med åldern, dock är det inget som drabbar alla äldre män. Med ökande ålder krävs ofta mer stimulans för att erektion skall uppstå och tiden det tar att få utlösning förlängs. Utöver detta problem kan även sänkt testosteronnivå minska sexualdrift och sexuell funktion (Hulter, 2009).

När en människa drabbas av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning uppkommer vid sidan av kroppsliga hinder även känslomässiga reaktioner, som kan inverka negativt på självkänslan och hämma sexuell samlevnad. Några av dessa känslomässiga reaktioner som följer av en kris kan vara ilska, känsla av skuld och sorg. Dessa kan förutom att påverka sexuallivet negativt dessutom försämra kommunikationen i en parrelation (Hulter, 2004).

Utöver sjukdom är förlust eller avsaknad av partner något som förekommer mer frekvent hos den äldre delen av befolkningen. Till följd av förlust av maka/make eller andra anledningar till ett mindre aktivt sexualliv kan det så kallade "änke-/änklingssyndromet" uppstå. Hos kvinnan har detta syndrom som konsekvens att elasticiteten i vagina minskar, slemhinnor blir tunnare och vaginalsekretionen minskar, vagina kan även minska i storlek. Om en ny sexuell relation skapas kan besvär som kommer av dessa förändringar kvarstå i upp till tre månader. Hos mannen kan en längre tid av avhållsamhet orsaka erektionssvårigheter. Det kan för män som upplevt detta vara krävande att i en ny relation uppta den sexuella aktiviteten då rädsla för att inte kunna prestera ofta förekommer (Skoog, 1994).

Då en människa blir sexuellt upphetsad uppträder en rad yttre tecken på detta hos såväl mannen som kvinnan. Förutom dessa synliga tecken svarar även sexualorganen på upphetsning. Dessa tecken och svar blir mindre uttalade med ökande ålder, längre tid krävs för kvinnan att uppnå vaginal lubrikation och mannen behöver längre tid på sig att uppnå fullgod erektion. För både mannen och kvinnan tar det även längre tid att uppnå orgasm. Trots dessa förändringar som är oundvikliga då de är åldersrelaterade så förblir den psykologiska upphetsningen så nästintill oförändrad (Skoog, 1994).

KVINNANS OCH MANNENS SEXUALITET

Kvinnans längtan efter en sexuell relation kan vara en längtan efter att känna intimitet. Ord som kvinnor ofta använder då de beskriver meningen med sexuell aktivitet är gemenskap, ömhet och närhet. Det är vanligt att kvinnor kan ha svårigheter att slappna av och njuta av sexuell aktivitet och därför placerar kvinnor ofta njutning och orgasm lägre ned på listan över vad som är viktigt gällande sexuell tillfredsställelse. Det är vanligt att kvinnans sexuella lust

tilltar med åren då hon lär känna sin kropp och kommer fram till vad hon tycker om och önskar i det sexuella samspelet. Menstruationer, graviditeter, barnafödande och klimakterium påverkar kvinnans sexualitet på olika vis (Hulter, 2004).

Likt kvinnor har män ett stort behov av att tillsammans med en partner känna intimitet, kärlek, närhet och gemenskap. Dock kan mannens sexualitet ibland beskrivas med mer fokus på direkt fysisk njutning och tillfredsställelse och känslor beskrivs mer sällan i samband med beskrivandet av den manliga sexualiteten (Hulter, 2004).

SJUKVÅRDSPERSONAL OCH SAMTAL OM SEXUALITET

Samtal med vårdgivare kring sexuella problem upplevs än idag av patienter som bristfälligt. Tidigare kunskap visar att de svårigheter som existerar ofta ligger hos behandlaren och de upplevs inte sällan som obekväma i samtal kring ämnet. Det kan även vara så att patienterna själva tycker det är obekvämt att diskutera sexualitet. En stor grupp patienter önskar ytterligare information kring hur sjukdom, behandling och medicinering kan påverka sexualiteten. Då ett så känsligt ämne skall avhandlas krävs känslighet, lyhördhet och respekt för den enskilde individens okränkbarhet. Utöver detta är det viktigt att som vårdgivare ha kunskap kring vilka frågor som kan ställas kring detta ämne vilket vanligtvis inte talas öppet om (Hulter, 2004).

Attityder hos vårdgivare gentemot sexuella problem varierar. Vissa vårdgivare identifierar patienters problem och är därefter mycket angelägna att hjälpa. En annan grupp skjuter problemen ifrån sig och ignorerar det faktum att sexualitet kan vara en viktig fråga då en människa drabbas av exempelvis en kronisk sjukdom. Bakomliggande orsaker till negativa attityder hos vårdgivare kan vara eget missnöje med sin sexuella situation, religion, moral, genans eller olust. Även känslan av otillräcklighet och att inte fått tillräckligt med utbildning kan påverka vårdgivares attityd (Hulter, 2004).

I ett flertal utbildningar finns det brister i förberedelser inför det framtida arbetet med äldres sexualitet trots att det finns ett behov av ökad kunskap gällande dessa frågor. Då ämnet sexualitet är känsligt och laddat är det även viktigt att vårdgivare får jobba med sina egna attityder. Det kan vara en fördel att göra detta i grupp om flera och använda sig av rollspel och studieuppgifter för att förbereda inför kommande samtal (Hulter, 2004).

SEXUALANAMNES

Då en människa kommer till sjukvården med sexuella besvär eller bekymmer bör en sexualanamnes tas. Syftet med denna typ av anamnes är att kartlägga hur sexualiteten ser ut och tar sig uttryck idag och hur den tidigare sett ut. Uppgifter om såväl fysiska faktorer, som patientens upplevelser framkommer i en utförlig sexualanamnes. Ytterligare information kring hur patienten upplever hur de sexuella problemen påverkar dennes förhållande till sin

omgivning kan inhämtas (Hulter, 2004).

Då vårdgivare misstänker att en patient har bekymmer som kan påverka möjligheterna att ha ett fungerande sexualliv eller som påverkar relationer och självbild är det passande att denne ställer en fråga kring hur den sexuella aktiviteten/förmågan fungerar. Det är viktigt att som vårdgivare våga fråga och därmed göra det tillåtet att diskutera sexuella problem. I samtalet med en man kring sexualitet kan termer som erektion och ejakulation ofta bli centrala men det är även viktigt att ställa frågor kring mannens lust och tillfredsställelse (Hulter, 2009).

PROBLEMFÖRMULERING

Sexuell hälsa är ett komplext begrepp och innefattar och påverkar många olika aspekter av en människas liv. Sexualitet är något som följer en människa genom livet då sex i dagens samhälle inte enbart sammankopplas med reproduktion. Denna förändring gör att vårdgivare i allt större utsträckning kommer att möta äldre med aktivt sexualliv och eventuella frågor som rör detta. Det är en sexuell rättighet att kunna upprätthålla ett tillfredsställande sexualliv och vårdgivare bör ta hänsyn till detta faktum oberoende av ålder på patienten som söker vård.

Trots att en del äldre människor på grund av olika fysiska åldersförändringar eller förlust av partner inte önskar fortsätta vara sexuellt aktiva så kan det vara av vikt att ta upp och belysa hur äldres sexualitet fångas upp i dagens sjukvård. För att optimera mötet med den äldre patienten gällande frågor som rör sexualitet kan det vara av vikt att vårdgivaren är medveten om sina egna tankar kring sexualitet samt vara lyhörd för patienten.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att sammanställa vetenskaplig data kring äldre människors sexualitet samt vårdens bemötande och attityder.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur ser äldre människors sexuella behov ut?
- Hur upplever äldre bemötandet kring sexualiteten inom vården?
- Vad finns det för attityder inom vården gällande äldres sexualitet?

METOD

DATAINSAMLING

Informationssökningen har skett via Göteborgs universitets sökdata-baser, internet samt böcker till bakgrunden. De sökmotorer som använts är Cinahl, PubMed, Scopus.

