



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Bachelor i sykepleie

Kine Paulsen & Stine Løkken

Veileder: Liv Bekkeli

”Eldre har ikke slike behov”

Eldre og seksualitet

”The elderly do not have those needs”

Sexuality in later life

Antall ord: 12358

BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tittel

”Eldre har ikke slike behov” : Eldre og seksualitet.

”The elderly do not have those needs” : Sexuality in later life.

Formål

Vi ønsker med denne bacheloroppgaven å belyse dette høyst aktuelle, men tabubelagte temaet. Gjennom erfaringer fra praksis fremstår seksualitet som et tema sykepleiere unnviker å kommunisere om. Oppgaven har som formål å innhente økt kunnskap om eldre og seksualitet, og om hvordan sykepleiere kan ivareta dette behovet. Med denne oppgaven er det ønskelig å øke fokuset rundt dette temaet ved å videreformidle kunnskaper til studenter og fremtidige kollegaer.

Problemstilling

”Hvordan kan sykepleiere ivareta behovet for seksualitet hos den eldre pasienten på langtidsavdeling på sykehjem?”

Metode

Oppgaven er en litteraturstudie som baseres på relevant pensumlitteratur og selvvalgt fag- og forskningslitteratur. Forskningslitteraturen som fremkommer i oppgaven har anvendt både kvalitativ og kvantitativ metode. Personlige erfaringer fra praksis blir også trukket med.

Resultat og konklusjon

Eldre blir anerkjent som seksuelle individer, når man ser på deres egen oppfatning og hva fag- og forskningslitteraturen sier. Likevel viser det seg at sykepleiere har en helt annen oppfatning av eldre og seksualitet. Deres oppfatning tilsier at eldre er aseksuelle individer. I tillegg mener sykepleiere det er vanskelig og ubehagelig å involvere seg i seksualitetsproblematikken til den eldre, på grunn av manglende kunnskaper. For at holdningsendringer skal være mulig, må fokuset først og fremst rettes mot økt kunnskap om tematikken, samt hvordan involvere seg i tematikken. Når sykepleiere har tilegnet seg den nødvendige kunnskapen, vil de kunne ivareta den eldre sykehjemspasientens seksualitet.

Forord

Takk til vår veileder Liv Bekkeli ved Høgskolen i Hedmark Campus Elverum for god veiledning gjennom hele skriveprosessen. Diskusjoner og råd har vært en stor hjelp på veien til den oppgaven vi nå sitter med.

En takk til sexolog Hege Merete Svingen for hjelp til å finne relevant faglitteratur. En takk rettes også til lege, terapeut, professor og spesialist innen klinisk sexologi, Esben Esther Pirelli Benestad for innspill til oppgaven vår. Deres hjelp har vært med på å løfte vår oppgave.

En siste takk rettes til familie, medstudenter og kollegaer som har vært korrekturlesere og utenforstående kritikere.

Innhold

SAMMENDRAG	s. 2
FORORD	s. 3
INNHold	s. 4
1.0 INNLEDNING	s. 6
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	s. 6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN	s. 7
1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN	s. 7
1.4 FORMÅLET MED OPPGAVEN	s. 8
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON	s. 8
2.0 METODE	s. 10
2.1 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK	s. 10
2.1.1 Søkeord og databaser	s. 10
2.1.2 Valg av litteratur	s. 11
2.2 KILDEKRITIKK	s. 12
2.3 ETISKE BETRAKTNINGER	s. 13
2.4 PRESENTASJON AV FUNN FRA FORSKNING	s. 14
2.4.1 Eldres egen oppfatning av seksualitet	s. 14
2.4.2 Sammenheng mellom seksualitet og helse	s. 16
2.4.3 Holdninger til seksualitet	s. 17
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME	s. 19
3.1 SYKEPLEIETEORI	s. 19
3.2 SEKSUALITET	s. 21
3.2.1 Seksualitet og aldring	s. 22
3.3 PLISSIT-modellen	s. 23
4.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIERE IVARETA BEHOVET FOR SEKSUALITET HOS DEN ELDRE PASIENTEN PÅ LANGTIDSAVDELING PÅ SYKEHJEM	s. 24
4.1 TILLATELSE	s. 25

