Sahlgrenska akademin VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

C-uppsats

Institutionen för Omvårdnad

Sexualitet på ålderns höst

Sjuksköterskans förhållningssätt till den geriatriska patientens sexualitet

FÖRFATTARE	Anneli Midenfjord
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad - Självständigt arbete I VOM080
	VT 2005
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Helle Wijk
EXAMINATOR	Hans Ragneskog

Titel:	Sexualitet på ålderns höst. Sjuksköterskans förhållningssätt till den geriatriska patientens sexualitet
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM080
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	18
Författare:	Anneli Midenfjord anneli.midenfjord@comhem.se
Handledare:	Helle Wijk
Examinator:	Hans Ragneskog

SAMMANFATTNING

INTRODUKTION: Läkare och övrig vårdpersonal diskuterar sällan sexualitet med äldre patienter och sexuella frågor förekommer sällan som en indikator i skattningsskalor för dagliga livets aktiviteter eller livskvalitet för äldre. Vårdpersonal har bristande kunskap om de äldres sexualitet. För sjuksköterskeutbildningar finns det litteratur i ämnet, men man undervisar inte ofta om hur man diskuterar med patienten om sexuella problem.
SYFTE: Syftet med denna uppsats var att undersöka det vetenskapliga underlaget för om det är sjuksköterskans uppgift att fråga den geriatriska patienten om sexualitet. Hypotesen var att om sexualitet är ett viktigt behov hos äldre så bör detta tas hänsyn till i planeringen av den äldre patientens omvårdnad.
METOD: Studien var en litteraturstudie av 10 vetenskapliga artiklar. Man sökte i databaser CINAHL, PubMed och PsychInfo. Sökorden som användes var sexu*, sexuality, sexual behavior, nurs*, health personnel, attitude, elderly, aged, patient och geriatric*.
TEORETISK REFERENSRAM: Hendersons och Eriksons omvårdnadsteorier har legat till grund för granskningen av artiklarna.
RESULTAT: Resultatet av litteraturstudien visade att det var ovanligt att vårdpersonalen, inom de vårdenheter vilka den geriatriska patienten passerade i vårdförloppet, frågade om sexualitet trots att de ansåg detta vara viktigt. Istället väntade vårdpersonalen att patienten skulle fråga. Patienter hade behov av att få information om sexualitetsproblematik, men väntade att vårdpersonalen skulle initiera diskussionen. Det förekom olika åsikter, om vem som skulle fråga patienten om sexualitet såsom sjuksköterskan, läkaren eller psykologen.
DISKUSSION: Eriksson betonar att olika yrkeskategorier bör arbeta tillsammans för att hjälpa patienten nå målet hälsa. Enligt Henderson har sjuksköterskan, såsom alla medlemmar i den medicinska arbetsgruppen, ansvar för patientens undervisning. För att kunna diskutera sexualitet med den äldre patienten bör sjuksköterskan få utbildning både i sexologi och i informationsteknik åtminstone på en grundläggande nivå, vilket motsvarar nivåer P (Permission) och LI (Limited Information) i PLISSIT- modellen. PLISSIT - modell är ett hjälpmedel, som innehåller fyra stadier i omhändertagandet av patienter, som har problem med sexualitet. Enligt Socialstyrelsen bör all personal inom sjukvården kunna åtminstone det första stadiet - att ge tillåtelse både till sig själv och patienten att tala om sexuella frågor.
SLUTSATS: Sexualitet bör ingå i sjuksköterskans omvårdnadsanamnes som en naturlig del, men för att kunna diskutera sexualitet med patienten måste sjuksköterskan få undervisning om sexualitet hos äldre personer samt ha kunskap om hur dessa frågor kan diskuteras med patienten.
NYCKELORD: Omvårdnad, Lidande, Sjuksköterska, Geriatrik, Sexualitet, Äldre, Team, Henderson, Eriksson.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sid.

INTRODUKTION 4

Inledning 4
Begrepp 4
Äldreforskning och sexualitet 5
Vårdpersonalens rådgivning i sexualitet inom äldrevården. 5
Klinisk referensram 5
Teoretisk referensram 5
Äldres sexualitet i sjuksköterskeutbildningar 7

SYFTE 7

METOD 7

RESULTAT 8

Sexualitet hos äldre 8
Den sjuka äldre personens behov av information om sjukdomens påverkan på sexualitet 9
Kunskap, attityder och hinder för att samtala om sexualitet 9

DISKUSSION 11

Metoddiskussion 11
Resultatdiskussion 12
Fortsatt forskning 16

REFERENSLISTA 17

BILAGA 1
Artikelsammanställning

BILAGA 2
PLISSIT – modell

BILAGA 3
Delfaktorer inom den grundläggande sjukvården enligt Henderson

INTRODUKTION

Inledning

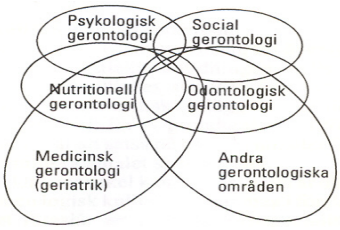
Inom olika enheter inom äldrevården, på vilka jag arbetat sedan i början av 70-talet, har man inte berört ämnet sexualitet vid omvårdnadsrapportering. År 2002 arbetade jag som biträdande vårdenhetschef på Göteborgs utbildningsavdelning inom geriatriken (GUA). Man arbetade i team, där ingick läkare, dietist, sjukgymnast, sjuksköterska, undersköterska och arbetsterapeut. Sjuksköterskor dokumenterade enligt VIPS - modellen (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand 2000), vilken är en vägledande modell för dokumentation. Många av sjuksköterskorna hade fått utbildning i omvårdnadsdiagnostik och man använde Hendersons behovsmodell för omvårdnadsarbetet (bilaga 3). På avdelningen fanns en manlig 79-årig patient, som skulle skrivas ut nästkommande dag. Han kallade mig till sig och frågade: ”Hur kan jag ha samlag med min fru, när jag nu har kateter?” Efter samtal och rådgivning skulle jag dokumentera, men hittade inte sökordet sexualitet. När jag frågade den dokumentationsansvariga sjuksköterskan, fick jag svaret: ”Vi i dokumentationsgruppen tog bort detta sökord, eftersom ingen använder det.” I sjuksköterskegruppen tyckte de flesta att man inte frågar gamla patienter om sexualitet.

Begrepp

WHO definition av sexualitet: ”Sexualitet är en väsentlig del av att vara människa genom hela 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.269).

WHO definition av sexuell hälsa: ”Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysisk, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterad till sexualitet, det är inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och behållas, måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas” (Hulter 2004 s. 270).

Geriatrik är ett eget specialistområde, där man vårdar multisjuka äldre personer. Geriatriken har anknytning till bl.a. internmedicin, dermatologi, neurologi, ortopedi, psykiatri och urologi. Enligt Akner, styrelseordförande i svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi (SFGG) är helhetssynen viktig för en kvalificerad äldrevård. Man bör också inom geriatriken ha teamtänkande och ta hänsyn till medicinska social-psykologiska- och existentiella aspekter (Akner 2005). I teamet inom geriatriken bör ingå arbetsterapeuter, logopeder, läkare, dietister, psykologer, sjukgymnaster och sjuksköterskor (Steen 2004). Inom geriatrisk sjukvård vårdar man äldre och mycket gamla personer med många och svåra akuta och kroniska sjukdomstillstånd. För att kunna vårda geriatriska patienter måste man ha kunskap om gerontologin, det normala åldrandet.



Figur 1 Gerontologin och några av dess delområden, varav geriatriken är ett. (Steen 2004)

Äldreforskning och sexualitet

I Göteborg pågår en longitudinell undersökning, H70, i vilken man undersöker hälsotillståndet hos 70-åringar. Studien startade 1971. 30 % av alla 70-åringar i Göteborg erbjöds att delta. Ytterligare grupper, födda 5 respektive10 år senare, har inkluderats i studien. Grupperna har undersökts med olika tidsintervaller och jämförts med varandra. Flera forskare ingår i denna långtidsstudie. Nilssons studie (Nilsson 1984) visade bl.a. att vid 70 års ålder var 53 % av de gifta och 27 % av de ogifta männen och 38 % av de gifta och 4 % av de ogifta kvinnorna sexuellt aktiva. Enligt Rundgren (1991) och Skoog (2002) påverkar ålder mer på kvinnornas än männens sexualitet. Samhällets negativa syn på äldres sexualitet orsakar skuldkänslor hos de äldre. Sexualiteten påverkas negativt av bl.a. medicinering, alkohol, psykiska problem, trötthet och kroppsliga sjukdomar. H70 undersökningar har visat sambandet mellan stigande ålder, sexuella svårigheter och sjukdomar. En av de vanligaste sjukdomar hos äldre är urininkontinens och enligt Molander (2001) har äldre män ofta också besvär med impotens om de har svårigheter att tömma blåsan.

Vårdpersonalens rådgivning i sexualitet inom äldrevården

Skoog (2002) skriver att läkare och övrig vårdpersonal diskuterar sällan sexualitet med äldre patienter och sexuella frågor finns inte i skattningsskalor för dagliga livets aktiviteter eller livskvalitet för äldre. Han nämner att ofta skulle det vara tillräckligt med rådgivning om de normala fysiologiska förändringarna. Patientundervisning är en viktig del av sjuksköterskans arbete (SOSFS 1993: 17). Inom geriatrisk vård beror det, enligt Öhman (2003), på sjuksköterskans kunskaper och erfarenheter vilken information patienten får. Sjuksköterskorna har allmänt en positiv attityd och förståelse för att patienterna skulle behöva råd och stöd i sexualitet vid olika sjukdomar, men det är inte vanligt att sjuksköterskorna frågar patienten om sexualitetsproblem (Hulter 2004). Öhman (2003) beskriver, att sjuksköterskan förklarar tidsbristen som orsak varför man inte utövar patientundervisning och om man undervisar så blir det ofta i samband med medicindelning. För att kunna diskutera sexualitet med patienter finns olika hjälpmedel, t.ex. PLISSIT-modellen (Annon 1984) (bilaga 2). Modellen är beskriven i flera böcker för sjuksköterskestudier både i Sverige och i utlandet (Lindström 1999, Skansgård, Svendsen, Aanrud & Aars 2001, Heath & Schofield 1999, Carpenito 2002).

