



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling helse og idrettsfag

Toril Lønbekken Hestnes, Ane Frydenlund og Lene Nordberg

Emnekode:
4VFOPSH1

ELDRE OG SEKSUALITET

Videreutdanning i Eldreomsorg med vekt på psykisk helse 2010-2012
Fagspesifikk fordypning med vekt på psykisk helse hos eldre
Våren 2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Antall ord: 9773

FORORD

Tema for denne oppgaven er eldre og seksualitet, med målsetning om å bidra til mer åpenhet rundt et tabubelagt område.

Det å skrive en litteraturstudie i gruppe har vært både utfordrende, krevende og inspirerende. En takk til medstudenter og arbeidskollegaer for den interessen de har vist for vårt tema og kommet med innspill som har bidratt til gode diskusjoner. Oppgaven er i et sykepleieperspektiv, men er meget aktuell for all helsepersonell. Vi håper at dette kan skape en åpen debatt og bidra til at eldre får ivaretatt sitt behov for seksualitet.

Takk til veilederen vår Gunvor Stensrud for gode samtaler, diskusjoner, innspill og hjelp til litteratur gjennom hele prosessen. Du har hentet oss inn igjen de gangene vi har vært litt ute av kurs.

Når vi startet litteratur søk innen temaet, kom vi over et sitat som bygger på en pasient erfaring. Dette inspirerte oss til videre skriving.

«Hva hjelper det å ha kavalerer på frierfötter og lysten intakt, når privatlivet er en saga blott. Du skulle vært dronning i egen stue- og seng. Men som eldre og pleietrengende vet du at din omgang med både vin, mannfolk og egen kropp rapporteres og er gjenstand for bekymring» (Johansen, Thyness, & Holm, 1998, s 54).

INNHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|---|-----------|
| FORORD | 2 |
| INNHOLDSFORTEGNELSE | 3 |
| VEDLEGG | 4 |
| 1 INNLEDNING | 5 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 5 |
| 1.2 Presentasjon av problemstillingen | 5 |
| 1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen | 6 |
| 1.4 Formålet med oppgaven | 6 |
| 1.5 Oppgavens disposisjon | 7 |
| 2 METODEVALG | 8 |
| 2.1 Metodebeskrivelse | 8 |
| 2.2 Litteratursøk | 10 |
| 2.3 Kildekritikk | 10 |
| 3 TEORETISKE PERSPEKTIVER OG LITTERATURGJENNOMGANG | 13 |
| 3.1 Seksualitetens historie | 13 |
| 3.2 Seksualitet | 14 |
| 3.3 Artikler | 15 |
| 3.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere | 16 |
| 3.5 Virginia Henderson | 17 |
| 3.6 Abraham Maslow sin behovspyramide | 17 |
| 3.7 Etikk og moral | 18 |
| 3.8 Kommunikasjon | 19 |
| 3.9 PLISSIT- modellen | 20 |
| 4 DISKUSJON | 22 |
| 4.1 Historie og seksualitet | 22 |
| 4.2 Yrkesetiske retningslinjer | 23 |
| 4.3 Henderson og Maslow | 24 |
| 4.4 PLISSIT som kommunikasjonsmodell | 26 |
| 5 KONKLUSJON | 30 |
| 6 REFERANSELISTE | 31 |

FIGURER:

Fig.1 Maslow behovspyramide

Fig.2 PLISSIT- modellen

VEDLEGG

- Vedlegg 1: Bouman, W. P., Arcelus, P., & Benbow, S. M. (2007). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NOSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy*, 22 (1), s. 45-61.
- Vedlegg 2: Pedersen, T. B., & Kure, M-S. (2012). *Gamle har også en seksualitet*. København: Sygeplejersken (1), s. 92-94.
- Vedlegg 3: Thor, R. (2012). *Husk at tale seksualitet med patienterne*. København: Sygeplejersken (1), s. 95-96.
- Vedlegg 4: Nilsson, N. K. (2012). *Seksualitet er tabu i sygeplejen*. København: Sygeplejersken (1), s. 86-90.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt temaet eldre og seksualitet som emne for vår fordypningsoppgave, kommer tilbake til definisjon av begrepene. Gjennom egne erfaringer og opplevelser på egen arbeidsplass ser vi at dette er et vanskelig tema som mange unngår å snakke om, tabubelagt (Fossan & Raaheim, 2001). Vi grep ikke fatt i problematikken og våre samtaler på avdelingen var ikke preget av en profesjonell holdning. Dette gjenspeiler seg også i faglitteratur og studier (Laursen, 2011; Nilsson, 2012). Vi ønsker å sette fokus på denne tematikken, og forhåpentligvis bidra til en holdningsendring blant sykepleiere, slik at dette er noe som blir tatt på alvor i hverdagen. For at vi skal være i stand til å hjelpe eldre på institusjon med å løse sine seksualrelaterte problemer, må vi først og fremst forstå og akseptere at de eldre har seksuelle ønsker og behov. I tillegg må vi sykepleiere oppleve at vi er i stand til å hjelpe brukeren på dette livsområdet.

Seksualitet angår alle mennesker i alle aldre og livssituasjoner. I vår sykepleierutdanning hadde ikke eldre og seksualitet funnet sin naturlige plass i studiene innenfor sykepleie og var ikke noe stort tema som ble tatt opp i utdanningen (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 2000). Pensumbøkene i dag på sykepleierutdanningen tar opp denne tematikken og vi ser at det har fått et større fokus enn tidligere (Laursen, 2011). Det er viktig å ha fagkunnskap om seksualitet som sykepleier, slik at man står bedre rustet når en opplever seksuell atferd i praksis. Mange mennesker er så avhengig av andres hjelp i hverdagen at behovet for å ivareta seksuallivet er prisgitt sykepleierens holdninger og faglig kompetanse.

Vi går en tverrfaglig videreutdanning, men siden vi er 3 sykepleiere i gruppen som skriver sammen har vi valgt å se problemsstillingen fra sykepleiers ståsted og i et sykepleieperspektiv. Sykepleiere er den største profesjonsgruppen i helsetjenesten og den gruppen som tilbringer mest tid i direkte pasientrettet arbeid (Holter, 2011).

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan sykepleiere ivareta seksualitet hos eldre på institusjon?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

I vår oppgave om eldre og seksualitet, har vi valgt å se på «Hvordan kan sykepleiere ivareta seksualitet hos eldre på institusjon?» Vi har sett oss nødt å begrense oppgaven slik at den ikke blir for stor. Vi skriver ut ifra retningslinjer for oppgaveskriving for Høgskolen i Hedmark, og reglene sier at oppgaven skal ha et bestemt antall ord og en begrenset tidsfrist.

Med å ivareta tenker vi ikke på rent praktisk hjelp for de eldre, men at vi som sykepleiere kan legge til rette for at de eldre kan ha et seksualliv. Vi har valgt å avgrense til eldre personer over 65 år, som er avhengig av hjelp og bor på sykehjem. Vi har valgt å fokusere på etnisk norske personer som er heterofile, dette fordi det er store forskjeller på seksualitet i ulike kulturer og religioner. Vi ønsker ikke å gå inn på overgrep, og vi setter ikke fokuset på anatomi og fysiologi rundt seksualitet. Økt kunnskap som kan bidra til holdningsendring er vårt fokus. Vi har valgt å bruke PLISSIT- modellen som verktøy i vår oppgave. Denne modellen kan vise oss hvordan vi som sykepleiere kan gå frem for å møte eldre med seksuelle behov eller problemstillinger. Modellen består av fire trinn som presenteres i teoridelen, men vi har valgt å trekke ut og drøfte de to første da disse har størst betydning for vår fordypningsoppgave.

Problemstillingen mener vi er aktuell i forhold til den videreutdanning vi går. Når den eldre ikke får tilfredsstilt sine behov, vil dette kunne få en innvirkning på den eldre psykiske helse. For å skape litt variasjoner i språket vil vi benytte både den eldre og pasient, og sykehjem og institusjon i oppgaven.

Vi jobber alle tre på sykehjem, og denne definisjonen samsvarer med vår avdeling:

Sykehjem er en medisinsk ledet institusjon som gir pasientene opphold og i forbindelse hermed også medisinsk pleie som ikke nødvendigvis opphold i sykehusavdeling eller sykestue. Et sykehjem er således en institusjon til forpleining av kronisk og / eller langvarig syke som trenger en medisinsk ledet behandling, pleie og omsorg, dels medisinsk pleie, dels øvelsesbehandling og arbeidsterapi og dels sengepleie (Pettersen, 1984. s.13-14).

1.4 Formålet med oppgaven

Vi vil med denne oppgaven sette søkelys på eldre og seksualitet, hvordan sykepleiere kan ivareta den eldre seksualitet på best mulig måte. Ingen av våre naturlige behov er så tabubelagt som seksualiteten. Målet er at seksualitet skal gå fra å bli et ikke-tema til tema å snakke om. Åpenhet og tillatelse til å ta opp temaet seksualitet på avdelingen håper vi skal

føre til at de ansatte får en mer profesjonell holdning til temaet. Viktig at vi som sykepleiere møter situasjoner likt og jobber uti fra de samme retningslinjene.

