



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Linda Carine Svendsberget og Camilla Skeie Haukeland

Veileder: Liv Bekkeli

4BACH

De er for gamle for slikt

Eldre og seksualitet

They are too old for that stuff

Sexuality in later life

Antall ord: 11399

Bachelor i sykepleie – BASY 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Norsk sammendrag

Tema: Eldre og seksualitet

Formål: Formålet med oppgaven er å belyse et svært tabubelagt, men høyst aktuelt tema. Oppgaven har til hensikt å øke kunnskaper omkring eldre og deres seksualitet. Det tas sikte på å motivere og inspirere fremtidige kollegaer og studenter til å interessere seg for den seksuelle kompleksiteten hos eldre og de utfordringer det måtte bringe.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier ivareta den seksuelle identiteten hos den mannlige sykehjemspasienten?»

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie og bygger på relevant fag- og forskningslitteratur, i tillegg til personlige erfaringer fra praksis og arbeidslivet.

Resultat og konklusjon: Eldre og sykepleiere oppgir å ha ulike oppfatninger når det kommer til seksualitet. Eldre mennesker setter ofte pris på muligheten til å snakke om bekymringer og problematikk rundt egen seksualitet. Sykepleier, på en annen side, opplever det som ubehagelig å snakke med den eldre pasienten om seksualitet. De begrunner dette med mangel på kunnskaper og erfaringer. Det er nødvendig med økte kunnskaper om eldre og seksualitet for at en holdningsendring skal være mulig. Hovedfokuset må derfor rettes mot økte kunnskaper hos sykepleier, både praktiske, teoretiske og etiske. Først når sykepleier har tilegnet seg disse vil en bli i stand til å ivareta den mannlige pasientens seksuelle identitet.

Forord

Takk til veilederen vår, Liv Bekkeli ved Høgskolen i Hedmark Campus Elverum, for god veiledning og oppfølging gjennom hele skriveprosessen. Innspill, diskusjoner og råd har hjulpet oss til å forme den oppgaven vi nå sitter med.

Takk til sexolog Hege Svingen ved DPS Akutt Døgn 1 på Sanderud, for kommentarer, innspill og hjelp til å finne relevant litteratur som har bidratt til å løfte oppgaven.

Vi vil rette en takk til Nils Beckman ved Universitetet i Gøteborg avdeling for psykiatri og nevrokjemi og Erik Larson ved Macalester College i Minneapolis, Minnesota. Begge har vært svært behjelpelige med å peke ut og gi eksempler på oppdatert forskning som har vært av betydning for å belyse temaet og problemstillingen vår.

Til slutt vil vi takke til medstudenter og våre foreldre, som har vært korrekturlesere og utenforstående kritikere.

Innhold

NORSK SAMMENDRAG	2
FORORD	3
INNHold	4
1. INNLEDNING	6
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN	7
1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN	7
1.4 FORMÅLET MED OPPGAVEN.....	8
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON	8
2. METODE	9
2.1 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK	9
2.1.1 Søkord og databaser.....	9
2.1.2 Valg av litteratur	9
2.2 KILDEKRITIKK	10
2.3 ETISKE BETRAKTNINGER	11
2.4	11
3. TEORETISK REFERANSERAMME	12
3.1 BEHOVSTEORI	12
3.2 Å FORSTÅ DEN MENNESKELIGE SEKSUALITETEN	13
3.2.1 Den seksuelle identiteten.....	14
3.2.2 Seksualitet og den aldrende kroppen.....	14
3.3 FORSKNING	16
3.3.1 Eldres egen oppfatning av seksualitet	16

3.3.2	<i>Sammenhengen mellom seksualitet og helse</i>	18
3.3.3	<i>Holdninger blant helsepersonell</i>	18
4.	DRØFTING	20
4.1	KUNNSKAPER OM SEKSUALITET	20
4.1.1	<i>Teoretiske kunnskaper om seksualitet</i>	21
4.1.2	<i>Praktiske kunnskaper i møte med seksualitet</i>	25
4.1.3	<i>Etiske kunnskaper i møte med seksualitet</i>	28
5.	KONKLUSJON	34
	LITTERATURLISTE	36
	VEDLEGG 1	
	VEDLEGG 2	

1. Innledning

Seksualitet er et fenomen som stadig dukker opp i media og som skaper diskusjoner. Dette er nært knyttet til forutsetninger som ungdommelighet, livskraft og god helse, og det snakkes sjelden om den eldre befolkningen i denne sammenheng (Johansen, Thyness & Holm, 1998). Det kan virke som om samfunnet er av den oppfatning at den eldre personen er et aseksuelt individ, uten lyster og behov (Purvis, 1998). En rapport publisert på sidene til Statistisk Sentralbyrå i 2014 viser til at levealderen stadig blir høyere frem mot år 2100. Som et resultat av lavere dødelighet vil andelen eldre mennesker øke kraftig. Forfatterne anslår at så mange som hver femte innbygger i Norge vil være over 70 år i 2060. I 2013 var det om lag 560 000 eldre mennesker over 70 år, mens i 2060 er det beregnet at antall eldre vil ha passert 1.3 millioner. Fordi antall eldre mulig vil dobles de neste 50 årene, vil dette kunne øke behovet for og bruken av helse- og omsorgstjenester (Syse & Pham, 2014). Av alle mennesker i hele verden som har oppnådd en alder av 65 år, så lever over halvparten av disse. Det betyr at det aldri har vært flere eldre i verden enn nå, og den fordelingen vil bare øke.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Fordi den norske befolkningen lever lenger, og fordi andelen eldre vil øke kraftig de kommende årene vil ikke eldre og seksualitet bli et mindre aktuelt tema. Det vil bli et økende behov for kunnskap og profesjonstydelige holdninger til temaet. Vi anser dette som et sykepleierelevant tema fordi seksualitet vil kunne være nært knyttet opp mot selvfølelse, selvoppfattelse, samt både mental og fysisk helse. I tillegg ser vi at seksualitet og seksuelle behov faller inn under kategorien grunnleggende behov, og ivaretagelse av disse er svært relevant når det kommer til sykepleie (Madsen, 1981).

Oppfatningen om at eldre er aseksuelle individer har vi møtt både i praksis og i arbeidslivet, hvilket også danner grunnlaget for valg av tema. Vi har sett hvordan sykehjemspasienten oppfattes som et individ uten seksualitet og at fysiske og verbale uttrykk for dette oppleves som unaturlig, upassende og ukomfortabelt for personale. Etter å ha søkt i aktuell fag- og forskningslitteratur, ser vi at det er skrevet mye om eldre og seksualitet. Vår opplevelse gjennom egen praksis er at dette er et tabubelagt tema som det sjelden fokuseres på i den praktiske utførelsen av sykepleie.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Temaet for denne oppgaven er eldre og seksualitet. Ut i fra temaet har vi utformet følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier ivareta den seksuelle identiteten hos den mannlige sykehjemspasienten?»

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Når det i problemstillingen og videre i oppgaven snakkes om sykepleier, menes en sykepleier med norsk språklig og kulturell bakgrunn. Dette gjøres på bakgrunn av egen etnisitet og erfaringer vi har gjort oss i praksis og i arbeidslivet. Ved å innlemme ordet sykehjem i problemstillingen tas det utgangspunkt i at sykepleieren det snakkes om i oppgaven har sin arbeidsplass på et norsk sykehjem. Ved å gjøre dette avgrenses og spisses oppgaven, selv om vi ser at oppgavens tema også vil kunne være aktuell på andre arbeidsplasser. Når det i litteratur og forskning snakkes om helsepersonell eller personale, tar vi utgangspunkt i at sykepleier faller inn under denne betegnelsen. For at oppgaven skal være konkret, og fordi vi skriver spesifikt om sykepleier, skriver vi sykepleier og ikke helsepersonell i oppgaveteksten.

I problemstillingen er det spesifisert at vi tar for oss den mannlige sykehjemspasienten. Selv om dette temaet vil kunne være like relevant for begge kjønn, fokuserer ikke denne oppgaven på kvinner. Dette gjøres på bakgrunn av kjønnsespesifikk fag- og forskningslitteratur, samt fordi vi har erfaringer med at det er menn som gir mest uttrykk for seksuelle ønsker og behov i sykehjem. I vår oppgave velger vi å inkludere alle mannlige pasienter, som av ulike årsaker bor på sykehjem. Vi har likevel, på grunn av ordbegrensning, valgt å fokusere på de heterofile sykehjemspasientene. Med bakgrunn i egen kunnskap om seksualitet i den norske kulturen, tar vi utgangspunkt i at den mannlige sykehjemspasienten i oppgaven er etnisk norsk. I tillegg tas det utgangspunkt i at pasienten det snakkes om i oppgaven er kognitivt frisk, ettersom en kognitiv svikt i seg selv reiser en rekke andre og mer kompliserte problemstillinger når det kommer til seksualitet. Når eldre omtales i oppgaven, menes en person over 65 år. Vi mener at betegnelsen eldre også omfatter den mannlige sykehjemspasienten i oppgaven, selv om det også kan favne eldre generelt.

1.4 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å rette oppmerksomheten og søkelyset mot eldres seksualitet. Vi ønsker å tilegne oss de kunnskapene som til nå er ukjente og som vi føler mangler når det kommet til dette temaet. Gjennom denne oppgaven ønsker vi å avmystifisere, ufarliggjøre og normalisere eldre menneskers seksualitet. Oppgavens mål er å svare på problemstillingen gjennom å presentere forslag til hva som kan gjøres i praksis og hvordan denne kan endres. I tillegg ønsker vi forhåpentligvis også å inspirere og motivere fremtidige kollegaer, studenter, og andre med interesse for emnet til å øke fokus på og kunnskaper om den eldres seksualitet.

1.5 Oppgavens disposisjon

I dette kapitlet presenteres oppgavens inndeling og innhold, samt hva de ulike kapitlene tar for seg. Kapittel en inneholder en innledning til oppgaven, med en begrunnelse for valg av tema. Her presenteres også problemstillingen, i tillegg til en avgrensning og presisering av denne. I kapittel to fremstilles oppgavens metode, hvor fremgangsmåte for funn av litteratur legges frem. Her legges også kriteriene for valg av kilder frem, og eventuell kritikk av disse. Metodekapitlet avsluttes med etiske betraktninger. I neste kapittel presenteres oppgavens teoretiske grunnlag. Her introduseres teori det anses som viktig å ha en forståelse av før problemstilling kan drøftes. I tillegg til Hendersons behovsteori inkluderes teori om seksualitet, fysiologiske aldersforandringer og relevant forskningslitteratur. Kapittel fire er et drøftingskapittel hvor teoretisk, praktisk og etisk kunnskap drøftes opp mot problemstillingen og mulige tiltak legges frem. I dette kapitlet trekkes det inn egne, relevante erfaringer fra praksis og arbeidslivet. Kapittel fem er oppgavens konklusjon hvor svar på problemstilling, implikasjoner for praksis, og nye spørsmål som har reist seg i løpet av skriveprosessen formidles. Etter konklusjonen kommer oppgavens litteraturliste, hvor all litteratur som er blitt brukt i oppgaven presenteres i alfabetisk rekkefølge.

2. Metode

En metode er en fremgangsmåte for å finne en løsning på et problem, samt komme frem til og tilegne seg ny kunnskap. Denne oppgaven er et litteraturstudie. Dette betyr at det benyttes fag- og forskningslitteratur, annen relevant litteratur, samt egne erfaringer, for å belyse et tema eller komme frem til et svar på et spørsmål eller en problemstilling (Dalland, 2013).

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

I løpet av skriveprosessen har vi skrevet hva vi har funnet av litteratur, inkludert søkeord, databaser, og tidspunkt for søket. På grunn av begrenset tid når det kommer til oppgaveskrivingen, har vi i faglitteratur benyttet oss av innholdsfortegnelser og register når vi har lett etter relevant litteratur.