4.1.1	<i>Anerkjennelse av seksualitet som et grunnleggende behov</i>	s. 25
4.1.2	<i>Holdningsendringer</i>	s. 27
4.1.3	<i>Planlegging og organisering av møte med pasienten</i>	s. 29
4.2	BEGRENSET INFORMASJON	s. 31
4.3	SPESIFIKKE FORSLAG	s. 35
5.0	KONKLUSJON	s. 39
	LITTERATURLISTE	s. 41
	VEDLEGG 1	s. 45
	VEDLEGG 2	s. 50
	VEDLEGG 3	s. 51

1.0 Innledning

Seksualitet er et omdiskutert tema både i medier og generelt i samfunnet (Almås, 2004). Seksualitet blir forbundet med individer som er ungdommelige, og som ikke er preget av sykdom eller dårlig helse. Holdninger i samfunnet viser til at de som er preget av høy alderdom er aseksuelle individer (Johansen, Thyness & Holm, 1998). Statistisk Sentralbyrå viser til at det er om lag 745 000 individer i Norge, over 67 år per 1. Januar 2016. Dette tallet har det siste tiåret økt med 36,3 % (Dybendal, Lystad & Hoel, 2016). Det er estimert at i årene frem mot 2060 vil antallet av Norges befolkning over 70 år bli fordoblet. Dette er en prosent økning fra i dag på 11 % til 19 % i 2060, noe som tilsvarer at hver femte person vil være 70 år eller eldre (Tønnessen, Syse & Leknes, 2014). Dette viser til at Norges eldre befolkning stadig er under økning, og at dette med tiden trolig vil gi en økning i antall pasienter på sykehjem.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Da vi ser at andelen eldre har økt, og trolig vil fortsette å øke, vil temaet eldre og seksualitet fortsette å være et aktuelt tema. Det krever kunnskap og holdningsbevissthet hos sykepleiere for å kunne ivareta behovet på en profesjonell måte. Seksualitet ligger under kategorien grunnleggende behov, og vi mener derfor dette er sykepleierelevant da ivaretagelse av behovet fremmer fysisk og psykisk helse (Gamnes, 2011).

Gjennom erfaringer ser vi at seksualitet er et tabubelagt tema, spesielt hos den eldre generasjonen. Blix & Breivik sier ”Som sykepleiere har vi tradisjonelt vært opptatt av å ha omsorg for hele mennesket – unntatt pasientens seksualitet” (2006, s. 330). Denne påstanden støtter vi oss til, da våre erfaringer viser det samme. Vi har erfart at sykepleiere ikke legger vekt på seksualitet i utøvelsen av sykepleie på sykehjem, og at det er mangel på kunnskap om hvordan ivareta behovet. Videre viser erfaringer at eldre pasienter blir oppfattet som aseksuelle individer og at deres seksuelle atferd blir sett på som unaturlig og upassende. Dette tror vi ligger til grunn for at sykepleiere holder avstand fra å ta opp temaet med pasienter, samt hvorfor de blir ukomfortable dersom en situasjon angående seksualitet skulle oppstå. Vi ønsker å belyse temaet for å øke kunnskap og holdningsendringer, og dette danner grunnlaget for valg av tema.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Ut fra temaet eldre og seksualitet har vi formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere ivareta behovet for seksualitet hos den eldre pasienten på langtidsavdeling på sykehjem?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Denne bacheloroppgaven tar utgangspunkt i en pasient på sykehjem. Vi har begrenset oppgaven til sykehjem som arena, selv om temaet også er aktuelt på andre institusjoner innen helse og omsorg. Vi bruker begrepet pasient, da det er en omtale som blir brukt i både teori og praksis. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at en pasient er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenester. Vi tar utgangspunkt i at oppgaven omhandler en heterofil pasient med etnisk norsk bakgrunn. Dette på grunn av egen norsk etniske opprinnelse, og på grunn av store forskjeller i syn på seksualitet i de ulike kulturer og religioner. Dette er også grunnlaget for at sykepleierne som blir omtalt i oppgaven er av etnisk norsk bakgrunn. Vi tolker begrepene helsepersonell og personale som blir omtalt i litteraturen og forskningen til at sykepleier faller under disse begrepene. Vi har valgt å bruke begrepet sykepleier i oppgaven, for å konkretisere at det er sykepleie oppgaven omhandler.