Klinisk referensram

Sjuksköterskan är skyldig att ta hänsyn till hela människan (Hälso- och sjukvårdslagen och Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område). I Socialstyrelsens allmänna råd rörande Omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17) anförs följande: ”Det är viktigt att all personal ser människan i ett helhetsperspektiv och inte enbart inriktar sina insatser på sjukdomstillståndet/…/Omvårdnadsåtgärder i vid mening innebär att berörd personal i samverkan med patienten och när så är lämpligt även patientens närstående formulerar och tydliggör mål för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa/…/Rådgivning och vägledning är synnerligen viktiga åtgärder som stöd för patientens och anhörigas egna insatser efter avslutad vård och behandling på såväl sjukhus som i öppen vård.”

Enligt Ehnfors *et al.* (2000) är VIPS-boken en praktisk handbok för sjuksköterskor för att kunna systematiskt dokumentera omvårdnad enligt sökord. Sexualitet/Reproduktion är en av dessa sökord och innehåller bl.a. följande stödord: Samlevnad. Störningar. Krav. Förväntningar. Biverkan av läkemedel. Klimakterium. Gynekologisk status. Bröst. Blödningar. Vaginala besvär. Egenvård och hjälpmedel som används. Björkdahl (1999) redovisar att Psyk-VIPS boken, som används inom psykiatrin, innehåller också sökorden: Kulturella aspekter. Störningar: t.ex. Impotens. Sexuellt avvikande beteende. Fixering. Vanföreställning. Problem i sexuell identitet. Könssjukdomar.

Teoretisk referensram

Hendersons omvårdnadsmodell och Erikssons teorier om den lidande människan utgör den teoretiska referensramen i detta arbete. Enligt Henderson är sjuksköterskans speciella arbetsuppgifter sådana åtgärder, som befordrar hälsa eller tillfriskande, åtgärder som patienten själv skulle utföra, om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Patienten som alla andra

människor har grundbehov såsom behov av mat, husrum, kläder, kärlek, uppskattning, känsla av att vara till nytta och upplevelse av ömsesidig samhörighet med och ömsesidig beroende av andra i en mänsklig gemenskap. Det är viktigt att sjuksköterskan känner sina egna basbehov för att kunna bättre tolka patientens behov. Omvårdnadens uppgifter är bl.a. att hjälpa patienten att meddela sig med andra, att ge uttryck för sina önskemål och känslor och att hjälpa patienten att lära. Henderson gav ett exempel att eftersom patienten ser läkaren sällan, är en av de viktigaste uppgifterna inom sjuksköterskans patientvårdande verksamhet att hjälpa patienten tala fritt med läkaren. Sjuksköterskan har, såsom alla medlemmar i den medicinska arbetsgruppen, ansvar för patientens undervisning, men skall samtidigt inse skillnaden mellan sin egen och läkarens roll. Målet av vården är att främja hälsa (det som patienten själv upplever som hälsa) och tillfriskande eller en fridfull död. (Henderson 1970, Kirkevold 2000,Thorsén 2000).

Enligt Eriksson (1994) är teorikärnan i vården bytt från sjukdom till lidande. Eriksson delar lidandet i tre grupper: sjukdomslidande (upplevs i relation till sjukdom och behandling), vårdlidande (upplevs i relation till själva vårdsituationen) och livslidande (upplevs i relation till det egna unika livet- att leva och inte leva). Genom att känna igen de olika formerna av lidande, kan vi eventuellt kunna lindra lidandet i de konkreta vårdsituationerna. Såsom smärtan är en varningssignal på det biologiska planet, är lidandet varningssignal på det psykologiska och andliga planet. I lidandet finns sorgen över det vi förlorat eller håller på att förlora.

Att lida har enligt Eriksson sex olika dimensioner, en av dessa är som uttryck för ett begär eller en brist. Då den lidande människan berättar om sitt lidande önskar hon att hennes lidande skall bekräftas. Människor uttrycker sitt lidande på olika sätt, men ofta saknar vi ett språk för den känslan. Att vara ansvarig för någon annan innebär att inte orsaka henne lidande. Att orsaka lidande innebär alltid att kränka den andres värdighet och samtidigt kränka sin egen värdighet. Människans djupaste begär är begäret efter kärlek och bekräftelse. Att inte få och inte kunna ge kärlek kan innebära ett gränslöst lidande.

Eriksson förklarar att lidandet är en del av livet och om vi förnekar lidandet, förnekar vi en del av livet och människans möjlighet att bli en hel människa. Lidandet kan ge hälsan en mening genom att människan blir medveten om kontrasterna. Ser vi hälsa som helhet innebär lidandet att denna helhet rubbas. Om man ser lidandet som en naturlig del av människan, är också lidandet en del av hälsan. Människan försöker på olika sätt att lindra sitt lidande: eliminera, höja sig över, förneka, fly, resignera eller vara ödmjuk och finna en mening. Att kunna omvandla lidandet till en positiv kraft förutsätter att vi kan formulera det (dela det genom berättelsen med en annan människa).

Sjukdomslidandet delar Eriksson in i kroppslig smärta och själsligt och andligt lidande. Sjukdomslidande förorsakas av de upplevelser av förnedring, skam och/eller skuld som människan erfar i relation till sin sjukdom eller behandling. Man tvingas söka fram till informationen, köa, vänta, fråga och använda gemensamma utrymmen för de mest intima åtgärderna.

Vårdlidande innebär kränkning av patientens värdighet, maktutövning och utebliven vård. Att bekräfta människans värdighet i vården innebär att ge varje patient en individuell vård. Utebliven vård, icke-vård eller brister i god vård kan bero på att man som sjuksköterska inte ser vad patienten behöver. Enligt Eriksson innebär alltid utebliven vård en kränkning av människans värdighet.

Erikssons begrepp livslidande innebär att sjukdomen gör att hela människans livssituation förändras. En människa som har upplevt sig som hel människa blir upplöst och man blir en massa delar med ett upplöst inre. Kanske en av de allra djupaste formerna av livslidande är kärlekslösheten. Lidande kan lindras bl.a. genom att patienten är informerad, delaktig och får svar på de egna frågorna och får den vård och behandling som sjukdomen och människan som unik person behöver. Vårdlidande kan ses som ett onödigt lidande som med alla medel bör elimineras.

Thorsén (2000) beskriver att Eriksson bygger sin omvårdnadsmodell på teoretiska ansatser från många olika discipliner. Eriksson har en kristen människosyn (tro, hopp och kärlek). Det centrala hos Eriksson är helhetstänkande i form av att människan består av kropp, själ och ande. Förutsättning för omvårdnad är människokärlek. Omvårdnadens kärna består av att ansa (vårdaren vågar närma sig patienten och i kravlös ansning får patienten uppleva sig accepterad för sin egen skull), att leka (vårdaren genom övning lär patienten t.ex. att bearbeta konfliktfylld information) och att lära (vårdaren skapar en tillitsfull och trygg atmosfär). Omvårdnad leder till hälsa, vilken är integration av välbefinnande, sundhet och friskhet. Eriksson betonar också att olika yrkeskategorier bör arbeta tillsammans för att hjälpa patienten nå målet hälsa.

Äldres sexualitet i sjuksköterskeutbildningar

Flera läroböcker, vilka används i engelskspråkiga länder i sjuksköterskeutbildningar, berör äldre patienters sexualitet och sjuksköterskans roll. (Heath & Schofield 1999, Redfern & Ross 2001, Eliopoulos 2001, Carpenito 2002). Också i Sverige finns läroböcker, som innehåller detta ämne (Skansgård *et al*. 2001, Hulter 2004). Enligt Skansgård måste sjuksköterskan ha utbildning för att kunna hantera sexuella frågeställningar. Utbildningen kan ha olika former, men det är viktigt att få kunskaper om kommunikation, attityder och etik. Enligt traditioner har sexualitet betraktats som en privatsak, men man har inom vården ändå haft kunskap om sjukdomarnas negativa påverkan på sexualiteten. Patienten har rätt att få information om t.ex. behandlingens påverkan på sexuallivet. Sjuksköterskan har informationsplikt. Patienten behöver inte själv fråga efter denna information. Ett problem är att sjuksköterskor saknar användbara ord p.g.a. att man inte är van och inte fått utbildning i att diskutera sexualitet. Sexualitet är en viktig del av identiteten. Människans liv delas ofta i fyra faser: barndom, ungdom, vuxenålder och ålderdom. Sexualiteten försvinner inte. Den har olika former i olika livsfaser. Eftersom forskningen visar att äldre har sexuella behov upp till hög ålder och att sjukdomar orsakar problem, borde sexualitet ingå i geriatrisk sjukvård som en naturlig del och därmed också ingå i sjuksköterskeutbildningen. T.ex. på Sahlgrenska Akademin i Göteborgs Universitet har man ingen direkt undervisning i ämnet vare sig i sjuksköterskornas grundutbildning eller i specialistsjuksköterskeutbildning Vård av Äldre. Skansgård *et al.* (2001) ställde frågan om vem som är mest lämpad att fråga patienten om sexualitetsproblematik och konstaterade att det kan mycket väl vara en sjuksköterska som patienten väljer.

SYFTE

Syftet med denna uppsats var att undersöka det vetenskapliga underlaget för om det är sjuksköterskans uppgift att fråga den geriatriska patienten om sexualitet. Hypotesen var att om sexualitet är ett viktigt behov hos äldre så bör man ta hänsyn till detta i planeringen av den äldre patientens omvårdnad.

METOD

Författarens egen kunskapsinhämtning inom ämnet äldres sexualitet erhölls via en 10 p kurs i sexologi på Psykologiska institutet i Göteborgs Universitet och genom kontakter med forskare i H70- studier i Göteborg. Resultatet i denna uppsats grundar sig på vetenskapliga artiklar i databaserna CINAHL, PubMed och PsychInfo med hjälp av olika sökordskombinationer enligt tabell 1.

