

Synen på äldre patienters sexualitet

Sjuksköterskans attityd och förhållningssätt till den äldre patientens sexualitet

FÖRFATTARE	Stephanie Argiropoulos Louise Liljeqvist
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Bergelin
EXAMINATOR	Helen Elden

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Stort tack till vår handledare Eva Bergelin för hjälp och stöd under arbetets gång.



Titel (svensk):	Synen på äldre patienters sexualitet: Sjuksköterskans attityd och förhållningssätt till den äldre patientens sexualitet
Titel (engelsk):	Views on older patients sexuality: The nurse attitude to the aging patient's sexuality
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Stephanie Argiropoulos Louise Liljeqvist
Handledare:	Eva Bergelin
Examinator:	Helen Elden

SAMMANFATTNING

INTRODUKTION: Sjuksköterskor kan stödja patienter, förbättra deras välbefinnande och öka livskvaliteten genom att agera professionellt i sitt omvårdnadsarbete. Äldre patienters sexualitet är något som talas om i vardagen inom vård- och omsorgsarbetet vilket kan bero på föråldrade övertygelser att äldre människor inte har ett sexuellt behov. **SYFTE:** Att belysa vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans attityder och förhållningssätt i samtalet om sexualitet med den äldre patienten. **METOD:** Litteraturstudie som sammanställts av tio stycken vetenskapliga artiklar. Fyra kvalitativa, två kvantitativa och fyra med både kvalitativ och kvantitativ design. **RESULTAT:** De huvudteman som framkom efter analysen är: sjuksköterskans möjligheter till kunskap, sjuksköterskans förhållningssätt och arbetsplatsens betydelse. **SLUTSATS:** Faktorer såsom kunskap, livs- och yrkeserfarenhet samt arbetsmiljö påverkar sjuksköterskans attityd och förhållningssätt till äldre patienters sexualitet. Det är viktigt att utbildning om äldre personers sexualitet ges redan under grundutbildning till sjuksköterska och att det ingår fortbildning på arbetsplatsen. En öppen och tillåtande arbetsmiljö är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna ge patienter den vård de behöver gällande sexualitet.

NYCKELORD: Attityd, Förhållningssätt, Geriatrik, Hälsa, Litteraturstudie, Omvårdnad, Sexualitet, Sjuksköterska

Innehållsförteckning

1. Inledning	7
2. Bakgrund.....	7
2.1 Definition av sexualitet.....	7
2.2 Den äldre patientens sexualitet	8
2.3 Sjuksköterskans attityder och förhållningssätt	9
2.4 Yrkeserfarenhetens betydelse för sjuksköterskans omvårdnadskompetens vad gäller att samtala om sexualitet med äldre patienter	9
2.5 Hälsa	10
2.6 Beröring.....	11
2.7 Attityd.....	11
2.8 Problemformulering.....	12
3. Syfte.....	12
4. Metod	12
4.1 Urval	13
4.2 Datainsamling.....	13
4.3 Analys	14
4.4 Forskningsetiska överväganden	14
5. Resultat.....	14
5.1 Sjuksköterskans möjlighet till kunskap om äldre personers sexualitet.....	15
5.1.1 Innehåll om sexualitet under grundutbildning till sjuksköterska	15
5.1.2 Innehåll om sexualitet under vidareutbildning av sjuksköterskor	15
5.1.3 Implementering av kunskap om sexualitet hos äldre patienter	15
5.2 Sjuksköterskans förhållningssätt	16
5.2.1 Vikten av sexualitet för äldre patienter.....	16
5.2.2 Personliga värderingar om äldres sexualitet.....	17
5.2.3 Att uppmärksamma sina känslor.....	17
5.2.4 Yrkeserfarenhetens betydelse.....	19
5.2.5 Upplevelse av ansvar	19
5.3 Arbetsplatsen	20
6. Diskussion.....	20
6.1 Metoddiskussion	20

6.2 Resultatdiskussion	22
7. Slutsats	24
8. Klinisk tillämpning.....	24
9. Vidare forskning	24
Referenser	25

Bilagor

Bilaga 1 Fribergs granskningsmallar

Bilaga 2 Översikt över litteratursökning

Bilaga 3 Analysmatris

1. Inledning

Intresset för den geriatriska vården och i synnerhet patientens sexualitet, har väckts under utbildningens gång och framförallt i samband med den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU). Vi båda har varit på geriatriska avdelningar på Sahlgrenska Universitetssjukhus och reagerat på och reflekterat över brist av dokumentation under sökorden sexualitet och reproduktion. När frågan ställts till sjuksköterskor om vad det kan bero på, hade ingen något adekvat svar. För att kunna arbeta med sexualitet krävs kunskap om hur man kan gå tillväga och hur patienten vill att sjuksköterskan ska gå tillväga. Vi vill i framtiden kunna arbeta mer fokuserat och säkrare med att möta patienter i samtal om sexualitet. Vi har under sjuksköterskeutbildningen upplevt att sexualitet är viktigt, men att det inte talas om det i verksamheten. Det finns brister i att utbildningen till sjuksköterska inte tar upp ämnet annat än dess roll vid reproduktion vilket i sin tur har gjort oss intresserade av ämnet.

2. Bakgrund

Lund och Malmquist (2009) definierar ordet geriatrik som “*den medicinska specialitet som är ägnad åldrandets sjukdomar.*” (s. 132). Vanligen med en nedre åldersgräns vid 65 års ålder. Sexualitet, oavsett ålder består av möjligheter för god hälsa, lycka och samhörighet. Genom att ta tillvara på sexualiteten inom vård- och omsorgsarbete kan hälsoeffekter förstärkas hos den enskilde individen. I professionell omvårdnad ingår att befrämja ett holistiskt synsätt. Ett aktivt sexliv höjer hos många livskvalitén och kan för många vara meningen med livet (Hulter, 2009; Rheume & Mitty, 2008).

Ett fundament i Förenta Nationernas (FN) allmänna förklaring om mänskliga rättigheter är principen om människors lika värde. Precis som det är statens uppgift att se till att varje människa får sina rättigheter tillgodosedda är det personal inom sjukvården som skall sörja för patienters lika rätt och värde (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Sexuella rättigheter betyder att människan skall ha tillgång till hälsovård beträffande sexualitet, där information och utbildning skall ingå. Det innebär att sjuksköterskan måste kunna se och inneha kunskap om sexuella uttryck (Rheume et al., 2008). Positiva attityder är viktigt för att kunna ge en positiv vård samt för att få en god effekt på den vård som ges. Sexualitet är en del av identiteten. Därför är det viktigt att som sjukvårdspersonal inte lägga in egna värderingar utan istället få de äldre att känna acceptans kring deras sexualitet och att de ej skall känna skam eller obehag (Mahieu, Van Elsen & Gastmans, 2010).

2.1 Definition av sexualitet

Utgångspunkten är att sexualitet inte enbart handlar om det fysiska samlaget. Sexualitet ingår i människans grundbehov och är en del i hur människan definierar sin sexuella orientering, sina sexuella roller och sin könsidentitet (Hulter, 2004). Sexualitet handlar inte om individer kan få orgasm eller ej, inte heller om individers amorösa liv. Det kan, men måste inte ingå.

Sexualitet involverar mer än erotik, intimitet, reproduktion och njutning. Den finns i viljekraften som får oss att söka kärlek, närhet, beröring, kontakt och värme. Den påverkar vår hälsa genom tankar, känslor, handlingar, psykiska och fysiska hälsan men också i relationen gentemot andra medmänniskor (Nationalencyklopedin, 2014). Allmänt används begreppet

“sex” på många språk som betydelse av "*sexuell aktivitet*" vilket skiljer sig ifrån "*sexualitet*". Sexualitet upplevs och uttrycks olika beroende på individen.

Alla människor har olika tankar, fantasier, önskingar och övertygelser. Attityder, värderingar, beteenden, rutiner, roller och relationer är likväl också delar av människan som påverkar upplevelser och uttryck. Sexualitet påverkas av samspelet mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, juridiska, historiska, religiösa och andliga faktorer (WHO, 2014).

2.2 Den äldre patientens sexualitet

Enligt RFSU (2014) uppges äldre personer uppskatta närhet, ömhet och kroppskontakt mer än yngre personer. Den äldre patienten (>65år) menar att sviktande lust kan bero på medicinska faktorer som till exempel förändringar i kroppen eller biverkningar av läkemedel, men också att deras egna och andras föreställningar om deras sexualitet påverkar lusten. Könroller, genus, bristande självkänsla och andra mänskliga behov kan påverka sexuella upplevelser, men detta i sin tur innebär inte att de helt avstår från sex och sexualitet. McAuliffe, Bauer och Nay's (2007) forskning visar att patientens sexualitet är en viktig del av livskvaliteten, detta förklaras vara avgörande för att upprätthålla sunda relationer, god självuppfattning och en känsla av integritet. Sexuell identitet är knuten till en känsla av egenvärde och om den är eller blir nekad kan det ge en skadlig effekt på självbilden hos patienten och deras sociala relationer och psykiska hälsa påverkas. Global forskning bekräftar att sexuellt intresse och sexuell aktivitet fortfarande uppfattas som viktig för de äldre. Män oavsett ålder är mer sexuellt aktiva än kvinnor (Aizenberg, Wiezman & Barak, 2002; McAuliffe et al., 2007). Nästan 30 procent av män som är 70år eller äldre önskar mer sexuell aktivitet. En del äldre människor väljer att inte vara sexuellt aktiva, precis som vissa yngre människor väljer att avstå från sex (Aizenberg et al., 2002).

Forskning visar att kvinnor och män i den äldre generationen som har ett tillfredsställt sexuellt behov har högre livskvalité än personer som inte har det (Gott & Hinchliff, 2003; McAuliffe et al., 2007). McAuliffe et al. (2007) skriver också att en sexuell tillfredsställelse inte nödvändigtvis måste innebära genitalt sex. Ett ytterligare problem för den äldre generationen är att de inte fått någon sexualundervisning under sin skolgång (Rheaume et al., 2008). Den viktorska kvinno synen kan också prägla de äldre. När kvinnan känner sexuell lust anses hon pervers, onani anses vara skadligt och kan leda till hemska sjukdomar. I dagens samhälle har vi större jämlikhet och kunskap som influerar vår sexualitet (Johansen, 1999). Den ändrade synen på sexualitet på 1960-talet kommer förmodligen att medföra andra behov och förmåga i att kunna uttrycka tankar om sin sexualitet (Hulter, 2004).