2.1.1 Søkeord og databaser

For å finne søkeord relatert til temaet vi ønsket å finne fagstoff om ble det brukt MeSH-termer. Dette er emneord som er definerte og som omhandler synonymer, samt andre termer innenfor helsefaglige områder (Aasen, 2013). Vi ønsket også å benytte to eller flere søkeord sammen for å avgrense søket og finne litteratur som var mest mulig relevant for vår problemstilling.

Når vi søkte etter relevant litteratur brukte vi ord som: seksualitet, eldre, menn, sykehjem, intimitet, seksuell identitet, holdninger og livskvalitet. Vi benyttet oss også av engelske termer som: elderly, sexuality, nursing home, men, older people, later life, intimacy, sexual identity, attitude og quality of life.

Vi benyttet oss av søkemotorer som; Oria, Cinahl, Bibsys, Helsebiblioteket og Statistisk Sentralbyrå. For å finne fulltekst på forskningsartikler som ikke var tilgjengelige i databasene vi brukte, eller som det ble referert til i faglitteratur, brukte vi Google Scholar.

2.1.2 Valg av litteratur

Når vi valgte ut forskningslitteratur så vi på relevans, i hvilket tidsskrift teksten var blitt publisert og publiseringsdato. Artikkene vi har valgt å inkludere i oppgaven var basert på

eldres egne holdninger til og prioritering av seksualitet i eget liv, sammenhengen mellom seksualitet og helse, samt helsepersonells holdninger til eldre og seksualitet. Disse forskningsartiklene ble valgt ut på bakgrunn av relevans for å svare på problemstillingen. Den ene forskningsartikkelen vi har brukt i oppgaven har vi ikke søkt etter selv. Denne ble foreslått av en forsker vi var i kontakt med etter å ha sendt en forespørsel om oppdatert forskning innenfor tema, basert på en tidligere forskning han selv hadde skrevet. Vi valgte likevel å ta denne med i vår besvarelse, på tross av at vi ikke var delaktige i søkeprosessen, på bakgrunn av artikkelens innhold og relevanse.

Ved valg av faglitteratur har vi først og fremst benyttet oss av Oria, og brukt de samme søkeordene som da vi søkte etter forskningslitteratur. Vi har, i den grad det har vært mulig, gått bort i fra elektroniske bøker, da vi mener det er lettere å lese og finne frem i papirutgaver. Vi har ledd på biblioteket etter litteratur som kunne være relevant og som kanskje ikke dukket opp da vi søkte i Oria. I tillegg til faglitteratur har vi benyttet oss av tidligere bachelor- og masteroppgaver med lignende tema for å finne litteratur som kunne være relevant også for vår oppgave. Der det har vært mulig å gå tilbake til primærkilde har dette blitt gjort, men vi har også vært nødt til å benytte oss av sekundærkilder når primærkilden ikke var tilgjengelig.

2.2 Kildekritikk

Forskningsartikler, samt noe faglitteratur vi har valgt å bruke i oppgaven har vært skrevet på engelsk og dansk. Vi tar derfor forbehold om at dette kan ha ført til at vi kan ha feiltolket og muligens ikke forstått all informasjon.

I oppgaven er det inkludert både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. En kvalitativ studie har til hensikt å kartlegge meninger og opplevelser hos deltakerne ved å gå i dybden. En kvantitativ metode går i bredden og er fokusert på målbare tall og data (Dalland, 2013). Ved gjennomgang av disse studiene la vi vekt på både validitet og reabilitet. Dette innebærer at studien er relevant for temaet vi skriver om (validitet), og at studien er utført på en slik måte at resultatet er sikkert og at det forekommer minst mulig feilregistrering (reabilitet) (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim & Reinart, 2012).

Denne skriveprosessen gikk vi begge inn i med det målet å benytte oss av den nyeste forskningen vi kunne finne, hvor vi ville forsøke å lete etter forskning gjort de siste ti årene.

Ganske tidlig opplevde vi det som utfordrende å oppdrive nyere forskning som var relevant for akkurat vår problemstilling. Derfor landet vi på at det var nødvendig å være mindre kritiske til publiseringsår enn det vi hadde sett for oss, og istedenfor fokusere på innholdet og kvaliteten på forskningsartiklene. De eldste artiklene vi har valgt å inkludere i oppgaven er publisert i 2003 og 2004. Grunnen til at vi har valgt å inkludere disse i oppgaven på tross av publiseringsår, er fordi nyere forskning som peker på noe av det samme var av mindre relevans for vår problemstilling. Fem av de seks forskningsartiklene vi har valgt å inkludere i oppgaven er foretatt i USA eller i Storbritannia. Vi tar derfor høyde for at det kan være kulturforskjeller blant den eldre befolkningen i disse landene, sammenlignet med den norske kulturen. I forskningsartiklene er det brukt ulike nedre aldersgrenser for betegnelsen eldre. Selv om disse varierte, så vi ingen store aldersavhengige svingninger i resultatene og valgte derfor likevel å inkludere disse i oppgaven.

Når det kommer til faglitteratur som er relevant for vårt tema og problemstilling, har vi sett at det er skrevet lite om dette i nyere litteratur. Derfor valgte vi å støtte oss på den eksisterende litteraturen, uavhengig av utgivelsesår.

2.3 Etiske betraktninger

Eksemplene vi har brukt i denne oppgaven er hentet fra egne erfaringer vi har gjort oss i ulike praksisperioder og ellers i yrkeslivet. Når vi har benyttet oss av slike eksempler er disse anonymisert. Det vil si all informasjon som kan bidra til å gjenkjenne personene skildret i disse eksemplene er fjernet. Dette innebærer blant annet navn, personnummer og informasjon om pasientens bakgrunn (Dalland, 2012). I våre eksempler valgte vi kun å referere til personer som «pasient», «sykepleier» eller «han/hun». Vi valgte også å anonymisere både tid og sted for hendelsene.

For å henvise til forfattere av fag- og forskningslitteratur vi har brukt i oppgaven, har vi benyttet APA-standard, og vist til disse i henhold til Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer. På den måten sørger vi for at forfatterne får anerkjennelse for den litteratur de har skrevet og forskning de har gjort.

3. Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet vil vi se nærmere på teori vi mener er relevant for å kunne forstå temaet og for å kunne drøfte problemstillingen. Vi vil presentere hvilken sykepleieteori vi har benyttet oss av, og forklare hvorfor vi mener at denne er relevant for vår oppgave. Videre vil vi ta for oss hva begrepet seksualitet omhandler, samt legge frem resultater fra de utvalgte forskningsartiklene.

3.1 Behovsteori

Virginia Henderson levde fra 1897 til 1996 og var en kjent sykepleieteoretiker. Hun var en av de første sykepleierne som forsøkte å sette ord på hva en som sykepleier skal fokusere på innenfor sitt fagfelt, og tankene hun utformet den gang har i ettertid vært med på å forme flere sykepleieteorier. Virginia Henderson befinner seg innenfor det vi kaller for behovsteorien. Hennes teori bygger på at sykepleierens hovedfunksjon og viktigste oppgave er å hjelpe pasienten til å ivareta de behovene hun anser som grunnleggende (Henderson, 1998). For å forklare hva som bør legges til grunn for å få dekt de grunnleggende behovene et menneske har, begrunner Henderson dette med 14 punkter hun mener sykepleien bør basere seg på. Alle disse punktene har til hensikt å hjelpe pasienten med å få utført sine gjøremål, eller å legge til rette på en slik måte at pasienten kan klare seg uten hjelp (Henderson, 1998). Hun beskriver innholdet i de 14 punktene slik:

- 1 Puste normalt
- 2 Spise og drikke tilstrekkelig
- 3 Kvitte seg med avfallsstoffer
- 4 Bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger
- 5 Sove og hvile
- 6 Velge passende klær – kle av og på seg
- 7 Opprettholde normal kroppstemperatur ved å velge passende klær og regulere omgivelsene
- 8 Holde kroppen ren og velpleid og beskytte hudoverflaten
- 9 Unngå farer i miljøet og å skade andre
- 10 Kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger
- 11 Dyrke sin tro
- 12 Arbeide på en måte som styrker selvfølelsen
- 13 Koble av eller delta i ulike former for rekreasjon

14 Lære, oppdage eller tilfredsstill den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes (Henderson, 1998, s. 46).

Sykepleier trenger ubegrenset med kunnskaper, ikke bare innenfor biologien, men også når det kommer til det sosiale. I tillegg til kunnskaper må sykepleier ha ferdigheter forbundet med slike kunnskaper for å være i stand til å hjelpe pasienten å ivareta de grunnleggende behovene (Henderson, 1998). Basert på de 14 punktene Henderson har utformet, ser vi at punkt nummer ti som angår å få gi uttrykk for egne følelser og behov, vil være sentralt for vår oppgave. Dette med tanke på at vi mener det kan knyttes opp mot å ivareta den seksuelle identiteten hos den mannlige sykehjemspasienten, og på den måten være relevant for å svare på vår problemstilling.

3.2 Å forstå den menneskelige seksualiteten

Seksualitet er ikke et nytt fenomen, men dens betydning og plass i samfunnet har endret seg opp igjennom historien. I nyere tid har seksualitet vært preget av den kristne moralen, hvor avholdenhet og sølibat har vært høyt aktet og verdsatt. Samtidig er det blitt stadig større fokus på de fysiske og psykiske aspektene tilknyttet seksualitet. Gjennom forskning har en fått en langt større forståelse for kjønns biologi, samt en større innsikt i seksualitetens kompleksitet. Trass i denne utviklingen er den menneskelige seksualitet et emne som fortsatt betraktes som tabu. Grunnene til dette kan være mange, men kanskje kan det betraktes som en forsvarsmekanisme. Seksualitet er et tema som det for mange er vanskelig å forholde seg til og snakke om, og i et forsøk på å beskytte seg selv og andre kan det bli ignorert og supprimert (Almås & Benestad, 2006).

Det vil være vanskelig å drøfte problemstillingen vi har utformet uten først å se på hva seksualitet er, og hva den seksuelle identiteten innebærer. For å gjøre dette har vi valgt å se på hva Verdens Helseorganisasjon (WHO) sier om seksualitet. Johansen, Thyness & Holm (1998) har oversatt WHO's definisjon slik:

Seksualitet er en integrert del av et hvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evne til å få orgasme, seksualitet er mye mer. Den finnes i den energi som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet. Seksualitet uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss, og hvordan vi berører og berøres av andre. Seksualitet påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker. (s.23)

Denne definisjonen fastslår at seksualitet er fundamentalt og ikke kan oversees, men må inkluderes på lik linje med andre aspekter i livet. Videre åpner definisjonen for at alle kan ta del i og nyte et seksuelt tilfredsstillende liv, noe som også vil favne den eldre befolkningen og dermed den mannlige sykehjemspasienten.

3.2.1 Den seksuelle identiteten

Menneskers seksuelle identitet er sammensatt og komplisert. I den seksuelle identiteten legges både kjønn, kjønnsidentitet og kjønnsrolle, samt seksuell orientering og tenningsmønster (Grünfeld, 2009). WHO definerer kjønn som de biologiske faktorene som gjør at vi definerer oss som mann eller kvinne (World health organization [WHO], 2006). Kjønn er ikke nødvendigvis bare knyttet til det biologiske og det kroppslige, heller ikke til personen eller noe konkret. Kjønnsidentitet eller kjønnsstilhørighet er en betegnelse på hvilket kjønn individet selv definerer seg som. Dette er i stor grad knyttet til psykologiske prosesser som står bak følelsen av å være kvinne eller mann. Med kjønnsidentitet menes det hvordan individet opplever å ha et kjønn, mens kjønnsstilhørighet i større grad påvirkes av hvorvidt samfunnet bekrefter egenskaper som sees på som maskuline eller feminine (Almås & Benestad, 2006).