Databas/sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Granskade artiklar	Antal artiklar använda i resultatet
Cinahl 12.09.06	1992-2012, Peer reviewed, 50+				
Sexual health, older patients, #nurse.		75	8	2	Gott & Hinchcliff, Bouman WP, Arcelius J & Benbow SM
Sexual activity, elderly, nursinghomes.		12	4	1	Buono Dello M , Zaghi PC, PadioaniW, Scocco P, Urciuli P, Pauro P & De Leo D
Knowledge, sexuality, older		68	3	2	Farell J & Belza B
Sexuality, older, #nurse		17	3	1	Buono Dello M , Zaghi PC, PadioaniW, Scocco P, Urciuli P, Pauro P & De Leo D
Scopus 12.09.12	1992 – 2012, 50+				
Desire, intimacy, elderly		26	7	4	Gurvinder K, A.Subramanyam & C. Gott & Hinchcliff
Old, sexuality, attitudes.		86	14	1	Gott & Hinchcliff
Old age, sexuality, nursing.		26	6	2	Wiley D & Walter M Bortz II

					Shuttleworth R, Russel C, Weerakoon P, Dune T
Pubmed 12.09.17	1992-2012, 50+				
Intimacy, elderly, #nurse		14	8	3	Roach M
Totalt		506	79	22	11

Vid granskning och bedömning av aktuella artiklar med kvalitativ metod har kvalitetsbedömningsmall från GU använts. Vid granskning och bedömning av kvantitativa har GUs bedömningsmall använts, som är inriktad på kvantitativa studier.

En litteraturöversikt har använts enligt Friberg (2006) för att få fram kvalitativ och kvantitativ data. Tankeprocessens faser har använts enligt Friberg (2006) som innebär att det har skapats frågeställningar gällande ämnet. Frågor relaterade till ämnet som uppstod har legat som bas för problematiseringen. Tankeprocessens faser är inte rak väg, den innebär att författarna gått tillbaka i processen vid vissa tillfällen, för att sedan fortsätta framåt. Frågeställningarna har sedan använts som ledstjärna i sökningar för att kunna diskutera, tematisera samt problematisera. För att finna material till problematiseringen har en litteraturöversikt använts. Två steg enligt Friberg (2006) när litteraturöversikt används.

1. Se över flera artiklar, ett helikopterperspektiv som innebär att inte bli begränsad i litteratursökningen (Friberg, 2006). Sökning av artiklar söktes till en början med bredd i Cinahl och Scopus. Inklusion och exklusion uppstod.
2. Avgränsning. Ett val av artiklar gjorde där en del levde upp till inklusionskriterierna och andra exkluderades (Friberg 2006).

För att inte komma till en punkt där litteraturen begränsade användes sökord som fångade in mycket data och ett brett perspektiv (Friberg, 2006). Sökorden har bland annat uppstått via diskussion mellan författarna samt genom att söka på de ord som forskarna i uppsatsförfattarnas funna artiklar hade använt sig av. Efter att ha funnit artiklar valdes ett antal av dem ut med hjälp av exklusions och inklusionkriterier. Detta för att skapa en avgränsning i denna del av processen, med syfte att behålla fokus på frågeställningen.

INKLUSION OCH EXKLUSION

Av de 22 granskade artiklar enligt angiven mall (Friberg, 2006), var det 13 stycken som inte uppfyllde kraven eller saknade egentlig relevans för den angivna frågeställningen. I största möjliga mån valdes att använda kvalitativ data då målet var att få fram äldre människors och

vårdgivares uppfattningar samt erfarenheter. Dock fanns det begränsat med kvalitativ data. Komplettering skedde av denna med kvantitativ data för att få ytterligare en vinkel på vilka uppfattningar och attityder äldre och vårdgivare kan tänkas ha.

De inklusionskriterier som användes var att artiklarna skulle vara publicerade senast 1992 fram till nutid samt att de äldre (då ej vårdgivare) som deltog i studierna skulle vara minst 50 år gamla. I en studie var ett antal deltagare yngre men studien valdes då det ansågs att den var relevant för syfte. Artiklar som specifikt tog upp ämnet äldre med demenssjukdom valdes bort.

DATAANALYS

Efter att artiklar valts, analyserades innehållet. Detta gjordes enligt Fribergs (2006) analysmodell. Genom att gå igenom artiklarna antal gånger, urskiljdes vad de hade gemensamt samt vad som var unikt för varje artikel.

En analys i tre steg utfördes i linje med Fribergs litteraturöversikt (2006).

1. Artiklarna gick igenom antal gånger i syfte att få en djupare förståelse och se en helhetsbild.
2. En genomgång av materialet gjordes och aspekter som vad de olika artiklarna kunde bindas samman med, vad de hade gemensamt, var de skiljde sig åt kartlades.
3. Slutligen gjordes en sammanställning av materialet. Av detta kunde teman urskiljas som sedan används för att följa en röd tråd genom arbetet.

Teman som kom fram under processen var: attityder, behov, erfarenhet/kunskap. Subteman ur dessa huvudteman som regelbundet återkom i artiklarna och som kom att präglade litteraturstudien var; åldersrelaterade faktorer, förlust av partner, man eller kvinna, livsstilsfaktorer, behov och önskemål, bemötande i vården, attityd (negativ och positiv) till äldres sexualitet, utbildning (och egen bekvämlighet) och stereotypa uppfattningar.

ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

En medvetenhet finns om att detta är ämne kan vara känsligt för många personer och detta har tagits i akt när artiklar valts. Studier som har varit tveksamma i etiska ställningstagande har valts bort. Studier med ledande frågor eller som tar upp demografisk data på ett enligt författarna tveksamt vis har valts bort. Diskussion kring hur en forskare på bästa sätt kan närma sig detta ämne på ett bra sätt utan att förnedra eller få deltagarna att känna sig obekväma. Därför är det också av vikt av att använda sig av enkätstudier där deltagaren kan vara helt anonyma och. En medvetenhet finns om att de som ställer upp i studien är personer som uppenbarligen vill berätta om sina upplevelser kring detta känsliga ämne och att det därför med största sannolikhet finns ett mörkertal.

Val av metod i studierna har kritiskt analyserats och om de har blivit godkända av etisk kommitté men även på vilket sätt de har valt att adressera deltagarna, samt vilka frågor som ställts. Då sex är ett känsligt ämne kan vi fundera kring deltagarnas uppriktighet, speciellt de som deltagit i kvalitativa studier. Dock är detta något som enbart går att spekulera kring eftersom det inte går att undersöka på något vis. Just av denna anledning bör de flesta artikelförfattarna ha fört en etisk diskussion mer tydligt.

GENUS

Genusaspekten samt sexuella variationer tas inte upp i någon av artikelförfattarna även om det går att urskilja frågor relevanta för genus i dem. Detta kan ses som en brist då det är en viktig fråga när sexualitet diskuteras. Önskemål fann om att artiklar skulle ta upp sexuella läggningar samt mer ingående diskussioner kring genus. Detta önskemål har fått bortses från detta då materialet inte varit förenligt med uppsatsförfattarnas önskan. Uppsatsförfattarna har istället valt att ta upp ämnet i diskussionen.

RESULTAT

Resultatet består av tre huvudteman samt underteman till dessa, som framkom under analysen. Dessa är som följer: *Hur ser äldre människors sexuella behov ut?* Åldersrelaterade faktorer, förlust av partner, man eller kvinna, livstilsfaktorer.

Hur upplever äldre bemötandet kring sexualiteten inom vården? Behov och önskemål, bristande bemötande från vårdgivaren, man eller kvinna. *Vilka attityder gällande äldres sexualitet finns inom vården?* En positiv och öppen attityd till äldres sexualitet, negativ och mindre öppen attityd till äldres sexualitet, utbildning och egen bekvämlighet, stereotypa uppfattningar.

HUR SER ÄLDRE MÄNNISKORS SEXUELLA BEHOV UT?

Åldersrelaterade faktorer

Flera av studierna har kommit fram till att de sjukdomar och bristande funktioner som uppkommer med stigande ålder har en klar inverkan på den sexuella hälsan (Wiley & Borz, 1996). Dessa kan exempelvis vara minskad erektionsförmåga, nedstämdhet eller minskad vaginal lubrikation.