Sykepleiere trenger økt kunnskap om tematikken for å kunne bli bevisst sine holdninger og atferd, for å kunne gå inn i samtaler som omhandler seksualitet.

Målet er at vi som skriver denne oppgaven blir ressurspersoner på avdelingen, og kan bidra til at seksualitet blant eldre på sykehjem får et større fokus og kan brukes aktivt i hverdagen vår som sykepleiere. Bidra til at våre kollegaer ser nytte ved å ta opp temaet seksualitet og kan bruke det i sitt arbeid med eldre.

1.5 Oppgavens disposisjon

Innledningsvis gjør vi rede for valg av tema for fordypningsoppgaven. Problemstillingen presenteres og vi gjør nødvendige avgrensninger og presiseringer. Vi beskriver formålet med oppgaven og våre ønsker for hvordan vi kan benytte oppgavens resultater i vår

praksishverdag. I metodedelens beskriver vi hvordan vi fant litteraturen, både elektroniske kilder og fagbøker. Våre søk i databaser er beskrevet med søkeord, databaser og treff.

Litteraturen vi har benyttet oss av har vi kritisk gått igjennom. Vår teoretiske plattform i oppgaven starter med seksualitetens historie og definisjoner av sentrale begreper. For å beskrive sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som ligger i det å utøve god sykepleiepraksis har vi brukt Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Vi har valgt Virginia Henderson og Abraham Maslow sin teori i denne oppgaven. Videre har vi med teori om kommunikasjon, etikk og holdninger. Neste teoriavsnitt omhandler PLISSIT- modellen. Den benyttes i arbeidet med seksuelle problemer. Modellen er modernisert og kan tilpasses vår hverdag på sykehjem og benyttes som en kommunikasjonsmodell. I drøftingen har vi belyst teoriavsnittene og teoretikere opp mot problemstillingen. Vi har med egne erfaringer.

Avslutningsvis har vi konkludert etter drøftinger av teori og teoretikere og funnet svar på vår problemstilling. Tilslutt i oppgaven er en alfabetisk referanseliste over all litteraturen vi har brukt. Forskningsartikler er med som vedlegg.

2 METODEVALG

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme med ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2007, s.81). Dette er et redskap for å samle inn de opplysningene vi ønsker, og vi må foreta valg om hvilken metode vi ønsker å bruke. Grunnen er at det finnes ulike metoder å løse ting på. Det som avgjør valget er hva som ses på som den ideelle fremgangsmåten, og det som faktisk er praktisk gjennomførbart. Det som er viktig ved valg av metode er at den skal hjelpe oss å gi gode svar på problemstillingen, samt gjøre vår oppgave faglig interessant (Dalland, 2007).

2.1 Metodebeskrivelse

Denne oppgaven er en litteraturstudie i henhold til retningslinjer for fordypningsoppgave. Det vil si at vi baserer oppgaven på eksisterende faktakunnskaper. Dette innebærer at vi studerer bøker, artikler, rapporter og lignende, og legger dette til grunn for vår løsning av problemstillingen.

I følge Dalland (2007) er metoden verktøyet som forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2007). Fordypningsoppgaven er en litterær studie for å belyse og gi teoretisk støtte til problemstillingen. Dalland (2007) hevder at et litteraturstudium er avhengig av gode og relevante skriftlige kilder. Vi har benyttet oss av pensum litteratur, faglitteratur fra sexologi, etikk, kommunikasjon og sykepleie og behovsteorier. Vi har også valgt å søke etter relevante artikler og fagstoff på internett i ulike databaser.

Vi er meget inspirert av Tvedt (2009) sin masteroppgave som omhandler sykepleierens opplevelse av seksuell atferd hos personer med demens i skjermet enhet. Denne oppgaven gjorde oss mer nysgjerrig og interessert i temaet eldre og seksualitet, og vi valgte derfor å gripe fatt i problematikken.

I denne oppgaven har vi brukt ulike litteraturkilder til vår innsamling av informasjon om eldre og seksualitet. Vi anså det som viktig å tilegne oss kunnskap som finnes om temaet. Vi har lest flere bøker og artikler innen temaet for å få et bredt perspektiv på hvilke tanker og ideer til arbeidsmetoder som eksisterer. På den måten ville vi ikke bare bli inspirert av nye måter å tenke på, men også kunne ha et mer nyansert bilde av temaet. Imidlertid kan vi ikke regne med å finne alt vi trenger i litteraturen, da det stadig foregår forskning og utvikling basert på

erfaring i praksisfeltet. Den nyeste kunnskapen er ikke nødvendigvis blitt litteratur, derfor er fag- og forskningsartikler nødvendig for å kunne belyse problemstillingen (Dalland, 2007). Det finnes lite forskningsresultater innenfor seksualitet i sykepleieforskning, noe av det vi har benyttet er fra Danmark. Disse mener vi er viktig å vurdere og å analysere i denne oppgaven. Etter at vi hadde bestemt oss for hvilken problemstilling vi skulle bruke i fordypningsoppgaven vår, så vi oss nødt til å sile ut den informasjonen vi mente var mest relevant i forhold til den. Vi startet altså med et vidt søk, men smalnet det etter hvert som vi fikk mer kunnskap og ønsket å gå dypere inn i en bestemt del. Oppgaven bygger og på etiske metoder og holdninger, derfor har vi i tillegg brukt faglitteratur for å lese oss opp på det teoretiske grunnlaget for disse elementene. Det er lite pensumlitteratur innen området på vår litteraturliste i studiet Eldreomsorg med vekt på psykisk helse (Høgskolen i Hedmark, 2010), derfor har det vært utfordrende å finne primær faglitteratur. Vi har derfor benyttet oss av noe sekundær litteratur blant annet gjennom en masteroppgave med lignende tematikk. Sexologi er et fagområde som omfatter medisin, psykologi, sosiologi, antropologi, filosofi og teologi. Kanskje er det nettopp den tverrfaglige karakteren som har ført til at sexologi er blitt "integret bort" innen de respektive fagene. På grunn av manglende utdanning innen sexologi, er det i Norge og i Europa forøvrig generelt for liten pedagogisk kompetanse, for liten klinisk sexologisk virksomhet og for liten forskningsaktivitet når det gjelder menneskelig seksualitet. En gjennomgang av tidsskrifter i psykologi og medisin viser påfallende få publikasjoner hvor seksualiteten er behandlet (Almås & Benestad, 2006).

PLISSIT – modellen er en sexologisk rådgivningsmodell som er basert på prinsippene om vikarierende læring eller sosiale læringsteorier. Det innebærer at man jobber med svært konkrete pedagogiske midler der man på ulike måter viser hvilken atferd en ønsker råde søkeren skal fremvise. På vår avdeling er temaet tabubelagt, noe som skaper etiske dilemmaer. I utgangspunktet tenker vi ikke at det kun dreier seg om dårlige holdninger blant sykepleierne til temaet, men kan skyldes manglende kunnskap og kompetanse. Vi har derfor valgt å bruke PLISSIT - modellen som kommunikasjon og veiledningsmodell. PLISSIT – modellen var opprinnelig tegnet som en trakt for å antyde hvordan råde søkere med ulike behov "siles" gjennom hjelpeapparatet. Etter hvert ble det mer vanlig at modellen ble fremstilt som en pyramide (Almås & Benestad, 2006). I nyere litteratur blir PLISSIT- modellen omtalt som trekantformet og fremstilt som opprinnelsen, en trakt (Laursen, 2011). Vi velger derfor i denne oppgaven å bruke den som trakt, fordi den fremstilles slik i den nyeste litteraturen. Maslow sin teori er interessant, men ganske generelt utformet. Teorien gir ikke en forklaring på alle udekkede behov, men behovsteorier gir perspektiver som kan være viktig for en

sykepleier å ha i bakhodet med hensyn på å forstå pasienters atferd. Maslow sin teori er derfor ikke en teori som kan brukes til å forklare spesifikke handlinger i konkrete situasjoner. I oppgaven vår er Maslow sin behovsteori anvendbar i forhold til livsfasen pasienten er i, mange eldre må ha dekket fysiologiske behov for å kunne bevege seg opp i pyramiden. Virginia Henderson har laget en viktig teori om hva sykepleie er, hva sykepleieren gjør, målsetninger for sykepleiere og hvordan sykepleieren er forskjellig fra andre yrker i helsesektoren. Dette er viktig for oss å ha med i denne oppgaven da vi fokuserer på sykepleieren i et sykepleieperspektiv, for å vise de betydningsfulle arbeidsoppgavene sykepleieren gjør, spesielt i eldreomsorgen.