Til kjønnsidentiteten er det også knyttet roller, som kan forstås som et resultat av et samspill mellom individet og samfunnet. I disse rollene ligger det forventninger, det som betegnes som ønskelig atferd, knyttet til kjønnsidentiteten. Kjønnsidentitet er et begrep som er nært knyttet opp mot seksuell orientering. Dette vil si hvilket kjønn en tenner seksuelt på, noe som er del av den seksuelle identiteten. I forbindelse med seksuell orientering er det relevant å trekke inn seksuelle tenningsmønstre, som kan forklares med spesifikk stimuli som vekker en respons. Hva denne stimulien innebærer, kan variere fra individ til individ. Tenningsmønsteret dannes i en relativt ung alder, ofte i løpet av puberteten, og er et grunnlag for utvikling av den seksuelle identiteten etter hvert som individet modnes. For noen er mønsteret konstant gjennom livet, mens hos andre kan dette forandre seg (Almås & Benestad, 2006).

3.2.2 Seksualitet og den aldrende kroppen

Hos menn skjer det forandringer i kjønnsorganene i 60-, 70- og 80 årene. Disse endringene skyldes hovedsakelig endringer i produksjonen av testosteron og at testiklene blir mindre (Karoliussen & Smebye, 2006). Fra 30 årene vil produksjonen av testosteron gradvis minke

med omkring 1 % nedgang i året. Nedsatt produksjon av testosteron kan skyldes død eller funksjonssvikt i cellene som er ansvarlig for dette, samt stadig mindre utskillelse av hormonet som stimulerer disse cellene. Svikten i hormonutskillelse kan spores tilbake til signalfeil i hjernen. Testosteron er ikke bare knyttet til kjønnsdrift, det er også knyttet til en rekke andre funksjoner i kroppen, som insulinnivå, nyrer, lever og konsentrasjon av røde blodlegemer. I tillegg kan testosteronnivået påvirke hjernefunksjoner som styrer blant annet humør og aggresjon. Testosteron er altså ikke bare et hormon som påvirker kjønnsdriften, det kan også ha stor påvirkning på både fysisk og mental helse. Det kan late til at testosteronets viktigste funksjon i forbindelse med seksualitet er å redusere mengde stimuli som resulterer i seksuell tenning. I tillegg har testosteron forbindelse med seksuelle fantasier og drømmer (Purvis, 1998).

Det er ofte knyttet store forventninger til den seksuelle prestasjonen hos menn. Et samleie deles opp i fire faser og disse delene krever stadig mer tid etter hvert som mannen blir eldre. I opphisselsesfasen vil det ta lenger tid og kreve mer stimuli før mannen får en ereksjon. Videre vil samleiefasen kunne vare lenger hos den eldre mannen, men skulle han miste ereksjonen under denne delen av samleiet, vil det ta lang tid før han vil kunne få en ny. Orgasmefasen vil kunne være av kortere varighet ettersom det forekommer færre muskelsammentrekninger. I fasen etter at samleiet er avsluttet vil den eldre miste ereksjonen raskere enn yngre menn, og det vil ta lenger tid før han er i stand til å gjennomføre et nytt samleie. Fysiske aldersforandringer hos menn kan påvirke evnen til å leve ut sin seksualitet, men det er ikke dermed sagt at lysten eller viljen til det blir nedsatt (Karoliussen & Smebye, 2006).

3.3 Forskning

Etter nå å ha fått en bedre forståelse av seksualitet og hvilken sammenheng seksualitet har med identitet, ønsker vi å supplementere med hva forskning sier om dette. De seks forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven, presenteres i tre underkapitler på bakgrunn av innholdet i studiene.

3.3.1 Eldres egen oppfatning av seksualitet

I tillegg til å ta et dypdykk i litteraturen, er det interessant å se hva de eldre selv mener om dette temaet. Gott og Hinchliff gjorde i 2003 en studie som hadde til hensikt å avdekke hva eldre mennesker selv mente om seksualitet og dens betydning. Gjennom kvalitative intervjuer avdekket de hvor stor rolle sex spilte i deres liv, samt ulike gjennomgående årsaker til de ulike synene. Menneskene som oppgav at sex hadde liten eller ingen betydning begrunnet dette med tap av partner og fysiske faktorer som påvirket lysten eller evnen til å ha sex. Av deltakerne som mente at sex hadde moderat betydning var nærhet og intimitet, uten at samleie nødvendigvis fant sted, blitt viktigere etter hvert som sykdom hadde tatt større plass, enten i eget eller partnerens liv. Deltakerne som rangerte sex som viktig eller svært viktig hadde en delt oppfatning om viktigheten av et godt forhold til partneren, og at deres seksualliv derfor ikke bare innebar sex, men at dette var en måte å uttrykke kjærlighet og omtanke på. Artikkelen oppsummerer at hvorvidt sex var viktig for den eldre personen eller ikke, i stor grad var avhengig av om vedkommende var i et forhold. De to største faktorene som medvirket til at deltakerne hadde nedprioritert sex i sitt liv var relatert til tap av en partner eller sykdom. Videre avdekket disse intervjuene at interessen for sex ikke nødvendigvis forsvant dersom den seksuelle aktiviteten opphørte, men at sex fortsatt kunne oppleves som en viktig del av livet. Til slutt peker forfatterne på at frykt for å støte eller fornærme ikke burde være et hinder, og de peker på at de under sine intervjuer fikk positive tilbakemeldinger fra deltakerne. Flere eldre satte stor pris på å snakke om sex og seksualitet, hvordan de opplevde det, og hvilken rolle det spilte i deres nåværende livssituasjon (Gott & Hinchliff, 2003).

En lignende undersøkelse ble utført i Sverige, i perioden 1971 til 2001, hvor seksuallivet og graden av tilfredsstillelse deltagerne opplevde når det kom til egen seksualitet ble kartlagt. Forskningen gikk over en periode på 30 år, og totalt var det fire ulike grupper 70 åringer som deltok i løpet av perioden. Selvrapporeringen ble gjort ved at deltagerne en gang i løpet av perioden gikk i terapi, avhengig av hvilken gruppe de tilhørte. For å få med flest mulig 70 åringer fra Gøteborg i studien, ble både hjemmeboende og de som bodde på institusjon inkludert. Studien viser til hvordan den seksuelle aktiviteten økte i alle gruppene i løpet av forskningsperioden. Den viser også til at de som deltok i en av de siste forskningsgruppene, uavhengig av om de var kvinner eller menn, opplevde å ha et mer tilfredsstillende seksualliv, positive holdninger og var fornøyde med egen seksuell helse fremfor deltagerne i de første forskningsgruppene (Beckman, Waern, Gustafson & Skoog, 2008).

I en kvantitativ studie fra 2014 har forfatterne rettet søkelyset mot sammenhengen mellom seksuell aktivitet, livsglede, og sivilstatus. Hensikten var å kartlegge om det var forskjeller mellom gifte og ugifte eldre mennesker, og deres opplevelse av livskvalitet, helse og seksuell aktivitet. Artikkelen peker på funn som allerede er dokumentert i annen forskning, nemlig at seksuell aktivitet er sterkt knyttet til god helse, god livskvalitet, samt økt lykkefølelse. Tidligere forskning peker på at seksuell aktivitet og seksuell helse er sterkt knyttet til ekteskap og langvarige parforhold. Denne studien viser derimot til at eldre mennesker som velger ikke å leve i et fast forhold opplever seksuallivet som mer tilfredsstillende. Disse menneskene rapporterte bedre livskvalitet og å være lykkeligere enn mennesker som var gift. Ugifte, eldre mennesker hadde også ifølge forskningen flere seksualpartnere, samt hyppigere samleie. Artikkelen konkluderer med at det ikke nødvendigvis er gifte par som opplever det beste seksuallivet, men at også mange enslige, eldre mennesker kan nyte seksualitet uten en fast partner (Fleckenstein & Cox, 2014).

3.3.2 Sammenhengen mellom seksualitet og helse

Ikke bare verdsetter den eldre seksualitet, det er også forsket på sammenhengen mellom seksuell aktivitet og god fysisk helse blant eldre. I USA i 2010 kom Lindau og Gavrilova frem til at menn og kvinner som oppga at de hadde god helse hadde større sannsynlighet for å være seksuelt aktive enn de som oppga at de hadde dårlig helse. De kom frem til at det var mer sannsynlig at menn opplevde et bedre seksualliv enn kvinner, noe som innebar seksuell tilfredsstillelse og interesse for sex. Denne forskjellen økte i takt med alder og var aller størst mellom 75 år og 85 år. I tillegg til seksuell aktivitet avdekket undersøkelsen at god helse også var assosiert med hyppighet. Videre kom det frem i undersøkelsen at menn kan forvente å være seksuelt aktive i flere år enn kvinner, men at menns seksuelle aktivitet og seksuelle liv i større grad er knyttet til og påvirkes av den fysiske helsen. En mann som oppgir å ha dårlig helse vil ha færre år igjen som seksuelt aktiv sammenlignet med en kvinne som oppgir å ha dårlig helse. I konklusjonen peker artikkelen på at interessen for sex blant menn i USA har økt de siste ti årene (Lindau & Gavrilova, 2010).

Seksuell aktivitet er ikke bare knyttet til den fysiske helsen, den kan også forbindes med det mentale og psykiske. I 2011 publiserte Society and Mental health en forskningsartikkel som tok for seg den mulige sammenhengen mellom seksuell aktivitet og depresjon. Gjennom en analyse av tall fra ulike nasjonale undersøkelser konkluderer forfatterne med at seksuell aktivitet hadde en klar sammenheng med lavere grader av depresjon. Denne sammenhengen var noe tydeligere hos menn enn hos kvinner, noe som i artikkelen forklares med at menn i større grad er avhengige av sin partner, hvorpå kvinner opplever å finne nødvendig støtte og nærhet i relasjoner utenfor forholdet. Videre peker artikkelen på at seksuell aktivitet har en positiv effekt på mental helse, når aktiviteten også inkluderer andre former for nærhet i tillegg til samleie. Forfatterne konkluderer med at de ser en sammenheng, men er usikre på hvorvidt det er seksuell aktivitet som påvirker grad av depresjon, eller om det er depresjon som påvirker graden av seksuell aktivitet.

3.3.3 Holdninger blant helsepersonell

En studie fra 2004 ble utført på bakgrunn av å få innsikt i hvordan praktiserende helsepersonell sitt syn er rundt dette temaet, samt sett i lys av at den generelle oppfatningen om at eldre er aseksuelle. Det er derimot de unge, friske og vakre menneskene som skal ha retten på en seksuell helse, og hvor dette er basert på stereotyper i samfunnet omkring eldre.

Forskningen konkluderer med at seksualitet ansees som viktig også for eldre mennesker som har levd et langt liv. Det kommer frem at noe av grunnen til at dette er et tema som sjelden blir debattert, kan ha en sammenheng med at dette ikke er et akseptert samtaleemne i samme grad som hos yngre mennesker, og at dette er noe som skal være av privat natur. Helsepersonell som har deltatt i forskningen forteller at det oppleves som ubehagelig å skulle snakke om dette temaet med den eldre pasienten, spesielt med tanke på at de har lite erfaring med hvordan de skal gå frem i en slik situasjon. I denne studien kommer det tydelig frem hvordan helsepersonell ikke er klar over problemstillinger som kan oppstå når det kommer til eldre sin seksualitet. De eldre uttrykker også at de ønsker at dette temaet blir tatt opp med dem fremfor å bli et tabu område, men at det må tas opp i en passende og privat setting sammen med personell som har erfaringer innenfor det berørte temaet. Fokuset må derfor rettes mot enkeltmenneskets behov, fremfor å basere seg på forutinntatte holdninger rundt eldre sin seksuelle helse (Gott, Hinchliff & Galena, 2004).