Sexualitet hos äldre diskrimineras ofta inom det medicinska området, särskilt för de mycket äldre (>85år) på äldreboenden och inom annan långtidsvård. Johansen (1999) skriver att fallenheten till upplevelse och längtan efter hudkontakt inte upphör för att kroppen åldras, utan följer med personen under hela livet men uttrycks på olika sätt i olika åldrar. Sexualitet, kärlek och sensualism har ingen ålder. Johansen (1999) beskriver tendensen att göra den äldre människans sexualitet ful och skildrar ord som "snuskgubbe" och "klimakteriekärring" som några av de förnedrande uttryck som förekommer när det talas om sexualitet hos den åldrande generationen. Många äldre vill inte tala med varken läkare eller sjuksköterskor om sin sexualitet på grund av att de upplever sjukvårdspersonalens attityd problematisk. Hade sjukvårdspersonalen i sin tur tagit upp ämnet är patienter villiga att prata om det (McAuliffe et al., 2007). En annan anledning till att samtalet uteblir kan bero på att ett gammalt

genusperspektiv fortfarande genomsyrar vårdrelationer. Ännu lever den gamla uppfattningen kvar om att sjuksköterskeyrket är kvinnligt och som konsekvens kan det få att patienter, både av kvinnligt och manligt kön, tycker att det är lättare att tala om sexualitet med den kvinnliga sjuksköterskan (Sandberg, 2014).

2.3 Sjuksköterskans attityder och förhållningsätt

Omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap är de huvudområden som genomsyrar sjuksköterskans arbetsområden. Sjuksköterskans arbete riktar sig mot alla åldrar och värdegrunden vilar på en humanistisk människosyn som visar omsorg och respekt gentemot autonomi, integritet och värdighet för varje enskild patient. Att visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar samt föra patientens och anhörigas talan, önskan och behov är grundstenar för att kunna ge helhetsvård, likaså att lyssna på deras kunskaper och erfarenheter. Att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande är de fyra grundläggande ansvarområden för sjuksköterskan (Socialstyrelsen, 2014; Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Genom samtal och att sjuksköterskan lyfter upp sexualitet som ett ämne kan hälsa främjas. Förekommer det misstankar kring sjukdom återställs hälsa efter bästa möjliga förmåga och samtalet mellan patient och sjuksköterska kan lindra lidande och förebygga sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Etik inom professionen rör sig om de krav som skapas i mötet med patienten och kraven som lagstiftarna ställer på sjuksköterskan. Den etik som stiftas i offentliga dokument och riktlinjer har en juridisk implikation (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Ett exempel på detta är Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) där målet är att alla i Sverige skall ha en bra hälsa. Alla skall respekteras och sjukvårdspersonal skall behandla alla på ett likvärdigt sätt utan diskriminering. Det är viktigt att se den individuella personens behov, värdighet och säkerställa säkerhet. Vården skall vara lättillgänglig, patienten skall få bestämma över sin egen vård och vården skall hjälpa samhället och individen till goda vårdrelationer (Elgán & Fridlund, 2009). Oavsett ålder, sexuell läggning, kön, etnicitet med mera ska sexualitet beaktas och behandlas med god omvårdnad. Ett huvudområde i ICN's etiska kod är *Allmänheten*, vilket står för att det finns ett moraliskt ansvar som vilar på sjuksköterskans yrkesutövande vad gäller att respektera de mänskliga rättigheterna i fråga om patienters skiljaktigheter, autonomi samt rättrådighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

2.4 Yrkeserfarenhetens betydelse för sjuksköterskans omvårdnadskompetens vad gäller att samtala om sexualitet med äldre patienter

Yrkeserfarenhet åsyftar inte enbart antalet tjänsteår, utan handlar om en process sjuksköterskan upplever flera gånger, men i olika sammanhang. Benner (1993) har en teori, Dreyfusmodellen, som åsyftar erfarenhet och dess kompetens. Sjuksköterskans erfarenhet kan delas upp i fem olika stadier. Förstkommande steg är "Novis" som innebär sjuksköterskestudenten, som är beroende av riktlinjer som vägleder till uppförandet och tillvägagångssättet, vilket till största del är på grund av avsaknad erfarenhet. Den teoretiska kunskap som skaffas tillämpas för att kunna hantera praktiska situationer. Detta är dock inte erfarenhet, utan sjuksköterskan befinner sig i starten som nybörjare med bristande erfarenhet.

Andra stadiet ”Avancerad nybörjare”, innebär att sjuksköterskan kan handla korrekt och uppmärksamma betydande situationer. I detta stadie är det viktigt att en handledare finns till hands för att skapa en begynnande tankeprocess. En viss erfarenhet tillhandahålls och tillräckligt många situationer har inträffat för att en egen bedömning kan ske. Praktiskt igenkännande av bakomliggande aspekter förekommer med hjälp av tidigare teoretisk kunskap. Fortfarande kan sjuksköterskan i detta stadie inte uppfatta hela situationer. En sjuksköterska som befinner sig i stadiet ”Avancerad nybörjare” behöver hjälp med prioritering eftersom stor tankekraft går åt att minnas riktlinjer.

Tredje stadiet ”Kompetent” åsyftar sjuksköterskor som arbetat under samma eller liknande förhållanden i två till tre år. Kompetens utvecklas när sjuksköterskan kan se sin egen handling som en långsiktig process eller mål. En medvetenhet har utvecklats och en helhet uppfattas. Sjuksköterskan kan själv planera omvårdnaden samt hantera oförutsedda händelser och detta på grund av att arbetet är mer organiserat.

Sjuksköterskor i fjärde stadiet ”Skicklig” upplever situationer som helheter istället för enskilda händelser. Det nyckelord som bäst passar till detta stadie är uppfattningsförmåga. Sjuksköterskans handlingar är inte längre förutbestämda utan kommer av sig själva och erfarenheten gör att ett holistiskt förhållningssätt kan tillämpas samt förbättrar beslutfattandet. Dock är detta en upplevelse och än kan inte den ”skickliga” sjuksköterskan helt urskilja helhetsbilden och de mest framträdande aspekterna. Sjuksköterskan i detta stadie besitter en djup bakgrundsförståelse.

Femte stadiet ”Expert” innehar stora empiriska kunskaper och erfarenheter. Numer förlitar sig inte sjuksköterskan på riktlinjer, regler och andra grundprinciper för att handla rätt i olika situationer, eller sammanbinda den egna förståelsen. Den stora erfarenhetsbakgrunden gör att sjuksköterskan kan kastas in i ett problemområde och utan att slösa tid på olika behandlingsalternativ bestämma expertmässig vård. En expert kan inte förmedla alla sina kunskaper men läkare och andra sjuksköterskor litar på dennes kliniska bedömningar och kapacitet tack vare dess långa yrkeserfarenhet. Sjuksköterskan är dock inte längre medveten om detaljer och regler, vilket bör uppmärksammas om ny forskning appliceras i vården (Benner, 1993).

2.5 Hälsa

Sexualitet ingår i begreppet hälsa. Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande. Det är inte bara frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt förhållningssätt till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från tvång, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa skall uppnås och upprätthållas, måste de sexuella rättigheterna för alla människor respekteras, skyddas och uppfyllas (Hulter, 2004; WHO, 2014). Hälsa är det centrala målet för omvårdnad och varenda människa har rätt till en god hälsa. FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (1966) tillstår att alla människor har rätt till att erhålla bästa uppnåeliga hälsa, såväl psykiskt som fysiskt. Hälsa kan beskrivas som ett medicinskt- likväl ett filosofiskt begrepp som arbetar för att eliminera ohälsa genom att arbeta preventivt och motverkande mot sjukdom, lidande och död. Det kan vara en god eller negativ känsla, ett tillstånd i form av en tillfällig eller konstant situation, ett förlopp som går genom hela eller delar av livet, ett resultat av ett handlande eller medicinsk situation, samt som ett mål och ett medel. Hälsa kan också

beskrivas med lycka, komfort och livskvalité, som en känsla och som ett handlande (Svensk sjuksköterskeförening, 2011).

Människan har ett behov av att påverka sitt eget liv och att förkovra det samhälle som hon lever i för att känna samhörighet. Antonovsky (1991) menar att om inflytandet brister så kan människan känna sig maktlös vilket leder till att hälsan påverkas negativt. Istället för att fokusera på det sjuka och frågan om varför människan blir sjuk, har Antonovsky ställt frågan varför några individer fortsätter att vara friska trots påfrestningar som gör andra individer sjuka. Antonovsky införde ordet salutogenes som kan översättas till friskhetsfaktorer och kom fram till begreppet KASAM, känsla av sammanhang, där tillgången till denna förmåga kan vara avgörande för känslan av hälsa. Grundläggande för KASAM är orden begriplighet, meningsfullhet samt hanterbarhet. Begriplighet innebär människans upplevelse av det som sker omkring henne och hur gripbart det är. Meningsfullhet handlar om hur individen erfar det som sker och om det är något som är "värt besväret". Hanterbarheten står för människans upplevelse huruvida resurserna räcker för att hantera och klara av vad som sker, vilket skiljer sig människor emellan men övergripande innebär det att desto mer KASAM, desto bättre hälsa och begriplighet kring den egna sexualiteten upplevs (Langius Eklöf, 2009; Willman, 2009).

Henderson (u.å) skriver i en av sina punkter: för att upprätthålla god hälsa är vikten att skapa kontakt med andra människor och uttrycka behov och känslor. Sjuksköterskans uppgift är att ge patienten redskap för att kunna utföra detta på egen hand eller hitta tillräckliga resurser för att hjälpa patienten på bästa möjliga sätt. I detta ingår mötet med en berättelse. Henderson går in för människans grundläggande behov och hur viktiga de är för att upprätthålla en god hälsa. Sexualitet beskrivs inte under egen rubrik men som nu ca 70år senare kan uppfattas mellan raderna i hennes teori. Genom aktivt lyssnande menar Henderson att patientens identitet stärks samtidigt som samtalet är lindrande. En god kontakt med sjuksköterskan är en förutsättning för att öppet visa sina känslor och behov.