I CINAHL har jag begränsat mig sig till engelskspråkliga artiklar, dokument type; research, journal subset; peer-reviewed och till artiklar publicerade 1994-2005. I PubMed begränsades sökningen till engelskspråkliga artiklar med abstrakt som var publicerade 1994-2005. I PsychInfo sökte man engelskspråkiga artiklar publicerade 1994-2005.

Databas	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
CINAHL	sexu* AND nurs* AND elderly	280	1 (Verna, Pangman & Sequire (2000)
	sexu* and nurs* and geriatric*	155	2(Roe & May 1999, Johnson 1996)
PubMed	sexu* and nurs*	3105	1(Jakobsson, Rahm Hallberg & Lovén 2000)
	"Sexual Behavior"[MeSH] AND "Health Personnel"[MeSH] AND "Attitude"[MeSH]	219	2(Stead, Brown, Fallowfield & Selby 2003, Gott, Hinchliff & Galena 2004)
PsychInfo	health personnel and sexuality and patient	27	2(Haboubi & Lincoln 2002, Gott, Galena, Hinchliff & Elford 2004)
	sexu* and nurs* and (aged or geriatrics or patient)	146	2(Gott & Hinchliff 2003, Glass & Webb 1995)

Tabell 1. Litteratursökning: sökord, antalet vetenskapliga artiklar och valda artiklar

Sökningen koncentrerades till de senaste 10 åren beroende på att vårdforskning framskrider mycket snabbt. Inklusionskriterier till studien var att artiklarna handlade om äldre, sexualitet och vårdpersonal. Jag fann 27 artiklar, vilka berörde ämnet och efter läsningen och vidarestudier i metodik valdes10 artiklar att ingå i studien. Exklusionskriterier för de 17 artiklar som inte togs med var att dessa studier var för små och lokalt anknutna, hade patientperspektiv, jämförde yngres och äldres sexualitet, handlade om sjukhemspatienters beteende eller sjukhemspersonalens attityder, var enbart statistiska undersökningar eller saknade omvårdnadsperspektiv. Artiklar valdes där målgruppen dels var är patienter med allmän geriatrisk problematik såsom inkontinens samt palliativa patienter med prostatacancer- och äggstockscancer. Utgångspunkten var att ha ett nordiskt perspektiv. Litteraturstudien baseras på såväl engelskspråkiga som svenska vetenskapliga artiklar.

Uppsatsen grundar sig på den forskningen, som fanns tillgänglig via Biomedicinska bibliotek i Göteborg under februari 2005. Resultat av litteratursökningen presenteras i teman, vilka utvecklades under sökningen på databaser. Varje tema representeras av en eller flera utvalda artiklar. Artiklarna presenteras i alfabetisk ordning i artikelsammanställning i bilaga 1.

RESULTAT

Syftet med denna uppsats var att undersöka det vetenskapliga underlaget för om det är sjuksköterskans uppgift att fråga den geriatriska patienten om sexualitet. Resultatet redovisas under följande teman: sexualitet hos äldre, den sjuka äldre personens behov av information om sjukdomens påverkan på sexualitet och kunskap, attityder och hinder för att samtala om sexualitet.

Sexualitet hos äldre

Johnson (1996) undersökte äldres sexualitet multidimensionellt (den biologiska, emotionella, psykologiska, andliga och sociala sidan av sexualiteten). Man intervjuade 69 män och 92 kvinnor och fann skillnader mellan mäns och kvinnors sexualitet. För kvinnorna var sexuella aktiviteter såsom att sitta och prata, göra sig själv attraktiva och säga kärleksord vara viktigare än för männen. För männen var erotisk läsning, erotiska filmer, sexuella dagdrömmar, fysiska intima aktiviteter såsom smekningar, samlag, masturbation och oral sex viktigare än för kvinnorna. 45 % av män och 52 % av kvinnorna rapporterade minskat intresse för sexualitet. Ålder hade signifikant negativ samband till intimitet och sexuella attityder. Hälsa hade signifikant positivt samband till intimitet, självkänsla och sexuella attityder, sexuellt deltagande och sexuell tillfredställelse.

H70 studien har visat, att sexualitet är normalt förekommande också i de övre åldrarna (Nilsson 1984, Skoog 2002). Enligt Henderson uttrycker varje individ sina behov på för henne unika sätt och Erikssons anser det vara viktigt att bekräfta människans värdighet i vården genom att ge varje patient en individuell vård. Johnson bekräftar både Henderson och Eriksson genom att redovisa att sexualiteten uttrycks på olika sätt hos män och kvinnor.

Den sjuka äldre personens behov av information om sjukdomens påverkan på sexualitet

Jakobsson, Rahm Hallberg & Lovén (2000) har utforskat sexuallivet hos 25 män, som hade prostatacancer och hade erfarenheter av kvarliggandekateter. Problem med sexuallivet var ett av fenomen, som minskade patienters livskvalitet. Det var viktigt att ha kvar självkänslan och den sociala rollen. Ansvaret för medicinska beslut lämnades till vårdpersonal, men problemen med sexuallivet pratade männen inte om. Männen jämförde sig med andra som hade det värre för att få sin egen livssituation kännas bättre.

Roe och May (1999) gjorde en studie om inkontinensens inverkan på individens sexualitet. De intervjuade 19 kvinnor, 8 män. Medelålder var 61 år. 22 hade inkontinensproblem. Fyra hade både urin- och faecesinkontinens. 17 av deltagarna hade också andra sjukdomar såsom MS, diabetes, ryggmärgsskada, cancer eller kombination av både diabetes, stroke och dubbelsidig benamputation. Roe och May fann att inkontinens påverkade på individens sexualitet och sexuella identitet och att patienterna behöver diskutera sexualitet och få råd om hur de skulle hantera sin situation. Patienterna kände sig generade, om man blev blöt och man undvek att vistas utanför hemmet. Kvinnor använde mönstrade tyger i kläder för att våta fläckar inte skulle synas. Man använde sanitärbindor som skydd p.g.a. att man ville vara oberoende. Några tvättade sin kropp ofta för att minska risken för illalukt. Några blev tvättade av sin maka/make, vilket ledde till minskad sexuell lust mellan makarna. En kvinna berättade att hon hade svårt att genomföra RIK- metoden (ren intermittent katetrisering) på sig själv om det finns en annan i närheten, hon måste ligga på sängen. Sängen är för de flesta avkoppling, sömn och sexualakt, nu fick den en annan innebörd. En annan kvinna tyckte att RIK- metoden fungerade utmärkt på henne, men det hade tagit ett år innan hon var van, både fysiskt och psykiskt. Man rapporterade också om att sjuksköterskor inte hade kunskap och erfarenheter att bemöta dessa problem.

Stead *at al* (2003) gjorde en studie på en mottagning bland 72 kvinnliga patienter, vilka hade äggstockscancer. Av kvinnorna hade 23 upplevt en förändring i sin sexualitet i samband med sin sjukdom. För en intervju valdes 15 av dessa 23 med hjälp av stickprov. De intervjuade var i åldrarna 42-71 år, medelålder var 56. Ingen av kvinnorna hade fått skriftlig information om sjukdomens påverkan på sexualiteten och endast två hade fått kort muntlig information. 9 kvinnor tyckte att vårdpersonalen skulle initiera diskussionen och att samtalet inte skulle behöva vara långt, det skulle räcka några få minuter.

Jakobsson, Rahm Hallberg och Lovén (2000) och Roe och May (1999) bekräftar Erikssons tankar om sjukdomslidande och livslidande. Livslidande innebär att sjukdomen gör att hela människans livssituation förändras. Hendersons åsikt är att sjuksköterskan bör främja hälsa hos patienten genom att bekräfta sådant hälsobegrepp som patienten upplever som sin egen. Eriksson har också nämnt att patienten kan ibland för att skydda sig mot ett outhärdligt lidande ikläda sig clownens mask och skämta bort sin situation. Stead *at al* (2003) bekräftade både Erikssons tankar om utebliven vård, vilket innebär vårdlidande och Hendersons tankar om sjuksköterskans speciella arbetsuppgifter vilka befordrar hälsa eller tillfriskande och innebär åtgärder som patienten själv skulle utföra, om han hade erforderlig kunskap. När man söker läkare eller annan vårdpersonal för att få hjälp för sina problem, förväntar man att personalen har förståelse och kunskap för det problemet som man söker för.

Kunskap, attityder och hinder för att samtala om sexualitet

Gott och Hinchliff (2003) identifierade flera hinder för att söka hjälp och behandling för sexuella problem. Hinder var bl.a. läkarens personlighet, läkarens attityder mot äldres sexualitet, man tyckte att sexuella problem tillhörde till normalt åldrande, man kände skam och rädsla, man hade uppfattning om att sexualproblem inte var viktiga och man hade bristande kunskap om möjlighet att få hjälp. Författarna intervjuade 22 kvinnor och 23 män i åldrarna 50-92. De intervjuade skulle i första hand söka allmän läkare om man hade sexuella problem. 25 av deltagarna medgav att de hade för närvarande sexuella problem, men ingen av dessa personer hade erfarit att läkaren hade initierat frågan.

Pangman och Sequire (2000) gjorde en litteraturstudie p.g.a. äldreåret 1999 i form av en historisk tillbakablick. De hade en åsikt om att koppling mellan sexualitet och ålderdom fortfarande var en myt i samhället och ansåg att sjuksköterskor, som utbildas i gerontologi och sexualitet borde fungera som utbildare. Enligt Pangman och Sequire är det viktigt att sjuksköterskan frågar patienten om sexualitet. Man beskrev råd om hur man börjar fråga patienterna eftersom detta är ofta ett hinder.