4. Drøfting

Dette kapittelet omhandler hvordan sykepleier kan ivareta den seksuelle identiteten hos den mannlige sykehjemspasienten. For å kunne svare på problemstillingen tas det i bruk presentert litteratur vedrørende behovsteori, seksualitet og dens betydning, komponentene i den seksuelle identiteten, og hvordan fysiologiske aldersforandringer påvirker seksualiteten. I tillegg brukes relevant forskningslitteratur for å underbygge og belyse temaet.

For å strukturere drøftingen og svare på problemstillingen tas det utgangspunkt i Marit Kirkevolds komponenter som inngår i personlig kompetanse. Personlig kompetanse vil innebære teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Kompetanse vil si evne til å nyttiggjøre seg av tilegnede kunnskaper og ferdigheter på en egnet måte i ulike situasjoner. Den personlige kompetansen vil bygge på sykepleiers tro på egen kunnskap og håndlag. Dette vil komme til uttrykk i utførelsen av handlinger med et bestemt formål (Kirkevold, 1996). Claire Dennison sier så treffende: «Til syvende og sist avhenger sykepleiers kvalitet av kvaliteten på de menneskene som yter sykepleie» (sitert i Henderson, 1998, s. 109). Med dette kan en se at personlig kompetanse vil kunne være avgjørende når det kommer til kvaliteten på sykepleiers utøvelse.

4.1 Kunnskaper om seksualitet

Vi vet at det finnes ulike definisjoner på seksualitet. Definisjonen vi har valgt å støtte oss på i denne oppgaven definerer seksualitet som mer enn kun samleie. Denne legger til grunn berøring og behovet for nærhet og anerkjennelse som likeverdige faktorer når det kommer til seksualitet (Johansen, Thyness & Holm, 1998). For å forstå de seksuelle behovene til den eldre pasienten, er det derfor viktig å se på seksualitet som et vidt og stort begrep uten innsnevring.

Henderson sier at en kombinasjon av verdier, ferdigheter og kunnskaper er nødvendig, og er det som gjør sykepleier uunnværlig i møte med en aldrende befolkning (Henderson, 1998). I utførelse av sykepleie er det lagt stort fokus på å arbeide kunnskapsbasert. Dette innebærer en kombinasjon av kunnskap tilegnet gjennom forskning, erfaringer samt kunnskaper om brukermedvirkning og brukererfaringer. Bare når alle disse kombineres er en i stand til å

arbeide kunnskapsbasert i det arbeidet en gjør (Nortvedt et al., 2012). Skal sykepleier kunne gjøre dette i møte med den mannlige sykehjemspasienten, er det helt nødvendig å ha kunnskaper ikke bare om eldre menneskers seksualitet, men også om faktorer som kan påvirke denne. Videre kreves det en klar og profesjonell holdning til mennesket, der seksualitet er en selvsagt del av hvert individ.

4.1.1 Teoretiske kunnskaper om seksualitet

Som tidligere nevnt har Virginia Henderson (1998) utformet grunnprinsipper hun mener utførelsen av sykepleien skal basere seg på. Skal seksualitet inngå i Virginia Hendersons grunnprinsipp om å kunne gi uttrykk for følelser og behov, må det først anerkjennes som et grunnleggende behov. En kan derfor støtte seg til Maslows behovspyramide som omhandler ulike grunnleggende behov plassert i et hiarkisk forhold til hverandre. Dette vil si at behovene i den nederste delen må være oppfylt eller ivaretatt, før en kan bevege seg oppover i pyramiden. Behovspyramiden Maslow har utformet består av fem trinn og tar for seg de fysiologiske behovene, behov for trygghet, sosiale behov, samt behov for selvaktelse og selvrealisering (Madsen, 1981). Når det gjengis hva de ulike trinnene i pyramiden innebærer, nevnes sex som et av de fysiologiske behovene, som et eksistensielt behov. Han mener at sex er et helt grunnleggende behov, på lik linje med behov for vann, mat, samt beskyttelse mot ubehag og smerte. Dersom ikke seksualitet ivaretas, vil det ikke være mulig for personen å få oppfylt de resterende behovene (Madsen, 1981). Hvis Maslows behovspyramide ligger til grunn for Hendersons prinsipp, vil ivaretagelse av seksualitet være relevant for sykepleien til den mannlige sykehjemspasienten. Dette utfordrer sykepleier, både med tanke på kompetanse og holdninger.

Lindau og Gavrilova (2010) kom i sin studie frem til at det er en positiv sammenheng mellom seksuell aktivitet og opplevd helse. I tillegg sier den at menn i større grad gir uttrykk for at helsetilstanden påvirker deres seksualliv mer enn hos kvinner. Dette er også noe vi kan støtte oss på i faglitteratur. Den opplevde helsetilstanden til den eldre mannen påvirkes ikke bare av sykdom, men avhenger også av naturlige fysiologiske aldersforandringer (Karoliussen & Smebye, 2006). I de fysiologiske aldersforandringene inngår blant annet stadig lavere produksjonsnivå av testosteron. Dette påvirker ikke bare kjønnsdrift, men også fysiske og mentale funksjoner i kroppen. Forandringer i genitalia i tillegg til hormonforandringer fører også til at mannen trenger mer tid under hver av fasene av

samleiet (Purvis, 1998). Både sykdom og forandringer i kroppsbildet kan påvirke evnen eller lysten til å være seksuelt aktiv (Karoliussen & Smebye, 2006).

I forhold til aldersforandringer og sykdom er eldre utsatt for å bli deprimerte når det kommer til deres avtagende seksualliv. Depresjon vil kunne oppleves som en forbigående tristhet, følelse av initiativløshet og utilstrekkelighet, negative tanker og nedsatt funksjon. Så mange som 40 % av eldre på sykehjem lider av depresjon (Karoliussen & Smebye, 2006). Depresjon har en tydelig sammenheng med seksuell funksjon og dysfunksjon. Impotens hos menn er spesielt nært knyttet opp mot symptomer på depresjon. Det kan tyde på at menn tåler depresjon dårlige enn kvinner, da selvmordsraten for eldre menn er langt høyere enn for kvinner (Purvis, 1998). Ganong og Larson (2011) så i sin studie på sammenhengen mellom depresjon og seksuell aktivitet. De kom frem til at det var en tydelig sammenheng mellom seksuell aktivitet og grad av depresjon. I tillegg viste den til hvordan menn i større grad uttrykte behov og lyster av seksuell natur, fremfor kvinner. Disse funnene anses som relevante for vår problemstilling ettersom dette kan være et aktuelt dilemma hos den mannlige sykehjemspasienten.

Av erfaring vet vi at på flere helseinstitusjoner finnes det en ansatt som er ansvarlig for at kollegaer er faglig oppdaterte. Det kan her være aktuelt å arrangere fagdager med fokus på seksualitet. En fagdag er en arbeidsdag som settes av til å jobbe med et spesifikt emne, og gir mulighet til fordypning og samarbeid (Sirnes, 2012). Det er mulig å benytte seg av tverrfaglig samarbeid dersom sykepleierens kompetanse ikke strekker til. I et slikt tilfelle vil det kunne være aktuelt å benytte seg av noen med spesialkompetanse innenfor seksualitet, for eksempel en sexolog. En sexolog vil ikke bare ha en helserelatert grunnutdannelse, men vil også være spesialisert til å undervise eller veilede når det kommer til spørsmål eller problemer av seksuell natur (Almås & Benestad, 2006). Ved å iverksette et slikt tiltak vil ansatte få en mulighet til å snakke om seksualitet i en profesjonell sammenheng. Gjennom diskusjon og drøfting vil en kunne tilegne seg nye kunnskaper og holdninger i forhold til hvordan en kan håndtere et møte med den eldre pasientens seksualitet. Målet med fagdager med fokus på eldre og seksualitet blant eldre vil være å oppnå en kontinuitet i fokuset på seksualitet, samt å samarbeide om dette. Å øke kunnskaper og fokus rundt seksualitet blant et samlet personale kan likevel vise seg å være utfordrende. Ut fra erfaringer vet vi at en sykehjemsavdeling har mange vikarer og hyppig utskiftning av personale. Fordi vi har opplevd at fagdager er forbeholdt fast ansatte, er det mulig at deler av personale ikke får

tilegnet seg de samme kunnskapene som sine kollegaer. Den praktiske utførelsen og kontinuiteten i arbeidet mot et større fokus på den eldre seksualitet vil derfor kunne bli svært variert.

Når en ser på hvilken rolle sex og seksualliv spiller i forhold til helse, burde det være naturlig å ivareta dette på lik linje med andre grunnleggende behov. Som sett i forskning vil god fysisk helse være assosiert med bedre seksualliv (Gott & Hinchliff, 2003). I faglitteratur kommer det frem hvordan eldre ser på egen seksualitet, og at dette kan favne mye mer enn bare samleie (Ryan & Coughlan, 2011). Utenom den fysiske akten gir det en mulighet for å gi og motta kjærlighet, samt å oppleve fysisk og emosjonell tilhørighet (Wold, 2012). Dette kan innebære en god klem, fysisk berøring, lett massasje, eller bare å være nær hverandre og kjenne kroppskontakt (Purvis, 1998). Det vil derfor kunne være viktig å fremme, ikke bare fysisk aktivitet og funksjon, men også sosiale behov og behov for nærhet hos den eldre sykehjemspasienten. Slik tilhørighet og uttrykk for kjærlighet er også en sentral del av det tredje trinnet i Maslows behovspyramide, som omfatter de sosiale behovene (Madsen, 1981).

En mulig måte å gjøre dette på kan være å arrangere sosiale begivenheter, som for eksempel dansekvelder på sykehjemmet. Dette kommer også frem i faglitteraturen som et aktuelt tiltak, og anses som sykepleierelevanter (Purvis, 1998). Her kan pasientene få mulighet til å møte medpasienter i en annen sosial setting enn ellers i hverdagen. Ved å åpne for at ektefeller utenfor institusjonen kan delta, samt samarbeide med andre avdelinger, vil pasientene ha mulighet til å knytte nye bekjentskaper. I tillegg til den sosiale faktoren vil et slikt tiltak gi rom for fysisk kontakt og nærhet, uten at det nødvendigvis innebærer seksuelle tilnærminger. For mange eldre er slik kontakt like viktig som den seksuelle kontakten, og kan gi dem like mye (Ryan & Coughlan, 2011). Det vil være viktig å ta med i betraktning at det kan være pasienter som av ulike årsaker er sengeliggende eller bundet til rullestol. Skal en slik dansekveld arrangeres bør det være tatt høyde for nettopp dette. Selv om disse pasientene kanskje ikke vil ha mulighet til å delta i det fysiske aspektet ved en dansekveld, vil de fortsatt kunne ha glede av en slik sosial sammenkomst.

I 2003 kom Gott og Hinchliff frem til at intimitet og nærhet var blitt viktigere i eldre alder enn kun det fysiske samleiet, og hadde blitt en måte å uttrykke kjærlighet og omtanke på. Nærheten og intimiteten hadde blitt spesielt viktig dersom fysisk samleie ikke var aktuelt. Selv om akten ikke lenger ble ansett som viktig, oppga deltakerne at et aktivt seksualliv

fortsatt var av stor betydning og at seksualitet spilte en sentral rolle i deres liv (Gott & Hincliff, 2003). Ganong og Larson (2011) peker også på at andre former for nærhet enn det fysiske samleiet kan bidra til en følelse av velvære og sosialt løft. I tillegg til dette vil dansekvelder kunne bidra til å styrke mannlige og kvinnelige kjønnsroller. Ved dans vil den mannlige kjønnsrollen kunne være spesielt tydelig ettersom det normalt er mannen som byr opp og som fører dansen. Styrking av og bekreftelse på kjønnsroller er en viktig del av å ivareta den seksuelle identiteten (Almås & Benestad, 2006).