I en studie av Gott & Hinchcliff (2003) uttryckte några av de manliga deltagarna att det faktum att de inte prioriterade sex, inte berodde på att de inte kunde tänka sig att ha samlag med någon annan. Anledningarna de istället uppgav var att de hade nedsatt förmåga till erektion, mindre sexualdrift i kombination med ensamhet och hög ålder. Ytterligare några åkommor som deltagarna upplevde hade en negativ påverkan på deras sexualitet var erektionsproblem och förändringar i samband med klimakterium hos kvinnorna. Trots detta ansåg flera deltagare att det inte var lika accepterat att klaga över sexuella problem som äldre

person.

"Around my age group I don't think it's essential really, we've been through the various stages of life and we are mellowing off. In my case it doesn't worry me in the least, on the other hand I could meet a lady tomorrow and I could marry her, I don't know it could happen quite easily couldn't it?" (änkeman, ålder 80 år) (Gott & Hinchcliff 2003a s 623).

Wiley & Borz (1996) påvisade att en stor del av kvinnorna över 70 år uttryckte att sjukdom var den största anledningen till minskad sexuell aktivitet och männen angav till stor del erektionsproblem som orsaken. Majoriteten av männen angav att de hade svårare att få erektion nu än för tio år sedan och att de var generade över detta. Även en fjärdedel av kvinnorna uppgav att partners erektionsproblem också var deras problem.

Resultatet visade även att ett minskat välbefinnande i samband med en försämrade generell hälsa inverkar negativt på sexualiteten. Detta framkom tydligt då deltagarna tog upp att deras äktenskap stagnerat och detta av sådana anledningar. En 77-årig man berättade att han och hans makas sexliv hade upphört på grund av hennes försämrade hälsa. En kvinna som inte längre tyckte att sex var så viktigt, uppgav att hennes makes nedsatta fysiska funktion påverkade hur viktigt sex var för henne. Det framkom även att ett minskat välbefinnande i samband med de psykologiska hinder som upplevdes påverkade den sexuella hälsan. En av de manliga deltagarna berättade att han hade mycket lågt självförtroende gällande att få sin maka att uppleva njutning. Han upplevde även att hans fru inte själv var intresserad av en sexuell relation. Hos de deltagare som uttryckte att sex inte var av stor vikt för deras livskvalité hade vikten av sex reducerats i takt med hälsorelaterade problem ökade. Dock ansågs att kombinationen hög ålder och ett långvarigt förhållande gjorde det lättare att acceptera den minskade sexuella aktiviteten (Gott & Hinchcliff 2003a).

"Sex is a part of life... It's a part of your living definite. (But) nobody feels poorly- it's going to be the last thing on their mind, sex. I mean when I had my heart operation I felt as low as anything (laughs), you don't feel like it do you?'... 'at my age you can't grumble (laughs), you've had your time. (gift man, ålder 76 år) (Gott & Hinchcliff 2003a s 622)

I en studie av Gurvinder et al., (2011) framkom liknande resultat, att stigande ålder ansåg av över hälften av deltagarna som en bidragande faktor till minskad sexuell aktivitet. Detta visade sig tydligt då 72 % av deltagarna under 60 år var sexuellt aktiva i jämförelse med endast 57 % över 60 år.

Förlust av partner

Det sexuella behovet hos äldre människor är likt hos yngre, ytterst individuellt. Med stigande ålder uppkommer dock andra faktorer som påverkar det sexuella behovet samt möjligheterna att tillgodose detta.

I studien av Gott & Hinchcliff (2003a) har deltagarna fått skatta vikten av sex och därefter motivera detta. Hos de deltagare som uttryck att sex inte längre var viktigt eller endast lite viktigt var en av anledningarna till detta deras nuvarande civilstatus. Det faktum att äldre förlorat sin partner eller av annan anledning lever ensamma, var en bidragande faktor till varför sex och intimitet inte längre sågs som viktigt. Deltagarna beskrev att betydelsen av sex minskat i samband med förlust av partner och att de av olika anledningar valt bort eller inte längre haft möjligheten till sexuell kontakt. Detta hade i sin tur resulterat i att intresset för sex avtagit och de uttryckte att det inte främst var åldersrelaterat och att om deras partner skulle varit i livet så trodde de att de fortfarande hade varit sexuellt aktiva. Gurvinder et al., (2011) påvisar att just förlusten av partner var den främsta anledningen till ett försämrat sexualliv.

En studie av Buono et al.,(1998) beskriver även att de deltagare med fast partner hade ett mer aktivt sexualliv än de som var ensamstående. De som var gifta i visade sig vara sju gånger mer sexuellt aktiva än de som var ogifta.

Gott & Hinchcliff (2003a) påvisade även att deltagarna i studien som uttryckt att sex var väldigt eller extremt viktigt oftast hade en partner. Alla utom en av dessa hade en fast sexpartner och för dessa var vikten av sex, relaterad till deras relation med sin partner. Fyra deltagare som nyss startat nya relationer talade om vikten av sex för ett gott förhållande. De jämförde sitt nya förhållande med sitt gamla. En av dessa deltagare berättar att i hans nya förhållande var sex en prioritet till skillnad från i relationen han haft med sin gamla partner.

Man eller kvinna

De flesta studier har kommit fram till skillnader i män och kvinnors sexuella hälsa. Både åldern i sig och frånvaro eller närvaro av depression och ångest upplevde kvinnor hade en negativ och hämmande inverkan på sexualiteten. Enligt Buono et al., (1998) visade sig också att kvinnor hade minskad lust och ett minskat intresse för intimitet och sexuell aktivitet. Männerna upplevde att det till största del var den sviktande hälsan, förlust av partner eller sämre socialt liv som var anledningarna. Männerna visade sig i allmänhet vara sexuellt aktiva i högre utsträckning samt hade ett större intresse för intimitet och all sexuell aktivitet.

I artikeln av Wiley & Borz (1996) visade det sig dock att män och kvinnor i lika stor utsträckning hade lust till sex och att majoriteten av hela gruppen önskade att utöva sexuell aktivitet åtminstone en gång i veckan. Visserligen framkom det även här att männen önskade en ökning av sexuell aktivitet i större utsträckning än kvinnor. Deltagarna i den aktuella studien fick även skatta vikten av olika sexuella aktiviteter nu och för tio år sedan. De olika sexuella aktiviteter som togs upp var kyssar, oralsex, genitala smekningar, samlag, orgasm, kärlek och ömhet samt tillfredsställelse av partner. För tio år sedan var orgasm och samlag de två viktigaste faktorerna för män, dock minskade vikten av dessa med åren. Vikten av oralsex och kärlek ökade istället. För kvinnor i alla åldrar var vikten av kärlek och kyssar viktigast både nu och för tio år sedan. Både män och kvinnor uppgav att de tänkte på sex mindre nu än för tio år sedan.

Livsstilsfaktorer

I resultatet har det även framkommit att sociala faktorer samt en aktiv livsstil påverkar den sexuella hälsan hos äldre. Det påvisades att de som inte längre hade ett jobb och därmed en något mindre aktiv livsstil visade mindre sexuellt intresse. Studien kunde även påvisa att de som uppehöll en aktiv livsstil i större utsträckning bibehöll sexuell aktivitet (Gurvinder et al., 2011).

I en annan studie som undersöktes olika faktorer i relation till sexuell intresse och aktivitet. Där framkom det att sexuell aktivitet samt intresse ökade i samband med att deltagarna var yngre, hade högre utbildningsnivå och intakt kognitiv förmåga. Det sexuella intresset påverkades av kön, känslan av att känna sig tillräcklig, att vara gift och att vara nöjd med sitt liv. De som skattade sin livskvalitet högst var både sexuellt aktiva samt intresserade. (Buono et al., 1998).

Liknande resultat presenterades av Gurvinder et al. (2011). De påvisade då att de som inte längre hade ett jobb och därmed en något mindre aktiv livsstil visade mindre sexuellt intresse. Studien kunde även påvisa att de som uppehöll en aktiv livsstil i större utsträckning behöll sexuell aktivitet.