Glass och Webb (1995) undersökte 42 vårdlärares kunskaper och attityder om äldres sexualitet. Resultatet visade att lärarna hade bristande kunskaper och de lärare, som hade positiv attityd, var mer villiga att förbättra sina kunskaper. Författarna föreslog att vårdlärarutbildningars läroplan borde innehålla en kurs om de äldres sexualitet. Man borde också göra longitudinella undersökningar och mäta sjuksköterskeelevernas kunskap om sexualitet från när de börjar sin utbildning genom olika praktikplatser ända tills de blir färdiga sjuksköterskor.

Gott, Hinchliff och Galena (2004) undersökte hur allmänläkare uppfattade och tog hand om äldre patienters sexualproblem. 22 läkare intervjuades på läkarnas mottagningar. Läkarna uppfattade sexualhälsan på olika sätt. Man tyckte att äldres sexualitet är viktig i teorin, men man diskuterade detta sällan i praktiken. Det fanns många hinder för att diskutera sexualitet. Enligt vissa av läkarna diskuterade man inte sexualitet med denna åldersgrupp men man välkomnade utbildning i samtalskonst i detta ämne, men å andra sidan hade man inte tid och resurser för utbildning. Man undvek att diskutera sexualitet p.g.a. rädsla att förlora patienter.

Gott, Galena, Hinchliff och Elford (2004) hade som syfte att identifiera hinder varför allmänläkare och sjuksköterskor, vilka arbetade på vårdcentraler, inte frågade patienter om sexualhälsa. Författarna ville utforska strategier för att öka kommunikation om sexualitet. Man intervjuade 22 läkare och 35 sjuksköterskor från olika mottagningar. Det fanns ingen rutin att fråga om patienternas sexualitet. Man tyckte att frågor om sexualitet var känsliga, komplexa och krävde tid och expertkunskap. Sjuksköterskor tyckte att sexualhälsa var en del av den holistiska omvårdnaden och en viktig del av en sjuksköterskans arbete. Man identifierade delvis hinder att prata sexualitet med patienter från motsatta könet, med patienter från svarta och etniska minoritetsgrupper, från medelålders- och äldre och från icke-heterosexuella patienter. Om patienten hade ett annat modersmål eller använde tolk, man hade svårigheter att hitta de rätta orden för att kunna diskutera sexualitet. Ett stort hinder var tidsbrist. Möjliga strategier för att öka kommunikation om sexualhälsa vore träning i samtalsmetodik, att få möjligheter att skaffa kunskap om det rätta språket och införskaffandet av skriftlig patientinformation (broschyrer eller posters). Läkarna tyckte att sjuksköterskan var bättre utrustad att ta hand om detta område. De kvinnliga sjuksköterskorna tyckte att de kände sig bekvämast att prata med kvinnliga patienter om sexualitet.

Haboubi och Lincoln (2003) redovisade att majoriteten av personalen på akut- och rehabiliteringsavdelningar hade aldrig frågat patienter om sexualitet p.g.a. bristande träning, förlägenhet och tidsbrist. Ändå ansåg 60 % att de skulle känna sig bekväma att diskutera detta område. 55 % tyckte att sjuksköterskan, 50 % att läkaren, 42 % att den kliniska psykologen skulle fråga patienten. 90 % tyckte att sexualitet borde ingå i den holistiska vården. Yngre var mer villiga att få utbildning i sexologi. Äldre var mindre förlägna och mindre påverkade av patientens ålder. Män kände sig mer bekväma och uppmuntrade oftare patienterna att diskutera sexualitet. Patienter frågade oftare män än kvinnor i sexualfrågor. Kvinnor upplevde oftare förlägenhet och brist på träning. Personal från medicinska avdelningar var signifikant mer villiga att fråga patienten och initiera diskussion än personal från rehabiliterings- och kirurgavdelningar.

Stead *at al* (2003) gjorde intervjuer för att utforska attityder och beteende bland läkare och sjuksköterskor, som arbetade på enheter, där det vårdades patienter med äggstockscancer. Alla tillfrågade läkare och sjuksköterskor deltog, dvs. 16 läkare och 27 sjuksköterskor. Endast 9 diskuterade sexualitet med patienterna, trots att alla utom en tyckte att det var viktigt. Tre av dessa 9 pratade med alla kvinnor. 5 läkare och 6 sjuksköterskor ansåg att de personligen skulle prata med patienterna om sexualitet, övriga tyckte att det var någon annans ansvar. Två av läkarna tyckte att sexualitet inte var helt medicinskt problem och att det var sjuksköterskans roll

att ge råd. De intervjuade angav anledningar till varför de inte diskuterade sexualitet: man kände förlägenhet, man hade brist på privat område, man hade ont om tid, man skulle vänta tills patienten frågade, man hade dålig kunskap/erfarenhet/skicklighet, man upplevde bristande stöd om man behövde hjälp, man tyckte att de flesta patienter var för gamla för att bli frågade om sexualitet, man prioriterade inte detta område, man tyckte att sexualitet är tabu och att man aldrig hade tänkt på detta tidigare. Ytterligare några kommenterade att det fanns ingen modell att gå efter och att det är en medicinsk tradition att inte fråga.

Den redovisade forskningen i detta tema om kunskap, attityder och hinder för att samtala om sexualitet bekräftar Hendersons tankar om sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att lära. Sjuksköterskan har enligt henne, såsom alla medlemmar i den medicinska arbetsgruppen, ansvar för patientens undervisning, men skall samtidigt inse skillnaden mellan sin egen och läkarens roll. Gott och Hinchliff (2003) berättade om patienters skam och rädsla beroende på bristande kunskap om sexualitet. Eriksson har beskrivit detta som sjukdomslidande, vilket delas in i kroppslig smärta och själsligt och andligt lidande. Också Erikssons vårdlidande p.g.a. utebliven vård bekräftas av Gott och Hinchliff, när de berättade att de intervjuade personer hade bristande kunskap om möjlighet att få hjälp. Gott, Galena, Hinchliff och Elford (2004) och Haboubi och Lincoln (2003) fick bl.a. som resultat att enligt sjuksköterskor sexualitet var en del av den holistiska vården. Eriksson har betonat helhetsvård och Hendersons 14 grundbehov är också ett försök att se patienten ur holistisk synpunkt. Utebliven vård, icke-vård eller brister i god vård enligt Eriksson kan bero på att man som sjuksköterska inte ser vad patienten behöver och enligt henne innebär utebliven vård alltid en kränkning av människans värdighet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det vetenskapliga underlaget söktes via databaserna PubMed, PsychInfo och CINAHL. Sökperiod var åren 1994-2005. Tidsperioden var litet för smal p.g.a. att det var på 80-talet och i början av 90-talet, som det verkade ha funnits intresse att forska i sexualitet. Då publicerades det flera artiklar om AIDS och relaterade sjukdomar. Beroende på syftet av denna litteraturstudie, sjuksköterskans förhållningssätt till den geriatriska patientens sexualitet, sökte jag litteratur under de senaste tio åren. Jag ville se om omvårdnadsforskningen följer med i den samhälleliga debatten om de äldres sexualitet. Ämnet sexualitet är tvärprofessionellt, men det stötte på svårigheter att hitta forskning i de traditionella vårdforskningstidskrifterna.

Utgångspunkten för detta arbete var att anlägga ett nordiskt perspektiv på frågeställningen om äldre sexualitet men det stötte på svårigheter att finna nordiska vetenskapliga artiklar i ämnet. Den mänskliga sexualiteten har olika uttrycksformer i olika kulturer, men det finns ändå en gemensam grund. Därför har man i denna studie tagit med undersökningar också från andra delar av västvärlden. De granskade artiklarna kom från Sverige(1), England(6), USA(2), Canada(1).

Om sökningen hade baserats på olika sjukdomsdiagnoser, kanske detta hade resulterat i fler artiklar, men med risken att det hade haft en alltför medicinsk prägel. Istället valdes artiklar som belyste sjuksköterskans roll. För att få svar på frågan om det är sjuksköterskan som bör fråga patienterna, borde man kanske ha haft andra sökord. Sökningen resulterade i flera artiklar om sjukhemsboende. Geriatrik definieras olika i olika länder och patientklientelet på de geriatriska avdelningarna i Sverige är också olika på olika delar av landet, men patienterna är multisjuka äldre personer. Denna litteraturstudie är ur sjuksköterskans perspektiv och handlar i första hand om, om det är han/hon eller någon annan yrkeskategori som skall fråga patienten om sexualiteten och om sexualitetsproblematik är en omvårdnadsfråga eller en rent medicinsk fråga. De multisjuka patienter, vilka bor på sjukhem, har, beroende på boendeform, oftast en annan sexuell problematik än patienter, som tillfälligt vistas på geriatriska avdelningar. På sjukhem bor man längre tid och där finns brist på enskildhet. På sjukhem vårdas ofta flera personer med demensutveckling, vilken påverkar på deras sexuella beteende.

Valet att avgränsa sig till de senaste 10 åren orsakade kanske att några viktiga artiklar från 80-talet inte kom med i studien, men å andra sidan, under tidsperioden 10 år borde man ha kommit

med ny forskning, eftersom man redan på 80-talets början ansåg detta område vara viktigt. En faktor, som man bör ta hänsyn till, när man tolkar äldreforskning är att äldre definieras i Sverige som personer som är 65 år och äldre, men i många utländska studier är äldre fyllda 55 och äldre och även fyllda 50 och äldre. Detta gör det svårare att göra jämförelser.

Ingen av studierna hade en teoretisk referensram. Den bristande teorianknytningen berodde troligtvis på att ämnet hittills varit relativt osynligt i omvårdnadsteorier.

Resultatdiskussion

Syftet med denna uppsats var att undersöka det vetenskapliga underlaget för om det är sjuksköterskans uppgift att fråga den geriatriska patienten om sexualitet. Hypotesen var att om sexualitet är ett viktigt behov hos äldre så bör detta tas hänsyn till i planeringen av den äldre patientens omvårdnad. Efter att ha sökt i olika databaser grupperades sökresultaten i tre teman: sexualitet hos äldre, den sjuka äldre personens behov av information om sjukdomens påverkan på sexualitet och kunskap, attityder och hinder för att samtala om sexualitet. Dessa tre teman motsvarade de ställda frågorna.