Kjønnsroller og kjønnsidentiteten er et resultat av samfunnets, omgivelsenes og mannens egen oppfatning av maskulinitet og bekreftelse på manndom. Sett i lys av seksualitet er den mannlige kjønnsidentiteten sterkt knyttet til seksualorganets funksjon. Impotens er et problem som ikke bare påvirker den fysiske muligheten til å gjennomføre et samleie, det påvirker også mannens selvtillit og følelse av å være en mann (Purvis, 1998). For at sykepleier skal kunne ivareta den mannlige sykehjemspasientens seksuelle identitet er det viktig å styrke kjønnsidentiteten ved å sørge for at han føler seg maskulin. Gjennom fokus på utseende i stellesituasjoner kan sykepleier bidra til nettopp dette. Barbering eller skjeggtrim og bruk av etterbarberingsvann under morgenstellet kan bidra til at pasienten opplever å føle seg mer maskulin. Det samme kan gjelde ved hårstell, samt bruk av parfyme. I tillegg kan også bekledning være en faktor som kan påvirke pasientens følelse av maskulinitet (Karoliussen & Smebye, 2006).

I tidligere praksisperioder har vi erfart at det på noen sykehjem brukes lite tid på pasientens utseende under morgenstellet. Barbering blir sjelden prioritert og utføres ofte bare på pasientens forespørsel. Vi har opplevd at pasienten sjelden blir spurt om hva vedkommende ønsker å ha på seg, eller hva som er vanlig bekledning. Vi har sett eksempler på at de samme klærne blir brukt opptil en uke om gangen før de byttes ut. Ofte har vi opplevd at klærne er tilgriset, men at pasienten likevel blir påkledd disse. Klærne er også ofte for store og lite oppdatert. Mange eldre har også slitt og gammelt tøy. Virginia Henderson sier at et av sykepleiers gjøremål under de fjorten grunnprinsippene, er å hjelpe pasienten med å velge passende bekledning (Henderson, 1998). Å hjelpe den mannlige sykehjemspasienten med å velge ut klær som ivaretar og fremmer hans følelse av maskulinitet, vil i følge Henderson derfor kunne sies å være en sykepleieroppgave.

4.1.2 Praktiske kunnskaper i møte med seksualitet

Virginia Henderson sier at det er viktig at sykepleier setter seg inn i pasientens situasjon og prøver å forstå vedkommendes behov. En dyktig sykepleier har selvinnsett og forstår hvordan egne følelser kan påvirke, og hvordan disse må skyves til side for å klare å se pasienten og dens behov. Skal dette være mulig må sykepleier kommunisere ærlig og med en oppriktig interesse for pasienten og vedkommendes behov, i tillegg til å ha kunnskaper om både verbal og nonverbal kommunikasjon (Henderson, 1998). Dette betyr at sykepleier må være bevisst på eget forhold til seksualitet som et samtaleemne, og ikke la følelser rundt dette komme i veien for å møte den mannlige pasienten med oppriktighet og med en innstilling om å lytte og forstå hans behov. For at sykepleier skal kunne sette seg inn i pasientens situasjon og opplevelse av denne, er det viktig at sykepleier har bekreftende ferdigheter når det kommer til kommunikasjon. Slike ferdigheter vil bidra til at pasient opplever å bli sett og hørt. I disse ferdighetene inngår blant annet å vise at en ser og forstår. Dette kan gjøres ved å være en aktiv lytter, ha øyekontakt, nikke og bruke bekreftende ordlyder. Det kan også innebære gjentakelse av ord og uttrykk pasienten bruker, samt speile følelser pasienten bevisst eller ubevisst uttrykker (Eide & Eide, 2012).

Praktisk kunnskap kan anses som en motsetning til teoretisk kunnskap. I hovedsak vil den praktiske kunnskapen være subjektiv, på bakgrunn av erfaringer sykepleier har gjort seg i ulike situasjoner. Praktisk kunnskap kan ikke læres på samme måte som teoretisk kunnskap, den må tilegnes gjennom handlinger og opplevelser (Kirkevold, 1996). Forskningen til Gott, Hinchliff og Galena (2004) peker på at en av hovedårsakene til hvorfor sykepleiere opplever det utfordrende å snakke om seksualitet med den eldre pasienten, er fordi de føler at de har lite erfaringer om hvordan de skal tilnærme seg dette temaet. Som tidligere nevnt kan fagdager benyttes for å tilegne seg teoretiske kunnskaper. En slik dag kan også legge til rette for å tilegne seg praktiske kunnskaper gjennom øvelser med kollegaer. Eksempelvis kan en utføre rollespill hvor en opptrer som sykepleier, en som pasient, og resten er observatører (Eide & Eide, 2012). Det vil kunne være hensiktsmessig at de ansatte ruller på de ulike rollene under øvelsen, slik at alle får mulighet til å oppleve de ulike ståstedene og på denne måten tilegne seg de samme praktiske kunnskapene. Etter at rollespillet er ferdig kan det være hensiktsmessig at kollegaene sammen reflekterer over hvordan hver av rollene opplevdes. På denne måten vil en få mulighet til å gjøre seg opp en mening, og få en økt forståelse av hva en opplevde og hva denne opplevelsen brakte med seg av kunnskap

(Kirkevold, 1996). Det er viktig å ta med i betraktning at noen kan oppleve slike øvelser som svært ubehagelige ved en forventning om å gjøre feil eller mislykkes. Så lenge det foreligger en profesjonell holdning og gjensidig respekt mellom kollegaer, vil sannsynligvis slike øvelser ikke gi grunn for ubehagelige opplevelser. Hensikten med kommunikasjonsøvelser gjennom rollespill er at sykepleier skal føle seg bedre rustet til å stå i en samtale om seksualitet med den mannlige sykehjemspasienten.

Henderson (1998) sier at sykepleier har en undervisende og veiledende funksjon ovenfor den eldre befolkningen. Sykepleierens oppgave blir derfor å rette fokus mot informasjon, og åpne for samtale rundt seksualitet. Slik informasjon kan formidles gjennom en form for inntakssamtale. En slik samtale kjennetegnes ved at den følger en bestemt struktur. Under denne samtalen skal sykepleier spørre om en del informasjon og kartlegge ulike områder. I tillegg skal sykepleier opptre på en måte som gjør at pasienten føler seg trygg og ivaretatt (Christiansen, 2006). Av erfaring har vi observert at en inntakssamtale gjerne blir gjennomført kort tid etter at pasienten ankommer avdelingen, for å kartlegge ressurser, helsetilstanden og eventuell problematikk knyttet til de grunnleggende behovene. En slik samtale bør finne sted enten inn på pasientrommet eller på et rom hvor det er mulig å sitte uforstyrret. Fokuset skal være på pasienten og vedkommende må få mulighet til å snakke uten frykt for å bli overhørt av andre ansatte eller medpasienter. Dette kan bidra til at pasienten opplever situasjonen som mindre skremmende, og at det dermed kan bli lettere for pasienten å snakke åpent om temaer som kan være av privat natur.

Karoliussen og Smebye (2006) sier at ektefellen til pasienten også må få informasjon om de fysiologiske aldersforandringene som kan påvirke seksuallivet. På den måten vil de kunne tilpasse seksuallivet deretter og fortsatt kunne være i stand til å nyte et aktivt seksualliv. Denne informasjonen kan formidles til ektefellen dersom vedkommende er til stede under inntakssamtalen. Når vi som studenter tidligere har gjennomført inntakssamtaler, har det vært brukt en mal med ulike punkter som skal kartlegges eller informeres om.¹ For å være i stand til dette krever det at sykepleier har både informerende og utforskende kommunikasjonsferdigheter. Utforskende kommunikasjonsferdigheter går ut på å stille spørsmål på en måte som gjør at sykepleier får den nødvendige informasjonen. Informerende kommunikasjonsferdigheter bygger på å vite hva pasienten trenger informasjon om, for så å

¹ Se vedlegg 1.

formidle denne på en fullstendig og forståelig måte (Eide & Eide, 2012). Alle maler vi har tatt i bruk har hatt et område som tar for seg seksualitet. Likevel har ingen av oss erfart at dette området kartlegges hos den mannlige pasienten på sykehjem. Her vil spørsmål og informasjon rundt seksualitet og seksualliv være like aktuelt å tematisere som eksempelvis søvnmønster eller matvaner. For å skape en god relasjon, øke trygghet og tillit, kan det være aktuelt å innlede samtalen med et åpent spørsmål (Eide & Eide, 2012). På denne måten vil det kunne bli lettere for pasienten å ta initiativ til å snakke om hva som er viktig for hans seksualitet, fremfor å måtte svare på et konkret spørsmål. Et ønskelig mål er å skape rutiner rundt samtale om seksualitet på lik linje med andre aspekter i livet, for på denne måten å ufarliggjøre og normalisere dette. Selv om mange eldre uttrykker interesse for sex og et tilfredsstillende seksualliv, er det viktig å være klar over at dette er et tema som også kan oppleves som svært intimt og privat. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere utviser takt når dette temaet tilnærmes, og har respekt for pasientens grenser (Almås & Benestad, 2006). Denne tilnærmingen er svært sentral nettopp for at den eldre pasienten ikke skal føle seg støtt eller presset.

En annen måte sykepleier kan videreformidle sine kunnskaper om seksualitet på kan være gjennom undervisning. I denne forbindelse ser vi for oss en form for felles undervisning hvor dette i forkant vil bli informert om, slik at eldre på alle sykehjemmets avdelinger får mulighet til å delta om ønskelig. Dersom sykepleiers kompetanse innenfor seksualitet og eldre ikke strekker til, vil det kunne være aktuelt å samarbeide med en sexolog for å gjøre undervisning mulig. Hensikten vil være at de eldre får mulighet til å tilegne seg nye kunnskaper (Karoliussen & Smebye, 2006). Undervisningen er ment for en større gruppe eldre. På denne måten vil den eldre i større grad være anonym, i tillegg til å kunne oppleve mindre individuelt press ved å innta en passiv lytterrolle. Ved undervisning for en større gruppe vil det imidlertid kunne være vanskelig å tilpasse undervisningen og informasjonen i denne til hvert enkelt individ. Dette kan resultere i at den mannlige sykehjemspasienten sitter igjen med ubesvarte spørsmål eller problemer omkring egen seksualitet. Dette kan for eksempel gjelde spørsmål om seksualitet knyttet opp mot egen opplevd sykdom. For at den eldre pasienten skal ønske å delta på slik undervisning, må det foreligge en viss motivasjon og interesser for å tilegne seg kunnskaper (Karoliussen & Smebye, 2006). Dersom disse momentene ikke er til stede, vil ikke den eldre pasienten ha utbytte av undervisningen. Det kan også være relevant å forhøre seg om interessen for felles undervisning vedrørende dette temaet i forkant, for å kartlegge om et slikt tiltak vil ha en hensikt.

4.1.3 Etiske kunnskaper i møte med seksualitet

Etiske kunnskaper innebærer en kombinasjon av både teoretisk og praktisk kunnskap. Normer og verdier er sentrale begreper innenfor etikk og kan være med på å påvirke utfallet i ulike situasjoner. Hos en sykepleier vil det derfor være relevant å inneha etiske kunnskaper når en skal ta avgjørelse og utforme tiltak en anser som nødvendige (Kirkevold, 1996).