2.6 Beröring

Sexualitet innefattar mer än det sexuella samlaget och det är viktigt att sjuksköterskor har beröring i beaktande i sitt omvårdnadsarbete, då beröring är en viktig del i kärlek, närhet och kontakt (Hulter, 2004). Huden är människans största sinnesorgan och registrerar stimulering av till exempel beröring, värme eller smärta till centrala nervsystemet i hjärnan. Beröring har en positiv effekt på människor och är viktig för både män och kvinnor. Beröring har visat öka hormonet och signalsubstansen Oxytocin i kroppen och bidrar till att en "lugn-och-ro"-känsla infinner sig, sänker blodtrycket och ökar smärtröskeln. En viss form av beröring i form av långsamma strykningar 5cm/min hud mot hud med en annan människa har visat sig speciellt ge välbefinnande och smärtlindring (Vrontou, Wong, Rau, Koerber & Anderson, 2013). I vården kan beröring appliceras i form av taktil massage och studier har visat att den lindrar ångest, sänker blodtryck, förbättrar sömn och lindrar smärta (Gånemo & Lindholm, 2009).

2.7 Attityd

För att en jämlik och bra vårdrelation ska upprättas är det viktigt för sjuksköterskan att vara medveten om sin attityd, då attityden är i betydelse av hur sjuksköterskan handlar och framstår i specifika situationer. Begreppet attityd används på flera håll som en inställning av

att vara för eller emot någonting. Attityd består av kognitiva, affektiva och intentionella element. Det kognitiva elementet innebär vad en människa tror eller vet om ett specifikt ting, även kallat för ett *attitydobjekt*. Det affektiva elementet besvarar ställningen människan tar för eller emot detta objekt, alltså om det är en positiv eller negativ ståndpunkt. Beroende på styrkan av människans åsikt kan en negativ attityd och ståndpunkt kallas för en fördom. I sin tur kan det leda till diskriminerande behandling av den eller det fördomen är riktad emot. Det intentionella elementet ger svar på i vilken omfattning ställningstagandet tas för eller emot attitydobjektet och intentionen till åtgärd (Nationalencyklopedin, 2014). Ansvaret för vårdrelationen är sjuksköterskans, om patientens berättelse är bekymmerfull bör sjuksköterskans attitydmässiga reaktion avhållas från att visas (Jahren Kristoffersen & Nortvedt, 2005). Som exempel kan sjuksköterskans attityd till sin patients sexualitet innebära att det kognitiva elementet står för kunskaperna sjuksköterskan tror eller vet sig ha om patientens sexualitet, exempelvis: "Patienten kan inte ha sex när hon är 80 år" eller att "äldre människor har inte sex!" Det affektiva elementet visar hennes ställningstagande kring sexualiteten och det intentionella elementet är beredskapen till handling gällande objektet, i detta fall sin patients sexualitet. Konsekvensen kan bli att patienten inte får chans till samtal om sin sexualitet då sjuksköterskans fördom är att patienten inte har behov av det.

2.8 Problemformulering

Sexualitet, beröring och närhet är ett av människans grundläggande behov för hälsa, livskvalitet och KASAM, oavsett ålder. Människor skall ha tillgång till hälsovård, där information om sexualitet skall ingå. Sjuksköterskan skall möta patienten med ett holistiskt synsätt där hela patienten är i fokus. I helhetssynen bör samtal om patientens sexualitet ingå. Det innebär att sjuksköterskan måste kunna se och inneha kunskap om sexuella uttryck. Beroende på attityder, rädslor och okunskap för sjuksköterskan kan samtal om sexualitet vara svårt att genomföra. Sjuksköterskans bemötande kan vara av stor betydelse för patientens känsla av trygghet och vilja att prata om sexualitet. Studier som beskriver vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans attityder och förhållningssätt i samtalet om sexualitet med äldre patienter saknas.

3. Syfte

Syftet med litteraturstudien är att belysa vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans attityder och förhållningssätt i samtalet om sexualitet med äldre patienter.

4. Metod

Uppsatsen är en litteraturstudie vilket beskrivs av Segesten (2012a) som en metod där data söks och samlas ihop, analyseras och granskas för att skapa en överskådlig bild av kunskapsläget inom valt ämne. Det innebär att skribenterna utgått ifrån redan befintlig forskning och omfattar kvantitativa och kvalitativa artiklar. Den avgränsning som gjorts i forskningsområden har innehållit information om hur olika artiklar valts ut och varför. I en litteraturstudie analyseras ingen rådata, utgångspunkten var andra artiklar där rådata analyserats och presenterats som resultat. Att arbeta med litteraturstudier har kritiserats då det funnits risk för vinklad och selektiv urval av forskningslitteratur. Därför gäller det att ha ett kritiskt förhållningssätt i urvalet av artiklarna (Segesten, 2012b). Resultatet har presenterats utifrån ett kvalitativt perspektiv.

4.1 Urval

Artiklarna har granskats enligt Fribergs granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga studier (Bilaga 1, Friberg, 2012). För att göra ett urval var det viktigt med avgränsning (Östlundh, 2012) och första steget var att bestämma inklusionskriterierna. Artiklar som valdes var studier med patienter >65 år som vårdades på sjukhus eller vårdhem, artiklarna skulle vara publicerade <15 år för att resultaten skulle återge den senaste kunskapen. De kunde vara både kvalitativa och kvantitativa, skulle vara etiskt granskade samt publicerade på engelska. Exklusionskriterier var: studier om patienter med specifik sjukdom som till exempel cancer, demens, infektioner (HIV/AIDS) och palliativ vård. Studier med patienter med homo-, bi-, trans-, eller queersexualitet. Tillslut valdes fyra kvalitativa artiklar, två kvantitativa och fyra med både kvalitativt och kvantitativt perspektiv.

4.2 Databesamling

Kvantitativ data som exempelvis diagram, siffror och enkäter är mätbar data, något som är kvantifierat (Backman, 2008). De kvantitativa artiklar som använts till denna uppsats är exempelvis enkäter och frågeformulär. Signifikans, som är ett vanligt begrepp inom den kvantitativa metoden avgör om det finns någon faktisk statistisk säkerställd skillnad eller ej. En analys jämförde om slumpmässig variation fanns inom men också mellan testgruppen och/eller kontrollgruppens medelvärde. Därefter bestämdes ett p-värde (probability value) för att visa grad av tillåten inverkan av slump på resultatet. I de granskade studierna valdes $p < 0.05$ för statistisk signifikans. Signifikansprövningen utfördes genom olika statistiska analyser som exempelvis chi2-test eller *t*-test (Forsberg & Wengström, 2010).

Kvalitativ data är värdefull när känslor, handlingar och annan data som inte går att neutraliseras till siffror ska tolkas. Vanligen innefattas intervjuer eller observationer för att nämna exempel på insamling av kvalitativ data. Kvalitativa ansatser strävar efter att beskriva, förstå, tolka och förklara olika fenomen. Resultatet från kvalitativa studier kan ej generaliseras men de kan i viss mån överföras till liknande kontext. Genom att redovisa metod, urvalet av informanter och analys noggrant stärks trovärdighet av resultaten (Backman, 2008; Forsberg et al., 2010; Thomassen, 2007).

För databesamling var första steget att göra en övergripande sökning av litteratur för att få en uppfattning om relevanta sökord och hur forskningsresultat presenterades i dagsläget. Denna sökning redovisas ej då den ej genererade till artiklar för uppsatsen. Sökorden som tillslut valdes ut bestämdes efter att ha kontrollerats i Cinahl headings samt svenska MeSH, framtaget av Karolinska Institutet, och detta kallas för thesaurus (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2011). Använda sökord var följande: "*Sexuality in old age*", "*nursing*" "*sexuality*", "*geriatric*", "*Attitude of Health Personnel*" och "*nurse*". Ord som användes i ett exkluderande syfte var "cancer", "dementia" och "infections" då dessa sjukdomstillstånd var exklusionskriterier. Sökorden kombinerades i olika följd tillsammans med de booleska operatorerna "AND" och "NOT" för att få ett så varierande resultat som möjligt. Även trunkering, som är sökning med symbolen * i ordet användes för att bredda sökresultatet (Karlsson, 2012), dock genererade det ej till någon litteratur. Med hjälp av sökmotorer har relevant litteratur funnits på CINAHL, Scopus och PsycINFO. Databaserna innehåller litteratur inom hälso- och vårdvetenskap men även andra närliggande vetenskapliga ämnen vilka gör de relevanta att använda (Backman, 2008). För en översikt av den sökta litteraturen, se tabell i Bilaga 2.

4.3 Analys

För att komma fram till ett så trovärdigt resultat som möjligt läste båda uppsatsförfattarna samtliga vetenskapliga artiklar flera gånger. Detta för att förstå innehållet och för att se att allt väsentligt uppfattades och för att se att båda förstått sammanhangen på samma sätt. En annan anledning var också för att minimera risken för feltolkning. I artiklarna söktes likheter och skillnader vad gäller syfte, metod och resultat. Sammanfattningar över samtliga resultat sammanställdes på lappar för att sedan delas in i olika teman och en övergripande analysmatrix finns som Bilaga 3. Meningsbärande enheter hittades och placerades in i lämpliga teman och rubriker. De teman som hittades beskrivs i en figur i resultatdelen.

4.4 Forskningsetiska överväganden

Kärnan inom forskningsetik för litteraturarbeten var att värna människans lika värde, integritet och självbestämmande. Forskningsetiken var viktig eftersom den skyddade mot kränkande handlingar, självbestämmande, frihet och att mänskliga rättigheter följdes. Fortsättningsvis var det viktigt att bevara en god etik i studierna för att upprätthålla förtroende och tillit (Kjellström, 2012). Efter så god förmåga som möjligt har granskning av god forskningsetik gjorts, vilket innebär att ingen deltagare i de studier som artiklarna innefattar skall ha skadats varken fysiskt eller psykiskt. Fakta har återgetts utan att förändras och detta för att följa de etiska riktlinjerna (Vetenskapsrådet, 2012). Utgångspunkten i denna litteraturstudie var att utgå ifrån "göra-gott-principen" där något positivt skulle komma ut för vårdaren samt skapa grund för fortsatt arbete. För att inte göra skillnad på människor låg inte heller någon enskild sexuell läggning till grund i artiklarna vilket i sig innebar att människovärdesprincipen tillgodosågs. Material som användes till litteraturstudien har haft ett etiskt resonemang och/eller blivit granskade av en etisk kommitté.