Vi har avgrenset kjønn til å omhandle en mannlig pasient, selv om temaet er like relevant for begge kjønn. Dette begrunnes ved at søkene etter litteratur ga flest relevante fag- og forskningslitteratur som omhandlet eldre menns seksualitet. Aars (2011) sier at menn har vist større vanskeligheter med å uttrykke og bearbeide sine følelser og behov på egenhånd, sammen med partner eller gjennom en relasjon til helsepersonell, enn det kvinner gjør. Dette ligger også til grunn for valget av kjønn. Med den eldre pasienten omtaler vi en mann eldre enn 65 år. Grunnlaget for dette er at i de fleste fag- og forskningsartikler blir eldre omtalt som de i en alder av 65 år eller mer. I tillegg viser erfaringer at pasienter på sykehjem er i denne aldersgruppen. Vi tar utgangspunkt i at pasienten ikke har en kognitiv svikt, annen sykdom eller medikamenter som påvirker seksualiteten eller den seksuelle helsen. Dette begrunnes ved at hovedfokuset på oppgaven skal ligge på eldre og seksualiteten, og ikke andre problemstillinger som oppstår ved sykdom eller påvirkning av medikamenter. Derfor tar vi utgangspunkt i at pasienten har naturlige aldersrelaterte forandringer knyttet til seksuell helse.

1.4 Formålet med oppgaven

Vårt formål med oppgaven er å belyse og sette oppmerksomheten mot dette tabubelagte temaet. Vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om seksualitet, slik at vi kan gi en helhetlig ivaretagelse av dette behovet ute i arbeidslivet. Med denne oppgaven er det ønskelig å normalisere at eldre er seksuelle individer, på lik linje med ungdommelige individer. Med økt kunnskap kan det tenkes at situasjoner rundt seksualitet blir ufarliggjort, samt at økt kunnskap kan bidra til holdningsendringer. Målet med oppgaven er å svare på problemstillingen ved å komme med tiltak til hva som kan gjøres i praksis for å ivareta eldres seksualitet. Slik kan seksualitet ha en positiv innvirkning på fysisk og psykisk helse, i stedet for å bli sett på som noe negativt. Gjennom presentasjon av oppgaven håper vi å skape interesse hos medstudenter og fremtidige kollegaer, slik at det kan bli satt mer fokus på seksualitet i utøvelsen av sykepleie til eldre individer.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i 5 kapitler, for å få en ryddig og strukturert oppgave.

I kapittel 1.0 finner vi innledningen, hvor det legges frem presentasjon og begrunnelse for valg av tema. Problemstillingen, samt avgrensning og presisering av denne presenteres, etterfulgt av formålet med oppgaven.

I kapittel 2.0 presenteres oppgavens metode. Fremgangsmåten for litteratursøk blir presentert, samt kriteriene for valg av artikler og kritisk gjennomgang av den anvendte litteraturen. Ethiske overveielser blir presentert, og metodekapittelet avsluttes med gjennomgang av funn fra forskningsartiklene som er blitt anvendt i oppgaven vår.

I kapittel 3.0 presenteres teorien som skal gi oss bedre forståelse av temaet, og som skal anvendes for å belyse og drøfte problemstillingen. I starten av dette kapittelet presenteres sykepleieteoretiker Virginia Henderson og hennes behovsteori. Videre redegjøres det om teori som omhandler seksualitet, samt teori om kommunikasjonsmodellen PLISSIT.

I kapittel 4.0 presenteres drøftingen, som skal belyse og gi svar på problemstillingen. Drøftingen tar utgangspunkt i teorien og forskningen som er blitt presentert i oppgaven, samt egne erfaringer fra praksis og arbeidslivet.