Vi har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten, nærmere bestemt Habiliteringstjenesten i Sykehuset Innlandet. Wenche Fjeld som er utdannet sexolog har vært behjelpelig med litteratur, spesielt fagbøker. Vi er svært takknemlige for hvor imøtekommende og behjelpelig hun var. Åpenheten som ble vist hos Habiliteringstjenesten er viktig for utviklingen av faget sexologi og for holdninger blant helsepersonell, og samfunnet generelt.

2.2 Litteratursøk

Vi har søkt i flere databaser, SveMed, PubMed og Cinahl. Søkeordene som er benyttet er seksualitet, eldre, holdninger og institusjon/sykehjem. Disse søkeordene ga også treff i skandinaviske artikler. I engelske termer sexuality, older people, attitude og nursing homes.

Data søk i de ulike databasene ga disse treffene:

Seksualitet: 10 treff

Sexuality: 101586 treff

Kombinert med older people: 2738 treff

Kombinert med attitude: 631 treff

Kombinert med nursing homes: 7 treff

Vi har to måneder etter dette søket etter kontrollert våre søk, vi oppdaget da flere og ny treff med de samme kombinasjonene. Det er jo bra å se at det stadig forskes og publiseres artikler innen temaet.

2.3 Kildekritikk

Utgangspunktet var ikke å bruke forskningsartikler eldre enn ti år, men vi har bevisst ikke brukt dette som kriterier i våre søk. Vi var redd for å gå glipp av gode forskningsartikler

dersom det skulle vise seg å være lite forskning knyttet til vår problemstilling.

Inkluderingskriterier for artiklene var at de skulle finnes elektronisk. Imidlertid endte vi opp med å bestille to vi mente var meget relevante for vår oppgave. Artiklene er fra 2007 og til dags dato. Vi leste alle abstrakts og valgt ut de artiklene som svarte til formålet. Alle artiklene er anmeldt etter sjekkliste for kvalitativ, kvantitative artikler og systematisk litteratur som tilbys av Høgskolen i Hedmark. Flere studier påpeker det faktum at vi også merker at det er lite empirisk studier. Dette har selvfølgelig gjort det vanskelig for oss når vi ville finne artikler.

Når det gjelder innhenting av informasjon fra internett, synes vi generelt at det er viktig å være kildekritisk til det vi leser om der. Dette kan vi grunngi med at mange av sidene er av gammel dato, slik at fakta og behandlingsgrunnlaget kan ha endret seg. Vi tenker også på muligheten for at det kan være uriktige opplysninger som er publisert. Hovedvekten av kildene våre har vi hentet i anerkjent faglitteratur utgitt i nyere tid hos seriøse Forlag.

Oppgaveskrivingen har vært tøff i perioder. Det følte til tider som å famle i mørket for noe vi egentlig ikke visste hva var, for senere å komme på rett kjørl. Fordypningen i tematikken og skrivingen i seg selv har vært lærerikt på mange måter. Det å skrive i gruppe krever at vi er strukturerte og kommuniserer godt. Til vår fordel har vi jobbet sammen i gruppe disse to årene på videreutdanningen og vi har kjent hverandre siden 2004 som kollegaer på medisinsk avdeling på Sykehuset Innlandet, Hamar. Vi ønsket å skrive i gruppe for å nyttiggjøre oss muligheten til å diskutere med hverandre, kunne fordele oppgaver og sammen lage et produkt som blir nyttig for vår avdeling. Vi vet fra tidligere oppgaver at det er krevende for oss å samle trådene til slutt og lage en helhetlig oppgave. Vi må fysisk møtes, vi jobber alle 100 % stillinger og vi er alle småbarnsmødre. Vi ser at vi er ganske like alle tre, da med tanke på erfaringer og alder. Noe som kan prege oppgaven med tanke på synspunkter og erfaringer fra praksis. Vi er alle sykepleiere, så vi mangler tverrfaglig synspunkter. Vi jobber i dag på samme sykehjemsavdeling, men har ulike roller. Vi er enige om at rollene ikke skulle påvirke skriveprosessen, og det har vi klart bra.

Artiklene er på engelsk og dansk, så vi kan ha tolket eller lest tekst feil eller ikke fått med alle nyansene i det engelske og danske språket.

Ved gjennomgang av artiklene etter malene fra Høgskolen i Hedmark har det noen ganger vært vanskelig å se klart i artiklene hva som er hva. Det kan være at en del av kvaliteten på artiklene er dårlige. Når en skal gjøre en litteraturstudie er det viktig å være bevisst på etiske

overveielser. Man må være oppmerksom på hvordan en bruker forskningsresultater og presenterer funn fra artikler. Det er lett for at resultatene blir tatt ut av en sammenheng, noe som fører til feiltolkninger. En må også skille mellom sitt eget og andres arbeid gjennom riktig kildebruk for å unngå plagiat.

3 TEORETISKE PERSPEKTIVER OG LITTERATURGJENNOMGANG

Her har vi valgt ut teori som vi mener er relevant i forhold til oppgaven vår og som vil hjelpe oss til å finne svar på problemstillingen.

3.1 Seksualitetens historie

Seksualitet er ikke noe nytt, det har eksistert i alle år. Vi skal her se litt på hvordan seksualiteten har forandret seg gjennom årene.

I Det gamle testamentet er det fastsatt regler for seksuell atferd. I de ti bud er det forbud mot å drive hor, men samtidig ble seksualiteten oppfattet som en kreativ kraft og en kilde til glede. Seksualitet ble ikke sett på som noe ekkelt, og var heller ikke knyttet til forplantning. Synet på seksualitet endret seg med kristendommens framvekst. Den gleden som seksualiteten ga ble etterhvert sett på som mindre verdifulle enn det åndelige. Kirken idealiserte sølibatet, avholdenheten. Seksualitet ble fordømt i alle former, bortsett fra innenfor ekteskapet, som hadde med forplantningen som hovedmål. Under humanismen på 16. og 17. århundre fikk seksualiteten et mindre strengt syn, men utover på 1800-tallet gjeninnførte det strenge synet på seksualitet igjen og onani ble sett på som sykkelig. I 1930 årene og til etter 2.verdenskrig ble de som kjempet for mer åpenhet omkring seksualitet forfulgt av styresmaktene i Tyskland og Italia. Sexologiske bøker ble brent på bålet. I etterkrigstiden har holdningen til seksualitet forandret seg. Det har blitt mye større åpenhet omkring seksuelle spørsmål ved at det ble startet seksualforskning. Kvinnefrigjøringen på 1960- og 1970- årene førte med seg større åpenhet omkring kropp og seksualitet (Gamnes, 2011).

Ut i fra Fossan og Raaheim (2001) har seksualitet i vår kultur vært et tabu belagt område over lang tid, som har hengt sammen med juridiske lover, og moralske og religiøse påbud.

Debatten omkring Eldres seksualitet har vært fraværende og at det er upassende at eldre mennesker har et seksualliv. Tidligere har ikke ektefeller kunne bo på samme rom hvis de begge var inne på institusjon. Det var heller ikke lagt opp til en privat sfære da ektefellen kom på besøk til den pleietrengende. I den senere tid er det blitt mer åpenhet omkring seksualitet i samfunnet. De fleste tror at seksualiteten får en mindre betydning når man blir eldre, og at den seksuelle aktiviteten avtar. Kroppskontakt vil kunne oppfattes som et uttrykk for tilfredsstillelse og seksuelle behov, og for mange eldre er dette en viktig del av deres livskvalitet, og det som får samlivet til å fungere i eldre år.

Etter en kort gjennomgang av historien rundt seksualitet vil vi nå se på begrepet seksualitet.

3.2 Seksualitet

Her vil vi vise til resultater fra undersøkelser om at eldre også har behov for et tilfredsstillende seksualliv. Vi har valgt å ta med to definisjoner på seksualitet for å belyse hvor mye som ligger i dette begrepet.

Resultater fra en amerikansk undersøkelse viser at 91 % av gifte menn og 84 % av gifte kvinner svarer at det er svært viktig for dem med et tilfredsstillende seksualliv. 94 % av de spurte mente at et generelt godt seksualliv gir livskvalitet uansett alder (Laursen, 2011).

Seksualliv kan være en viktig faktor for eldre mennesker når det gjelder å opprettholde følelsesmessig og fysisk helse i høy alder. Uchino & Nose spurte i 1994 eldre mennesker om hva som ga livet mening for dem, og resultatet av spørreundersøkelsen var at et tilfredsstillende seksualliv ga livet større mening og ga dem en følelse av å være ved god helse. En lege ved navn Pheiffer har uttalt at etter hvert som vi blir eldre, ikke bare fortsetter vi å ha seksuelle behov, men disse behovene kan bli sterkere fordi vi opplever tap på andre livsområder. Seksualitet uttrykker kjærlighet hos eldre mennesker og fremmer kroppskontakt, forsterker samhørighet og trygghetsfølelse (Purvis, 1998).