5. Resultat

Efter att ha analyserat artiklarna framkom tre huvudteman och åtta subteman som beskriver vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans attityder och förhållningssätt i samtalet om sexualitet med patienter (Fig 1).



Figur 1: Huvudteman och subteman

5.1 Sjuksköterskans möjlighet till kunskap om äldre personers sexualitet

5.1.1 Innehåll om sexualitet under grundutbildning till sjuksköterska

Resultatet visar att äldre patienters sexualitet bör tas upp mer i grundutbildningen för sjuksköterskor, annars hamnar det lätt i skymundan och leder till att det holistiska vårdandet försvåras (Akinci, 2011; Saunamäki, Andersson & Engström 2009). I studien av Akinci (2011) är det 90 procent (n=141) utav sjuksköterskorna som anser att utbildning inom sexualitet skulle förbättra kommunikationstekniken i samtalet med äldre patienter om deras sexuella problem, samtidigt som 67,4 procent av dessa sjuksköterskor svarar att de under grundutbildningen inte upplevt någon omvårdnadssituation som inkluderar patienters sexualitet. Vidare visas att utbildning är avgörande för att förbättra sjuksköterskors förmåga att ge patienter holistisk vård, därför bör sexualupplysning och rådgivning vara en del av grundutbildningen (Akinci, 2011; Saunamäki & Engström, 2013; Saunamäki, et al., 2009). Trots att behovet av undervisning om sexualitet och praktisk övning finns, beaktas den inte. Ämnet är inte uppmärksammat och applicerat i läroplaner för sjuksköterskeutbildningar men det som är viktigt är att tre huvudområden bör ingå; kunskaper, attityder och rutiner (Bauman, Arcelus & Benbow, 2007). Två av studierna beskriver att sjuksköterskor anser att de har otillräcklig kunskap och utbildning om hur sjukdomar kan påverka patienters sexualitet, vilket får dem att undvika ämnet (Akinci, 2011; Saunamäki et al., 2013).

5.1.2 Innehåll om sexualitet under vidareutbildning av sjuksköterskor

En workshop med tre timmars utbildning kring äldre patienters sexualitet visar att kunskapsgapet fylls och förbättrar attityden, även om resultatet inte blev så bra som önskat. Fortsättningsvis visar resultatet att det är viktigt att göra sjuksköterskor medvetna om eventuella befintliga attityder och fördomar, genom att uppmärksamma yrkesrollen och det professionella förhållningssättet (Bauer, McAuliffe, Nay, & Chenco, 2013). Chefer är mer positiva och tillåtande än sjuksköterskor vad gäller patienters sexuella handlingar och uttryck. Detta belyser särskilda behov av utbildning och träning för att hitta åtgärder i början av sjuksköterskans verksamma år (Bauman et al., 2007). Sjuksköterskor beskriver att kunskap om sexualitet kan hjälpa patienter med sexuella problem (Saunamäki et al., 2013). Till exempel såsom att informera om erektionsproblem vid prostatacancer och hur det kan behandlas. Det är viktigt att fortbildning uppmuntras och att chefer är villiga att skapa en utbildningsvänlig miljö angående attityder kring sexualitet (Akinci 2011; Doll, 2011; Saunamäki, et al., 2009). Bauer & Geront (1999) poängterar att utbildning spelar en avgörande roll för att skingra myter och förlägenheter som omger äldre patienters sexualitet, men också för att hjälpa sjuksköterskan att förstå vikten av sexuell hälsa och mångfalden av sexuella uttryck. Utbildning och kunskap kan förbättra synen och därmed främja behoven av intimitet (Doll, 2011). Sjuksköterskor med mindre erfarenheter visar sig ha mindre utbildning och mer negativa attityder, vilket kan återspegla nivån på utbildning mer än erfarenhet (Bauman et al., 2007).

5.1.3 Implementering av kunskap om sexualitet hos äldre patienter

För att kunna arbeta mot en förbättring av attityden hos sjuksköterskor bör utvecklare eller ansvariga vara införstådda med attityden som råder inom sjuksköterskegruppen (Walker & Ephross, 2008), samt att utbildaren förstår sjuksköterskors attityder och sedvänjor angående äldres patienters sexualitet för att kunna utveckla bemötandet (Bauman et al., 2007).

Fortsättningsvis bör sjuksköterskor vara försiktiga med att göra antaganden om vad en patient vet om sin sexualitet samt antaganden kring hur toleranta patienter är för frågor och bekvämligheten om samtal (Walker et al., 2008).

Walker & Harrington (2010) beskriver hur ett utbildningsprogram utformats för att förbättra sjuksköterskors kunskaper och attityder relaterat till äldre patienters sexualitet. För att lyckas förbättra attityden bör riktlinjer kring bemötande samt bedömningsinstrument kring sexualitet finnas till hands (Akinci 2011; Saunamäki et al., 2009). Walker et al. (2010) kommer fram till tre övergripande mål i ett utbildningsprogram som är viktiga i framtagandet av utbildningsmaterialet. (1) Att hjälpa sjuksköterskor att identifiera de sexuella och intima behov som patienter har (2) att inse att behoven varierar i samma grad som det gör för yngre människor och (3) lämpliga reaktioner för patienters sexualitet. Därefter identifieras 17 specifika utbildningsmål för utbildningsprogrammet vilket sedan minskas ner till fyra moduler. Majoriteten av deltagarna ansåg att utbildningsprogrammet är brukbart och skulle rekommendera programmet till andra. Resultatet av utbildningsmaterialet och modulerna visade sig ge en signifikant förbättring av sjuksköterskors kunskaper om sina attityder.

Resultatet beskriver hur ett mätinstrument, Knowledge and Attitudes Toward Elderly Sexuality (KATES), utvecklades och användes för att mäta och kartlägga sjuksköterskans attityd och kunskap om de äldres sexualitet. Deltagande i utbildningen ökade väsentligt poängen på KATES vilket tyder på att utbildningen totalt sett kan uppnå programmets mål; öka sjuksköterskans kunskap, förbättra attityder, och även informera om lämpliga åtgärder på patienters behov av sexuella uttryck och intimitet. Större delen av deltagarna anser att KATES var ett bra verktyg för att förbättra den individuella kunskapen men också kunskapen inom en arbetsgrupp. Nästan alla deltagarna rekommenderade att fler vårdinrättningar tar fasta på utbildningsmodellen (Walker et al., 2010).

Sjuksköterskans kommunikationsförmåga kan utvecklas med hjälp av rollspel samt ställa frågor som går från mindre känsliga till mer känsliga frågor. Förslag ges att sjuksköterskor tar en uppsättning frågor och tränar med en vän, kollega, partner eller en patient. Efter flera övningar med människor som sjuksköterskorna känner och litar på förbättras deras bekvämlighetsnivå. Påföljden blir att det blir lättare att ställa frågor eller ta diskussioner om sexuella frågor framöver (Akinci, 2011). Saunamäki et al., (2012) bekräftar att detta kan vara en bra utbildningsform.

5.2 Sjuksköterskans förhållningssätt

5.2.1 Vikten av sexualitet för äldre patienter

I en studie gjord av Walker et al. (2010) svarar 109st sjukvårdspersonal på frågan om vikten av sexualitet och intimitet för äldre patienter. Av de 109 är det 56 procent som svarar att det är "väldigt viktigt", 30,4 procent svarar "viktigt" och 1,6 procent svarar "inte viktigt". Liknande siffror presenteras i Saunamäki et al., (2009) artikel där 90 procent (n=88) av sjuksköterskorna ansåg sig förstå varför det är viktigt att prata om sexualitet och uppger också att attityden gentemot patienters sexualitet är essentiell. Resultatet visar att även om sjuksköterskan har kunskap om sexualitet så skjuts den aktivt åt sidan, samt att det inte diskuteras om i vilken utsträckning som samtalet med patienten önskas och behövs. Vad som hindrar sjuksköterskan att ha en bra attityd och förhållningssätt gentemot patienters sexualitet kan bero på att de saknar kunskaper om äldre personers sexualitet. Det kan också bero på förekomst av attityd gentemot sexuella stereotyper inklusive icke heterosexualitet, sexualitet

för det normala åldrandet samt hur sexualitet, sjukdom och behandling hänger ihop och hur det kommer till uttryck (Bauer et al., 2013).

5.2.2 Personliga värderingar om äldres sexualitet

Dagens samhälle och kultur värdesätter de unga och det unga vackra utseendet, vilket leder till att sexualitet och äldre personer inte förknippas i relation till varandra (Bauer et al., 1999; Roach 2004). Tanken på en fysiskt sexuellt aktiv 80-åring är för många i västerländsk kultur osmaklig (Akinci, 2011). Därför måste sjuksköterskan granska sin egen attityd och hur det kan påverka samtalet med den äldre patienten om dennes sexualitet. Kultur ses som en av de mest kraftfulla faktorer som påverkar hälsorelaterade attityder och övertygelser. Sjuksköterskor från Turkiet diskuterade kring skillnader mot den västerländska kulturen och menar på att sexualitet i allmänhet ses som ett ämne som inte diskuteras öppet i vissa samhällen och tar det turkiska samhället som exempel. I Turkiet känner sig människor i allmänhet inte tillräckligt fria för att prata om sexualitet på grund av kulturella begränsningar och menar på att sjuksköterskor i studien är medlemmar i det samhället (Akinci, 2011). Förhållningssättet kan påverkas av moraliska värderingar vilket också bekräftas av Roach (2004). Sjuksköterskor känner sig mer bekväma att diskutera sexualitet om patienten initierar diskussionen (Akinci, 2011). Sjuksköterskor med få år i yrket kan vara yngre och inte lika berörda av religion, då religion kan ha en viktig påverkan på sjuksköterskans värderingar (Bauman et al., 2007). Roach (2004) tar upp att sexualitet också kan påverkas av religiösa faktorer och beskriver kristna samhällssyner där den sexuella akten enbart är till för fortplantning, vilket kan exempelvis medföra att sexualitet inte anses vara relevant för äldre personer.