I kapittel 5.0 presenteres oppgavens konklusjon. Her foreligger det en oppsummering av hva vi har funnet ut i drøftingen av problemstillingen.

Til slutt kommer oppgavens litteraturliste, som gir en oversikt over den anvendte litteraturen, i en alfabetisk rekkefølge. Etter litteraturlisten blir vedleggene presentert.

2.0 Metode

En metode er et verktøy for hvordan man skal komme frem til en problemløsning, få klarhet, og innhente ukjent og nødvendig kunnskap som er relevant for vår oppgave. Metoden beskriver utførelsen, slik at en annen kan komme frem til samme resultat ved å utføre samme metode. Det er ulike metoder som kan benyttes, og grunnlaget for vårt valg av metode vil belyse og gi svar på problemstillingen, samt å gjøre vår oppgave faglig interessant for leserne. I oppgaven vår har vi benyttet oss av litteratur med både kvalitativ og kvantitativ metode. En kvantitativ metode gir informasjon som er målbar, eksempelvis antall seksuelt aktive i en aldersgruppe. Kvalitativ metode er derimot ikke målbar, men gir informasjon om mening og opplevelse, for eksempel sykepleiers holdninger til eldres seksualitet (Dalland, 2012).

Denne oppgaven er en litteraturstudie i overensstemmelse med retningslinjer for fordypningsoppgave. En litteraturstudie har en kvalitativ metode. Litteratur er den kunnskapen oppgaven tar utgangspunkt i, og blir basert på allerede eksisterende skriftlige, og pålitelige kilder (Dalland, 2012). Vi tar for oss å studere relevant pensumlitteratur, fag- og forskningsartikler, offentlige dokumenter og annen faglitteratur som ligger til grunn for å drøfte problemstillingen.

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

Gjennom hele søkeprosessen etter forskning har vi satt opp et systematisk skjema, og dette legges ved som et vedlegg (vedlegg 1). Hensikten med dette skjemaet er å rydde opp i, og systematisere søkeprosessen. I dette skjemaet er hvert enkelt søk ført inn og viser til hvilken database og søkeord vi har anvendt, antall treff, begrensninger, antall leste abstrakter og antall artikler som er blitt anvendt i vår oppgave.

2.1.1 Søkeord og databaser

Da vi skulle søke etter relevant faglitteratur benyttet vi oss av biblioteket på Høgskolen i Hedmark sin søkemotor Oria. Følgende søkeord ble anvendt: *Eldre, seksuell helse, sykehjem, seksualitet, aldring, menn og sex.*

For å finne forskningsartikler har vi anvendt databasene til biblioteket på Høgskolen i Hedmark. Av disse har vi brukt CINAHL, Medline og SAGE. CINAHL står for Cumulative

Index to Nursing and Allied Health, og inneholder forskning som er basert på sykepleie og andre helsefag. Medline er verdens største database innen blant annet sykepleie. SAGE inneholder vitenskapelige artikler som omhandler blant annet medisin (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). Vi har i hovedsak anvendt CINAHL i søkeprosessen etter forskningsartikler. Dette begrunnes ved at CINAHL gir den største muligheten til å begrense søkene, samt at tidligere erfaringer av ulike databaser viser at CINAHL alltid har gitt oss relevante artikler for ulike problemstillinger. Valget av disse databasene begrunnes også ved at de inneholder artikler som omhandler sykepleie- og helsefag.

SweMed+ ble benyttet for å finne relevante MeSH-termer av engelske søkeord. En MeSH-term er ulike ord som knyttes sammen med andre ord ved at det er et synonym (Aasen & Nylund, 2012). Vi har kombinert to eller tre søkeord sammen for å begrense søket, samt at dette gir oss mest relevante søk for å svare på problemstillingen. Her har vi anvendt PICO-skjema som et hjelpemiddel, og dette legges ved som et vedlegg (Vedlegg 2). PICO står for pasient/problem, intervention, comparison og outcome. Hensikten med et slikt skjema er å gjøre spørsmålet som fremkommer i problemstillingen tydelig og presist, slik at vi kan søke etter relevant forskningslitteratur for problemstillingen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). Vi har utelukket bruk av comparison, da vi ikke skal sammenligne ulike tiltak. Søkeordene vi har benyttet oss av for å finne relevant forskningslitteratur er: *Old age, older people, elderly, men, nursing home, sexuality, sexual health, sexual activity, quality of life, attitudes, nursing, communication og health promotion.*