HUR UPPLÉVER ÄLDRE BEMÖTANDET KRING SEXUALITET INOM VÅRDEN?

Behov och önskemål

I en studie av Farell & Belza (2012) undersöktes huruvida äldre patienter uppfattade det bekvämt eller genant att diskutera sexualitet. Det fann inga skillnader mellan män och kvinnors reaktioner. De visade sig att de flesta, oavsett kön skulle känna sig något, väldigt eller extremt bekväma med att diskutera sexuell hälsa. Det framkom också att endast en väldigt liten del deltagarna tyckte att det skulle vara mycket obekväma eller känna sig förolämpade om vårdgivaren tog upp ämnet sex.

Då deltagarna blev tillfrågade om de föredrog att själva initiera ett samtal om sin sexuella hälsa uttryckte en fjärdedel att de själva ville ta initiativet. Hälften ville att vårdgivaren skulle ta upp det och en fjärdedel ville inte ta upp det alls. Resten skrev att det inte skulle spela någon roll vem som tog upp ämnet. Majoriteten av deltagarna kunde även tänka sig att ta emot informationslitteratur om ämnet och sedan själva återkomma till sin vårdgivare med frågor (Farell & Belza 2012).

I en studie var syftet att utvärdera attityder gällande sexualitet hos äldre människor. Deltagarna fick frågan om de diskuterat sexualitet med någon vårdgivare samt om de ansåg att sexuella frågor bör diskuteras öppet (Aizenberg et al., 2002). Majoriteten av deltagarna ansåg att sexualitet borde kunna diskuteras öppet med vårdpersonal. De flesta uttryckte även en vilja att mottaga medicinsk behandling eller annan erbjuden hjälp för sexuella problem och att de kunde tänka sig samma sak för sin partner. Deltagarna fick också gradera vikten av humör,

minne, sömn, sex och aptit. I resultatet visade det sig att deltagarna graderas sex på fjärde plats av fem. Sex var alltså viktigare än aptit. Denna gradering skiljde sig inte signifikant mellan de som var sexuellt aktiva och de som inte var det.

Resultatet påvisar att vårdgivarens yrkestitel samt ålder och kön spelade roll i mötet mellan äldre patienter i samtal om sexualitet (Gott & Hinchcliff 2003b). Deltagarna i tidigare nämnda studie uttryckte att läkaren ansågs vara den person de huvudsakligen ville prata med om sexuella besvär och att dennes demografiska data spelade roll för känslan av trygghet i samtalet. När deltagarna sökte hjälp för sexuella besvär önskade flera av dem en läkare av samma kön och samma åldersgrupp som de själva.

Bristande bemötande från vårdgivaren

De medverkande uttryckte ett antal faktorer som hindrade dem från att söka hjälp (Gott & Hinchcliff, 2003b). Dessa faktorer involverade känslan av skam och rädsla. De hade även en fördom om att frånvaro av sexuell aktivitet och sexuella problem är något naturligt och oundvikligt med stigande ålder. Av deltagarna i studien hade ingen blivit tillfrågad av sin läkare hur de upplevde sin sexuella hälsa detta trots att merparten hade problem som påverkade deras sexuella funktion. För de manliga deltagarna var dessa problem framförallt att de hade svårighet med erektion och för de kvinnliga deltagarna handlade det om minskad vaginal lubrikation.

Man eller kvinna

Vissa skillnader fanns mellan hur äldre män och kvinnor ville bli tillfrågade om sin sexualitet (Farell & Belza 2012). En stor del av de manliga deltagarna ville bli tillfrågade om sin sexualitet av sin vårdkontakt i jämförelse med en betydligt mindre del av kvinnorna. Dock blev endast en knapp tredjedel av alla deltagarna tillfrågade kring sin sexuella hälsa av sin nuvarande vårdgivare. Väldigt få kvinnor hade frågor angående förändringar i sin sexuella hälsa i jämförelse med männen. Kvinnorna var även mer nöjda än de manliga deltagarna med sin nuvarande sexuella hälsa.

Det visade sig också att de som var mest tveksamma och i störst utsträckning kände sig obekväma var kvinnor födda 1925 eller tidigare (Farell & Belza 2012). De tillfrågade som var obekväma med att diskutera sexuell hälsa ville hellre prata med en sjuksköterska. Nästan hälften av deltagarna i studien uttryckte även att de helst ville tala med en vårdgivare av samma kön.

VILKA ATTITYDER GÄLLANDE ÄLDRES SEXUALITET FINNS INOM VÅRDEN?

En positiv och öppen attityd till äldres sexualitet

I en studie uppgavs ett relativt stort antal vårdgivare som deltog att på de äldreboenden de jobbade på fanns en stöttande syn på äldres sexualitet. Dock var det en jämförelsevis liten del boenden som faktiskt uppmuntrade sexualitet hos de äldre (Shuttleworth & Dune, 2010). Denna syn på äldres sexualitet som något positivt även kunde skönjas bland föreståndare. Åsikter som att förnekelse av äldres sexualitet vore att ta ifrån dem en viktig del av livet förekom och en önskan fanns om att uppmuntra äldres sexualitet. De som var mest positiva till det var föreståndare och chefer (Bouman, et al., 2007).

“If they are masturbating and the door is open we will gently close it as they need their privacy. It is their home. Sex is a normal, basic need. The only times that is inappropriate, is when someone with a sickness expresses it through sex, when there are consent issues“ (Shuttleworth & Dune 2010 s 190).

Roach (2003) angav att flera vårdgivare som själva valde att inta en positiv ståndpunkt till äldres sexualitet sällan hade stöd från kollegor och organisation. Detta hade som följd att de som var positiva blev ensamma om att klargöra de äldres rättigheter och se till att de som var negativt inställda inte fick utöva sin påverkan på de äldre. På andra boenden förekom utbildning om äldres sexualitet och ett stöd från organisationen. Detta fick som följd att de anställda tillmötesgick de äldre gällande frågor som angående deras sexualitet. Genom denna attityd skapades ett öppet klimat som möjliggjorde en god kontakt med de boende.

Negativ och mindre öppen attityd till äldres sexualitet

Den mest negativa attityden till äldres sexualitet sågs bland vårdbiträde. Och den personal med mindre än fem års arbetslivserfarenhet hade en mer restriktiv attityd än de som arbetat längre (Bouman, et al., 2007).

Trots att föreståndare var den mest positiva gruppen gällande äldres sexualitet så fanns det även de inom denna grupp som hade en negativ syn på frågan. Hos föreståndare fanns tankar om att äldre personers sexualitet inte bör accepteras och att utbildning i ämnet inte skall finnas. Följden av att en organisation ställde sig restriktiv gentemot äldres sexualitet var att äldres beteenden relaterade till sexualitet ignorerades och i ett senare skede kunde skapa problem som var svåra att hantera. Även reaktioner av upprördhet från vårdgivare då de uppdagat att äldre utövade sin sexualitet förekom (Shuttleworth & Dune 2010, Bouman, et al., 2007, Roach 2003).

Utbildning och egen bekvämlighet

De vårdgivare som antog en relativt neutral syn på äldres sexualitet tog upp frågor som rörde ämnet då de trodde att en diagnos eller dylikt skulle kunna medföra sexuella besvär. Dessa vårdgivare ansåg att det var en del i deras professionella roll. Just åsikten om att det är av vikt för läkare att ha kunskap om äldres sexuella hälsa fanns hos flera vårdgivare. Det fanns även en positiv inställning till att få kontinuerlig utbildning men att bristande tid och ekonomiska resurser satte stopp för detta (Gott & Hinchcliff 2004).

Såväl regelverk, rutiner och utbildningar förekom och innehöll i vissa fall relevant information för ämnet. Dock fanns inte alltid specifika områden som rörde sexualitet i dessa regelverk. Olika huvudområden i utbildningarna var bland annat rätten till ett privatliv och värdighet. I vissa fall införde föreståndare utbildning gällande äldres sexuella hälsa då det skett något speciellt som indikerade på att detta var behövligt (Shuttleworth & Dune 2010).