Hvis pasienten ønsker eller søker informasjon er sykepleier, gjennom yrkesetiske retningslinjer og lovverk, etisk og juridisk forpliktet til å gi informasjon og videreformidle kunnskap (Lov om helsepersonell, 1999). I helsepersonelloven står det at sykepleier er forpliktet til å gi informasjon. Hvem denne informasjonen kan og skal gis til avklares i Lov om pasient og brukerrettigheter (Lov om helsepersonell, 1999). I lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) kommer det tydelig frem retten pasienten har på informasjon som er nødvendig for å forstå egen helsetilstand. På bakgrunn av dette sees viktigheten av at seksualitet tematiseres i en innkomstsamtale, nettopp fordi den mannlige sykehjemspasienten har rett på denne informasjonen om ønskelig. Dersom pasienten uttrykker ønske om ikke å snakke om eller motta informasjon om seksualitet, er denne avgjørelsen juridisk forankret i pasient- og brukerrettighetsloven, og sykepleier er da pliktet til å etterkomme dette ønsket (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). I denne sammenhengen vil det kunne være relevant at sykepleier understreker taushetsplikten. Denne er juridisk forankret og hindrer sykepleier i å dele sensitive opplysninger om pasienten uten pasientens samtykke (Lov om helsepersonell, 1999). En tydeliggjøring av dette kan bidra til å skape trygghet og tillit, og på denne måten kan det bli lettere for pasienten å snakke om seksualitet. Som tidligere nevnt blir sykepleierens oppgave å tematisere og gi rom for samtale rundt eldres seksualitet, samtidig som det er viktig å respektere pasienten dersom han ikke ønsker å snakke i daværende setting. Når det først er åpnet for samtale rundt dette temaet, vil det kunne bli lettere for den mannlige sykehjemspasienten selv å snakke om seksualitet, eller søke informasjon ved behov.

Ikke bare er sykepleier juridisk forpliktet gjennom lovverk, men er også etisk forpliktet gjennom de yrkesetiske retningslinjene til å gi informasjon som er tilpasset pasienten og vedkommendes situasjon, samt sørge for at denne informasjonen blir forstått (NSF, 2011). Når det kommer til den mannlige sykehjemspasienten mener vi det vil være sentralt å tilpasse informasjonen på bakgrunn av pasientens kjønn, alder, sivilstatus, livssituasjon og

helsestatus. Ved at informasjonen er tilpasset individet, vil vedkommende i større grad kunne nyttiggjøre seg av denne (Karoliussen & Smebye, 2006).

I henhold til yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier holde seg faglig oppdatert innenfor eget fagfelt. Sykepleier er i tillegg forpliktet til å bidra til at ny kunnskap blir anvendt i den praktiske utførelsen av sykepleie (NSF, 2011). Betyr det at sykepleier som av ulike årsaker ikke ønsker å tilegne seg nye kunnskaper eller snakke med de eldre om seksualitet, bryter med de yrkesetiske retningslinjene? Maslow sier at sex faller inn under de fysiologiske behovene, hvilket han anser som den viktigste gruppen innenfor de grunnleggende behovene (Madsen, 1981). Dersom Hendersons behovsteori og grunnprinsipper for sykepleie ligger til grunn for sykepleiefaget, kan ikke seksualitet ignoreres som en del av fagfeltet. Sykepleier er dermed forpliktet til å holde seg faglig oppdatert og anvende ny kunnskap om seksualitet, på lik linje med andre områder innenfor faget.

Sykepleier har ansvar for den helhetlige omsorgen til pasienten (NSF, 2011). Dette underbygger sykepleierens forpliktelser i forhold til å anse pasientens seksualitet som en del av de grunnleggende behovene. Hvis den seksuelle identiteten ikke integreres som en del av den helhetlige omsorgen, kan det heller ikke sies at hverken de yrkesetiske retningslinjene eller Hendersons grunnprinsipper for sykepleie følges. Som sett i de yrkesetiske retningslinjene er det en sykepleiers oppgave å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, hvilket ikke er mulig dersom ikke alle de grunnleggende behovene ivaretas (NSF, 2011). Alle pasienter har i større eller mindre grad de samme behovene, noe som også vil favne den mannlige sykehjemspasienten. Vår erfaring tilsier at eldre på sykehjem har et økt hjelpebehov, og sykepleier vil ha et større ansvar for at pasienten får dekket de grunnleggende behovene.

Det står skrevet i de yrkesetiske retningslinjene at: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (NSF, 2011, s. 7). En sentral del av sykepleiens grunnlag er respekt, både for rettighetene personen har, så vel som respekt for individets liv og verdighet. Respekt for pasienten vil innebære ærbødighet, ærefrykt og aktelse. Dette går i stor grad ut på å lytte, gi tid, være tålmodig, være ærlig, å se og høre pasienten, gi rom for medbestemmelse, samt å være hensynsfull. I overordnet betydning vil det si at respekt er den holdning sykepleier viser i

møte med pasienten (Slettebø, 2007). Av erfaring vet vi at mange sykehjemsbeboere får innvilget langtidsvedtak, som betyr at de vil tilbringe resten av livet sitt på institusjon. I denne sammenheng er det sentralt at sykepleier husker på at sykehjemmet er pasientens hjem, og at en derfor må respektere pasientens rett til medbestemmelse, også når det kommer til å leve ut sin seksualitet.

Uavhengig av om eldre befinner seg på en institusjon eller ikke, har de krav på å kunne være et seksuelt individ og kunne bevare sin seksuelle identitet. Et problem som kan oppstå på en institusjon er mangel på privatliv, også dersom begge ektefeller skulle være innlagt på samme sted (Wold, 2012). Skulle dette være tilfelle, kan det bli aktuelt å legge til rette for at et ektepar kan få dobbeltseng eller senger på samme rom (Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, 1988). Vår erfaring tilsier at det er få rom på sykehjem som er tilrettelagt for større eller flere permanente senger. Å legge til rette for at ektepar skal få dele rom kan derfor bli utfordrende. På en annen side kan ektefeller oppleve det som positivt å få dele rom, da mange har gjort dette gjennom hele ekteskapet.

I faglitteraturen kommer det også frem hvordan helsepersonell må kunne legge til rette for at den eldre kan ha et privatliv uten motsigelser. Skulle pasienten få besøk av ektefelle og gir uttrykk for å ønske privatliv, må dette aksepteres og gis rom for. Det burde også respekteres at noen eldre ønsker å treffe andre enslige (Wold, 2012). Ved besøk av ektefelle eller partner bør det kunne legges til rette for mulighet for overnatting. Dette vil kunne kreve planlegging i forkant da overnattingsbesøk vil kunne kreve ekstra ressurser. Et slikt besøk vil blant annet kreve en ekstra seng, samt sengesett og sengetøy. For at overnatting skal kunne gjennomføres må dette ha vært tatt med i betraktning på forhånd. Trass i dette vil en slik mulighet kunne redusere følelse av isolasjon og ensomhet hos pasienten, som ofte forekommer ved tap av kontakt med ektefelle eller partner (Karoliussen & Smebye, 2006). Nyere forskning viser til at et aktivt seksualliv ikke nødvendigvis forutsetter et samliv, men at flere eldre oppgir å ha et tilfredsstillende seksualliv uten å være i et fast forhold. Studien peker på at seksuelt aktive eldre som ikke er i et parforhold, oppgir å være lykkeligere og å ha bedre helse (Fleckenstein & Cox, 2014).

For å fremme og legge til rette for at den mannlige sykehjemspasienten kan opprettholde et privatliv, kan det være aktuelt å ta i bruk «ikke forstyrret» skilt. På denne måten kan den mannlige sykehjemspasienten selv styre sitt eget privatliv, både alene eller med en partner.

Skiltet kan lages slik at det enten kan henges eller klistres på døren til pasientrommet, på denne måten vil det være lett synlig for personalet. En negativ faktor ved denne løsningen er at den er lett synlig for alle, ikke bare for personell, men også for medpasienter og eventuelt besøkende. Skulle et slikt tiltak være et alternativ, må alle pasienter informeres om det og bli tilbudt muligheten til å benytte seg av det. Den private sfæren blir ikke nødvendigvis så privat dersom alle vet hva skiltet innebærer. Vil alternativet til «ikke forstyrret» skilt være låste dører? En låst dør vil sikre at pasienten ikke blir forstyrret dersom privatliv er ønsket. På en annen side vil det ta lenger tid å ta seg inn på rommet om en situasjon skulle oppstå, ettersom sykepleier først må lokalisere en nøkkel og låse seg inn. Et annet alternativ kan derfor være at pasienten inngår en muntlig avtale med sykepleier om ikke å forstyrres. Skal dette fungere er det viktig at også annet personale informeres om dette, slik at heller ikke de forstyrrer pasienten. Uansett hvordan behovet eller ønske om privatliv signaliseres, burde det på forhånd være avtalt hvordan pasienten kan signalisere sykepleier dersom noe skulle hende i dette tidsrommet. Signalisering vil kunne gjøres ved for eksempel å benytte seg av en ringesnor inne på rommet som er koblet til en alarm. Autonomi vil kunne være et sentralt begrep i forbindelse med privatliv, og kan oversettes til å bety selvstyring eller selvbestemmelse. At pasienten får mulighet til selv å ta kontroll over eget privatliv vil kunne styrke mannlige pasientens autonomi (Slettebø, 2007).

Selv om autonomi i seg selv er positivt, kan det ikke fremmes i den grad at det går ut over nødvendig helsehjelp (Slettebø, 2007). Et eksempel på dette er hvis privatlivet kommer i veien for å gi livsviktige medisiner. Av erfaring vet vi at et sykehjem følger faste rutiner når det kommer til blant annet måltider og medisinutdeling. Skal retten til og mulighet for privatliv imøtekommes, vil dette kunne gå utover disse rutinene. Med begrensede ressurser både når det kommer til tid og antall personell, er det ikke sikkert sykepleier har mulighet til å tilrettelegge for individuelle måltider og medisinutdeling. Skal privatlivet fremmes må derfor pasient være informert om rutiner på avdelingen hvor det kan være forventet at pasienten deltar. Mangel på ressurser og mulighet for tilrettelegging er ikke nødvendigvis en god nok unnskyldning til ikke å legge til rette for at den eldre skal få ha et privatliv. Ut ifra dette kan en se at seksualiteten hos den mannlige sykehjemspasienten kan fremmes ved fokus på privatliv, men at dette må skje innenfor visse rammer.

Samfunnet har i aller høyeste grad innvirkning på befolkningens holdninger til seksualitet (Purvis, 1998). En holdning er en predisposisjon til å reagere enten positivt eller negativt på gjenstander, verdier eller ideer, og kommer til uttrykk gjennom reaksjoner og handlinger. Holdninger kan være tilegnet gjennom kunnskaper eller erfaringer, men dannes som regel i ung alder og påvirkes av familie og miljø (Teigen, 2012). Samfunnets holdninger til seksualitet kommer til uttrykk i normer. Disse normene styrer hva som oppfattes som normal og unormal seksualitet, samt akseptable uttrykk for seksualitet. Normene er foranderlige og kan endre seg over tid (Skansgård, Svendsen, Aanerud & Aars, 1996). Purvis sier at medier spiller en viktig rolle når det kommer til å danne grunnlag for hvem seksualitet er forbeholdt. Seksualitet er i stor grad forbundet med ungdom, sunnhet og vitalitet. Dette er ikke nødvendigvis unaturlig, da mennesket er programmert fra naturens side til å tolke disse faktorene som et uttrykk for gode gener som er godt egnet for reproduksjon. Manglende fokus på eldre og seksualitet kan tyde på at samfunnet mener sex og seksualitet ikke angår denne aldersgruppen. Ikke bare utelukkes eldre når seksualitet i samfunnet omtales, eldre mennesker blir ofte latterliggjort, og deres seksualitet blir gjerne likestilt med et barns, som noe ikke-eksisterende og unaturlig (Purvis, 1998). En mindre tolerant holdning til eldre menneskers seksualitet og seksualliv kan skape skyldfølelse og skam blant de eldre som opplever å ha lyster og begjær, og som er seksuelt aktive (Karoliussen & Smebye, 2006).