Sedan det nya millenniet är attityden mer positiv mot äldres sexualitet (Bauman et al., 2007). Trots det anser sjuksköterskor ibland att sexualitet är ett alltför privat område och i hög grad personligt att diskutera (Bauer et al., 1999). En stor mängd sjuksköterskor svarar att deras personliga åsikter och värderingar ibland påverkar deras samtal om sexuella problem och sexualitet (Akinci, 2011; Saunamäki et al., 2013). Akinci (2011) skriver att sjuksköterskan måste utveckla en medvetenhet om sina föreställningar, attityder och värderingar som rör sexualitet, och hur det påverkar deras praktiska arbete. Sjuksköterskor diskuterar emellertid inte sexualitet med sina patienter och anledningen till detta kan vara fördomen kring att patienter inte förväntar sig att det ingår i sjuksköterskans yrke (Saunamäki, et al., 2009). Saunamäki et al. (2012) presenterar i fördjupade intervjuer, att mindre yrkeserfarna sjuksköterskor skjuter ansvaret vidare till mer erfarna kollegor för att de anser att en mer utbildad eller mer erfaren sjuksköterska är bättre lämpad att bemöta patienters frågor och funderingar om sexualitet.

5.2.3 Att uppmärksamma sina känslor

Hälften av de sjuksköterskor som deltog i artikeln av Walker et al. (2008) uppger att de är obekväma med att prata om sexualitet. Ett kunskapstest visar att 37 procent (n=109) av deltagarna tror att sexuella uttryck inte ingår i vad som kallas för ett livslångt behov. Två tredjedelar känner sig inte tillräckligt säkra i ämnet, i yrkesrollen, inte heller med utbildningen för att kunna prata om sexuella problem och pratar därför inte om de sexuella uttrycken med patienten (Saunamäki et al., 2009). Sjuksköterskor som har släktingar inom äldrevården är mer negativt inställda till patienters sexuella uttryck än personer som inte har det (Bauer et al., 2013). Om sjuksköterskan är obekväma i sin egen sexualitet kommer de vara otillräckligt

rustade för att hantera patienters frågor om sexualitet (Bauer et al., 1999; Roach, 2004). Saunamäki et al. (2009) kommer också fram till att sjuksköterskor som känner sig säkra i sin förmåga att hantera patientens sexuella problem tar mer tid för att diskutera det med patienten i jämförelse med sjuksköterskor som känner sig osäkra och obekväma.

Nästan hälften (46,8%, n=141) av sjuksköterskorna anser att de skulle känna sig generade och finner det svårt att svara när patienter ställer frågor om sexuella problem (Akinci, 2011). Det är viktigt att sjuksköterskor är medvetna om sina egna känslor för patienters sexualitet och bör ej heller känna sig generade över att informera om sexuella problem, behov och intressen som kan vara av vikt för patienten (Walker et al., 2008). Sexuella uttryck omfattar ett brett utbud av aktivitet, allt från att flirta till samlag och det är tydligt att det förekommer på många vårdhem. Oftast är sexuella händelser enligt sjuksköterskor negativa och stör medpatienters livskvalitet (Doll, 2011). Bauer et al. (1999) utforskade sjuksköterskans upplevelser av vårdtagares sexualitet på vårdhem och kom fram till att sjuksköterskor använde humor i samtal om sexualitet med patienter. Sjuksköterskor i Sverige uttrycker att det är användbart att använda humor och jargong när de tar upp känsliga ämnen (Saunamäki et al., 2013). Vad som kan ske är att skämten inte är genomtänka och budskapet kan istället bli att vårdtagarna inte tas på allvar och att maktförhållandena förstärks istället för att en jämbördig vårdrelation skapas. Så innan sjuksköterskan ger ett skämtsamt svar måste hon tänka på vems behov som uppfylls, och i vilket syfte (Bauer et al., 1999).

Om sexuellt beteende eller aktivitet upptäcks svarar flest sjuksköterskor, 69 procent (n= 91), att sjuksköterskan skulle söka upp patientansvarig sjuksköterska. Näst flest svar får svarsalternativet respektfullt hjälpa patienten (51%) och därefter följa de lokala rutiner (41%). Att reagera med avsmak är det 32 procent som svarar, 28 procent anger sig reagera med ignorans och 20 procent med panik. Om patienten har sexuella uttryck eller andra sexuella handlingar för sig rådfrågas sjuksköterskekollegor och annan personal för att eventuellt flytta om bland de boende (Doll, 2013). Om sjuksköterskan ser eller hör patientens problem utan att patienten uttryckligen berättar det, känner sjuksköterskan tillfredställelse att de har erfarenhet nog genom själva upptäckten. Ett tydligt exempel på detta belyses i Saunamäki et als (2013) studie där en sjuksköterska berättar följande om en patient med erektionsproblem

"And then during the discharge talk it came out that he did...he didn't have any erections whatsoever. And a man with, a previously very active sex life and so on. This was a huge, he really expressed it like this was a trauma in his life you know. Uh and then I felt well, it's good that we addressed it like, because I don't think he would have brought it up himself." (s. 534).

Sjuksköterskor uppger att det är positivt att det finns ett sökord i patientjournalssystemet som heter "sexualitet", vilket gör att det är lättare att fråga och prata om ämnet med patienten (Saunamäki et al., 2013). En deltagare i Roachs (2004) studie berättar att om en sexuell aktivitet upptäcks och någon av sjuksköterskorna känner obehag skickar ledningen brev till patienten som var delaktig i aktiviteten samt dennes anhöriga. I brevet beskrivs händelsen och att ledningen måste skydda sjuksköterskorna vilket förklaras med att om beteendet fortskrider kan det få rättsliga påföljder eller att patienten blir tvungen att flytta till en annan verksamhet. En annan metod som beskrivs är skapande av hinder och barriärer. Det är en metod som används av ledningen för att skydda sjuksköterskan och patienter mot negativa sexuella beteenden. Hinder och barriärer kan vara fysiska, till exempel att flytta på en person till ett annat rum eller annat vårdhem eller psykologiska vilka beskrivs innehålla bland annat hot och straff: *"we will have to contact your family", and "most people don't like that – they don't*

want their families involved.” *‘If you continue with that sort of behaviour...’*” (Roach, 2004 s. 375).

5.2.4 Yrkeserfarenhetens betydelse

Bauer et al., (2013) menar att erfarenhet inte är av betydelse medan Bauer et al. (1999) artikel endast inkluderar sjuksköterskor som arbetat i minst ett år på grund av att de anser att erfarenhet är en aspekt som kan påverka resultatet. Bauman et al. (2007) beskriver att det finns signifikant skillnad mellan sjuksköterskor som arbetat i mer än fem år i jämförelse med de som arbetat i mindre än fem år. Mindre erfarna sjuksköterskor upplever brist på omvårdnadsupplevelser som involverar sexualitet, vilket resulterar i att de inte vet hur de ska agera (Akinci, 2011; Saunamäki et al., 2013). Äldre sjuksköterskor och sjuksköterskor med längre yrkeserfarenhet visar en större entusiastisk attityd och känner sig mer bekväma än yngre och mindre erfarna sjuksköterskor. Sjuksköterskor som är vidareutbildade har generellt sett lättare att prata om sexualitet med patienter än de med grundutbildning (Saunamäki et al., 2009). Desto yngre sjuksköterskan är, desto sämre är attityden för äldre människors sexualitet. Orsaken kan vara att den yngre sjuksköterskan inte kan relatera till den äldre patienten i samma utsträckning på grund av åldersskillnad medan den äldre sjuksköterskan lättare kan relatera till den äldre patientens sexualitet eftersom åldersskillnaden är mindre (Bauman et al., 2007).

Både sjuksköterskor och undersköterskor upplever många gånger upprördhet men majoriteten av de anhöriga tycker att sjuksköterskorna reagerar stödande. Sjuksköterskan anser att det är en skyldighet att höra av sig till patientens anhöriga om de upptäcker att patienten uttrycker sig sexuellt. I ett annat ställe i enkäten anser de sig dock inte vara skyldiga till detta vilket gör svaret tvetydigt (Doll, 2013).

5.2.5 Upplevelse av ansvar

Akinci (2011) skriver att sjukvården bör införliva en kort sexuell bedömning i hälsokontroller och i de medicinska utvärderingarna som utförs. En sådan bedömning kan öppna dörren till en diskussion om aktuella eller potentiella förändringar i sexualiteten och i den sexuella funktionen för patienten. Detta möts ofta med lättnad av patienten och patientens partner, som ofta kan vara osäkra på om sexualitet är en relevant fråga under kortare möten med sjuksköterskan. I Saunamäki et al. (2013) studie anser sjuksköterskor att det är deras ansvar att möta patientens sexuella frågor och betraktar sexualiteten som en viktig del av patientens liv. De menar att patienten inte enbart är en person med en sjukdom, utan också en person med emotionella och andliga dimensioner som måste bemötas och tas om hand. Sjuksköterskor upplever att patienter förväntar att de ska ta upp ämnet. I artikeln av Saunamäki et al. (2009) presenteras två tredjedelar av 88 sjuksköterskor som inte bekväma med att prata om sexuella problem, trots att de anser att det ingår i deras yrke. Enligt Walker et al. (2008) anser 80 procent (n=68) av sjuksköterskorna att sexuella uttryck och behov är viktiga för patienter och ökar både välbefinnande och livskvalité. Dock känner de en kunskapsbrist i att möta patienters sexuella uttryck och behov i alla åldersgrupper. Endast 58 procent anser att det är sjuksköterskors ansvar att ta upp frågan och enligt Akinci (2011) är det sjuksköterskor som fann det lämpligt att ta initiativet som känner sig bekväma att prata om sexualitet med sina patienter.

5.3 Arbetsplatsen

En arbetsplats grundsyn är A och O för sjuksköterskan i arbetet med patienter om patienters sexualitet (Roach, 2004). Attityder och handlingar rörande patienters sexualitet kan antingen främja eller stjälpa policyförändringar. Vid positiva attityder beaktas patienters värdighet och sexuella rättigheter. Det är dessutom viktigt för att hitta bra lösningar på vårdplaner som utformas samt utvecklandet av nya strategier (Doll, 2013). Det är en angelägenhet för både organisationer och sjuksköterskor att uppmuntra och hjälpa patienter att uttrycka sin sexualitet (Walker et al., 2008). En organisation med restriktiv grundsyn kan försvåra arbetet för sjuksköterskor och begränsa patientens mänskliga rättigheter, medan en lyhörd och öppen organisation erbjuder stöd för anställda sjuksköterskor samt stöd och rådgivning för patienter och deras anhöriga (Bauer et al., 1999; Roach, 2004).