2.1.2 Valg av litteratur

Den selvvalgte faglitteraturen er funnet på Høgskolen i Hedmarks bibliotek. Om bøkene vi ønsket å låne der var utlånt, har vi funnet bøkene på Stange bibliotek. Sexolog har vært behjelpelig med å finne, og lånt oss faglitteratur som omhandler seksualitet. Vi har i tillegg benyttet oss av litteraturlister fra tidligere bachelor- og masteroppgaver som omhandler seksualitet for hjelp til å finne relevant litteratur. Både primær- og sekundærkilder er brukt i oppgaven. En primærkilde er den opprinnelige kilden til den nedskrevne litteraturen, mens sekundærkilde foreligger når noen tolker, oversetter eller siterer andre forfatteres litteratur (Dalland, 2012). Vi har forsøkt å ta i bruk mest mulig primærlitteratur i vår oppgave, men noen sekundærkilder er anvendt.

I utvelgingsprosessen av forskningslitteratur tok vi innholdets resultat, forfatteren, publiseringssted og -dato i betraktning. Vi har funnet og anvendt seks engelskspråklige forskningsartikler. Disse omhandler Eldres egne tanker, følelser og behov rundt temaet seksualitet. Annen forskning vi har funnet tar for seg sammenheng mellom seksualitet og helse, og helsepersonellens holdninger ovenfor eldre og seksualitet. Vi har inkludert disse forskningsartiklene i oppgaven da de er relevante for å belyse og svare på problemstillingen.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere litteraturen man benytter seg av, og på denne måten fastslå om litteraturen er sann. Vi skal være kritiske til litteraturen som anvendes, og være bevisst hvilke kriterier som er tatt i betraktning ved utvelgelsen av litteraturen. Dette er spesielt viktig i en litteraturstudie, da vi baserer oppgaven på andres allerede eksisterende litteratur, til å svare på problemstillingen. Kildekritikk skal vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet som er anvendt (Dalland, 2010). For å kunne belyse og svare på problemstillingen, har vi forsøkt å velge ut relevant og gyldig litteratur.

Under letingen etter faglitteratur, så vi at det var skrevet lite litteratur i nyere tid som var relevant for vårt tema og problemstilling. Derfor har vi støttet oss til den eksisterende litteraturen om den har vist relevans, uavhengig av utgivelsesåret. Av bøkene vi har benyttet oss av er den nyeste utgaven av boken anvendt, om denne har vært tilgjengelig på biblioteket. Dette begrunnes med at nyere bøker gir oss den mest oppdaterte kunnskapen. Forfatterens utdanning og kompetanse, samt om innholdet i boken har relevans for problemstillingen, er blitt tatt med i betraktning i utvelgelsen av faglitteratur. Som nevnt har vi anvendt noen sekundærkilder i vår oppgave. Vi har vurdert den sekundære kilden til å være en sikker kilde fra en pålitelig forfatter. Allikevel tar vi forbehold om at forfatteren av sekundærkilden kan ha feiltolket innholdet i primærkilden.

Forskningslitteratur og noe av faglitteraturen er skrevet på engelsk, svensk eller dansk. Ved oversetting til norsk tar vi forbehold om at vi kan ha feiltolket, eller kanskje ikke forstått alt innholdet, selv om ordbok har blitt anvendt.

Vi har satt som kriterier at forskningslitteraturen vi har anvendt i oppgaven skal være valid og ha reliabilitet. Validitet betyr at en kilde skal være gyldig og relevant for å besvare problemet som fremkommer i problemstillingen. Reliabilitet betyr pålitelighet, og knytter

seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, og i hvilken grad undersøkelsen kan utføres av andre for å oppnå samme resultat (Dalland, 2010).