Metoder i de granskade studierna varierade. Fem av studierna var kvalitativa, två var en blandning av kvalitativ och kvantitativ metod och två var kvantitativa. Bland studierna var 5 halvstrukturerade intervjuer, en hade öppna frågor, tre hade utarbetat egna frågeformulär, av vilka en hade gjort pilottest med 30 personer innan man använde formuläret och ytterligare en var litteraturstudie. När man ställer öppna frågor, blir man mindre styrd av frågorna och patienterna har bättre möjlighet att utveckla fritt sitt resonemang.

Metoden att rekrytera deltagare till studierna varierade beroende på storleken på det önskade deltagarantalet. Johnson (1996) rekryterade deltagare på äldrecentra, via Internet, på möten, i kyrkor och man annonserade i lokala tidningar, Jakobsson, Rahm Hallberg och Lovén (2000): tillfrågade 25 män, nyligen behandlade för prostatacancer. Man uteslöt patienter som var dementa, konfusionella eller de som inte förstod svenska. Roe och May (1999) gjorde ett val bland patienter, vilkas behandling uppfattades antingen som framgångsrik (n=14) eller ej (n=12). Stead at al (2003) frågade 16 läkare och 27 sjuksköterskor och alla deltog. Samma forskare gjorde också en undersökning bland 72 kvinnor, vilka hade äggstockscancer. De valde med stickprov 15 kvinnor bland 23, vilka fyllde villkoret att ha upplevt förändring i sin sexualitet i samband med sjukdomen. Gott och Hinchliff (2003) valde 22 kvinnor och 23 män i åldrarna 50-92 från ålder/kön register hos en allmänpraktiserande kirurg. Man bildade tre åldersgrupper och man försökte också få med lika många ensamstående, gifta, skilda och änkor. Inom grupperna gjorde man medvetet ett randomiserat urval. Inbjudan att delta skickades inte till sörjande eller till personer med nedsatt kognitiv funktion. Deltagarprocent varierade mellan grupperna, totalt var det 25 % som deltog. Gott, Hinchliff och Galena (2004) gjorde ett medvetet urval för att få maximal mångfald, från olika typer av mottagningar, från olika delar av staden, olika åldrar, lika många kvinnor och men. Gott, Galena, Hinchliff och Elford (2004) skickade inbjudan att delta till 64 allmän läkare och 61 sjuksköterskor, vilka var uppsatta på en lista som täckte hela öppenvårdsverksamheten. Man intervjuade 22 läkare och 35 sjuksköterskor från olika mottagningar. Haboubi och Lincoln (2003) skickade frågeformuläret till alla sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter (1323 personer), 813 svarade (61 %) (110 läkare, 593 sjuksköterskor, 73 sjukgymnaster, 37 arbetsterapeuter). Man kan tycka att ju flera som deltar i studien, desto bättre resultat, men när det gäller kvalitativa studier, får man, beroende på undersökningsmetoden, efter ett visst antal intervjuer en mättnad och svaren upprepas. Deltagarprocent 25 % (Gott & Hinchliff 2003) är litet, men deltagare var få inom de bildade grupperna och utslaget blev stort, när en person inte svarade. Man kan förstå att man valde bort de som var konfusionella och av etiska orsaker också utelämnade de som man visste var sörjande.

Alla andra utom Gott och Hinchliff (2003) redovisade att de hade fått tillstånd antingen från etiska kommittén eller från dekanen (Glass & Webb 1995) från läroanstalten. Endast 3 hade redovisat bortfallet; Johnson (1996) hade bortfall av 89 personer (35 %), Glass och Webb (1995) hade 0 % bortfall och Haboubi och Lincoln (2003) redovisade bortfall med 510 personer, av dessa var 11 felkodade. I den sista undersökningen kunde man inte analysera bortfallet p.g.a. att

ålder och kön var okänt. Vid undersökning av en känslig fråga såsom sexualitet är det viktigt att försöka analysera bortfallet. De personer vilka inte deltar i studien kan tillföra viktiga synpunkter för forskningen.

Resultatet av studierna bearbetades med flera olika metoder. För att mäta lärarna kunskaper och attityder om äldres sexualitet använde man ASKAS (The Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale), som är en 61- punkters frågeformulär, som används för att samla kunskap om den äldre människan. Man använde också Alford's Knowledge regarding Sexuality in the Aged Scale, som är förkortad version från ASKAS och innehåller 9 punkter. Som dataanalys användes bl.a. grounded theory, då teman utvecklades och svaren kategoriserades till olika begrepp. Flera andra dataanalyser och statistiska metoder användes. Man hänvisar till de olika studierna för vidare metoddiskussioner.

Reliabilitet och validitet diskuterades av Jakobsson, Rahm Hallberg och Lovén (2000), Glass och Webb (1995) och Gott, Hinchliff och Galena (2004). Haboubi och Lincoln (2003) bedömde reliabiliteten av frågeformulär genom att man gjorde test re-test reliabilitetsbestämning om 34 frågor. Frågeformulär skickades till en grupp av 50 personer. Dessa hade man valt med hjälp av randomiserad urval.

Studierna, vilka ingick i denna litteraturstudie hade en del begränsningar beroende på urvalens storlek, deltagarnas sammansättning, stort bortfall och man visste inte alltid hur formulären var svarade, ensamma eller om man hade fått hjälp av andra. Man kan inte heller utesluta att de svarande lämnade vad de trodde var socialt accepterade svar. Om man jämför bortfallet med deltagarantalet, kunde det vara möjligt att de deltagande hade större intresse för sexualitetsfrågor. Vissa deltagare hade aldrig upplevt den frågade situationen och därmed var frågan hypotetisk.

De flesta av vårdpersonalen inom olika enheter, vilka den geriatriska patienten passerade under sin sjukdom, frågade inte om sexualitetsproblematik trots att de ansåg detta tillhörde den holistiska vården och var ett viktigt behov hos den äldre patienten. Vårdpersonalen väntade att patienten skulle fråga. Patienterna hade behov av att få information om sexualitetsproblematik, men väntade att vårdpersonalen skulle initiera diskussionen. Det fanns flera olika upplevda hinder om varför vårdpersonalen inte frågade; tidsbrist, bristande kunskap, bristande träning, förlägenhet, brist på privat område, sexualitetsfrågorna upplevdes känsliga och svåra, man hade svårt att hitta de rätta orden och det fanns ingen rutin att fråga. Ofta trodde man att det var någon annans ansvar. Vissa läkare ansåg inte att sexualitetsproblematiken inte vara medicinsk fråga. Man hade olika åsikter om, vem som skulle fråga om sexualitet, man föreslog sjuksköterskan, läkaren eller psykologen.

Johnsons (1996) studie bekräftar H70 forskningsresultat (Nilsson 1984, Skoog 2002) om att äldre personer har också sexualbehov, men Johnson (1996) beskriver också att det är skillnader i männens och kvinnors sexualitet. Det är viktig grundkunskap för sjuksköterskor för att kunna tillämpa helhetssyn på äldre patienter.

Jakobsson, Rahm Hallberg och Lovén (2000) poängterade att patienterna kunde minska sitt lidande genom att jämföra sig med andra personer, som har det värre. Både Eriksson och Henderson betonar relationen mellan sjuksköterskan och patienten och kanske inte har uppmärksammat att medpatienter eller medmänniskor kan lindra patientens lidande.

De i uppsatsen använda artiklarna beskriver den geriatriska patientens väg genom vårdorganisationen, när han eller hon söker hjälp för sina besvär, vilka också orsakar problem med sexualitet. Han eller hon möter ofta en sjuksköterska först på vårdcentralen och sedan en läkare. Han eller hon vågar inte fråga om sexualitetsproblem (Gott & Hinchliff 2003, Gott, Galena, Hinchliff & Elford 2004). Patienten remitteras till akutsjukhus, där han möter nya sjuksköterskor och nya läkare. Ingen frågar om sexualitetsbesvär (Haboubi & Lincoln 2003). Han flyttas till en medicin- eller kirurgavdelning och så småningom till en geriatrisk rehabiliteringsavdelning. (Jakobsson, Rahm Hallberg & Lovén 2000, Stead *at al* 2003, Haboubi & Lincoln 2003). På varje avdelning möter han nya sjuksköterskor och nya läkare. Efter

vårdplanering på den geriatriska rehabiliteringsavdelningen flyttas han till en korttidsboende på något sjukhem och sedan kanske till ett annat sjukhem eller till hemmet för att möta hemsjukvårdssjuksköterskan och eventuellt också hemsjukvårdsläkaren, vilka tillhör öppenvården. Läkaren borde enligt Gott, Hinchliff och Galena (2004) vara lyhörd för den äldre människans behov, men patienten blir inte tillfrågad om sitt problem med sexualiteten (Gott, Galena, Hinchliff & Elford 2004). Återkommen till hemmet efter sjukhusvistelsen, vågar han inte heller nu fråga om sitt sexualproblem och ingen av alla de alla sjuksköterskor och läkare som han har träffat har han inte heller frågat (Roe & May 1999). Haboubi och Lincoln (2003) sade i sin forskning, att man kan ha en falsk bild om att t.ex. rehabiliteringspersonalen bryr sig om patienters sexualitet, att det fanns skillnad mellan ideologi och praktik och att sexualitet borde ingå i den holistiska vården.

Ur omvårdnadsprocessens synvinkel ser man tydligt skillnaden mellan Eriksson och Hendersons teorier och resultatet av de i denna uppsats granskade studier. Analys av patientens behov är viktigt enligt alla (och kanske den lättaste delen av omvårdnadsprocessen om man använder PLISSIT modellens två första punkter P = Permission = tillåtelse = att se patienten som en sexuell individ och underlätta samtal om sexualitet och sexuell problematik och LI= Limited Information = begränsad information kring åtgärder som t.ex. medicinering och kirurgi, vidare remittering etc.). Planering för att komma överens om mål för vården förutsätter att patienten och sjuksköterskan har kunnat diskutera sexualitet. Genomförande av omvårdnaden i sexualitetsproblematik är svårare, det förutsätter att sjuksköterskan kan övervinna de hinder, vilka denna uppsats har lyft fram, nämligen bristande kunskap, att man inte är van att diskutera sexualitet, man har inte tränat lämpligt språkbruk, man har tidsbrist, det finns ej plats för enskilda samtal och man prioriterar bort detta område.