Definisjonen på seksualitet til Verdens helseorganisasjon (WHO) sier noe om at seksualitet er en sentral drivkraft i alle menneskers liv, også hos eldre mennesker. WHO, 1986 har følgende definisjon på seksualitet:

Seksualitet er en integrert del av et hvert menneskes personlighet. Den er et grunnleggende behov og et aspekt ved det å være menneske, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie. Det handler ikke om hvorvidt vi får orgasme eller ikke, og det er ikke summen av vårt erotiske liv. Dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet er så mye mer. Det er det som driver oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet. Det uttrykkes i den måten vi føler, beveger oss, rører ved og berøres av andre på. Det er like mye det å være sensuell som å være seksuell. Seksualitet har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse. Og da helse er et grunnleggende menneskerett, så må også seksuell helse være det samme (Kreftforeningen, 2005, s.10).

I boka «Seksualitet på alvor» beskriver Margaret Paasche seksualitet slik:

Det dreier seg om livsglede og livskvalitet. Det dreier seg om å få være nær et annet menneske. Det dreier seg om å få bekreftelse på seg selv som kvinne og mann. Det dreier seg om å kjenne livsvevjen gjennomstrømme kroppen og få sommerfuglfølelse i magen. Der dreier seg om å leve - ikke bare eksistere. Det dreier seg om å være et helt menneske (Johansen, Thyness & Holm, 1998, s. 24).

Etter en kort gjennomgang av begrepet seksualitet, kommer nå et sammendrag av artiklene vi har brukt i vår fordypningsoppgave.

3.3 Artikler

Det er begrenset pensumlitteratur som omhandler eldre og seksualitet. Vi har derfor benyttet fire artikler i vår oppgave. Vi presenterer hovedpunktene fra artiklene under.

Resultater fra Nottingham Study of Sexuality and Ageing viser at eldre og seksualitet er et tabubelagt tema. Ung alder og lite erfaring med å jobbe med eldre mennesker hadde flere negative holdninger til seksualitet. Sykepleiere i sykehjem hadde flere negative holdninger enn de i omsorgsboliger. Studien påpeker også at seksualitet må forankres i utdanningen for å gjøre pleierne i bedre stand til å møte atferden med kunnskapsbasert viten (Bouman, Arcelus, & Benbow, 2007).

«Gamle har også en seksualitet» bygger på et bachelorprosjekt som studerte hvordan sykepleiere håndterte sykehjemsbeboeres seksualitet, og hvordan de integrerte beboernes seksualitet inn i sykepleien. Fokusgruppe intervju med fire sykepleiere ble brukt, og understreket kommunikasjon, tabuer og stigmatisering. For å ha en samtale om seksualitet og signalisere at det er tillatt å ta opp emnet, er det viktig å skape tillit mellom sykepleiere og beboere. Studien fant at det var vanskelig for sykepleierne å snakke om seksualitet. De er klar over beboernes beskjedenhet, og de føler at å spørre innbyggerne om emnet er vanskelig. Dermed oppstår det gjensidig tabu slik at ingen av partene tør å nevne emnet (Pedersen & Kure, 2012).

«Husk at tale seksualitet med patienterne» er basert på opplevelser med undervisning på rehabiliteringskurs. Hovedbudskapet i denne artikkelen er at det er viktig å inkludere seksualitet i pleien. Temaet seksualitet er konsekvent under-prioritert og tabu i sykepleien, men det er fortsatt svært viktig for pasientene. En undersøkelse viser at halvparten av pasientene ikke tar opp emnet hvis ikke pleiepersonalet nevner det. Det er tid for en intensiv innsats i opplæring om hvordan snakke med pasienter om seksualitet. PLISSIT modellen blir brukt og viser at det er viktig å lytte og kunne tillate at emnet berøres (Thor, 2012).

«Seksualitet er tabu i sygeplejen» er basert på et bachelorprosjekt og viser betydningen av å kunne snakke med pasientene om seksualitet. I store deler av helsesektoren, er seksualitet knyttet til tabu og beskjedenhet, og det er vanskelig for mange sykepleiere å snakke med pasienter om seksualitet i forhold til sin sykdom eller behandling. Sykepleiere må kjenne til begrepet seksualitet. Seksualitet er ikke et obligatorisk fag i utdannelsen og sykepleieren har derfor ikke de nødvendige kunnskapene for å gå inn i samtaler som omhandler seksualitet. Sykepleiere bør inkludere pasientens seksualitet i pleie og dokumentere dette, men flere studier viser at dette sjelden forekommer i praksis. Refleksjon på avdelingen om hvordan samtalen kan føres kan være til hjelp (Nilsson, 2012).

De fire artiklene bygger på forskning om at temaet seksualitet er tabubelagt og mange helsepersonell synes det er vanskelig å snakke om seksualitet, eller ta det opp med pasientene. Det er viktig å ta temaet seksualitet på alvor og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere kan være en veileder i møte med seksuelle problemstillinger. Disse vil vi gå nærmere inn på i neste avsnitt.

3.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I denne oppgaven fokuserer vi på sykepleieren og vi vil da se på hva retningslinjene omhandler. Norsk Sykepleierforbunds (NSF) yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som ligger i det å utøve god sykepleiepraksis. NSF bygger sine prinsipper på Det Internasjonale Sykepleierråd (ICN) etiske regler og menneskerettighetene i de Forente Nasjoners (FN) menneskerettighetserklæring. Sykepleiens grunnlag er i følge NSF yrkesetiske retningslinjer (2011): «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (s.7). I møte med etiske dilemmaer er de yrkesetiske retningslinjene sykepleierens viktigste verktøy. De yrkesetiske retningslinjene gir ikke den konkrete løsningen på etiske dilemmaer, men kan være en hjelp til å angi retningen når det skal tas vanskelige beslutninger. Sykepleieres yrkesetiske ansvar grenser mot det faglig og juridiske ansvaret, men de yrkesetiske retningslinjene definerer ikke hva som er faglig forsvarlig eller lovbestemmelser. En handling kan være etisk uakseptabel, samtidig som den er faglig forsvarlig og juridisk tillatt (NSF, 2011).

Nå har vi sett på hvordan de yrkesetiske retningslinjene kan hjelpe sykepleieren, og går nå over til å se på hvilken funksjon sykepleieren har i følge Virginia Henderson.

3.5 Virginia Henderson

I dette avsnittet skal vi beskrive hvilken funksjon sykepleieren har og hvilke grunnleggende prinsipper som gjelder for sykepleien. ICN har med utgangspunkt i Virginia Henderson sin teori utarbeidet grunnleggende prinsipper for sykepleien. Den tar for seg gjøremål som vi regner som grunnleggende for all sykepleie, og vil kunne anvendes i situasjoner hvor sykepleie skal være en hjelp til rekonvalesens og til behandling (NSF Fagserie 2/93).

Henderson definerer sykepleierens funksjon slik:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper, vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (NSF Fagserie 2/93, s.9).

I følge Henderson er god sykepleie å hjelpe pasienten med de helseutfordringene pasienten ikke mestrer selv. I dette ligger det også å bidra til at pasienten greier selv, og blir uavhengig av hjelp. De fleste mennesker ønsker å mestre dagliglivets utfordringer selv uten hjelp fra andre (Mathisen, 2011). Henderson har i sin teori 14 grunnleggende behov og punkt 10 er: «Å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser» (NSF Fagserie 2.93, s.27).

Vi har nå beskrevet hvilken funksjon sykepleieren har i følge Henderson, og vil nå gå over til Abraham Maslow sin behovspyramide og hvordan seksualitet inngår i denne.

3.6 Abraham Maslow sin behovspyramide

I følge Maslow er det av stor betydning for oss å få dekket de grunnleggende fysiologiske, psykologiske, sosiale og åndelige behov. Maslow omtaler ikke seksualitet som et eget behov i sin behovshierarki, men man kan tolke det slik at seksualitet virker inn på flere av nivåene i hierarkiet, seksualitet er en integrert del av mennesket. Seksualitet kan være knyttet til de fysiologiske behovene samtidig som den er nær behovet for trygghet, kjærlighet og tilhørighet. Det å leve ut sin seksualitet kan betraktes som å realisere sitt menneskelige potensial (Skansgård, Svensen, Aanrud, & Aars, 1996).

Maslow sin behovspyramide er delt inn i fem ulike trinn. De ulike trinnene bygger på hverandre, så man må ha dekket det nederste trinnet før man kan klatre oppover i pyramiden. Behovene styrer oss, og i løpet av livet går vi fram og tilbake mellom nivåene i pyramiden. For at pyramiden ikke skulle virke som en vanlig "prestasjonstrapp" innførte Maslow begrepene vekstbehov og mangelbehov. Vekstbehov er når behovet i pyramiden blir tilfredsstilt, og leder mot økt selvrealisering og sjelelig harmoni. Mangelbehov er hvis man

ikke får oppfylt behov som kjærlighet, trygghet, og respekt bremser dette ned utviklingen (Madsen, 1981).