Ibland var graden av bekvämlighet hos vårdgivaren en viktig faktor då det gällde att prata med äldre om sexualitet. Alltså var individens egna uppfattningar om äldres sexualitet en stor faktor gällande huruvida de hade problem med att bemöta äldres sexualitet. Dessa problem kan orsaka att avstånd tas från frågor som har med äldres sexualitet att göra. Dock gick det inte att se någon skillnad rörande bekvämlighet när det gällde äldres sexualitet hos anställda med olika religiösa bakgrunder, kön, egen sexualitet eller civilstånd (Gott & Hinchcliff 2004, Roach 2003).

Stereotypa uppfattningar

Vårdgivare ansåg att äldre personer ser sex som en privat angelägenhet och på grund av detta drog de sig för att ta upp ämnet. Flera av dem sa att uppfattningarna de hade om äldres sexualitet var baserade på allmänna uppfattningar snarare än på egna erfarenheter. Det fanns en uppfattning bland vårdgivare som deltog att äldre personer inte hade förväntningar på ett sexuellt aktivt liv och därför inte heller sökte vård besvär relaterade till sexualitet (Gott & Hinchcliff 2004).

"I'm less likely to raise sexual health problems with a man in his 70s than a man in his 30s. I suppose because of the cliché or the expectation which has probably got some truth in it anyway, that older people have less sex often than younger people it's of less importance, which it probably isn't, but there may be some of that lurking in the background" (Manlig deltagare ålder 40-49) (Gott & Hinchcliff 2004 s 2099).

METODDISKUSSION

Eftersom författarna var tre stycken som gjorde denna litteraturstudie var det noga med att strukturera upp arbetet så att arbetsinsatsen skulle vara dynamisk och lika för alla. Samtliga artiklarna lästes tillsammans genom högläsning och diskuterade dem på efteråt. På detta sätt kom författarna fram till temat och vad som artiklarna hade gemensamt samt vad som skiljde dem åt. Debatt användes för att kunna försvara artiklarna som valts. Sökorden som använts är relevanta och har uppstått dels via diskussion men även ur ett visst undersökningsarbete och brainstorming då det upptäcktes att ämnet var tämligen smalt samt att det inte fanns så mycket forskning.

Alla tre författare har varit lika delaktiga i alla delar av arbetet. Uppdelning har skett av skrivandet och har i efterhand korrekturläst varandras texter, diskuterat vad som är styrkor och vad som kan göras bättre. Sammanlagt har litteraturstudien skrivits och reviderats åtta gånger.

En litteraturöversikt då det passade ämnet bäst och även med tanke på att det var tre personer som skrev, på så sätt har det blivit ett dynamiskt och rättvist arbete gällande aktivitet och engagemang.

Wiley & Borz (1996) har med deltagare från åldern 45 år. Detta är 5 år yngre än vad de övriga artiklarna har med. För oss har en äldre person definierats som någon som är över 50 år. Undantag har valts att göra här då det ansågs att detta skulle ge ytterligare karaktär åt studien och fördjupa författarna mer i ämnet. Detta diskuterades dock.

Fribergs litteraturöversikt (2006) användes då den ansågs passande till författarnas sätt att se över och analysera data. Cinahl, Scopus och PubMed har använts som sökmotorer då en önskan fanns att hitta artiklar ur patienter och vårdares perspektiv. Inriktning har på omvårdnadsrelaterade artiklar och har därför exkluderat data som tog upp specifika mediciner/diagnoser. Sökningar har skett vid olika tillfällen i databaserna. "peer reviewed" har använts för att avgränsa oss. När utskrivning av artiklar gjorts, författarna läst igenom och kommit fram till vilka som skulle användas delades de upp i tre grupper: artiklar ur vårdgivares perspektiv, artiklar som tog upp äldres sexuella behov samt artiklar som redovisade för hur äldre ansågs att de blev bemötta av vården.

Artiklarna som valts kommer från olika länder med olika kulturer. Detta kan ha påverkat resultatet då synen på sexualitet kan skilja sig från olika kulturer. Artiklarna valdes dock att användas då det ansågs att innehållet var ändamålsenligt för litteraturstudien. Det finns ett begränsat antal av artiklar som tar upp detta ämne. Från början önskades att artiklarna skulle komma från Europa. Dock fick en omprioritering göras när artiklar började sökas. Mängden av kvalitativ data anses ge en djupare insyn i ämnet samt att den kvantitativa kompletterar påståenden från kvalitativa studier. Antalet kvinnor och män skiljer sig i artiklarna vilket säkerligen kan påverka resultatet, dock är författarna eniga om att när deltagare väljs slumpmässigt kan det vara problematiskt att få en jämn fördelning av könen.

RESULTATDISKUSSION

HUR SER ÄLDRE MÄNNISKORS SEXUELLA BEHOV UT?

Åldersrelaterade faktorer

Sexuella behov bortprioriteras när sjukdom uppstår och att detta i sin tur kan leda till att personen inte känner sig bekväm med sitt kön och sin sexualitet längre (Hulter, 2004). Flera av studierna har kommit fram till att de sjukdomar och bristande funktioner som uppkommer med stigande ålder har en klar inverkan på den sexuella hälsan. Dessa kan exempelvis vara minskad erektionsförmåga, nedstämdhet eller minskad vaginal lubrikation (Wiley & Borz 1996).

Då avsaknaden av sex påverkar möjligheten till att uppleva njutning och vara tillfreds med sin

kropp kan det tänkas att personen behöver hjälp till sexuell hälsa av vården. Det finns även ett tillfälle att under denna process erkänna när sjukdomen påverkar så pass mycket att sexualiteten faktiskt behöver prioriteras bort. Det kan tänkas att med svår sjukdom blir det naturligt att sexuell hälsa sätts åt sidan. För att kunna uppnå sexuell hälsa måste även andra hälsosfaktorer vara i kraft.

I studien av Gott & Hinchcliff (2003a) visades att flera deltagare inte kunde ha sex på grund av nedsatt erektion eller att förändringar i samband med klimakterium gett negativ påverkan på sexualdriften. Flera sa att det ej var accepterat att klaga över sina bekymmer.

Att åldras är en naturlig process och förändringar som sker kan även dessa vara naturliga. Därför är det tänkbart att förändringar inte borde vara något gemene man behöver skämmas över. De som är äldre idag har växt upp i en annan tid då vilket kan påverka. Det finns en möjlighet för vårdpersonal att understryka att sexuella hälsoproblem är normalt och något som kan drabba alla åldrar.

I det västerländska moderna samhället råder en rädsla över att förlora sin ungdom. Åldrande är något som människor fruktar. Olika medel tas till för att skjuta upp åldrandet så som hormontillskott, plastikoperationer och laserbehandling. I störst mån är det kvinnor som använder dessa medel men plastikkirurgin blir mer vanlig även hos män. Det finns en industri för att tjäna pengar på rädslan av att åldras såväl som inom journalistiken och inom privata sektorn för plastikkirurgi, och för åldrandet används hormontillskott som trots sina biverkningar säljer stort på marknaden. Att kroppen förändras med åren är ett faktum. Sämre syn och hörsel är något många upplever vid högre ålder och att den sexuella lusten och dess funktioner avtar när vi inte längre är reproduktiva kan ses som onaturligt. Det finns en föreställning hos ungdomen idag att sexualitet finns kvar hos människan även i hög ålder och ofta i samma utsträckning. Sanningen kan tänkas vara mer komplex än så och pressen av att behålla ungdomlighet så länge som möjligt kan tänkas gå hand i hand med att bevara den sexuella funktionen. Det kan tänkas att pressen på ett aktivt sexuellt liv ger negativ inverkan på äldre och i sin tur får konsekvenser som känslan av att känna sig otillräcklig. Det finns en poäng i att ställa frågan: För vems skull kämpar människor för bibehållen sexualitet genom hela livet?