Forskningen enligt denna litteraturstudie visar, att det är viktigt att man under sjuksköterskeutbildningen börjar undervisa sjuksköterskorna i äldres sexualitet. Det är också viktigt att man skall träna att diskutera detta svåra ämne med varandra och sedan med patienterna. Alla vårdlärare har kanske inte den kunskapen, som behövs för att undervisa i sexualitet. Glass och Webb (1995) uttryckte i sin forskning, att de flesta lärare hade fått utbildning under tiden, då sexualitet, speciellt äldres sexualitet, var inte med i utbildningsprogram. Dessa lärare behövde vidareutbildning om allmän sexologi och om hur ålder påverkar på sexualiteten. Undersökningen, som Glass och Webb gjorde hade som population alla lärare från ett stort läroverk och deltagare var flest kvinnor. Hulter (2004 s.35) tycker att ”Kunskap om sexuella svårigheter och problem som överstiger den intresserade lekmannens är en rimlig förväntan på den som ska arbeta med människor. Ämnet sexologi bör ingå i grundutbildningen för samtliga legitimationsgrundande vårdutbildningar i Sverige och ämnet behöver sedan återkomma i specialutbildningarna för att vidga medvetenheten om det sexuella perspektivet inom respektive specialitet. För att realisera dessa utbildningar och för att uppdatera våra kunskaper kan vi hämta information från publicerade artiklar, avhandlingar och via auktoriserade sexologer och sexualrådgivare som också gärna föreläser och undervisar.”

Artiklarna, som ingick i studien visade att ämnet är viktigt, men att sjuksköterskor saknar kunskaper. Det föreslogs metoder för att höja kompetensen. Ämnet som sådant är känsligt och svårt att forska. Det är fortfarande tabu att prata om sexualitet, men sjuksköterskor bör vara beredda att inom bara några år, måste man ge sexualiteten samma status i omvårdnaden som t.ex. elimination, nutrition, konfusion, hud/sår och smärta. Patienterna kommer att vara mer öppna och prata om sina problem med sexualiteten. På alla geriatriska avdelningar borde man diskutera hur man kan tillsammans hantera detta område.

Med hjälp av denna litteraturundersökning sökte man svar på frågan om sjuksköterskan bör fråga patienten. Svaret är att sexualitetsproblematik borde vara en uppgift för all vårdpersonal, så att patienten får hjälp med sina problem. Sjuksköterskan är ansvarig som omvårdnadsexpert, men läkaren är ansvarig för den medicinska delen. Den bästa hjälpen får man med ett bra teamarbete med patienten i centrum. Stead *at al* (2003) fann att olika yrkeskategorier tyckte att diskussion om sexualitet var någon annans ansvar och läkarna tyckte, att sexualitet var inte medicinskt problem och att det var sjuksköterskornas roll att ge råd. Sjuksköterskorna i Gott, Galena,

Hinchliff och Elford's (2004) undersökning ansåg sexualhälsa vara en del av den holistiska omvårdnaden och en viktig del av sjuksköterskans arbete.

En vanlig fråga som man ställs inför, när man diskuterar med sjuksköterskor om den geriatriska patientens sexualitet, är varför man skall dokumentera om sexualitet om man känner att man inte kan göra något åt problemen. Sjuksköterskan kan känna rädsla att fråga om sexualitet, om man inte har kunskap och inte heller vet hur man skall dokumentera. Dokumentationen i patientjournalen skall ge ett samlat underlag för omvårdnadsepikris, vilket följer patienten till nästa instans, så att patientens vård inte skall avbrytas bara för att han byter vårdform. Informationsöverföring mellan sluten och öppen vård om sexuella problem är lika viktigt som alla andra delar av patientens vårdbehov. Det kan vara svårt att hitta de rätta orden också i skriftlig form. Enligt 3§ och 9 § Patientjournallagen är sjuksköterskan skyldig att dokumentera de uppgifter, som behövs för en god och säker vård för patienten. Hulter (2004) rekommenderar återhållsamhet, om man kan riskera att journalen läses av många olika vårdgivare.

Hendersons modell har som målet bättre hälsa för patienten. Därför bör sjuksköterskan hjälpa patienten att leva så bra som möjligt med sin sjukdom. Det är oklart om Hendersons 14 basbehov täcker alla mänskliga behov, t.ex. de sexuella. Eftersom sjuksköterskans arbete riktar sig på patientens grundbehov, så bör sexualiteten ingå och därför är det sjuksköterskans uppgift att fråga patienten. Bristande kunskap, t.ex. om sjukdomens påverkan på sexualiteten, leder enligt Hendersons modelltolkning till nedsatt förmåga till självständiga beslut och handlingar, vilket orsakar nedsatt förmåga att tillgodose grundläggande behov, detta leder i sin tur till nedsatt hälsa och därmed behov av omvårdnad (stödjande och undervisande). Henderson betonar lärandet. Det är en viktig uppgift för omvårdnaden, att patienten lär sig hantera sin sexualitet och att han är mottaglig för sjuksköterskans undervisning.

Vid byggandet av äldrebostäder borde man ta hänsyn till möjligheten för den boende att kunna stänga dörren bakom sig när hon vill och få hjälp av personal för rådgivning om och hur man kan upprätthålla aktiv sexualliv upp till höga åldrar trots handikapp och sjukdomar. I planeringsskrifter om äldreomsorg och korttidsboende nämns inte att de äldre har behov av enskildhet för att kunna ha något enskild utrymme för att kunna vårda sin sexualitet.

Man kan ana att de geriatriska patienterna med medicinska diagnoser: inkontinens, konfusion, stroke, reumatisk artrit, kronisk smärta, amputation av någon kroppsdel, brännskador, allmän avtackling och demens, d.v.s. nästan alla geriatriska patienter har behov av att få information om sjukdomens och medicinernas påverkan på sexualiteten. Enligt Öhman (2003) undervisar sjuksköterskorna sällan och om de talar om att undervisa, är det alltid ur ett sjuksköterskeperspektiv, patienten blir en passiv mottagare. I Öhmans undersökning skedde oftast kommunikation med patienterna öppet på sjukrummet, i korridoren eller i matsalen, vilket sannolikt hämmade patientens frågande. Enligt Skoog (2002 s.114) har "Attityden till sexualiteten har förändrats under 1900-talet. Dagens generationer av äldre …har en helt annan syn på sexualiteten än vad framtida generationer av äldre förväntas att ha… H 70 studien i Göteborg visar på en högre sexuell aktivitet i senare födda årskullar av äldre."

De politiska riktlinjerna styr vilka delar av patientens behov kan tillfredsställas inom den geriatriska vården, hur mycket tid man som vårdpersonal kan ägna sig åt undervisning och samtal om sexualitet. Folkhälsorapport (2005) visar att livslängden fortsätter att öka i Sverige. År 2003 kunde en nyfödd pojke förväntas leva 77,9 år och en nyfödd flicka 82,4 år. Fler människor lever med en långvarig sjukdom i dag jämfört med i början av 1980-talet. Det finns tecken på att hälsoutvecklingen bland personer över 65 år inte har i alla avseenden varit positiv sedan slutet av 1980-talet. De flesta i den äldre delen av befolkningen är förhållandevis friska. Andelen som rapporterar någon långvarig sjukdom eller besvär efter olycksfall, handikapp eller annan svaghet har dock ökat något bland män i åldrarna 65–74 år och bland kvinnor över 80 år. Därför måste man räkna med att de äldres sjukdomar kommer att ställa allt större krav på samhället och på hälso- och sjukvården. Ett tydligt könsmönster finns, där kvinnor har en längre period i livets slut med sjukdom och funktionsnedsättningar jämfört med män. Hulter (2004 s.272) har åsikten att "Samhällsvinsterna av sexologisk hälso- och sjukvård har ännu inte kartlagts och många läkare

och politiker kan ha svårt att motivera verksamheten i konkurrens med konventionell kirurgi, medicin, psykiatri och rehabilitering. Sexuallivet är privat för alla människor, och förr i tiden kunde det vara skambelagd. Nu drabbar skammen istället den som har sexuella svårigheter… Våra patienter är en tyst grupp som inte för sin egen talan i öppen debatt.”

Enligt Eriksson (1994) bör vårdens kunskapssyn vidgas och fokus flyttas från diagnos och symptom mer till patientens lidande. Vårdens primära uppgift är att hjälpa människan att leva trots lidande och sjukdom och att med alla medel lindra lidandet. För att vi skall lära oss att tolka den komplicerade vårdverkligheten, behövs ett nära samarbete med andra vetenskapliga discipliner. Detta ger större förutsättningar för helhetsvård. Sjuksköterskeutbildningen kan innehålla humanistiska ämnen, men det ger ändå ingen garanti för att blivande sjuksköterskor kommer att ha en humanistisk hållning.

Fortsatt forskning

Det är angeläget att forskning kring sjuksköterskans förhållningssätt till den geriatriska patientens sexualitet fortsätter. Sexologi är ett viktigt och omfattande forskningsområde, som är tvärvetenskapligt och där sjuksköterskor inom geriatriken kan tillföra viktig kunskap.

Förslag till fortsatt forskning: Kartlägga om sjuksköterskan frågar de geriatriska patienter om sexualitet och vilka problem finns i det sammanhanget. Hur frågar man den äldre patienten om sexualitet? Vilken kunskap behöver sjuksköterskan för att kunna hjälpa den geriatriska patienten i sexualitetsproblem? Olika kulturers påverkan på omvårdnaden i samband med sexuella problem? Vad är omvårdnad i sexualitet? Omvårdnadsteoriers syn på den äldre patientens sexualitet. Hinder att undervisa i sjuksköterskeutbildningar i ämnet äldresexualitet. Vilka roller kan olika medlemmar i vårdande teamet ha, när det gäller den geriatriska patientens sexualitet?