(Fig.1)

Nå har vi sett at seksualitet virker inn på flere av nivåene i Maslow sin behovspyramide. Vi går nå over til å se på etikk og moral rundt temaet seksualitet.

3.7 Etikk og moral

Kunnskap om etikk og moral er grunnleggende for vår atferd. Her er hva Hansen og Lingås (2005) definerer som etikk og moral: «Ordene etikk og moral brukes ofte om hverandre. Selve ordene stammer fra gresk (etice) og latin (moralis) og viser til det som sømmer seg eller det som er vanlig» (s. 78).

I følge Johansen et al. (1998) i boka «Seksualitet på alvor» er det ikke alltid lett å møte den eldre med seksuelle problemer, selv om vi har et avklart forhold til egen og andres seksualitet. Pasienten er prisgitt helsepersonellet de møter. Tar sykepleieren seksualitet på alvor, eller er det en som fortrenger at de eldre også har slike behov. Helsepersonell som klarer å se at alle mennesker er seksuelle, vil kunne komme i situasjoner der det er vanskelig å vite hvilken handling som er rett. Handlingsmulighetene vi har er ofte mange, og vi kan komme opp i etiske problemer, eller et etisk dilemma i møte med den eldre.

Moral viser til det som sømmer seg, eller det som er vanlig. I alle samfunn er det ulike normer og holdninger til hva som er rett og galt, og til hva vi mener er godt og ondt. I alle situasjoner har vi en oppfatning av hvordan vi burde oppføre oss, og normene er de signaler vi sender ut til oss selv og andre om forventet oppførsel. Dette omhandler moralen vår (Hansen & Lingås, 2005).

Seksualitet utøves for det meste sammen med en annen, og handlingene vil da ha betydning for den de samhandler med. Det er skrevne og uskrevne regler for god moral på den enkelte institusjon. Viktig at institusjonen har klare regler for å unngå uskrevne regler. Som sykepleier er det viktig å være klar over egne moralske handlinger forbundet med seksualitet, for å være klar over hvordan man møter seksuell atferd hos eldre på institusjon (Tvedt, 2009).

Vi har nå vært innom temaene etikk og moral og hvordan dette styrer oss i hverdagen. Går nå over til kommunikasjon som er en viktig del av hvordan vi kan bygge relasjoner og ivareta de eldre sine behov på institusjon.

3.8 Kommunikasjon

I alle relasjoner er kommunikasjon viktig og spesielt i vår hverdag som sykepleiere i møte med den eldre. Med kommunikasjon mener vi i denne oppgaven: «Å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art» (Heap, 2002, s. 43). Heap (2002) legger ikke bare ord i begrepet signaler, han sier at vi ikke bare bruker vårt verbale språk som kommunikasjonsmiddel, men vi formidler også gjennom non-verbal kommunikasjon og gjennom halv-verbal kommunikasjon som supplerer vårt verbalspråk.

Vi mennesker er sosiale vesener, og for å kunne fungere i samfunnet og samhandling med andre er vi avhengig av kommunikasjonsferdigheter. Vår evne til samvær og samhandling er viktig for oss slik at vi kan oppnå og vedlikeholde relasjoner som igjen gir oss bekreftelser på at vi er verdifulle og at vi har betydning for andre mennesker. Denne delen ved kommunikasjon får en spesiell betydning i alderdommen på grunn av vekselvirkningen mellom det selvbildet mange eldre etter hvert får, og den minkende mengden av samvær og kommunikasjon de deltar i. Eldre mennesker som er mye alene og blir isolert, kan risikere å miste noen av sine ferdigheter i aktiv kommunikasjon. De kan dermed tape de mulighetene som kommunikasjon gir for å få reaksjon og respons på seg selv og på sine behov (Heap, 2002).

Mye av vår atferd kan også betraktes som kommunikasjon, i følge Heap (2002). Måten vi gjør ting på og hvordan vi handler, vil signalisere vår vilje, våre intensjoner og våre prioriteringer.

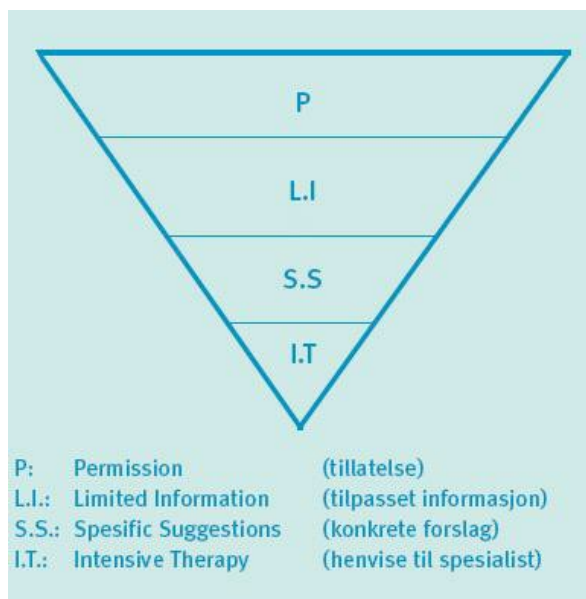
Slik atferdsmessig kommunikasjon kan være veldig viktig og innholdsrik. Det vi gjør er noen ganger i strid med det vi sier, slik at det er atferden som til tider er klarere og mer pålitelig som kommunikasjonsmiddel enn våre ord (Heap, 2002).

For å ivareta seksualitet på institusjon er vi avhengig av å skape gode relasjoner for å skape tillit og åpenhet. PLISSIT- modellen kan brukes som kommunikasjon og veiledningsmodell.

3.9 PLISSIT- modellen

Her kommer en teoretisk beskrivelse av PLISSIT- modellen som brukes i arbeidet med seksuelle problemer.

PLISSIT- modellen ble utviklet av psykologen Jack Annon i 1976, og skal være som en støtte for helsepersonell når de skal hjelpe pasienter med seksuelle problemstillinger. PLISSIT- modellen er trekantformet og angir 4 nivåer om hvordan rådgivning om seksualitet kan foregå. Trekantformen illustrerer mengden av pasienter på hvert nivå hvor de aller fleste pasienter vil ha tilstrekkelig utbytte kun ved at den profesjonelle tillater dem å snakke om sine seksuelle problemer. Den smaleste delen av trekanten viser at de færreste pasienter vil ha behov for intensiv terapi (Laursen, 2011).



(Fig.2)

Permission (tillatelse) er et nivå for alle og gis ved at sykepleieren tilkjenner sin vilje til å snakke om pasientens seksualitet. Her anerkjenner man pasientens seksuelle behov og problemer, slik at pasienten får tillatelse til snakke om seksualitet. Samtidig skal sykepleieren

tillate seg å ha begrensninger. På dette nivået trengs det sjelden mer kunnskap hos behandler, enn det pasienten selv har (Almås & Benestad, 2006; Gamnes, 2011; Laursen, 2011).

Limited Information (tilpasset informasjon) er et nivå for mange og her gir sykepleieren begrenset og tilpasset informasjon til pasienten på bakgrunn av sine kunnskaper (Laursen, 2011). Dette nivået ivaretar behovet for opplysning om vanlige eller uvanlige forhold ved et seksualliv. Det er ikke uvanlig at pasienter har feilforestillinger om hva som er seksuelt normalt. Da vil dette nivået være med på å belyse normale og unormale forhold. Her trenger sykepleieren ofte litt mer kunnskap enn det pasienten selv sitter inne med (Almås & Benestad, 2006; Gamnes, 2011).

Specific Suggestions (konkrete forslag) er et nivå for noen og her skal sykepleieren kommunisere med pasienten om den situasjonen han befinner seg i, hvor informasjonen er mer detaljert (Laursen, 2011). Spesifikke eller konkrete forslag som kan avhjelpe problemet tilpasset den enkelte sak. Noen vil trenge henvisning til spesialist (Almås & Benestad, 2006; Gamnes, 2011).

Intensiv Therapy (intensiv terapi) er et nivå for få og er for spesialister hvor det kreves tid og spesialkunnskap (Laursen, 2011).

Vi har nå kort gått gjennom PLISSIT-modellen, og hva de ulike trinnene inneholder. Vi går nå over til drøftingsdelen i vår fordypningsoppgave.

4 DISKUSJON

Her vil vi drøfte problemsstillingen opp mot beskrevet teori, for å kunne belyse hvordan vi kan ivareta seksualitet hos eldre på institusjon. Vi velger å dele opp drøftingen i ulike underkapitler. Tilslutt gir vi en kort oppsummering.

I følge Skansgård et al. (1996) er seksualitet noe som angår alle mennesker i alle aldre og livssituasjoner. Dette er noe vi støtter oss på, kjenner igjen og erfarer i vår yrkespraksis, uten at det blir tatt ordentlig tak i.