Forskningsartiklene belyser og gir oss svar på problemstillingen. Vi har undersøkt forfatterens kompetanse og at tidsskriftet som har publisert artikkelen er en pålitelig kilde. Det er også satt fokus på at forskningsartiklene skal være fagfellevurdert (peer review). En artikkel som er fagfellevurdert betyr at den er vurdert og godkjent av eksperter innenfor det fagområdet artikkelen omhandler (Dalland, 2012). Vi satte et mål om å finne forskningslitteratur som er blitt skrevet og publisert i løpet av det siste tiåret. Gjennom søkeprosessen viste det seg vanskelig å finne nyere forskning som var relevant for vår problemstilling. Dette medførte at vi måtte utvide begrensningen til 2000-tallet. Vi har anvendt IMRAD-modellen for å forsikre oss om at det er forskning vi har funnet. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart (2012) sier dette er en mal på hvordan en vitenskapelig artikkel er bygd opp, og det står for: Innledning, Metode, Resultat og Diskusjon.

I forskningsartiklene er den nedre aldersgrensen noe ulik for betegnelsen eldre. Selv om alderen varierte, så vi ingen store aldersrelaterte ulikheter i resultatene, og valgte derfor og se bort i fra dette. Gjennom letingen etter forskningslitteratur ser vi at det ikke er aktuell forskning rundt vår problemstilling som er blitt utført i Norge. Derfor er forskningen som fremkommer i oppgaven fra andre land. Forskningsresultatene derfra kan kanskje ikke direkte overføres til de samme forskningsresultater som ville fremkommet blant den norske befolkningen i Norge.

2.3 Etiske betraktninger

Når man skal tilegne seg kunnskap om mennesker, deres livssituasjon og hvordan deres syn og opplevelse av verden er, er det kun mennesket selv som kan gi oss denne kunnskapen. Etiske overveielser og riktig bruk av personopplysninger er et krav i en bacheloroppgave (Dalland, 2012). Personopplysningsloven (2000) sier en skal beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Vi må etter loven overholde vår taushetsplikt ved å ikke dele opplysninger som direkte eller indirekte knyttes til enkeltpersoner. En opplysning er anonymisert når man ikke på noe som helst vis kan identifisere personen (Dalland, 2012). I vår bacheloroppgave har vi anonymisert erfaringene vi har opplevd i praksis og ellers i arbeidslivet, slik at opplysningene ikke kan spores tilbake

til pasientene og personellet. De personene som nevnes i eksempler fra praksis refereres som ”pasient”, ”personellet”, ”sykepleier” eller ”han/hun”. Tid og sted for hendelsene blir også anonymisert.

Fag- og forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven er henvist i APA-standard i henhold til Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer. Slik får forfatterne av fag- og forskningslitteratur annerkjennelse for det de har skrevet.

2.4 Presentasjon av funn fra forskning

Videre skal vi presentere hva forskning sier om eldre og seksualitet. Henderson (1998) sier at sykepleiere må basere seg på forskning for å kunne utøve helhetlig sykepleie. Forskingen som blir presentert skal hjelpe oss til å belyse og besvare problemstillingen. Forskingen er delt inn i 3 underkapitler avhengig av forskningens hensikt og funn.

2.4.1 Eldres egen oppfatning av seksualitet

Artikkel 1 *”How important is sex in later life? The views of older people”*

Forfatter: Gott & Hinchliff (2003).

Tidsskrift: Social Science and Medicine.

Studiens bakgrunn: Å kartlegge eldre individers synspunkt om hvor stor rolle seksuell aktivitet spiller inn i deres liv, og hva grunnlaget for svarene er (Gott & Hinchliff, 2003).