REFERENSER

Akner, G. (2005) Geriatrikens roll i sjukvården. *Nordisk geriatrik*, 1 (8) 44.

Annon, J. S. (1976) The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of sex education and therapy* , 2 (1) 211-215.

Björkdahl, A. (1999) *Psyk-VIPS- att dokumentera psykiatrisk omvårdnad enligt VIPS- modellen.* Lund: Studentlitteratur.

Carpenito, L. (2002) *Nursing diagnosis.* Philadelphia: Lippincott.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I. (2000) *VIPS-boken.* Stockholm: Vårdförbundet.

Eliopoulos, C. (2001) *Gerontological Nursing*. Philadelphia: Lippincott.

Eriksson, K. (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.

Folkhälsorapport 2005, tillgänglig 2005-03-25 <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/2005-111-2.htm>

Glass, J. C. & Webb, M. L. (1995). Health care educators' knowledge and attitudes regarding sexuality in the aged. *Educational Gerontology*, 21 (8) 713-733

Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. & Elford, H. (2004). ”Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice* 21, 528-536.

Gott, M., Hinchliff, S. & Galena, E., (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine*, 58, 2093-2103.

Gott, M. & Hinchliff, S. (2003) Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family Practice*, 20, 690-695.

Hahoubi, N. H. J. & Lincoln, N. (2003) Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and rehabilitation*, 25 (6) 291-296.

Henderson, V. (1970) *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet.* (Silfvenius övers.) Stockholm: Svensk sjuksköterskeförenings Förlag.

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

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Jakobsson, L., Rahm Hallberg, I. & Lovén, L. (2000) Experiences of micturion problems, indwelling catheter treatment and sexual life consequences in men with prostata cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1) 59-67.

Johnson, B. K. (1996) Older adults and sexuality: a multidimensional perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, 22 (2) 6-15.

Kirkevold, M. (2000) *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Lindström, A. (1999). *Urin-, faeces- och tarmbesvär.* Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, P. O. (red) (2002) *Sexologi.* Falköping: Elanders Gummessons.

Molander, U. (2001) Urininkontinens folksjukdom bland äldre- drabbar både kvinnor och män. *Läkartidningen,* 98 (9) 946-949.

Nilsson, L. (1984) *Mental disorders, personality and sexuality in the aged*. Doktorsavhandling Göteborg: Medicinska fakulteten vid Göteborgs Universitet.

Pangman, V. C. & Sequire, M. (2000) Sexuality and the Chronically Ill Older Adult: A Social Justice Issue. *Sexuality and Disability,* 18 (1) 49-59.

Patientjournallagen (SFS 1985:562)

Redfern, S. J. & Ross, F.M. (2001) *Nursing Older People.* London: Churchill Livingstone.

Roe, B. & May, C. (1999) Incontinence and sexuality: findings from a qualitative perspective. *Journal of Advanced Nursing,* 30 (3) 573-579.

Rundgren, Å. (1991) Sexualfunktionen. I: *Människans funktionella åldrande*. Lund: Studentlitteratur.

Skansgård, B., Svendsen K-O. B., Aanrud, A. & Aars, H. (2001) Sexualitet. I Kristoffersen, N. J. (red.) *Allmän omvårdnad 3. Patient och sjuksköterska- kropp, behov och metoder*. Stockholm: Liber.

Skoog, I. (2002) Sexualitet hos äldre. I Lundberg, P. O. (red) *Sexologi.* Falköping: Elanders Gummessons.

Socialstyrelsens allmänna råd rörande Omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17)

Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L. & Selby, P. (2003) Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer,* 88, 666-671.

Steen, B. (2004) Guldår för svensk geriatrik under 1900-talet. *Läkartidningen,* 26-27 (101).

Thorsén, H. (2000) *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Stockholm: Liber AB.

Öhman, B. (2003) *Sjuksköterskans patientundervisning inom geriatrisk vård och rehabilitering.* Doktorsavhandling. Lärarhögskolan: Institutionen för samhälle, kultur och lärande. Stockholm.

BILAGA 1

Artikelsammanställning

Titel: Health care educators' knowledge and attitudes regarding sexuality in the aged.
Författare: Glass, JC Jr. & Webb, ML.
Tidskrift: *Educational Gerontology.* Vol. 21 (8), Dec. 1995: 713-733.
Syfte: Undersöka vårdlärarnas kunskap och attityder om äldres sexualitet.
Metod: En kvantitativ studie. För att mäta lärarna kunskaper och attityder använde man ASKAS (The Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale), en 61- punkters frågeformulär. Frågeformulär skickades via internpost tillsammans med en datablankett för personliga uppgifter. Frekvens- och procentberäkningar, medelvärde, median och standardavvikelse användes för att profilera deltagare. Pearson produkt- moment korrelation analys användes för att fastställa relationen mellan beroende och oberoende variabler. Student's t-test användes för att fastställa skillnader mellan deltagare.
Urval: Alla vårdlärare i en läroanstalt (40 kvinnor, 2 men). 0% bortfall.
Resultat: Lärarna hade bristande kunskaper och det fanns ett signifikant samband mellan ålder och kunskap och mellan religiositet och attityder. Det fanns ingen signifikans mellan kunskap och attityder om äldres sexualitet och vårdlärarnas civilstånd, religiös tillhörighet, sjukvårdsutbildning, högsta utbildningsnivå, geriatrisk erfarenhet och vidareutbildning i gerontologi.
Antal referenser: 37.
Land: USA.

Titel: "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care.
Författare: Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. & Elford, H.
Tidskrift: Family Practice 2004; 21: 528-536.
Syfte: Identifiera hinder hos allmänläkare och sjuksköterskor för att diskutera sexualitet i primärvården och hitta strategier till att öka kommunikation inom detta område.
Metod: En kvalitativ studie. Inbjudan att deltaga skickades ut till 64 allmän läkare och 61 sjuksköterskor, vilka var uppsatta på en lista som täckte hela öppenvårdsverksamheten. Intervjuerna bandades. Man intervjuade 22 läkare och 35 sjuksköterskor från olika mottagningar. Intervjufrågorna redovisades och utvecklades till olika teman.
Urval: Strategiskt urval. Man valde så att man fick med personal från olika typers mottagningar och att mottagningar var på olika delar av staden. Alla de svarande läkare valdes: 22 (13 män och 9 kvinnor, ålder 34-57). Sjuksköterskor var alla kvinnor och 35 först svarande valdes (ålder 32-60).
Resultat: Det fanns ingen rutin att fråga patienternas sexualitet. Man tyckte att frågor om sexualitet var känsliga, komplexa och krävde tid och expertkunskap. Enligt sjuksköterskor var sexualhälsa en del av den holistiska omvårdnaden och en viktig del av sjuksköterskans arbete.
Antal referenser: 23
Land: England

Titel: Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people.
Författare: Gott, M. & Hinchliff, S
Tidskrift: Family Practice 2003, 20: 690-695.
Syfte: Identifiera hinder hos äldre personer för att söka behandling för sexuella problem.
Metod: En kvalitativ studie. Halvstrukturerade djupintervjuer i hemmen hos 22 kvinnor och 23 män i åldrarna 50-92. Intervjuerna bandades. Deltagare valdes från ålder/kön - register hos en allmänpraktiserande kirurg. Data analyserades enligt principer av grounded theory. Återkommande teman och begrepp identifierades.
Urval: Man bildade tre åldersgrupper(50-59, 60-69, >70) och man hade som syfte att välja ca 10 män och 10 kvinnor från varje åldersgrupp. Man försökte också välja så att man fick blandning av ensamstående, gifta, skilda och änkor. Inom grupperna gjorde man medvetet randomiserad

urval. Inbjudan att deltaga skickades inte till sörjande eller till personer med nedsatt kognitiv funktion. Deltagarprocent varierade mellan grupperna, lägsta 16 % bland 50-59 års men och 18 % bland >70 års kvinnor, totalt var det 25 % av populationen som deltog.
Resultat: Man skulle i första hand söka allmän läkare om man hade sexuella problem. Man identifierade flera hinder för att söka hjälp.
Antal referenser: 16
Land: England

Titel: General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people.
Författare: Gott, M., Hinchliff, S. & Galena, E.
Tidskrift: Social Science & Medicine 2004, 58, 2093-2103.
Syfte: Hur allmänläkare uppfattar och tar hand om äldre patienters sexualproblem.
Metod: En kvalitativ studie med halvstrukturerade djupintervjuer. Man skickade brev till 64 läkare. 22 (34%) intervjuades på läkarnas mottagningar. Intervjuerna bandades. Som dataanalys användes grounded theory. Teman var utvecklade och svaren var kategoriserade till olika begrepp.
Urval: Strategisk urval. Man ville genom medvetet urval ha maximal mångfald, från olika typer av mottagningar, från olika delar av staden, olika åldrar, lika många kvinnor och män. 13 manliga och 9 kvinnliga läkare deltog, i åldrarna 34-57.
Resultat: Läkarna uppfattade sexualhälsan på olika sätt. Man tyckte att äldres sexualitet är viktig i teorin, men man diskuterade detta sällan i praktiken. Det fanns många hinder för att diskutera sexualitet.
Antal referenser: 40
Land: England