Sykepleierne skal jobbe ut ifra et helhetlig menneskesyn, og da kan ikke seksualitet ignoreres for å kunne ivareta behovet hos eldre. Hvis sykepleieren selv ikke er trygg på sin egen seksualitet, ikke har kunnskap eller forståelse for at pasienten kan ha seksuelle behov, kan dette få innvirkning på sykepleiers kvalitet. Sykepleiere må ha innsikt i egne normer og holdninger, og kjenne sine egne grenser for hva som er tillatt og ikke. Sykepleiere som har lite selvinnsett og er usikker i forhold til sin egen seksualitet, kan ha vanskeligheter med å møte seksuelle problemstillinger på en profesjonell måte. Sykepleierne skal samtidig vise respekt for andres grenser og måte å leve ut sin seksualitet på.

4.1 Historie og seksualitet

Ut i fra seksualitetens historie er ikke seksualitet noe ny oppstått i det tjuende århundre. Utviklingen helt siden opprinnelsen har vært preget av både religion, kvinnefrigjøring og juridiske lover. Vi har erfaringer fra vårt sykehjem at åpenheten rundt seksualiteten fortsatt er preget av holdninger om at seksualitet ikke er en viktig del i de eldres liv. Fossan og Raaheim (2001) skriver at seksualiteten har vært et tabubelagt område over lang tid, og debatten rundt eldres seksualliv har vært fraværende. Den manglende åpenhet og debatten om tematikken er med på å understøtte holdninger og oppfatninger om at seksualitet er av mindre betydning for eldre. For å bidra til utvikling og åpenhet om seksualitet i eldreomsorgen, kan en mulighet være å bruke PLISSIT – modellen som veileder. Denne modellen drøfter vi senere i oppgaven.

WHO sier at seksualitet er noe som er integrert i hver enkelt menneskers personlighet og en av våre sterkeste drivkrefter. Den kommer til uttrykk gjennom det vi føler og hvordan vi berører og berøres av andre. WHO mener at helse, livskvalitet og seksualitet henger sammen. En del av WHO sin definisjon av seksualitet beskrives som vår søken etter kjærlighet, varme og intimitet. Videre står det at seksualitet har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger

og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse. Spesielt viktig er det å presisere at seksualitet er mer enn samleie og hvorvidt vi får orgasme eller ei. Det viktigste er å erkjenne at det er et grunnleggende behov. For de som bor på institusjon kan samspillet og nærværet med ektefelle eller kjæreste være begrenset. Det er flere årsaker til det, for eksempel sykdom, tap og at ektefelle bor langt unna. Et eksempel fra vår avdeling er at ektefeller får dele rom om ønskelig, hvis begge er pasienter. Dette var ingen selvfølge tidligere beskriver Fossan og Raaheim (2001).

Vi støtter oss på den amerikanske undersøkelsen (Laursen, 2011) der informantene bekrefter at det er svært viktig for dem med et tilfredsstillende seksualliv uansett alder, noe som er i tråd med WHO sin definisjon.

Margaret Paasche beskriver i Johansen et. al. (1998) en annen definisjon på seksualitet. Den har mange likhetstrekk med WHO sin definisjon, og kan for eldre i institusjon være vanskelig å oppfylle av samme årsak som drøftet over. Videre viser Johansen et. al. (1998) til Grasmø som har et eksempel på en situasjon fra praksis, som vi har presentert i forordet i denne oppgaven. Som eldre og pleietrengende vet du din omgang med både vin, mannfolk og egen kropp rapporteres og er gjenstand for bekymring. Denne pasienterfaringen er et godt eksempel på ignorering av seksualitet som behov. Mangelen på tilrettelegging for den private sfære på den ene siden, og følelsen av overvåking og rapportering på den andre siden understreker at seksualitet er oppfattet som unormal oppførsel hos eldre og pleietrengende. Ulempen med at definisjonene omfatter det samme, er at eldre på institusjon ekskluderes fra å kunne oppfylle innholdet i definisjonen. Gjennom vår praksis ser vi at vi er med på å understøtte at eldre på institusjon ikke kan oppfylle definisjonen, ved manglende åpenhet, kunnskap og holdninger til temaet. I et samfunnsperspektiv kan dette være en av årsakene til den fraværende debatten rundt Eldres seksualitet.

Seksualiteten er ifølge WHO mye mer omfattende og allmenngyldig enn det vi kanskje er vant til å tenke. Den seksuelle driften er universell for mennesker. Den biologiske driften er den samme, men behovene kan variere fra individ til individ.

4.2 Yrkesetiske retningslinjer

Vi sykepleiere jobber etter yrkesetiske retningslinjer. Retningslinjene beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og de forplikter god sykepleiepraksis. Ved å benytte oss av retningslinjene i praksis viser disse vei og hjelper oss å fatte beslutninger i vanskelige situasjoner. Ved å ignorere seksualitet har vi i forhold til retningslinjene ikke gitt helhetlig omsorg. Almås og Benestad (2006) sier at det er flere følelser enn det er ord som kan beskrive seksualitet, og når

følelser ikke alltid er like enkle å forholde seg til, blir dermed seksualitet også vanskelig. I vår yrkespraksis er det viktig at vi behandler den eldre med verdighet og respekt, som bygger på grunnlaget til yrkesetiske retningslinjer. Skal vi gi helhetlig omsorg kan vi ikke ignorere seksualitet. Seksualitet må ses på som en ressurs og ikke et problem. Ut i fra WHO og Margaret Paasches definisjoner, ser vi hvor viktig dette behovet er med tanke på både mental og fysisk helse, men også anerkjennelse som menneske og individ i samspill med andre. Ved å benytte retningslinjene aktivt i vår hverdag kan det bidra til mer åpenhet om temaet og være utgangspunkt for diskusjoner i sykepleiefaget. De yrkesetiske retningslinjene er et redskap sykepleieren kan bruke for å utvikle evnen til etisk refleksjon, og bidra til å høyne yrkesetikken som igjen kan gi kunnskap til å endre holdninger og mulighet for å ivareta Eldres seksualitet. NSF (2011) yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er godt verktøy for å bygge en verdibevisst hverdagskultur på avdelingen, og de bør gjøres levende ved aktivt bruk i refleksjonssamtaler og refleksjonsgrupper. Innsikt i yrkesetiske retningslinjer er spesielt viktig i møte med seksuelle problemstillinger, og kan være til støtte både for pasienten og oss sykepleiere. Reglene er nødvendig for å sette klare grenser for hva som er rett og galt, og kunne hjelpe oss i problematiske situasjoner.

4.3 Henderson og Maslow

Virginia Henderson fokuserer på sykepleieren, dens funksjon og perspektiv. Dette samsvarer med den funksjonen sykepleiere har på institusjon for å kunne ivareta seksualitet hos den enkelte pasient. Enkeltmenneskets behov vektlegges og vi jobber med helhetlig individuell sykepleie. For å kunne gi individuell sykepleie må sykepleieren foreta en datainnsamling av pasientens behov, for å kunne ivareta den enkelte pasient. Utføres det ikke en kartlegging av pasientens behov, vil ikke sykepleieren kunne oppfylle og ivareta pasientens grunnleggende behov, derav seksualitet. Ut i fra definisjonen til Henderson på sykepleierens funksjon har sykepleieren et selvstendig ansvar på institusjon for å hjelpe pasienten med de fysiologiske behovene når pasienten ikke er i stand til å opprettholde dem selv. Hendersons 14 punkter kan sammenlignes med Maslow sin behovspyramide. Både Henderson og Maslow sine teorier bygger på grunnleggende fysiologiske behov og er relevant til bruk på institusjon. Maslow kritiseres for den hierarkiske ordning av behovene. Men ved en naturlig aldring hos eldre opplever vi i yrkespraksis at de fysiologiske behov er avgjørende for den Eldres psykiske og fysiske helse. Hvis de eldre ikke får dekket sine fysiologiske behov har mange ikke krefter eller motivasjon til å utføre andre aktiviteter som i Maslow sin teori handler om vekstbehov og det å bevege seg høyere opp i pyramiden. For at de eldre skal ha mental motivasjon og

krefter må de få dekket de fysiologiske behovene og unngå mangelbehov før de kan stige høyere i pyramiden. Vi ønsker videre i denne oppgaven å fokusere på de nivåene som ligger over de fysiologiske behovene. På sykehjem dekkes de grunnleggende behov i pyramiden første trinn. Fokuset på de høyere nivåene opplever vi mer som tilfeldig og individuelt hos hver enkelt sykepleier. Trinn to og tre i Maslow sin behovspyramide kan i denne sammenheng sammenlignes med Hendersons punkt ti. Henderson fokuserer også på å ivareta mer enn fysiologiske behov.