Mange sykepleiere ser også ut til å ha slike holdninger til de eldres seksualitet, noe som igjen preger det miljøet de jobber i (Karoliussen & Smebye, 2006). Studien til Gott, Hinchliff og Galena viser til at helsepersonell opplever det som ukomfortabelt å skulle snakke med den eldre pasienten om vedkommendes seksualliv. Deltakerne peker på at de opplever å mangle både kunnskaper og erfaringer, og er derfor rådville når det kommer til å tilnærme seg den eldres seksualitet. Hos de yngre er også terskelen for å tematisere seksualitet langt høyere sammenlignet med de eldre deltakerne (Gott, Hinchliff & Galena, 2004). Dette kan tyde på at det er sykepleiers holdninger, oppfatninger, og eget forhold til seksualitet som i stor grad styrer om det snakkes om dette med den eldre pasienten.

Våre erfaringer fra praksis stemmer overens med funn i tidligere nevnt fag- og forskningslitteratur. Et eksempel på en slik erfaring fant sted under et morgenstell av en mannlig pasient hvor det skulle utføres nedentilvask. I løpet av stellet kom pasienten med flere kommentarer av seksuell karakter, rettet mot studenten som utførte vasken. Sykepleier, som også befant seg i rommet, bare lo av kommentarene og avfeide disse som spøk.

Situasjonen ble ikke snakket om av sykepleier i ettertid, hverken til student eller til pasient. Et eksempel på en annen situasjon hvor seksuelle ønsker eller lyster kom til uttrykk, var da en mannlig pasient skulle hentes fra rommet og ut i fellesarealet for frokost. Da student kom inn på rommet stod pasienten på badet og tilfredsstilte seg selv. Pasienten ønsket hjelp til dette, men studenten avfeide han og avledet pasienten slik at påkledning ble mulig. Situasjonen hadde oppstått flere ganger tidligere, og student hadde blitt fortalt at dette skulle håndteres ved å avlede pasienten. Ved å se tilbake på disse erfaringene opplever vi at det kom tydelig frem hvordan sykepleier bevisst unnlot å forholde seg til pasientens opptreden. I begge tilfeller distanserte sykepleier seg fra å gå inn i samtale om eldre og seksualitet, både med studenten og pasienten. Som tidligere nevnt vil kommunikasjonsøvelser gjennom rollespill kunne gi sykepleier økte praktiske kunnskaper om hvordan en kan samtale med den mannlige sykehjemspasienten om hans seksualitet. Økte praktiske kunnskaper om dette vil kunne endre sykepleiers holdninger, og åpne for muligheten til å gjennomføre slike samtaler.

På den annen side opplever mange eldre nødvendigvis ikke seksualitet som et unaturlig og skamfullt tema. Tvert imot er det mange eldre som setter pris på muligheten til å ytre meninger, opplevelser og bekymringer rundt eget seksualliv i en egnet setting (Gott & Hinchliff, 2003). Seksualitetens betydning og plass i den eldres liv har økt de siste årene. I dag oppgir eldre å ha en mer positiv holdning til sex og et mer tilfredsstillende seksualliv enn det eldre gjorde tidligere (Beckman, Waern, Gustafson & Skoog, 2008). Dette kan tyde på at eldre legger mer vekt på seksuallivet og verdsetter dets betydning i større grad enn før. Forskning gjort av Gott og Hinchliff (2003) viser til at den seksuelle interessen ikke alltid avtar i takt med alderen. Dette underbygges også i faglitteraturen, hvor det fremgår at den seksuelle aktiviteten og den seksuelle interessen ikke nødvendigvis er synonyme (Karoliussen & Smebye, 2006). Med dette ser vi at det kan være aktuelt for den mannlige sykehjemspasienten, ettersom han befinner seg i denne aldersgruppen. Fordi seksualitet er en del av alle menneskers liv og identitet, er det viktig at også sykepleier har et avklart forhold til egen seksualitet og kjennskap til egne holdninger og grenser. Dersom sykepleier ikke er oppmerksom på dette, vil et møte med og samtale om seksualitet kunne oppleves som like sårbart som hos pasienten. Dette vil i stor grad kunne påvirke hvorvidt vi er i stand til å møte menneskers seksualitet på en profesjonell måte (Almås & Benestad, 2006).

5. Konklusjon

Det blir stadig flere eldre, og innen år 2060 vil så mye som en femtedel av Norges befolkning være over 70 år (Syse & Pham, 2014). Seksualitet i eldre alder, og ivaretagelse av den seksuelle identiteten vil derfor ikke bli et mindre aktuelt tema i årene som kommer. I denne oppgaven er søkelyset rettet mot hvordan sykepleier kan ivareta den seksuelle identiteten hos den mannlige sykehjemspasienten, og tiltak som kan gjøre dette mulig.

Utgangspunktet for tiltakene er økte kunnskaper, både hos sykepleier og hos den mannlige sykehjemspasienten. Skal en ivareta den seksuelle identiteten, må sykepleier først og fremst gjennomgå en holdningsendring. En slik endring vil være avhengig av to faktorer, både eget forhold til seksualitet og kunnskaper om temaet. Kunnskapene sykepleier må tilegne seg er basert på både teoretisk, praktisk og etisk kunnskap (Kirkevold, 1996). Både praktisk og teoretisk kunnskap kan tilegnes gjennom fagdager. Først når sykepleier har tilegnet seg teoretiske kunnskaper om seksualitet og praktiske kunnskaper om hvordan disse kan anvendes, vil det være mulig å videreformidle kunnskapene til de eldre. Kunnskaper kan formidles både gjennom samtale med den individuelle pasienten, eller kan foregå i form av undervisning for en større gruppe pasienter.

For at den seksuelle identiteten skal kunne ivaretas ser vi det som helt nødvendig å fokusere på faktorer som kjønn, kjønnsidentitet og kjønnsroller. For å ivareta den seksuelle identiteten er det viktig at sykepleier gir mulighet for og hjelper den mannlige sykehjemspasienten til å oppleve seg selv som maskulin. Dette kan gjøres gjennom fokus på utseende og aktiviteter, som dansekvelder, som videre kan styrke den mannlige kjønnsrollen. Sykepleier må være bevisst på at eldres seksualitet omhandler mer enn kun det fysiske samleiet, men dreier seg i vel så stor grad om emner som nærhet, ømhet og andre former for kontakt. I den forbindelse vil det kunne være viktig å legge til rette for at den mannlige pasient kan oppleve privatliv, på tross av at han befinner seg på sykehjem.

Seksualitet har vært et emne det har vært undervist lite om i løpet av utdannelsen, og undervisning om seksualitet knyttet opp mot eldre har vært helt fraværende. Skal holdningsendringer forekomme tror vi det er viktig å få tilegnet seg slike kunnskaper allerede tidlig i studieløpet, slik at disse kan tas med ut i praksis allerede under utdannelsen. Selv om det eksisterer mye forskning- og faglitteratur om seksualitet og eldre, har vi erfaringer som tilsier at dette er et tema som det fokuseres lite på i praksis, på tross av at

seksuelle ønsker og behov kommer til uttrykk også hos den mannlige sykehjemspasienten. Det er nødvendig med mer forskning rundt dette temaet for å få en bedre forståelse av hvorfor seksualitet er så viktig for eldre, og hvordan helsepersonell kan bidra til at eldre kan leve ut sin seksualitet (Ryan, Dudley, MacMahon Feeney & Bonham, 2011).

Vi gikk inn i denne oppgaven med den samme konservative oppfatningen som vi har lært at deles med mange sykepleiere, at den eldre seksualitet er ikke-eksisterende, og at eventuelle uttrykk for dette oppleves som negativt og unaturlig. Etter å ha arbeidet med dette temaet de siste ukene, avslutter vi skriveprosessen med nye kunnskaper og ny innsikt. Vi opplever å ha endret egne holdninger til den eldre pasienten og personens seksuelle behov og lyster, og denne holdningsendringen vil vi ta med oss videre ut i arbeidslivet. Vårt ønske er å arbeide kontinuerlig med å videreføre kunnskapene vi har tilegnet oss, og forhåpentligvis bidra til å endre holdningene til den eldre personens seksualitet på vår arbeidsplass.

Vi vil avslutte konklusjonen med et sitat av Alex Comfort vi fant tidlig i skriveprosessen, og som har fulgt oss gjennom arbeidet med oppgaven. «*Den kloke forstår at de dummeste fordømmene vi har, og de vi minst burde gi etter for, er de som rettes mot en gruppe vi alle før eller senere vil tilhøre*» (Purvis, 1998, s. 61).

Litteraturliste

*Aasen, S. E. (2013). *Medical Subject Headings (MeSH) oversettes til norsk*. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/for-forskere/medical-subject-headings-mesh-oversettes-til-norsk>

*Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D. & Skoog, I. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a279>

*Christiansen, B. (2006). Den gode, profesjonelle samtalen – hvordan lærer sykepleiestudenter av og med hverandre? *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 90(1), 17-28. Lokalisert på http://www.idunn.no/file/pdf/33194163/npt_2006_01_pdf.pdf

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fermann, T., & Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Fleckenstein, J. R. & Cox, D. W. (2014). The association of an open relationship orientation with health and happiness in a sample of older US adults. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1), 94-116. <http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2014.976997>

*Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, FOR-1988-11-14-932. § 4-1.

*Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The view of older people. *Social science and medicine*, 56, 1617-1628.

*Gott, M., Hinchliff, S. & Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social science and medicine*, 58, 2093-2103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsciemed.2003.08.025>

*Grünfeld B. (2009). *Seksuell identitet*. Lokalisert på https://sml.snl.no/seksuell_identitet

*Henderson, V. A. (1998). *Sykepleierens natur: Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

*Johansen, M., Thyness, E. M. & Holm, J. (1998). *Seksualitet på alvor: Ethiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Karoliussen, M. og Smebye, K. L. (2006). *Eldre, aldring og sykepleie* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kirkevold, M. (2006). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

*Lindau, S. T. & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c810>

Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64. § 10. (2015).

Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64. § 21. (2015).

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 2-5. (2014).

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 3-2. (2014).

*Madsen, K. B. (1981). *Personlighetens psykologi: Abraham Maslow*. København: Forum A-S og Oslo: Dreyers.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler* (Rev. utg.). Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

*Purvis, K. (1998). *Sex i solnedgang: om eldre menn og deres seksualliv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Ryan, P., Dudley, J., MacMahon, C., Feeney, L. & Bonham, A. (2011). Aging, relationship and sexuality. I P. Ryan & B. J. Coughlan (Red.), *Aging and older adult mental health: Issues and implications for practice* (s. 192 – 213). New York: Routledge.

*Sirnes, S. M. (2012). *Fagdag*. Lokalisert på <https://snl.no/fagdag>

*Skansgård, B., Svendsen, K. O. B., Aanerud, A. & Aars, H. (1996). Seksualitet. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Generell sykepleie 3: Pasient og sykepleier – kropp, omgivelser og metoder*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

*Slettebø, Å. (2007). *Sykepleie og etikk* (4 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Syse, A. & Pham, D. Q., Statistisk Sentralbyrå. (2014). *Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Dødelighet og levealder*. Lokalisert på http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/194976?_ts=1483a29e810

*Teigen, K. H. (2012). *Holdning*. Lokalisert på <https://snl.no/holdning>

*Wold, G. H. (2012). *Basic Geriatric Nursing* (5. utg.). St Louis: Elsevier.