Förlust av partner

Gott & Hinchcliff (2003a) påvisade i sin studie att om deltagarna förlorat sin partner spelade detta en stor roll i deras sexliv. De som hade partner rankade sex som betydelsefullt och för de som hade nya partners var detta extra viktigt. Änkor och änkemän var en grupp som valde bort sex i större utsträckning än andra. Flera äldre män och kvinnor talade om att de inte ville ha någon annan. Även flera deltagare hade accepterat att deras aktiva sexliv kommit till en ände.

Det finns en möjlighet att dessa personer egentligen ville ha sex men tappat tron på att de någonsin skulle ingå i en sexuell relation igen. Fysiologiska aspekter har visat sig spela roll

för sexlusten på äldre dagar och sexualdriften har i resultatet visat sig att överlag minska med ålder. Att varit gift och älskat samma person hela livet och vid dennes bortgång inte längre prioritera sex är något som högst troligt stämmer. Intresset för sex kan vara mer än just själva sexualakten. Det kan även innefatta ömhet och närhet till partnern. Att ha åldersrelaterade fysiska åkommor som påverkar sexualiteten behöver inte rubba intresset i sig.

Sexualiteten kan även tänkas inte behöva vara den mest centrala delen i ett förhållande. Flera deltagare i Gott & Hinchcliff (2003a) berättade att de gärna hade önskat att dela sitt liv med någon och i detta förhållande utveckla även en sexuell relation.

Att den sexuella relationen kan komma att vara sekundär kan tänkas över. Det finns en möjlighet att själva gemenskapen och närheten till en annan människa är det viktigaste i en äldre persons liv än själva sexualiteten. Att ha någon att dela sin vardag med och känna trygghet till kan tänkas vara det centrala.

Man eller kvinna

Farell & Belza (2012) visade att män hade ett större behov av att tala om sin sexualitet än kvinnor. Kvinnorna fann sig även mer nöjda i sin asexuella situation. I vår studie har det funnits flera aspekter som pekar på att sexualdriften var större för män.

Kvinnor födda 1925 eller tidigare visade sig enligt Farell & Belza (2012) ha minst intresse i att diskutera sex och att om de var tvungna ville de tala med en sjuksköterska snarare än med en läkare. Förutom fysiologiska skillnader kan det finnas en rad andra anledningar till detta. Förväntningar på att män skall vara sexuellt aktiva oavsett ålder kan påverka att män har kvar sin sexualdrift längre. En kvinna kan mer troligt förväntas att inte vilja ha sex. Det kan tänkas att deltagarna anpassat sig efter dessa förväntningar och att kvinnorna på grund av detta är mer nöjda, men detta behöver dock inte vara sanningen. Det finns också en möjlighet att deltagarna inte berättar vad de egentligen känner. Att vara uppväxt i en miljö som uppmuntrar att tala öppet om sina känslor gör det lättare för denne att också tala ärligt om sin sexualitet i högre ålder och tvärtom. Vi ser därför att detta resultat är logiskt efter förutsättningar, dock inte att det nödvändigtvis måste vara hela sanningen.

Även om flera artiklar pekade på att mäns sexuella drift var större fanns det undantag som i Wiley & Borz (1996) artikel där majoriteten av deltagarna ville ha sex så ofta som en gång i veckan, män som kvinnor. Att sedan önska sig mer sexuell aktivitet var överrepresenterat bland männen.

Hulter (2004) beskriver kvinnors och mäns sexuella hälsa som olika. Mannens sexualitet har fokus på fysiskt njutning och kvinnan är mer inriktad på ömhet och närhet. Litteraturen säger även att kvinnan inte prioriterar orgasmen lika mycket som mannen. Uppsatsförfattarna önskar dock att höja diskussionen kring huruvida litteraturen kommer att säga samma sak om 20 år. Att kvinnors sexuella njutning inte är lika fysisk som mannen kan förutom viss fysiologi även vara en generationsfråga. Sex är mer acceptabelt att diskutera för både kvinnor

och män idag även om total jämställdhet inte råder. Detta kan potentiellt ge en annorlunda bild i framtiden. Wiley & Borz (1996) visar att det finns ett likvärdigt intresse, även hos kvinnor.

Att tala med någon av samma kön var ett önskemål som flera deltagare tog upp. Det kan tänkas att en person av samma kön har en större förståelse och inblick i den problematik som kan upplevas. Att som äldre man tala med en yngre kvinna kring sin sexualitet och sitt sexliv tror vi sannolikt i vissa fall kan bidra till känslor av skam och utsatthet då både ålder och den kvinnliga läkarens förmåga att tänka sig in i situationen blir barriärer. Samma barriärer ser vi kan finnas i omvända roller, det vill säga en ung vårdgivare som är man och en äldre patient som är kvinna.

Genusfrågan gällande sexualitet är en central del som behöver tas i akt. Män har fler förutsättningar att vara öppna med sin sexualitet. Kvinnor är sedan tider tillbaka mer vana vid att tystas ner i frågor gällande sexualitet och även om samhället idag ter sig öppet finns det fortfarande skillnader. Detta både på gott och ont, det ger även männen en högre press i att prestera sexuellt i högre ålder. Att se det hela från en vetenskaplig synvinkel kan ge ytterligare en aspekt i hur sexuell funktion och själva åldrandet hör ihop. En kvinna slutar vara reproduktiv vid ca 45-50 års ålder medan en man kan befrukta i högre ålder. Därför kan det tänkas vara mer viktigt för kvinnan att vara sexuellt attraktiv i 20- och 30årsåldern medan för mannen är det något som följer med en längre tid. Vad som är rättvist och genuskorrekt ur ett jämställt samhällsperspektiv är således en annan fråga.

Livsstilsfaktorer

Gurvinder et al., (2011) påvisade att en aktiv livsstil spelade roll för den sexuella hälsan. Ett mindre aktivt liv eller avsaknad av arbete hade påverkan på sexualiteten och intresset.

Buono (1998) visade att även utbildning och intakt kognitiv förmåga spelade roll. Att ha en utbildning och att känna sig tillräcklig, vara gift och vara nöjd med sitt liv kunde ställas i relation till hur pass sexuellt aktivt deltagarna var och hur intresset föll.

Att äldre människor som lever en aktiv livsstil och fortsätter jobba upp i åldrarna visade sig ha ett aktivare sexliv och en större lust återkom även i fler studier, men speciellt i Bueno (1998) och Gurvinder et al. (2011). Om en person på äldre dagar fortsätter att arbeta och behålla en aktiv livsstil tyder detta även på att personen är relativt frisk både fysiskt och psykiskt. Att vara frisk och ha sin hälsa är något som i allra största utsträckning har inverkan på sexualiteten. Att ha ett arbete kan dessutom innebära ett större socialt utbyte samt en känsla av meningsfullhet som kanske annars kan komma att förminska eller försvinna. Detta är också en aspekt vi tror påverkar sexualitet och lust. En förutsättning för att på äldre dagar kunna fortsätta arbeta är att ha en tillräcklig bibehållen kognitiv förmåga, ytterligare en aspekt som borde ha en direkt inverkan på sexualiteten.

Buono (1998) tog även upp att känna sig tillräcklig. Med en aktiv livsstil, arbete och relation kan det tänkas att människan värderar sig själv som värdig, medan motsatsen kan tänkas dra ner självkänslan och därmed intresset för sex. Så för att sammanfatta tror vi att det faktum att ha ork, god hälsa och förmågan att fortsätta jobba innebär att en person eventuellt även fortsätter att ha sex och uttrycka sin sexualitet.

HUR UPPLIVER ÄLDRE BEMÖTANDET KRING SEXUALITET INOM VÅRDEN?

Behov och önskemål

RFSU (2012) beskriver att sexualiteten är en del av allas personlighet oavsett ålder och avgörande huruvida personen känner sig mänsklig. Det är även ett naturligt behov. Detta är något vården kan och bör arbeta mer aktivt inom då det ofta är begränsat till ungdomar och yngre vuxna. Ett behov så naturligt finns någonstans inom människan och bör tas i akt gällande hälsofrågor, även om det kan stanna vid att patienten inte vill diskutera vidare. Att erbjuda en möjlighet till att diskutera ett grundläggande behovs vara eller icke vara är något vården bör och kan ta i akt.