Det må opparbeides en kontakt og trygghet mellom sykepleieren og den eldre for å oppnå tillit, slik at de skal kunne gi uttrykk for sine behov og følelser. Jo større forståelse sykepleieren viser, jo mer tillit vil den eldre ha til sykepleieren som bedre kan hjelpe pasienten med å ivareta sitt seksuelle behov. Mange eldre på institusjon kan ha ulike tapsopplevelser gjennom det å måtte flytte fra sitt eget hjem fra ektefelle eller familie, men også vekk fra sine personlige eiendeler. På vårt sykehjem er det enerom og mulighet til å ha med seg noen private eiendeler. Tap av egne ressurser og økt avhengighet fører til at de eldre vil ha et større behov for å få hjelp til å ivareta sitt behov for seksualitet. I Purvis (1998) støtter vi oss på legen Pheiffers uttalelse om at etter hvert som vi blir eldre, ikke bare fortsetter vi å ha seksuelle behov, men disse behovene kan bli sterkere fordi vi opplever tap på andre livsområder.

Omgivelsene har mye å si for hvordan den eldre vil føle trygghet og ta kontakt med andre. På institusjon er det mange å forholde seg til, både pasienter, ansatte og pårørende som er innom. Det kan da være vanskelig å finne noen å betro seg til, få tilhørighet i gruppen og føle seg akseptert. Vi som sykepleiere må her legge til rette for at alle blir inkludert og føler tilhørighet. Innføring av primærkontakter kan være med på å legge til rette for dette. På vår avdeling har hver pasient to eller tre primærkontakter som har samtaler både med pasient og pårørende for å tilrettelegge best mulig ut ifra de forutsetninger pasienten har. Erfaringer fra vår avdeling er at spørsmål omkring seksualitet ikke blir tatt opp. Nottingham Study of Sexuality and Ageing (2007) viser at sykepleiere med ung alder og med mindre enn fem års ansenitet, har en mer negativ holdning til seksualitet hos eldre mennesker enn godt voksne sykepleiere med lang erfaring. Vår yrkeserfaring viser at det er store variasjoner her, både yngre og eldre sykepleiere kan føle seg ille berørt og takler ikke at temaet tas opp.

En utfordring som sykepleieren må jobbe videre med er at det ikke skal være noe hinder for at eldre skal få ivaretatt sitt behov for seksualitet på sine eldre dager i institusjon. Gjennom seksualiteten kan de eldre få tilfredsstilt sitt basale behov for anerkjennelse og nærhet. Trinn fire i Maslow sin pyramide bygger på dette. Selvtillit er like viktig, om ikke mer for den eldre.

Det å føle at man mestrer noe og har en verdighet betyr mye for hvordan den eldre har det og føler seg.

Maslow sin behovspyramide virker også inn på hvordan sykepleieren jobber sammen for å kunne ivareta seksualitet hos det enkelte individ, og for å snakke om problemsstillinger tilknyttet pasienters behov for seksualitet. Sykepleiere må oppleve trygghet og føle tilhørighet til et fellesskap eller en gruppe på avdelingen hvis en skal tørre å åpne seg for hverandre og ta opp problemer.

4.4 PLISSIT som kommunikasjonsmodell

Hvert trinn i PLISSIT-modellen krever økende kunnskap og dyktighet, og de forskjellige trinnene viser ulike ansvarsfordelinger, og ulike nivåer av problemstillinger. Modellen er spesielt egnet til seksuell veiledning ut fra egen kompetanse og ståsted. PLISSIT-modellen kan tilpasses og brukes som kommunikasjonsmodell på sykehjemsavdelinger. Modellen kan også brukes til seksualopplysning og til behandling. For vår del har undervisning om PLISSIT – modellen vært fraværende i utdanning. Undervisningen om temaet seksualitet omhandlet anatomi og forplantning når vi tok sykepleieutdanningen. For å kunne benytte seg av modellen som kommunikasjonsverktøy, trenger sykepleiere undervisning om bruk av modellen, men også grunnleggende fysiologi og anatomi om emnet. I studien Nottingham Study of Sexuality and Ageing (2007) kommer det frem at det bør legges større vekt på temaet i utdanningen, slik at det bidrar til en holdningsendring hos sykepleierne, som igjen bidrar til at det blir et tema det snakkes om.

For å kunne benytte modellen i vår sykehjemsavdelingen må den tilpasses. Det kan gjøres ved at den omfatte både kollegaer og avdelingen, og ikke bare de eldre. Temaet seksualitet må kunne tas opp i veiledningsgrupper på arbeidsplassen, og informasjonen som gis må tilpasses slik at ingen føler seg støtt i situasjonen. I følge Johansen et al. (1998) er det viktig at undervisningen tilpasses. Johansen et al. (1998) viser videre til at det er flere ansatte i helsesektoren som kan fortelle at seksualitet fortsatt er et ikke-tema, og at det sjelden tas opp i veiledningsgrupper. Dette samsvarer med det vi opplever i egen yrkespraksis. Vi har ingen erfaringer med at temaet tas opp i noe undervisningsopplegg på arbeidsplassen. Det viser at det er stor mangel på kunnskap om eldre og seksualitet, og at få ser det som et behov hos eldre. Studien Nottingham Study of Sexuality and Ageing (2007) understreker kunnskapsmangelen blant helsepersonell. Seksualitet føles for de fleste svært personlig. Sykepleiere kan føle seg truet, og omtaler det ofte som «det». Sykepleiere kan være redd for hva kollegaer mener dersom de tar opp dette temaet, og lar det derfor være. For å skape

åpenhet om temaet på sykehjemmet kan det for eksempel legges opp til internundervisninger, refleksjonsgrupper og fagdager. Det blir viktig med mer åpenhet og mer profesjonell faglige diskusjoner, så lenge dette ikke gjøres, fortsetter det å være tabubelagt. En måte å ivareta seksualitet på er å utarbeide felles retningslinjer slik at vi handler likt i lignende situasjoner. I artikkelen av Thor (2012) understøttes våre utfordringer knyttet til seksualitet. Hun sier at det er viktig at sykepleieren inkluderer seksualiteten i pleien, og tar det på alvor, de eldre har også dette behovet.

Ut i fra egen yrkespraksis har vi erfart at seksualitet er et tabubelagt tema. Når tematikken blir tatt opp i rapporter har det lett for å være latter inne i bildet, og det behandles på en uprofesjonell måte. For at sykepleieren skal kunne møte den eldre sine problemer, er det en stor fordel at vi har et avklart forhold til egen seksualitet, selv om dette kan oppleves svært vanskelig. Erfaringene som beskrevet over samsvarer godt med artikkelen til Nilsson (2012), Seksualitet er tabu i sygeplejen.

I følge Johansen et al. (1998) er det viktig at sykepleieren klarer å oppfatte den eldre sine behov for samtale rundt temaet, men like viktig er det å respektere og fange opp at noen ikke ønsker å prate om seksualitet. Pasienten har full rett til ikke å benytte seg av tilbudet om samtale rundt seksualitet, men som sykepleiere har vi plikt til å gi pasienten mulighet. I vår yrkespraksis slik vi erfarer det, blir det svært sjelden tatt opp som tema med de eldre. Vi har ingen rutiner på vår avdeling å spørre pasientene om de har spørsmål eller problemer i forhold til sitt seksualliv. Vi har erfaringer med at sykepleiere uttrykker at det vanskelig å kommunisere om seksualitet.

Det første trinnet i PLISSIT - modellen er Permission eller tillatelse på norsk. Kunnskaper om seksuelle behov kan hjelpe sykepleieren til å føle seg tryggere på å ta opp temaet seksualitet og gi tillatelse til snakke om temaet, både blant kollegaer og pasienter. Sykepleiere som har lært å bruke PLISSIT- modellen vil i stedet for å avvise en situasjon hvor det fremkommer seksuelle handlinger kunne benytte situasjonen til å gi tillatelse til å snakke om temaet.

For å vise at vi respekterer den eldre sine grenser og behov, kan vi følge det første trinnet i PLISSIT- modellen, tillatelse. Vi gir tillatelse, og viser at det er greit at sykepleieren, eller den eldre tar opp temaet. For at eldre skal forstå at vi er interessert i tematikken, må vi åpne opp og gi tillatelse i følge Johansen et al. (1998). For å vise at vi ønsker å ivareta seksualitet hoe eldre på institusjon kan vi for eksempel avslutte samtalen ved å spørre den eldre om det er noe mer han ønsker å ta opp. Mange eldre har et stort behov for informasjon, og her kan vi som sykepleiere bruke vår faglighet og "gi tillatelse" til kommunikasjon om seksualitet. De eldre trenger å høre at sykepleieren tar tak i temaet og viser at det er normalt at den eldre fortsatt

har dette behovet, artikkelen av Pedersen og Kure (2012), påpeker dette. Pedersen og Kure (2012) har utført en kvalitativ undersøkelse om sykepleieres håndtering av sykehjemsbeboeres seksualitet. Der de viser at sykepleierne syntes det var vanskelig å kommunisere med pasientene om temaet seksualitet, noe som samsvarer med vår oppfattelse og yrkeserfaring.