*World health organization. (2006). *Defining sexual health*. Lokalisert på http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Vedlegg 1

Funksjonsområde	Stikkord
1. Kommunikasjon/sanser	Evne til å gjøre seg forstått og forstå. Evne til å uttrykke sine behov og opplevelser. Nedsatt syn, hørsel eller taleevne. Ikke norsktalende. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes; f.eks. briller, høreapparat, huskelapper, tolk.
2. Kunnskap/utvikling/psykisk	Kognitive evner og utvikling. Behov for informasjon eller undervisning. Sykdomsinnsikt og sykdomsopplevelse. Nærhukommelse. Påvirket bevissthet, forvirring, nedsatt evne til oppmerksomhet. Vilje og evne til samarbeid og delaktighet. Fysisk og psykisk modenhet. <i>Emosjonelt.</i> Sinnsstemning, reaksjoner, følelser, opplevelser. Sorg, apati, utrygghet, tillit, angst, depresjon, uro, aggressivitet. Orientert om tid, rom, person, situasjon. Stress, mestring av stress. Krisereaksjon.
3. Åndedrett/sirkulasjon	Problem med luftveier og sirkulasjon, f.eks. åndenød, hoste, fare for aspirasjon, hyperventilering, blødning, ødem, cyanose, kald perifert, etc. Kroppstemperatur, feber, frostanfall. Egenomsorg og hjelpemiddel som brukes, f.eks. medikamenter, inhalator, oksygen, spesielt sengeleie, elastiske strømper.
4. Ernæring/væske/elektrolyttbalanse	Apetitt, tørst, måltidsvaner, tenner og munnulens status som påvirker spising. Under- eller overvekt. Kulturelle forhold som har betydning for mat. Amming. Ernæringsproblem forårsaket av mat, miljø, sykdom eller behandling. Påvirket fordøyelse, væske- og elektrolyttbalanse, f.eks. av blodsukkernivå, gastrointestinale problemer. Kvalme, brekninger. Dehydrering, overvæsking. Egenomsorg og hjelpemiddel som brukes, f.eks. spesiell diett, sonde, medikamenter, tannprotese.
5. Eliminasjon	Urin og avføring. Inkontinent blære eller tarm, sengevæting. Retensjon. Forstoppelse, diarré, smertefull avføring. Stomi. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, f.eks. diett, avføringsmiddel, bleie, uridom,

	kateter, faste dotider.
6. Hud/vev/sår	<p>Forandringer og problemer med hud, slimhinner, annet vev, f.eks. muskler, hår, negler. Farge, renhet, skader, tørrhet, rødhet, utslett, kløe, håravfall, svette. Problemer med øyne, ører, nese, hals og munn. Utseende, funksjon, evt. forandringer.</p> <p><i>Sår.</i> Type sår, f.eks. operasjonssår, trykksår, leggsår. Lokalisasjon, lengde, bredde, farge, stadium. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, f.eks. legemiddel, utstyr til sengen.</p>
7. Aktivitet/funksjons-status	<p>Skade, f.eks. lammelser, tremor, spastisitet, kramper, leddstivhet, muskelsvakhet. Funksjonsevne og begrensinger. Svimmelhet, fare for fall.</p> <p>Evne til å greie seg selv i det daglige liv, ADL-bedømmelse når det gjelder evne til matinntak, forflytning, bevegelse, toalettbesøk, på- og avkledning, personlig hygiene (vaske seg, dusje/bade). IADL-bedømmelse når det gjelder evne til å lage mat, handle, ta seg av husarbeid, medisinaladministrering, bevege seg i trapper.</p> <p>Konsekvenser av funksjonshindringer i forhold til krav i pasientens omgivelser.</p> <p>Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, f.eks. medikamenter, skinner, ganghjelpemiddel, gripeverktøy.</p> <p>Immobilitet og sengeleiets komplikasjoner.</p>
8. Smerte/søvn/hvile/velvære	<p><i>Smerte.</i> Akutt eller kronisk smerte eller ubehag. Lokalisasjon, karakter, mønster, intensitet. Bedømmelse etter smerteskjema. Pasientens ord eller uttrykk for smerte. Adferd knyttet til smerte, f.eks. beskyttende bevegelser, gråt, rastløshet. Utløsende eller lindrende faktorer. Hvordan pasienten mestrer smerte.</p> <p><i>Søvn og hvile.</i> Søvnproblemer. Trøtthet, utmattelse. Faktorer som påvirker søvn og hvile. Uthvilt eller trøtt etter søvn. Egenomsorg og hjelpemiddel</p>

	<p>som benyttes, f.eks. medikamenter, utstyr i sengen, vaner.</p> <p><i>Velvære.</i> Allment inntrykk av pasientens allmentilstand, tilfredsstillelse og velvære.</p>
9. Seksualitet/ Reproduksjon	<p>Samliv. Problemer, krav, forventninger. Prevensjonsmiddel, bivirkninger. Pubertet, menstruasjon, graviditet, amming, klimakterium. Gynekologisk status. Obstetrisk status. Bryst. Fosterutvikling. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes.</p>
10. Sosialt/ planlegging av utskrivelse	<p>Pårørende, familieforhold, nettverk, boforhold, offentlig og privat hjelpeapparat, sosiale stønader, sosial evne, arbeidsforhold, arbeidsløshet. Alkohol, stoff, tobakk, misbruk. Miljø-, økonomi-, samfunns- eller juridiske faktorer.</p> <p>Faktorer som har betydning for pasientens utskrivelse. Dokumentasjon av avtaler med personer i pasientens nettverk, hjelpeapparat, referat fra tverrfaglige møter knyttet til utskriving.</p>
11. Åndelig/ kulturelt/livsstil	<p>Verdier, religion, kultur, livsanskuelse. Eksistensielle spørsmål. Mening med liv, lidelse og død. Ønske om spesielle ritualer, symboler, klær. Tabuer. Trosutøvelse av betydning for pasient/pårørende. Kilder til tro og håp. Åndelig smerte, fortvilelse. Skyldfølelse, skam, straff. Deltagelse på gudstjeneste, e.l. Bønnetider.</p> <p><i>Livsstil.</i> Interesser, hobbyer, mosjonsvaner. Fritidsaktiviteter som har stor betydning for pasienten.</p>
12. Annet/lege- delegerte aktiviteter og observasjoner	<p>Pasientstatus som ikke kan føres inn under annet funksjonsområde, f.eks. spesielle kartleggings- eller vurderingsinstrumenter. Referat fra ulike møter knyttet til pasientens behandlingsopplegg.</p> <p><i>Legedelegert aktivitet som det ikke er naturlig å knytte til annet funksjonsområde:</i> Medikamenter, compliance</p>

Vedlegg 2

Forfattere År Land Tidsskrift Dato for funn	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
James R. Fleckenstein og Derrell W. Cox. 2014 USA Sexual and relation therapy 21.01.15	The association of an open relationship orintation with health and happiness in a sample of older US adults.	Å se på om det er en forskjell mellom seksuell aktivitet og tilfredsstillende seksualliv hos gifte eldre fremfor eldre som ikke er i et fast forhold.	Kvantitativ studie. Data er hentet fra en internettbasert undersøkelse med 4062 besvarelser. Av deltagerne var det 502 som var 55 år eller eldre, og det er kun disse besvarelsene studien baserer seg på.	Viser til at eldre som ikke er i et fast forhold oppgir å være lykkeligere og ha en bedre helse, sammenlignet med eldre som er gifte eller i et fast forhold.
Kathryn Ganong og Erik Larson. 2011 USA	Intimacy and belonging: the association between sexual activity and depression among older	Å sammenligne forekomsten av depresjon og seksuell aktivitet hos eldre for å se om det er en mulig	Kvantitativ studie. Analyse av data fra en nasjonal undersøkelse, med utgangspunkt i	Denne viser til at menn uttrykker ønsker og behov rundt seksualitet i større grad enn kvinner. I

<p>Society and mental health</p> <p>19.01.15</p>	<p>adults.</p>	<p>sammenheng.</p>	<p>en hypotese.</p>	<p>tillegg viser den til positive effekter seksuallivet har på eldre når det kommer til grad av depresjon.</p>
<p>Stacy Tessler Lindau og Natalia Gavrilova. 2010 USA BMJ 21.01.15</p>	<p>Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys og ageing.</p>	<p>Å se om det er en sammenheng mellom sex, helse og hvor mange år med seksuell aktivitet vedkommende kan ha glede av.</p>	<p>Kvantitativ studie. En sammenligning av to større undersøkelser med et stort antall eldre respondenter. Den ene undersøkelsen besto av både telefonintervju og utfylling av spørreskjema, hvor det totalt var 3032 deltagere. I den andre undersøkelsen foregikk det hjemme intervju, hvor det totalt var 3005 som deltok.</p>	<p>Funn i studien viser til en positiv sammenheng mellom interessen for sex, helsetilstanden til den eldre og hyppigheten av seksuell aktivitet. Den viser også at menn er generelt seksuelt aktive lengre enn kvinner, men at menn sitt seksualliv påvirkes i større grad av helsetilstanden sammenlignet med kvinner.</p>

<p>Nils Beckman, Margda Waern, Deborah Gustavson og Ingmar Skoog. 2008 Sverige BMJ 21.01.15</p>	<p>Secular trends in self reported sexual acitvity and setifaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey off four populations, 1971-2001.</p>	<p>Å kartlegge utviklingen av seksualitet og seksualliv, samt tilfredsstillelse, over en 30 års periode hos svenske eldre over 70 år.</p>	<p>Kvantitativ studie. Totalt 1506 svenske deltagere over 70 år. Studien ble gjort av fire ulike grupper som deltok, hvor hver av deltagerne i de ulike gruppene gikk til terapeut en gang i perioden 1971 til 2001 for å kartlegge deres seksuelle aktivitet. Inkluderer hjemmeboende og de som bodde på institusjon i Gôteborg.</p>	<p>Fra 1971 til 2001 økte andelen seksuelt aktive eldre i alle de fire gruppene. Mennene og kvinnene som var med i de siste gruppene var mer fornøyd med deres seksuelle helse og hadde en mer positiv holdning til deres seksualitet i forhold til de første gruppene som deltok.</p>
<p>Merryn Gott, Sharron Hinchliff og Elisabeth Galena. 2004 UK</p>	<p>General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people.</p>	<p>Å kartlegge helsepersonellets holdninger når det kommer til ivaretagelse av den seksuelle helsen hos eldre mennesker, ettersom dette er</p>	<p>Kvalitativ studie. Basert på dybde intervjuer som var semistrukturerte. Totalt 22 deltagere, hvorav 13 var menn og 9 var</p>	<p>Studien viser til hvordan helsepersonell opplever det ubehagelig å skulle snakke med eldre om deres seksualitet, og</p>

<p>Social science and medicine</p> <p>19.01.15</p>		<p>et område det er forsket lite på.</p>	<p>kvinner i alderen 34 til 57 år.</p>	<p>dette er på bakgrunn av lite kunnskaper og erfaringer innenfor temaet. Den sier også at jo yngre personalet var, jo mer tabubelagt var dette samtaleemnet.</p>
<p>Merryn Gott og Sharron Hinchliff.</p> <p>2003</p> <p>UK</p> <p>Social science and medicine</p> <p>19.01.15</p>	<p>How important is sex in later life? The views of older people.</p>	<p>Å kartlegge hvilken rolle de eldre selv mener seksuell aktivitet spiller inn i deres liv, og hvor viktig dette er.</p>	<p>Kvalitativ studie. Basert på semistrukturerte dybdeintervjuer. Totalt 69 deltagere i alderen 30 til 92 år. Studien fokuserer på 44 deltagere som var eldre enn 50 år.</p>	<p>Studien viser at eldre ikke opplever seksualitet som mindre aktuelt på tross av økende alder. Den sier også at de eldre ønsker at helsepersonell belyser og snakker med de om temaet, men at dette bør foregå i en privat setting. Det kommer også frem at det er en sammenheng</p>

				<p>mellom sivilstatus, helse og viktigheten av seksualliv. Dette hvorav de som opplevde tap av partner eller alvorlig sykdom, følte at seksuallivet ble mindre viktig.</p>
--	--	--	--	--