Arbetsmiljön kan ofta upplevas som stressande och att det inte finns någon tid att prata med patienter om deras sexualitet. Att ha tillräckligt med tid att prata om sexualitet anses vara viktigt och inte något som bör diskuteras i all hast. Det anses också vara ett problem om patienter delar rum, då sekretessen försvinner. Verksamheter som erbjuder en stimulerande miljö kan lättare rekrytera nya sjuksköterskor, erbjuda utbildning och support inom sexualitet och på sikt öka tillfredsställelsen för sjuksköterskor i deras arbete såväl som för patienter vad gäller patienters hälsa och känsla av välbefinnande (Roach, 2004). Sjuksköterskor rapporterar en brist på stöd från arbetsplatsen i form av skriftliga rutiner. Rutiner på avdelningar kan uppmuntra sjuksköterskor att prata om sexualitet och i samtalssituationer när det är svårt (Saunamäki et al., 2013). En utveckling av riktlinjer och utbildning för sjuksköterskor, krävs för att kunna arbeta med patienters sexualitet. Strategier för att hantera sexuella uttryck hos patienterna bör därför utformas. Riktlinjerna ska vara flexibla för att kunna anpassas efter specifika individuella behov. Samtidigt bör riktlinjerna vara strukturerade och bidra till att uppmärksamma potentiellt skadliga beteenden (Doll, 2011).

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Den metod som valdes till uppsatsen var en litteraturstudie, dels för att det var bra att få en översikt över publicerad forskning inom ämnet och dels för att skrivprocessen var begränsad i tid (Friberg, 2012). Sökningarna som gjordes i de olika databaserna i början gav endast ett fåtal träffar. Ämnesområdet var tämligen utforskat inom denna aktuella åldersgrupp. I PubMed, som är en etablerad databas för hälso- och sjukvårdspersonal, hittades inte några vetenskapliga artiklar i ämnet. Alla databaser har olika ämnesordsregister, till exempel har databasen CINAHL Cinahl Headings medan Pubmed har MeSH. Båda ämnesordregister är bra att använda i början av datasökningen för att få lämpliga sökord (Karlsson, 2012). I sökarbetet kunde en anledning till att inga relevanta artiklar i PubMed hittades bero på att relevanta sökord eller begrepp ej ännu blivit etablerade. Uppsatsförfattarna upplevde att relevanta sökord och kombinationer använts på de relevanta databaserna, men om större bakgrundskunskap om databaserna och sökord funnits kan fler relevanta studier/artiklar hittats.

Artiklar som inkluderades skulle vara publicerade från 2004-2014 för att resultatet skulle kunna appliceras på dagens vård och omsorg för gällande patientgrupp. På grund av att det ej genererade tillräcklig forskning ändrades detta inklusionskriterie till artiklar år 1999-2014. Vad som var ytterst intressant vid sökningarna var att det fanns få studier för nutida kliniskt arbete. Med det menas, att det fanns flera vetenskapliga artiklar författade före år 1990, vilka

ansågs vara förlegade med äldre trosuppfattningar och inte ajour med dagens samhällssyn. Om Göteborgs universitet prenumererat på fler tidsskrifter tror uppsatsförfattarna att det kunde varit lättare att hitta fler relevanta vetenskapliga artiklar, då flertalet artiklar som hittades inte var tillgängliga i fulltext. Dock gjordes ett aktivt val att inte beställa hem och betala för de artiklar som ej var tillgängliga och därför förekommer också en viss reservation för att resultatet kan vara något vinklat (Karlsson, 2012; Backman, 2008). Artiklarna som valdes var publicerade på engelska, vilket inte var uppsatsförfattarnas modersmål, därav kan feltolkningar förekommit. För att få ett internationellt perspektiv har artiklar från hela världen inkluderats, dock har artiklar som inte innefattat västerländsk kultur exkluderats för att vara applicerbart på sjukvårdsinrättningar i Sverige. I början av sökarbetet skulle artiklar som handlade om slutenvården endast ingå, men på grund av att det inte förekom tillräckligt stort utbud av artiklar togs det exkluderingskriteriet bort vilket medförde att olika sjukvårdsinrättningar inkluderades.

I uppsatsen förekom både kvalitativ och kvantitativ data, men majoriteten var kvalitativ. Eftersom syftet var att beskriva attityder och förhållningssätt, upplevdes kvalitativ data som det mest relevanta perspektivet för att besvara detta. De artiklar som innehöll både kvalitativ och kvantitativ data granskades enligt den kvalitativa granskningsmallen. Det är ett fåtal frågor som skiljde granskningsmallarna åt och den kvalitativa granskningsmallen innehöll en fråga mer än den kvantitativa mallen och valdes därför som granskningsmall om båda metoderna förekom i artikeln. Friberg (2012) granskningsmall valdes för att den var tydlig med relevanta frågor, enkel att förstå samt var enkel att reproducera, se bilaga 1. Bedömning av data som hittats analyserades så objektivt som möjligt genom upprepad läsning av artikelmaterial samt med diskussion och kritisk reflektion av subteman och huvudtemans benämning. Det finns dock en risk att viss förförståelse kunde påverka analysprocessen (Vetenskapsrådet 2012). Vår förförståelse bestod av personliga erfarenheter från verksamhetsförlagda utbildningar samt litteratursammanställningar inom ämnet.

Åtta av tio artiklar var etiskt granskade. I några artiklar var det svårt att läsa ut hur och vem som granskat. I fem artiklar hade publicerande tidsskrift granskat studierna genom en egen kommitté eller granskningsnämnd. Vad man får fram i tre av artiklarna är att externa granskningsnämnder behandlat studierna, exempelvis har en av artiklarna från Sverige granskats av Humanities and Social Sciences Research (HSFR). De artiklar som inte var etiskt granskade valdes ändå då de hade ett etiskt godkänt resonemang samt att tidsskrifterna skrev att alla artiklar etiskt granskas.

I Bauer et al. (1999) artikel som handlade om humor deltog endast fem sjuksköterskor. Om det varit fler deltagare hade det kunnat påverka resultatet. Resultat från kvalitativa studier kan inte generaliseras men de kan i överföras till liknande kontext. För att kunna generalisera ett kvantitativt resultat till en generell population krävs ett slumpmässigt representativt urval av deltagarna (Backman 2008; Forsberg et al., 2010; Thomassen 2007). Studien genomförd i Turkiet kan tyckas ha andra kulturella grunder och därmed inte västerländsk grundsyn. Det är en av de studier som bidrog med flest relevanta faktorer om vad som påverkar sjuksköterskors attityder om äldres sexualitet.. Turkiet räknas demografiskt som både asiatiskt och europeiskt och influeras därmed både av västerländska och österländska samhällen och kulturer (Kaya, 2004). Idag är Sverige ett mångkulturellt samhälle och därför anses dess resultat vara användbart.

Studierna från Sverige är båda av Saunamäki et al. (2009 och 2012) . Vad som kan anses som kritik mot att använda två av tio studier av samma författare kan vara att de utgår från samma

perspektiv. Men i detta fallet är den andra artikeln en uppföljning av studien i artikel ett. De är båda utförda på svenska sjukhus och därför kan deras resultat ge motiv för klinisk tillämpning. Detta gäller även författaren Bauer som också genomfört två studier i Australien.

6.2 Resultatdiskussion

Sjuksköterskans möjlighet till kunskap om äldre personers sexualitet

På grund av att sexualitet anses som ett "personligt samtalsämne" och ett ämne som är svårt att prata om (Gott & Hinchliff, 2003; McAuliffe et al., 2007) samt inte heller prioriteras i sjuksköterskans utbildning kan det sammantaget bli en kunskapsbrist som bör åtgärdas och förebyggas. Övergripande anser sjuksköterskor att de ej har den formella kunskapen som krävs för att tillgodose patientens behov av samtal om sexualitet.

Utbildning av sjukvårdspersonal och då främst sjuksköterskor samt implementering av riktlinjer och dokument kan förbättra möjligheterna och upptäckten av behovet av samtal med patienter om deras sexualitet. Ett sätt att implementera kunskap inom sjuksköterskeyrket kan ske genom att experter inom ämnet bjuds in till olika workshops, där sjuksköterskor får utrymme att analysera sina egna attityder och ta reda på vad det förekommer för baskunskaper om sexualitet. Ett exempel på vad som kan användas för att ge en ökad kunskap och förbättrade attityder är instrumentet KATES (Walker et al., 2010). Interna workshops på arbetsplatsen där rollspel mot andra sjuksköterskor eller patienter kan öka förståelsen, men också förbättra upplevelsen och synen på samtalet kring patienters sexualitet.

Sjuksköterskans förhållningssätt

Sjuksköterskan befinner sig i en unik position som är i nära relationer till sina patienter. Att ha kunskap om hinder och åtgärder för samtal leder till att sjuksköterskan i förlängningen kan uppfylla och tillgodose god hälsa gentemot äldres sexualitet. Detta gör att sjuksköterskan kan behandla fler människor utan diskriminering och med ett likvärdigt förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2005; Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

För att sjuksköterskan ska kunna tillgodose patientens alla behov krävs att samtal om patientens sexualitet utförs. Genom att sjuksköterskan uppmuntrar patienten till samtal och omvårdnad kring sexualitet möjliggörs även en chans till att påverka det egna livet och samhörigheten med andra människor samt påverka hälsan positivt. Att kunna ge vård som innefattar ett holistiskt förhållningssätt och därmed främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande som är sjuksköterskans grundstenar, krävs en öppenhet om sexualitet (Socialstyrelsen, 2014).

Sexualitet är ett ämne som är en del av patientens välbefinnande och det måste beaktas i patientens omvårdnad. Genom att sjuksköterskan aktivt lyssnar och ställer frågor som rör patientens sexualitet kan patientens identitet stärkas. Sjuksköterskan befinner sig i en unik position för att ge sexuella hälsoråd. Sjuksköterskor som arbetar nära den åldrande människan behöver vara lyhörd för sexuella behov och problem som kan förekomma.