Sykepleiere har ofte lite eller ingen trening i å kommunisere med pasienter om seksualitet, og hvis vi skal samtale rundt dette temaet, er det viktig at vi tilpasser samtalen i forhold til den andres grenser og behov. Dette bekreftes av Heap (2002), og stemmer over ens med det vi erfarer i vår hverdag som sykepleiere. Temaet blir ikke tatt opp, og vi får derfor ingen trening i å kommunisere om eldre og seksualitet. I møte med pasienter som har seksuelle problemer blir det derfor spesielt viktig at sykepleieren kan kommunisere med andre om akkurat dette temaet. Vi må derfor oppøve oss en evne til å kommunisere om temaet, da det lett kan krenke andre når emnet tas opp. Informasjonen må tilpasses det fora det skal fremlegges i noe som samsvarer med trinn to i PLISSIT – modellen.

Mye av vår kommunikasjon uttrykkes gjennom vår atferd og vårt non-verbale språk og oppfattes raskt av mottakeren, altså pasienten. For oss blir det like viktig å være klar over vår non-verbale utveksling av språket, som den verbale delen. Heap (2002) har definert kommunikasjon, og der understrekes viktigheten av non-verbal kommunikasjon, de signaler vi sender. Sykepleieren må få pasienten til å føle trygghet før hun tar opp vanskelige temaer, slik som seksualitet. Sykepleieren må vise at hun bryr seg, og at hun har tid til å lytte. Vi kan vise det ved å være oppmerksomme og tilstede. Vi kan komme med små kommentarer og bekreftelser for å vise at vi følger med og er interesserte, eller forsøke å stille spørsmål for å vise at vi har forstått rett og gi aksept for den eldre sine følelser. Pasienten vil fort merke om sykepleieren mener det hun sier, at hun er interessert og har tid til å samtale om seksualitet. Viktigheten av signalene vi sender ut, må sykepleieren være klar over, og den kan hjelpe oss å tenke over måten vi omtaler seksualitet på. Gjennom vårt kroppsspråk leser pasienten fort at dette føles ubehagelig for oss. Som sykepleiere er vi ikke vant til å tenke at den eldre pasient har slike behov, dette har vært, og er fortsatt et tabu-belagt område. Thor (2012) bruker PLISSIT- modellen som veileder i slike situasjoner, og sier det viktigste vi som sykepleiere kan gjøre er å lytte og gi tillatelse til at temaet tas opp. Thor (2012) sier videre at mange vet for eksempel ikke helt hvilke ord de skal benytte i slike samtaler. Språket mangler akseptable og presise ord og uttrykk til daglig bruk. Flere føler stor tabu rundt emnet, og føler at de selv vet for lite til å kommunisere med pasientene. Holdningene til sykepleierne og deres måte å møte den eldre på blir avgjørende for pasienten. Overser sykepleieren at de eldre også har et

behov for seksualitet, kan det forsterke pasientens følelse av at dette er et tabubelagt område. I følge Skansgård et al. (1996) er kunnskaper om etikk, holdninger og kommunikasjon knyttet til seksualitet, ikke noe som sykepleiere bare kan lese seg til. Det krever diskusjoner og samtaler i forhold til å utfordre egne holdninger. Holdningene blant sykepleierne til seksualitet er også veldig forskjellig. Seksuelle problem er ofte skjulte problem og sykepleierne har da liten erfaring i å observere forhold som er knyttet til seksualitet. Vi kan gjennom god kommunikasjon bidra til å skape trygghet i vanskelige samtalsituasjoner. Vi støtter oss til Eide og Eide (2007) som beskriver at god kommunikasjon ikke bare er til pasientens beste, men også for sykepleieren, gjennom at det kan være med på å redusere den emosjonelle belastningen. Sykepleiere er stadig i kontakt med pasienter i følelsesmessig ubalanse.

Vi har nå drøftet seksualitetens historie og sett på to definisjoner av begrepet. Videre hvordan yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere kan brukes som etisk veiledningsmodell. Vi har brukt Maslow for å understreke viktigheten av å få dekket de fysiologiske behovene, for å komme seg videre oppover i pyramiden. Henderson har vi benyttet for å belyse grunnleggende sykepleie. PLISSIT som kommunikasjonsmodell, der etikk og holdninger inngår.

5 KONKLUSJON

I et historisk perspektiv er ikke seksualitet noe nytt begrep. Utviklingen har vært svingende med årene. Debatten omkring Eldres seksualitet har vært fraværende og det at eldre mennesker har et seksualliv har vært upassende. For at historien og debatten skal ta et steg videre trenger vi økt kunnskap, holdningsendringer og åpenhet, både hos helsepersonell på institusjon men også i et samfunnsperspektiv.

Definisjonene på seksualitet fra WHO og Margaret Paasche mener vi kan være vanskelig å oppfylle for de som mangler ressurser selv, noe som de fleste som bor på institusjon gjør. For å ivareta seksualitet er det derfor viktig å være klar over at definisjonen understreker at seksualitet er noe mer enn bare samleie. Dette synes vi er viktig å fremheve i arbeidet med eldre og seksualitet. Det dreier seg om livsglede også når man bor på sykehjem.

De yrkesetiske retningslinjene kan være en av sykepleierens viktigste verktøy for å ivareta seksualitet på sykehjemmet. Disse kan vi bruke til etisk refleksjon i vanskelige beslutninger innen temaet seksualitet.

Henderson og Maslow sine teorier bygger på grunnleggende fysiologiske behov og er relevant til bruk på institusjon. Seksualitet virker inn på flere av nivåene i Maslow sin pyramide. De grunnleggende fysiologiske behovene må dekkes, før de eldre kan bevege seg oppover i behovspyramiden. Henderson teori fokuserer på sykepleieren og hvilken funksjon sykepleieren har. Ut i fra dette vektlegger vi enkeltmenneskets behov og jobber med helhetlig individuell sykepleie. For å kunne gi helhetlig sykepleie må også seksualitet ivaretas.

For å kunne ivareta seksualitet hos eldre på institusjon er det avgjørende med kunnskap om temaet hos sykepleieren. PLISSIT- modellen kan være til hjelp som en kommunikasjonsmodell for sykepleieren. PLISSIT- modellen kan hjelpe oss til å ta tak i seksualitet hos eldre og vi tillater at det snakkes om temaet. Informasjonen må tilpasses slik at ingen føler seg støtt. Temaet må bli inkludert i vår tankegang rundt de eldre. Vi ser at økt kunnskap kan bidra til mer åpenhet og dermed en holdningsendring hos sykepleiere. Eldre og seksualitet er et tema det bør legges mer vekt på i utdanningen. Temaet er tabu-belagt, og mer åpenhet vil gjøre det lettere for sykepleiere og eldre å forholde seg til seksualitet. Sykehjem bør lage rutiner for hvordan sykepleiere skal opptre i møte med den eldre og hvordan de skal få ivaretatt sitt behov for seksualitet. Internundervisning, refleksjonsgrupper og fagdager bør forankres i institusjonen. En utfordrende oppgave er å finne forelesere som også kan tilpasse undervisningen til mottakere.

6 REFERANSELISTE

- Almås E., & Benestad E. E. (2006). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fossan, G., & Raaheim, K. (2001). *Eldreårenes psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen: kommunikasjon, minner, kriser, sorg*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hansen, Å. M., & Lingås, L. G. (2005). *Etikk og kommunikasjon*. Oslo: Dam & sønn.
- Holter, I. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg., s. 139-148). Oslo: Akribe AS.
- Høgskolen i Hedmark (2010). *Litteraturliste videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Johansen, M., Thyness, E. M., & Holm, J. (1998). *Seksualitet på alvor, etiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Bergen: Faktabokforlaget.
- Laursen, B. S. (2011). Seksualitet. I I. M. Holter & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg., s. 704-720). Oslo: Akribe AS.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (2000). *Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning*. Oslo: Departementet.
- Kreftforeningen (2005). *Seksuell helse og kreft. Retningslinjer for fagpersonell*. Oslo: Kreftforeningen.

- Skansgård, B., Svendsen, K-O. B., Aanrud, A., & Aars, H. (1996). Seksualitet. I N. J. Kristoffersen (red.), *Generell sykepleie 3. Pasient og sykepleier- kropp, omgivelser og metoder* (s. 99-179). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Gammes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie 3. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 71-104). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Madsen, K. B. (1981). *Personlighedens psykologi. Abraham Maslow*. København: Forum A-S og Oslo: Dreyers.
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I I. M. Holter & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg., s. 149-168). Oslo: Akribe AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Norsk sykepleierforbund (1993). *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. Fagserie 2.93. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Pettersen, R-T. (1984). *Eldre i institusjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Purvis, K. (1998). *Sex i solnedgangen- om eldre menn og deres seksualliv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag ASA.
- Tvedt, Å. M. A. (2009). *Sykepleiernes opplevelse av seksuell atferd hos personer med demens i skjermet enhet. Et følelsesmessig spenningsfelt*. Masteroppgave ved Det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Seksjon for sykepleievitenskap. Oslo: Universitetet.