Titel: Views of health professionals on discussing sexual issues with patients.
Författare: Haboubi, N. H. J. & Lincoln, N.
Tidskrift: Disability and rehabilitation, 2003; Vol. 25, No. 6, 291-296.
Syfte: Att studera personalens åsikter, på akut- och rehabiliteringsavdelningar, angående diskussion med patienterna om sexualitetsfrågor.
Metod: En kvantitativ studie. Undersökning gjordes på flera sjukhus. Man utarbetade en frågeformulär, som efter en pilottest till 30 personer, skickades till 1323 sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter med internpost. 6 veckor efteråt skickade man en påminnelse. Man gjorde en komparativ analys av ålder, kön, avdelningstillhörighet och yrkesbakgrund.
Urval: Alla sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter(1323 personer) fick frågeformuläret. 813 svarade (61%; 110 läkare, 593 sjuksköterskor, 73 sjukgymnaster, 37 arbetsterapeuter). De svarandes ålder var 19-64 år, 85 % var kvinnor. Bortfallet (510-av dessa var 11 felkodade) kunde inte analyseras p.g.a. att kön och ålder var okända.
Resultat: Majoriteten hade aldrig frågat patienterna om sexualitet p.g.a. bristande träning, förlägenhet och tidsbrist, ändå 60 % skulle känna sig bekväma att diskutera detta område. 55% tyckte att sjuksköterskan, 50% att läkaren, 42% att den kliniska psykologen skulle fråga patienten. 90% tyckte att sexualitet bör ingå i den holistiska vården
Antal referenser: 30
Land: England

Titel: Experiences of micturition problems, indwelling catheter treatment and sexual life consequences in men with prostate cancer.
Författare: Jakobsson, L., Rahm Hallberg, I. & Lovén, L.
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing, 2000: 31(1), 59-67.
Syfte: Utforska erfarenheter av vattenkastningsbesvär, behandling med kvarliggande kateter och konsekvenser för sexuallivet hos män, som hade prostatacancer.
Metod: En kvalitativ studie. Man intervjuade 25 män under deras sjukhusvistelsens sista dagar. Man ställde öppna frågor, intervjuerna bandades och skrevs ut ord för ord. Fenomenologisk-hermeneutisk analys. Man ordnade resultaten i tema och subtema. Mättnad nåddes efter 25 intervjuer.
Urval: 25 män (medelålder 67) med prostata cancer tillfrågades att deltaga i studien. Man tog inte med dementa, konfusionella eller de som inte förstod svenska.

Resultat: Det fanns flera praktiska och tekniska problem. Problem med sexuallivet var en av fenomen, som minskade patienters livskvalitet
Antal referenser: 31.
Land: Sverige

Titel: Older adults and sexuality: a multidimensional perspective.
Författare: Johnson, B. K.
Tidskrift: Journal of Gerontological Nursing, 1996; Febr., 6-15.
Syfte: Beskriva äldres sexualitet multidimensionellt (den biologiska, emotionella, psykologiska, andliga och sociala sidan av sexualiteten).
Metod: En blandad kvalitativ och kvantitativ studie. 253 frågeformulär (egen utarbetad formulär för detta ändamål innehållande 77 frågor) delades ut. Man rekryterade deltagare på äldrecentra, via Internet, på möten, i kyrkor och man annonserade i lokala tidningar. Frågeformulär besvarades anonymt. Man bearbetade svaren med flera metoder:
Urval: 164 personer svarade. Man godkände 161 svar (från 69 men och 92 kvinnor). Av svarande var 95% vita i åldrarna 55-80, hade eget boende i kommunen, kunde skriva och läsa engelska. Bortfall 89 personer (35 %) och 3 personer, vilka inte angav kön.
Resultat: 45 % av männen och 52 % av kvinnorna rapporterade minskad intresse för sexualitet. Ålder hade signifikant negativ korrelation till intimitet och sexuella attityder. Hälsa var signifikant positivt korrelerad till intimitet, självkänsla och sexuella attityder, sexuellt deltagande och sexuell tillfredställelse. Det fanns skillnader mellan mäns och kvinnors sexualitet.
Antal referenser:34
Land: USA

Titel: Incontinence and sexuality: findings from a qualitative perspective.
Författare: Roe, B. & May, C.
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing, 1999; 30(3), 573-579.
Syfte: Utforska inkontinensens inverkan på individens sexualitet och identifiera inkontinensbehandlingens påverkan på sexualiteten.
Metod: En kvalitativ studie med halvstrukturerade bandade intervjuer i hemmen hos 27 personer Två intervjuer bandades inte; den ena ville ej, den andra p.g.a. batterihaveri. Dessa två intervjuer antecknades. Intervjuerna skrevs av och varje intervju märktes med etiketter i ordningsföljd för att identifiera vem som sade vad. Banden lyssnades två gånger. Varje utskrift analyserades med jämförande teknik för att identifiera teman.
Urval: Kvoturval från individer, vilkas behandling var uppfattad antingen som framgångsrik (n=14) eller ej (n=12). Ytterligare en person, vars behandling var inte bedömt, togs med i studien. 19 kvinnor, 8 men, ålder 28-92 år, medelålder var 61 år.
Resultat: Inkontinens påverkar på individens sexualitet och sexuell identitet. Patienterna behöver diskutera sexualitet och de behöver råd hur de skall hantera sin situation. Det är viktigt att anpassa hjälpmedel individuellt
Antal referenser: 29.
Land: England.

Titel: Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues.
Författare: Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L. & Selby, P.
Tidskrift: British Journal of Cancer 2003; 88, 666-671.
Syfte: Att utforska attityder och beteende bland läkare och sjuksköterskor, vilka arbetade med patienter, som hade äggstockscancer. Studien berörde diskussion om sexuella frågor och man utforskade också kvinnors erfarenheter om sådan diskussion.
Metod: En blandad kvalitativ och kvantitativ studie. Halvstrukturerade intervjuer gjordes med hjälp av egen utvecklad frågeformulär. Man intervjuade läkare och sjuksköterskor, vilka arbetade på olika enheter med patienter med äggstockscancer. Man intervjuade också patienter. Data analyserades med SPSSs statistiska dataprogram.
Urval: All tillfrågad personal deltog, dvs. 16 läkare (11 män, 5 kvinnor, i åldrarna 27-62, medelålder 38) och 27 sjuksköterskor (2 män, 25 kvinnor, i åldrarna 22-52, medelålder 34). Av alla 72 kvinnor, som hade äggstockscancer, var 23 som fyllde villkoret att ha upplevt förändring i

sin sexualitet i samband med sin sjukdom. Av dessa valdes 15 (i åldrarna 42-71, medelålder 56) med stickprov att deltaga.
Resultat: Endast 21% av personalen diskuterade sexualitet, trots att 98% tyckte att det var viktigt att patienten borde informeras
Antal referenser: 23.
Land: England

Titel: Sexuality and the Chronically Ill Older Adult: A Social Justice Issue.
Författare: Verna, C., Pangman, R. N. & Sequire, M.
Tidskrift: Sexuality and Disability, 2000; Vol. 18, No 1.
Syfte: Litteraturstudie i form av historisk tillbakablick p.g.a. äldreåret 1999.
Resultat: Sexualitet och ålderdom myter i samhället, sjuksköterskor som utbildas i gerontologi och sexualitet bör fungera som utbildare. Sexualhistoria bör tas på patienter, viktigt att sjuksköterskan frågar. Råd om hur man börjar fråga äldre patienter om sexualitet.
Antal referenser: 32.
Land: Canada

BILAGA 2

PLISSIT-modell

PLISSIT - modell innebär fyra stadier i omhändertagandet av patienter, som har problem med sexualitet. Enligt Socialstyrelsen bör all personal inom sjukvården kunna åtminstone det första stadiet- att ge tillåtelse både till sig själv och patienten att tala om sexuella frågor.

- P= Permission- tillåtelse, att se patienten som en sexuell individ och underlätta samtal om sexualitet och sexuell problematik
- LI= Limited Information- begränsad information kring åtgärder som t.ex. medicinering och kirurgi, vidare remittering etc.,
- SS= Specific suggestions- sexualrådgivning, hjälpmedel, intrakavernös injektionsbehandling etc.
- IT= Intensive Therapy - psykoterapi. (Skansgård *et al.*2001)

Enligt Hulter (2004) kan man tolka PLISSIT- modell så att när man möter en människa som har sexuella svårigheter är det viktigt att ha en tillåtande attityd. Det är lättare att lyssna om du har kunskap om hur olika människor uttrycker sin sexualitet. Den första nivån, P-nivån, bör all personal inom hälso-, sjuk- och socialvård kunna ha som ambitionsnivå. Den andra nivån, LI–nivån, om begränsad information eller sexualupplysning kan vårdpersonal ge i samband med vardagens sysslor med patienterna. Många människor behöver korrekt information om hur medicinering och skador påverkar på sexualiteten och dessa frågor är inte alltid aktuella när patienten träffar läkaren. Ibland kan en patient uttrycka sin oro genom att skämta om sina problem. Om man som vårdpersonal saknar kunskap så kan man be patienten vända sig till läkare eller hänvisa patienten till sexualrådgivare. Tredje nivå, SS- nivå, är sexualrådgivning, då man diskuterar mer ingående om sexuella begränsningar. Man behöver då ha en speciell utbildning i sexologiskt arbete. Fjärde nivån, IT- nivån, kan endast de som är utbildade i sexualterapi arbeta med.

BILAGA 3

Delfaktorer inom den grundläggande sjukvården enligt Henderson (1970 s. 24)

1.Att hjälpa patienten andas.
2.Att hjälpa patienten äta och dricka.
3.Att hjälpa patienten med uttömningen.
4.Att hjälpa patienten inta lämplig kroppshållning när han går, sitter eller ligger samt att växla ställning.
5.Att hjälpa patienten till vila och sömn.
6.Att hjälpa patienten välja lämpliga kläder samt med av - och påklädning.
7.Att hjälpa patienten hålla kroppstemperaturen inom normala gränser.
8.Att hjälpa patienten hålla sig ren och välvårdad samt skydda huden.
9.Att hjälpa patienten undvika faror i omgivningen samt skydda andra mot skador, som patienten eventuellt kan vålla, såsom infektion eller våldshandlingar.
10.Att hjälpa patienten meddela sig med andra och ge uttryck för sina önskemål och känslor.
11.Att hjälpa patienten utöva sin religion och leva i enlighet med sin uppfattning om rätt och orätt.
12.Att hjälpa patienten utföra arbete eller skapande verksamhet.
13.Att ge patienten möjlighet till förströelse och avkoppling.
14.Att hjälpa patienten att lära.