Farell & Belzas studie (2012) fann att majoriteten av deltagarna inte hade något problem med att diskutera sex med vårdgivare. Många av dem ville att vårdgivaren skulle ta upp ämnet. Även Aizenbergs et al., studie (2002) tar upp att det finns ett behov av samtal. En vilja att ta emot medicinsk behandling både för sig själv men även för sin partner fanns.

Att ett önskemål kring sexuell hälsa och att tala om detta går att finna i resultatet är logiskt. Flera studier pekar på att sexualiteten minskar på äldre dagar men inte för alla. Även de som tillhör en minoritet har behov som är lika viktiga att vården tar i akt. En sexuell relation sker ofta i en tvåsamhet, vilket Aizenberg et al. (2002) påvisade genom att ta upp att deltagare även bryr sig för sin partner. Det kan alltså handla om mer än själva akten, det vill säga att vårda en relation mellan två människor och hjälpa dem i sin relation ha ett fungerande sexliv.

Bristande bemötande från vårdgivaren

Hulter (2004) skriver att idag upplevs samtalet kring sexualitet med vårdgivare som bristfällig. Vården är ofta obekvämt och saknar kunskap.

Under sjuksköterskeutbildningen vid Göteborgs Universitet finns det lite undervisning i sexuell hälsa. För att kunna implementera kunskap hos de som arbetar inom vårdverksamhet krävs det att detta arbete startas dels ute i arbetslivet men ännu hellre så tidigt som under utbildningen. Att från början ha med sig ett tankesätt gällande komplexa frågor kring sexualitet ger en ökad möjlighet att utföra samtal med hög kvalitet med patienter som har sexuella hälsoproblem. Detta är något universitet och vårdskolor bör ta akt då efterfrågan hos patienter är stor och då vårdgivare själva uppger att de är obekväma och saknar kunskap.

Gott & Hinchliff (2004) beskriver hur äldre patienter ej sökte hjälp för sexuella besvär. Detta var beroende på känslor av skam och rädsla. Ingen hade blivit tillfrågad av sin vårdgivare.

Hulter (2004) beskriver sexualanamnesen som är till för kartläggning av sexualiteten och hur den ter sig i relation till förut. Genom en god sexualanamnes kan det finnas ett effektivt verktyg för vårdgivare att använda sig av för att kunna höja frågan kring sexuell hälsa på ett naturligt sätt. En anamnes ramar även in problemområdet och kräver inte att vårdgivaren själv skall komma på bästa sätt att nå fram till de centrala bekymmer patienten kan tänkas ha.

VILKA ATTITYDER GÄLLANDE ÄLDRES SEXUALITET FINNS INOM VÅRDEN?

Negativ och mindre öppen- eller öppen attityd till äldres sexualitet?

Utbildning kan spela stor roll för hur personalen agerar gentemot patienter som uttrycker sin sexualitet. Roach (2003) redogjorde för vårdgivare som individuellt valde att ha en öppen attityd gentemot de äldres sexuella hälsa. En del äldreboende i denna studie erhöll utbildning gällande ämnet. Det finns även individuella faktorer som avgör. Om personalen självständigt tar ansvar för äldres hälsa och med hälsa även deras sexualitet finns det del en risk för att andra i personalen kan vända sig mot, men även att de blir medvetna om att det finns sätt att hantera komplexa situationer på ett medmänskligt och professionellt sätt. Bouman et al. (2007) beskrev hur vårdbiträde hade den mest negativa inställningen till äldre sexualitet och även hur erfarenhet hos vårdgivare spelade roll.

Folkhälsoinstitutet (2012) redogör för sexuella rättigheter där bland annat friheten att besluta om ett aktivt sex liv eller ej är med. Att inte vilja hantera eller erkänna en persons sexualitet exempelvis på ett äldreboende kan på ett sätt ses som att förneka någon sina sexuella rättigheter. De är en balansgång som kan vara svår att väga av. På ett sätt har människan rätt till sin sexualitet och sina uttryck, å andra sidan har människan även rätt till att ej känna sig sexuellt utsatt eller förnedrad. Den en sådan situation kan te sig komplext. På ett äldreboende kan det finnas en person som far illa vid att en annan människa runtomkring visar sin sexualitet, medan denna person har ett behov av att uttrycka sig, eller behov av visa sexuella känslor tillsammans med en partner. Därför är det en stor utmaning för vårdpersonal att kunna hantera båda parter och samtidigt bejaka sin egen attityd och hur ens egna värderingar kan spela roll.

Utbildning och egen bekvämlighet

Enligt Shuttleworth & Dune (2010) fann forskarna att regelverk, PM och rutiner fanns gällande ämnet. Däremot fanns det ont om specifika regelverk, PM och rutiner som riktade in sig just på sexualitet. Flera föreståndare menade att detta berodde på att deras nuvarande policys räckte.

Attityden hos organisationen och engagemanget runt om kring kan påverka hur personalen ställer sig till att hantera sexualitet. En organisation som inte lägger ner resurser i att utbilda personal inom sexuell hälsa och medvetenhet kan resultera i en omedvetenhet bland de anställda gällande dessa frågor. Att intervjua föreståndare för vårdhem kan ge en skev bild av verkligheten. Föreståndaren har sin uppfattning medan personalen kan en helt annan då de arbetar närmare de äldre och konkret måste bemöta situationer som rör sexualitet. Utan riktlinjer eller rutiner finns det få saker som vårdgivarna kan luta sig tillbaka på och kan därför föda ett beteende som inte gynnar utvecklingen av hur personal hanterar sexuell hälsa.

Det fanns organisationer som vidtog åtgärder vid sexuella uttryck på vårdhemmet i syfte att skydda sin personal. Det är viktigt för de som arbetar inom vården att känna sig trygga. Dock ses det att i situationer där äldre har en önskan om att kunna uttrycka sin sexualitet ofta påverkar personalen negativt. Detta är ett komplicerat dilemma där den egna individens frihet kan sättas på spel. Att sträva efter mer på specifik utbildning och policys samt höja frågan som en central del inom vården skulle potentiellt sätt kunna ha positiv inverkan.

Personal som arbetat mindre än fem år visade sig ha sämre förmåga att hantera situationer gällande äldre som uttryckte sin sexualitet. Personal som arbetat över fem år på sin arbetsplats har haft större möjlighet till att ha kunnat ta del av eventuell utbildning och framförallt har denna personalgrupp fler år av praktisk erfarenhet. Att besitta förmågan att hantera komplexa situationer behöver dock inte vara enbart relaterat till hur länge en person arbetat. Den egna relationen till sexualitet har visat sig påverka hur personal hanterar och agerar i diverse situationer.

Stereotypa uppfattningar

Gott & Hinchliff (2004) fann att vårdgivare ej frågade om sex till äldre personer då de dels tyckte att det var jobbigt men också att de inte spontant tänkte att äldre har ett aktivt sexliv. Att äldre därför ej sökte vård för detta ansåg de som logiskt i relation till sina uppfattningar. En medvetenhet hos deltagarna om att det fanns allmänna och stereotypa uppfattningar rådde, även hos dem själva fanns.

Resultatet visade som ovan att flera vårdgivare inte själva tog upp frågor gällande de äldres sexualitet. Detta trots att deras patienter medicinerades med läkemedel som påverkar sexlust och sexuell funktion eller haft diagnoser som haft liknande påverkan. Det finns flera anledningar till varför vårdgivare inte tar upp ämnet sexualitet med äldre. Dels är det så som deltagarna i Gott & Hinchliff (2004) själva säger. En rädsla och osäkerhet hos vårdgivarna kan tänkas förekomma. Faktum är att i många utbildningar tas inte ämnet upp. Att få utbildning om äldres sexualitet ser vi som något av vikt för att som vårdgivare kunna närma sig en patient och ha ett samtal om detta känsliga ämne.

Stereotypa uppfattningar och attityder finns kring äldres sexualitet. Att inte förvänta sig att äldre är sexuellt aktiva i samma utsträckning som yngre kan göra att vårdgivare inte ser någon anledning till att ta upp ämnet. Ytterligare en aspekt som diskuteras är just vårdgivarens

personliga uppfattningar och egen sexualitet. Är vårdgivaren obekvämt i ämnet och lägger egna värderingar i sexualitet hos äldre är detta en bidragande faktor till varför ämnet undviks.