Sjuksköterskor anser att det kan vara genant att föra sexualitet på tal, men flera kan tänka sig att prata om det såvida patienten tar upp det i samtalet. Det sexuella intresset hos äldre uppfattas som ett beteendeproblem istället för ett grundläggande mänskligt behov av kärlek och närhet, så därför anses reflektion efter olika incidenter viktiga då ett kunskapsgap

förekommer. Synnerligen när behovet av kärlek och närhet är ett behov en människa måste få tillfredsställt för att kunna uppleva hälsa. På grund av att sexuella intressen och beteenden kan uppfattas problematiska behövs gränser för vilka sexuella uttryck som är acceptabla eller inte, vilka kan vara svåra att dra (Henderson, u.å).

I resultatet framkommer det att de ungas sexualitet anses vacker och accepterad medan den äldre människans sexualitet tenderas göras ful och kan därför vara orsaken att deras sexualitet negligeras och inte ses som ett omvårdnadsbehov (McAuliffe et al., 2007). Problemet för sjuksköterskor kan vara att de utgår ifrån stereotyper och antaganden utifrån sig själva och inte patienten som finns framför sig. Sjuksköterskans egna känslor och personliga uppfattningar om äldres sexualitet måste sättas åt sidan för att en god vård ska kunna erhållas. Om sjuksköterskan kommer till insikt om sina egna känslor och får kunskap kring det mänskliga behovet, sexualitet, kan sjuksköterskans attityd gällande det förändras mot ett positivt håll. "Äckelkänslor" och obehag kan försvinna och den äldres sexualitet kommer ses som vilket behov som helst.

Resultatet visar att yrkeserfarenhet har stor inverkan för om samtal om sexualitet genomförs eller inte. Bauer et al. (2013) är ensamma i sitt resultat om att yrkeserfarenhet inte har någon betydelse. Det kan bero på att endast sju procent av de 112 deltagarna i studien var under 30 år. Dreyfusmodellen menar att ålder kan hänga ihop med livs- och yrkeserfarenhet eftersom det tar tid att uppleva tillräckligt många omvårdnadsrelaterade händelser. Bauman et al. (2007) studie visar signifikanta skillnader i viljan att samtala om sexualitet med äldre personer mellan sjuksköterskor som arbetat i mer än fem år i jämförelse med dem som arbetat i mindre än fem år. De mindre erfarna sjuksköterskorna upplever brist av kliniska erfarenheter och det resulterar i att de inte vet hur ett lämpligt uppförande ska gå till.

De tre första stadierna i Dreyfusmodellen beskriver att det inte är konstigt om sjuksköterskan med kortare yrkeserfarenhet upplever osäkerhet. Att yngre och mindre yrkeserfarna sjuksköterskor har svårare att samtala om sexualitet har därmed en rimlig förklaring. Det kan också bero på att ålderskillnaden mellan en yngre sjuksköterska och patient innebär olika livserfarenheter som leder till skilda uppfattningar. En mer erfaren sjuksköterska har lättare för att våga fråga, aktivt lyssna, utreda och behandla än de med kortare erfarenhet (Benner, 1993).

Sjuksköterskan upplever sig ha en stor roll för den äldre personens sexualitet om de träffas varje dag då en trygg vårdrelation kan skapas. Dock kan relationen i sig vara både en positiv egenskap och en negativ brist i främjandet av sexualitet eftersom det är patienten som bestämmer vad som är godtagbart (Mahieu et al., 2011). Om sjuksköterskan har ett kort standardiserat bedömningsformulär kan dörren till en diskussion om aktuella och-/eller potentiella förändringar inom sexualiteten skapas. Eftersom tidigare forskning visar att patienten vill att sjuksköterskan ska ta upp ämnet går detta att förankras på ett naturligt sätt i samtalet om äldres sexualitet.

Arbetsplatsen och dess betydelse

Sjuksköterskor upplever att det förekommer stress på avdelningarna och att det därför inte finns utrymme till samtal kring sexualitet (Saunamäki et al., 2012). Om organisationen tillgodoser sjuksköterskan en personaltät arbetsplats kan samtalet om sexualitet fördelaktigt genomföras. Om vårdenhetschefer uppmuntrar och aktivt skapar utbildningsvänliga miljöer kan sjuksköterskan självmant söka kunskap om sexualitet, vilket också kan leda till ökad

insikt kring sin egen attityd. Sexuell hälsa och frågor som rör den mänskliga sexualiteten blir allt viktigare områden för sjuksköterskan både nationellt och globalt.

För att ge sjuksköterskan goda förutsättningar bör arbetsgivaren skapa tillräckliga resurser och därmed skapa bästa möjliga förutsättning till patienten och på detta sätt tillgodose människans mest grundläggande behov (Henerson, u.å). Exempel på dessa resurser kan vara tillgängliga riktlinjer och bedömningsinstrument. En god kontakt med sjuksköterskan är en förutsättning för att patienten öppet ska kunna och också våga visa sina känslor och behov. Kunskapen som kan skapas genom utbildning, självinsikt och goda arbetsmiljöförhållanden kan ge patienten KASAM och en bättre upplevd hälsa (Antonovsky, 1991).

7. Slutsats

Resultatet visar att kunskap om äldres sexualitet, livs- och yrkeserfarenhet samt möjlighet till fortbildning och en öppen och tillåtande miljö på arbetsplatsen är viktiga faktorer som påverkar sjuksköterskans attityder och förhållningssätt i samtalet om sexualitet hos äldre patienter.

8. Klinisk tillämpning

Fortlöpande utbildning i ämnet i form av undervisning, rollspel och reflektion behövs under hela det yrkesverksamma livet.

9. Vidare forskning

Ytterligare forskning om vad som hindrar sjuksköterskan i samtalet med äldre människor om sexualitet önskas, lämpligen intervjustudier.

Referenser

- Aizenberg, D., Wiezman, A., & Barak, Y. (2002). Attitudes toward sexuality among nursing home residents. *Sexuality and Disability*, 20(3) 185-189.
- Akinci, C, A. (2011). The Comfort Levels of Nurses During Clinical Experiences Which Include Sexual Topics. *Sex Disabil*, 29 239-250. doi: 10.1007/s11195-011-9208-6
- Antonovsky, A. (1991). Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur.
- Backman, J. (2008). Rapporter och uppsatser (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Bauer, M., & Geront, M. (1999). The Use of Humor in Addressing the Sexuality of Elderly Nursing Home Residents. *Sexuality and disability*, 17(2) 147-155.
- Bauer, M., McAuliffie, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013). Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff. *Educational Gerontology*, 39: 82–91. doi: 10.1080/03601277.2012.682953
- Bauman, W-P., Arcelus, J., & Benboq, S-M. (2007). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II) Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study residential and nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy*, s.47-61. 22(1) doi: 10.1080/14681990600637630
- Benner, P. (1993). Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur.
- Doll, G, M. (2013). Sexuality in Nursing Homes, Practice and Policy. *Journal of Gerontological Nursing*. 39 (7) s.30-37. doi:10.3928/00989134-20130418-01
- Elgán, C., Fridlund, B. (2009) Vuxet vardagsliv. I F, Friberg. & F, Öhlén. (Red.) *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt.* (s. 147-173). Lund: Studentlitteratur.
- FN. (1966). Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. New York: FN.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2010). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2012). Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*. 56. 1617-1628.
- Gånemo, A. & Lindholm, C. (2009). Hud och sår. I A-K, Edberg., & H, Wijk (Red.) *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa.* (s. 539-590). Lund: Studentlitteratur

- Heath, H. (2011). Older people in care homes sexuality and intimate relationships. *Nursing older people*. 23(6) 14-20.
- Henderson, V. (u.å). Utdrag från Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E. (Red.) *Grundläggande omvårdnad*. Liber förlag; 2006.
- Hulter, B. (2009). Sexualitet. I A-K, Edberg., & H, Wijk., (Red.) *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s.677-709). Lund: Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Jahren Kristoffersen, N., & Nortvedt, F. (2005). Relationen mellan sjuksköterska och patient. I N, Jahren Kristoffersen., F, Nortvedt., & A-E, Skaug. (Red.) *Grundläggande omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber.
- Johansen, D. B. (1999). *Kärlek har ingen ålder*. Stockholm: Liber.
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kaya, I. (2004). *Social Theory and Later Modernity's: The Turkish Experience*. Liverpool: Liverpool University Press
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.69-94) Lund: Studentlitteratur.
- Langius-Eklöf, A. (2009). Känsla av sammanhang. I A-K, Edberg., & H, Wijk. (Red.) *Omvårdnadens Grunder Hälsa och ohälsa* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Lundh, B., & Malmquist, J. (2009). Medicinska Ord. Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer. Lund: Studentlitteratur.
- Mahieu, L., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (9) 1140-1154. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.013.
- McAuliffe L, Bauer M & Nay R (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional. *International Journal of Older People Nursing*, 2, 1, 69-75.
- Nationalencyklopedin (2014). *Attityd*. Hämtad: 2014-11-11, från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/attityd>
- Nationalencyklopedin (2014). *Sexualitet*. Hämtad 2014-11-10, från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/sexualitet>
- RFSU (2014). *Sex genom livet*. Hämtad 2014- 11-10, från: <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Sex-genom-livet/Aldre-och-sex/>
- Rheume, C. & Mitty, E. (2008). Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatric Nursing*, 29(5): 342-9 doi: 2010098726.

Roach, M, S. (2004). Sexual behavior of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4): 371-379.

Sandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal: Professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur

Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2009). Discussing sexuality with patients: nurses attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (6), 1208-1316. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x

Saunamäki, N. & Engström, M. (2012) *Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears*. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 531–540

Segesten, K. (2012a). Användbara texter. I F, Friberg. (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.47-56). Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys en kvantitativ forskning. I F, Friberg. (red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.

SFS: 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2013-10-02 Från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Snellman, S. (2009). *Vårdrelationer en filosofisk belysning*. F, Friberg., & F, Öhlén. (red.) *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 376-407) Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad: 2014-11-10. Från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008) *ICN:s Etiska Kod för sjuksköterskor*. Stockholm. Från: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>
Hämtad: 2014-11-10

Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm.