Det har även setts ibland annat Gott & Hinchcliff (2004) har det funnits uppfattningar om att sexualitet är en privat angelägenhet för äldre. Sex är något många anser är privat och diskuterar gärna inte detta ämne öppet. Många människor anser med största sannolikhet att sex är en känslig fråga att diskutera, dock finns det anledning att tro att detta är en ganska allmän uppfattning, oberoende av ålder. Det är troligt att ålder inte avgör om en person känner sig bekväm eller icke bekväm med att diskutera sin sexualitet.

SLUTSATS

Genom de studier som tagits del av har det kunnat ses att sexualitet hos äldre är precis som hos yngre, något ytterst individuellt. Dock har gemensamma faktorer som påverkar sexualiteten samt den sexuella hälsan anknutna till stigande ålder kunnat påvisas, såsom förlust av partner, sviktande hälsa, funktionsnedsättningar, livsstilsfaktorer och depression.

Det har även framkommit att det existerar en viss osäkerhet samt att det upplevs obekvämt av vårdgivare från olika professioner att ta upp ämnet sex med äldre människor. Även detta visade sig vara individuellt från vårdgivare till vårdgivare. En tydlig aspekt som återkom var det faktum att kombinationen längre erfarenhet och högre ålder hos vårdgivaren resulterade i ökad bekvämlighet i att diskutera sex samt en högre toleransnivå.

REFERENSER

Azienberg D, Weizman A, MD, Barak Y (2002) Attitudes Toward Sexuality Among Nursing Home Residents. *Sexuality and Disability volym* (20) 185-189.

Bouman WP, Arcelius J & Benbow SM (2007). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy. Volym* (22) 45-61.

Buono Dello M , Zaghi PC, Padioani W, Scocco P, Urciuli P, Pauro P & De Leo D (1998). Sexual feeling and sexual life in an Italian sample of 335 elderly 65-106-years-olds. *Arch. Gerontol. Geriatr. suppl. Volym* (6) 155-162.

Eide H, Eide T (2009) *Omvårdnadsorienterad kommunikation – relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund. Studentlitteratur.

Farell J & Belza B (2012). Are Older Patients Comfortable Discussing Health With Nurses? *Nursing Research. Volym* (6) 51-57.

Friberg F (2006) Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten studentlitteratur Lund

Gott M, Hinchcliff S (2003a). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine volym* (56), 1617-1628.

Gott M, Hinchcliff S (2003b). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care; a qualitative study with older people. *Family practice volym*(20), 690-695.

Gott M, Hinchcliff S (2004) General practitioners attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social science and medicine. Volym* (58), 2093-2103.

Gurvinder K, A Subramanyam & C. Pinto (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian J Psychiatry volym* (53) 300-306.

Hulter B (2004). *Sexualitet och hälsa – begränsningar och möjligheter*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hulter, B (2009). Kapitel 21 Sexualitet. I AK Edberg & H Wijk(Red), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (ss 677-708). Lund: Studentlitteratur AB.

RFSU. (2012). WHO' definition av sexualitet. Hämtad 1 november 2012 från

<http://www.rfsu.se/en/Sex--relationer/>.

Roach SM (2003). Sexual behavior of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of advanced nursing. Volym (48)* 371-379.

Shuttleworth R, Russel C, Weerakoon P, Dune T (2010) . Sexuality in residential Aged Care : A survey of Perceptions an Policies in Australian Nursing Homes. *Social Science & Sex Disabil volym (28)* 187-194.

Skoog I(1994). Kapitel 11 Sexualitet hos äldre. I PO Lundberg(red). *Sexologi* (ss 105-113). Falköping: Liber Utbildning

Statens Folkhälsoinstitut.(2012). Sex, hälsa och välbefinnande. Hämtad 27 september, 2012, från <http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Sex-halsa-och-valbefinnande/>.

Skärsäter I (2009) Kapitel 22 Psykisk ohälsa. I AK Edberg & H Wijk (Red), *Omvårdnadens grunder Hälsa och Ohälsa* (ss 711-746). Lund: Studentlitteratur AB.

Sveriges internationella politik för Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/49/89/6cd21f93.pdf>, hämtad 121118.

Wiley D & Walter M Bortz II (1996). Sexuality and Ageing- Usual and Successful. *Journal of Gerontology. Volym (51A)* M142-146.

BILAGA 1 - TABELL ÖVER SÖKTA ARTIKLAR

Databas/sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Granskade artiklar	Antal artiklar använda i resultatet
Cinahl 12.09.06	1992-2012, Peer reviewed, 50+				
Sexual health, older patients, #nurse.		75	8	2	General practitioners attitudes to discussing sexual health issues with older people Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes.
Aged, sexuality, #nurse		43	7	2	0
Sexual activity, elderly, nursinghomes.		12	4	1	Sexual feeling and sexual life in an italian sample of 335 elderly 65-106-years-olds

Knowledge, sexuality, older		68	3	2	Are Older Patients Comfortable Discussing Health With Nurses?
Sexuality, older, #nurse		17	3	1	Sexual feeling and sexual life in an italian sample of 335 elderly 65-106-years-olds
Scopus 12.09.12	1992 – 2012, 50+				
Desire, intimacy, elderly		26	7	4	Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care; a qualitative study with older people
Old, sexuality, attitudes.		86	14	1	How important is sex in later life? The views of older people
Old age, sexuality, nursing.		26	6	2	Sexuality and Ageing- Usual

					and Successful Sexuality in residential Aged Care : A survey of Perceptions an Policies in Australian Nursing Homes
Ageing, sexuality, #nurse		109	12	2	0
Pubmed 12.09.17	1992-2012, 50+				
Old age,sexual behavior, #nurse		30	7	2	0
Intimacy, elderly, #nurse		14	8	3	Sexual behavior of nursing home residents: staff perceptions and responses
Totalt		506	79	22	11

BILAGA 2

EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVALITATIV METOD

Beskrivning av studien, t.ex. metodval _____

Finns det ett tydligt urval Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika
Antal _____
Ålder _____
Man/Kvinna _____

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

-Relevant? Ja Nej Vet ej

-Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

-Är urvalsförfarandet
tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

-Datainsamling tydligt
beskriven? Ja Nej Vet ej

-Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

-Är resultatet logiskt,begripligt? Ja Nej Vet ej

-Råder datamätnad ? Ja Nej Vet ej
(om tillämpligt)

-Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

-Redovisas resultatet Ja Nej Vet ej

klart och tydligt?

-Redovisas resultatet Ja Nej Vet ej

i förhållande till en
teoretisk referensram?

-Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar

Granskare (sign) _____

BILAGA 3

EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVANTITATIV METOD, RCT & CCT

Beskrivning av studien

Forskningsmetod

RCT CCT (ej randomiserad)

Multicenter/antal center _____

Kontrollgrupp/er _____

Patientkaraktäristiska

Antal _____

Ålder _____

Man/Kvinna _____

*Kriterier för
inkludering/exkludering*

Adekvat inkludering/exkludering

Ja

Nej

Sammanfattning av artiklar

Intervention

Vad ansågs studien att studera?

Dvs vad var dess primära resp. sekundära effektmått

Urvalförfarande väl beskrivet?

Ja

Nej

<i>Representativt urval?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Randomiseringsförfarandet väl beskrivet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Likvärdiga grupper vid start?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Analyserade i den grupp som som de Randomiserades till	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Blidning av patienter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Blinding av vårdare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Blindning av forskare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej

Bortfall

Bortfalls analysen beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Bortfallsstorleken beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
<i>Adekvat statistisk metod?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är instrumenten valida?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är instrumenten reliabla?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
<i>Är resultatet generaliserbart?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej

Huvudfynd? (Hur stor var effekten?, hur beräkandes effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning?)

Sammanfattande bedömning av artikel

Hög Medel Låg

Kommentar

Granskare