Thomassen, M. (2007) *Underbyggd kunskap I A*, Möller. (Red.) *Vetenskap, kunskap och praxis, Introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Vetenskapsrådet. (2012). Elektroniskt hämtat 2014-11-11 från <http://www.vr.se/etik/oredlighetiforskningen.4.9232df81081e742f7e800049.html>

Vrontou, S., Wong, M. A., Rau, K., K., Koerber, H., R., & Anderson, J., D. (2013). Genetic identification of C fibres that detect massage-like stroking of hairy skin in vivo. *Nature* 493, 669-673, doi: 10.1038/nature11810

Walker, L. B., & Ephross, P. H. (2008). Knowledge and Attitudes Toward Sexuality of a Group of Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 31:1-2, 85-107, doi: 10.1300/J083v31n01_06

Walker, L. B., & Harrington, D. (2010). Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educational Gerontology*, 28(8), 639-654, doi: 10.1080/03601270290081452

WHO. (2014). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health. Hämtad 2014-11-10, från:
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. A-K. Edberg, & H. Wijk (Red.) *Omvårdnadens Grunder Hälsa och ohälsa*. (s. 27-44). Lund: Studentlitteratur

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F, Friberg. (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Friberg granskningsmall för kvalitativa studier.

Fråga	
Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta isåfall formulerat och avgränsat?	
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?	
Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?	
Vad är syftet? Är det klart formulerat?	
Hur är metoden beskriven?	
Hur är undersökningspersoner beskrivna?	
Hur analyserades data?	
Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?	
Vad visar resultatet?	
Hur har författarna tolkat studiens resultat?	
Vilka argument förs fram?	
Förs det några etiska resonemang?	
Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?	
Sker en återkoppling till teoretiska antaganden. T.ex. vårdvetenskapliga antaganden?	
Sammanfattande bedömning av kvalitet?	Hög Medel Låg

0-4 poäng - Låg kvalitet

5-9 poäng - Medel kvalitet

10-14 poäng - Hög kvalitet

Fribergs granskningsmall för kvantitativa studier.

Fråga	
Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?	
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?	
Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?	
Vad är syftet? Är det klart formulerat?	
Hur är metoden beskriven?	
Hur har urvalet gjort? (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?	
Hur analyserades data? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?	
Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall, hur hänger de ihop?	
Vad visar resultatet?	
Vilka argument förs fram?	
Förs det några etiska resonemang?	
Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?	
Sker en återkoppling till teoretiska antaganden. T.ex. vårdvetenskapliga antaganden?	
Sammanfattande bedömning av kvalitet?	<p>Hög</p> <p>Medel</p> <p>Låg</p>

0-4 poäng - Låg kvalitet

5-9 poäng - Medel kvalitet

10-14 poäng - Hög kvalitet

Bilaga 2

Tabell 1. Översikt över litteratursökning.

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2014-10-25 Scopus	“Sexuality” AND “nursing” AND “geriatric”	Date: 2004-2014, Language: English, Document type: article	16	9	4	<p><i>1. Sexual behavior of nursing home residents: Staff perceptions and responses</i></p> <p><i>2. Sexuality in Nursing Homes</i></p>
2014-10-25 PsycINFO	“Attitude of Health Personnel” AND “sexuality” AND “nurse”	Peer reviewed, Date: 2004-2014, Methodology: Empirical Study	37	12	5	<p><i>1. Discussing sexuality with patients: Nurses attitudes and beliefs.</i></p> <p><i>2. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears</i></p> <p><i>3. The Comfort Levels of Nurses During Clinical Experiences Which Include Sexual Topics</i></p>
2014-11-10 CINAHL	"Sexuality in old age" AND "nursing" NOT "cancer" NOT "dementia" NOT "infections"	Peer reviewed, date: 1999-2014, Abstract available	35	17	7	<p><i>1. Sexuality in Older Adults: Effect of and Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff</i></p> <p><i>2. Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes</i></p> <p><i>3. Knowledge and Attitudes Toward Sexuality of a Group of Elderly</i></p>

Tabell 2. Översikt över sekundärsökning.

Ursprunglig artikel	Valda artiklar
<p><i>Nurses perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review.</i></p>	<p>1. <i>Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality.</i></p> <p>2. <i>The use of humor in addressing the sexuality of elderly.</i></p>

Bilaga 3

Analysmatris av använda artiklar. Kvaliteten har bedömts efter Fribergs kvalitativa och kvantitativa granskningsmall. De kvalitativa artiklarna poängsätts mellan 0-14 poäng och de kvantitativa artiklarna poängsätts mellan 0-13 poäng.

Författare: Akinci, C. A.

Titel: *The Comfort Levels of Nurses During Clinical Experiences Which Include Sexual Topics*

Tidsskrift, år och land: Sex Disabil, 2011. Turkiet

Syfte: Avgöra hur bekväma sjuksköterskor är och faktorer som påverkar deras bekvämlighet under kliniskt arbete som inkluderar sexuella ämnen.

Metod: Enkätstudie

Urval: 141 sjuksköterskor på medicin- och kirurgavdelningar från två sjukhus i Turkiet.

Kvalitet: Hög kvalitet. 11 poäng av 13.

Författare: Bauer, M., & Geront, M.

Titel: *The Use of Humor in Addressing the Sexuality of Elderly Nursing Home Residents.*

Tidsskrift, år och land: Sexuality and disability, 1999. Australien.

Syfte: Utforska sjukvårdspersonalens upplevelser av vårdtagarnas sexualitet på vårdhem.

Metod: Djupgående intervjuer.

Urval: 5st kvinnliga sjuksköterskor mellan 19-65år från 2 vårdhem i Melbourne.

Kvalitet: Hög kvalitet. 12 poäng av 14.

Författare: Bauer, M. McAuliffe, L. Nay, R. & Chenco, C.

Titel: *Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff.*

Tidsskrift, år och land: Educational Gerontology, 2013. Australien.

Syfte: Pröva kunskaper inom sexualitet och attityder hos sjukvårdspersonal innan och efter en workshop. Bedömdes med hjälp av frågeformulär.

Metod: Jämförande enkätstudie.

Urval: 112 deltagande som bjöds in till en workshop.

Kvalitet: Hög kvalitet. 11 poäng av 14.

Författare: Bauman, W-P., Arcelus, J., Benboq, S-M.

Titel: *Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II) Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study residential and nursing homes.*

Tidsskrift, år och land: Sexual and Relationship Therapy. 2007. England.

Syfte: Undersöka attityder hos sjukvårdspersonal i bostäder och vårdhem kring boendes sexualitet.

Metod: Beskrivande enkätstudie.

Urval: 11 vårdhem varav 234 personer, 54% godkända enkäter.

Kvalitet: Hög kvalitet. 11 poäng av 13.

Författare: Doll, G-M.

Titel: *Sexuality in Nursing homes: Practice and Policy.*

Tidsskrift, år och land: Journal of Gerontological Nursing, 2013. USA.

Syfte: Mäta (a) omfattningen av sexuella uttryck i vårdhem, (b) om dessa uttryck ansågs problematiska av sjukvårdspersonalen (c) familjen och sjukvårdspersonalens reaktioner till följd av dessa beteenden, och (d) huruvida riktlinjer för att vägleda insatser för sjukvårdspersonal fanns.

Metod: Enkätstudie - fokus på kvalitativ fördjupning.
Urval: Sjukvårdspersonal på alla vårdhem i hela Kansas, 340 stycken.
Kvalitet: Hög kvalitet. 12 poäng av 14.

Författare: Roach, M. S.
Titel: *Sexual behavior of nursing home residents: staff perceptions and responses.*
Tidsskrift, år och land: Journal of Advanced Nursing, 2004. Australien.
Syfte: Undersöka sjukvårdspersonalens uppfattningar om kärleksfullt- och sexuellt beteende hos individer på vårdhem.
Metod: Intervjuer och gruppdiskussioner.
Urval: Sjukvårdspersonal på boenden i Australien och Sverige. 30 kvinnor intervjuades, 18st var med i gruppdiskussionerna.
Kvalitet: Hög kvalitet. 11 poäng av 14.

Författare: Saunamaäki, N., Andersson, M., & Engström, M.
Titel: *Discussing sexuality with patients: Nurses attitudes and beliefs.*
Tidsskrift, år och land: Journal of Advanced Nursing, 2009. Sverige.
Syfte: Beskriva sjuksköterskors attityder och föreställningar mot att diskutera sexualitet med äldre patienter.
Metod: Enkätstudie med deskriptiv, korrelativ och jämförande design.
Urval: 100 sjuksköterskor söktes, 88st svarade. 84st kvinnor och 3st män (1st ospecificerat kön). Ålder mellan 22-64år med 5 månader till 40års arbetslivserfarenhet.
Kvalitet: Hög kvalitet. 13 poäng av 14.

Författare: Saunamaäki, N. & Engström, M.
Titel: *Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears.*
Tidsskrift, år och land: Journal of Clinical Nursing, 2012. Sverige.
Syfte: Att beskriva sjuksköterskors reflektioner på att diskutera sexualitet med äldre patienter.
Metod: Djupgående intervjuer med deskriptiv design.
Urval: 10 sjuksköterskor.
Kvalitet: Hög kvalitet. 12 poäng av 14.

Författare: Walker, B. L. & Ephross, P. H.
Titel: *Knowledge and Attitudes Toward Sexuality of a Group of Elderly.*
Tidsskrift, år och land: Journal of Gerontological Social Work, 2008. USA.
Syfte: Undersöka kunskaper och attityder hos äldre kring sexualitet och sjukvårdspersonalens förhållningssätt i samband med sexuella uttryck i långtidsvården.
Metod: Enkätstudie.
Urval: 68 personer från 8 äldreboenden, från California, Maryland, Michigan Virginia varav 10 intervjuade.
Kvalitet: Hög kvalitet. 10 poäng av 14.

Författare: Walker, L. B., & Harrington, D.
Titel: *Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality.*
Tidsskrift, år och land: Educational Gerontology, 2010. USA.
Syfte: Utvärdera sjukvårdspersonalens utbildningsmaterial som syftade till att förbättra personalens kunskaper och attityder om sexualitet hos äldre.
Metod: Enkätstudie.

Urval: 109 personer som är sjukvårdspersonal från fyra olika långtidsvårdsinrättningar.
Kvalitet: Hög kvalitet. 12 poäng av 14.