Metode: Studien har en kvalitativ og kvantitativ metode. Deltakerne i studien ble hentet fra en pasientliste på en kirurgisk avdeling på et sykehus i England. Totalt 69 deltakere, 21 menn og 23 kvinner samtykket til å delta i studien. Alderen på deltakerne er mellom 50 og 92 år. Datainnsamlingsmetoden ble gjennomført ved hjelp av spørreskjema deltakerne skulle svare på, etterfulgt av et semistrukturert intervju, som varte mellom 45 minutter og 2 timer (Gott & Hinchliff, 2003). Et semistrukturert intervju er ikke et lukket intervju, men heller ikke et helt åpent intervju. Det gir mulighet for noe fleksibilitet underveis i datainnsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Studiens funn: Konkluderer med at det ikke er sammenheng mellom økende alder og nedsatt seksuell lyst. Gjennomsnittlig karakteriserte deltakerne i 70 og 80 års alderen seksuell aktivitet som mindre viktig enn deltakerne i 50 og 60 års alderen. Dette hadde

sammenheng med fysiske faktorer og redusert evne til å ha seksuell aktivitet. Da seksuell aktivitet ikke lenger var fysisk mulig, mente deltakerne at å opprettholde fysisk intimitet ved kos og berøring sto sentralt for livsgleden. De fleste deltakerne som karakteriserte seksuell aktivitet som ikke viktig begrunnet dette med tap av sin ektefelle og ønsket derfor ikke å inkludere seg i et nytt seksuelt forhold. Alle deltakerne som hadde en nåværende partner karakteriserte at seksuell aktivitet hadde noe eller stor betydning. Forfatterne påpeker at flere deltakere i studien satte pris på å snakke om sine seksuelle behov. Samtale rundt emnet med pasienter burde derfor ikke bli et hinder fordi helsepersonell står i frykt for å fornærme eller støte pasienten (Gott & Hinchliff, 2003).

Artikkel 2 ”Prevalence of Sexual Activity and Associated Factors in Men Aged 75 to 95 Years”

Forfatter: Hyde, Flicker, Hankey, Almeida, MacCaul, Chubb & Yeap (2010).

Tidsskrift: Annals of Internal Medicine.

Studiens bakgrunn: Å finne ut hvor mange eldre menn som er seksuelt aktive, og hvorfor menn eventuelt ikke er seksuelt aktive (Hyde, et al., 2010).

Metode: Det er en kvantitativ studie. Dataen i studien er innhentet fra 3274 menn i en alder av 75 til 95 år i Australia, fra 2008 til 2009. Deltakerne fikk tilsendt spørreskjema med ulike svaralternativer (Hyde, et al., 2010).

Studiens funn: Viser at 89,5 % (2930) av de 3274 deltakerne mente seksuell aktivitet var en liten eller stor faktor som spilte inn i deres liv. 43 % (1408) av deltakerne anga å ha mindre seksuell aktivitet enn det de ønsket. Studien viser en klar forskjell mellom alder og antall seksuelt aktive. Færre menn i aldersgruppen 90 til 95 år var seksuelt aktive enn de fra 75 til 89 år. Flertallet forklarte dette med at fysiske problemer og hindringer hos seg selv eller partner var fremtredende for den nedsatte seksuelle aktiviteten. Studien konkluderer med at et seksuelt aktivt liv er viktig for mange eldre menn, helt til det tiende tiår av livet. Tilslutt påpeker forfatterne at blant annet depresjon er en trolig risikofaktor for nedsatt seksuell aktivitet hos eldre (Hyde, et al., 2010).

2.4.2 Sammenheng mellom seksualitet og helse

Artikkel 3 *"Intimacy and Belonging: The Association between Sexual Activity and Depression among Older Adults"*

Forfatter: Ganong & Larson (2011).

Tidsskrift: Society and Mental Health.

Studiens bakgrunn: Studien hadde som hensikt å undersøke om det er en mulig sammenheng mellom seksuell aktivitet og depresjon hos eldre (Ganong & Larson, 2011).

Metode: Det er en kvantitativ studie. Det er analyse av data fra en nasjonal undersøkelse som fremkom i National Social Life, Health, and Aging Prosjekt i USA, av eldre i en alder mellom 57 og 85, i 2005 og 2006 (Ganong & Larson, 2011).

Studiens funn: Studien konkluderer med at det er en klar sammenheng mellom seksuell aktivitet og lavere grad av depresjon. Eldre som har et seksuelt aktivt liv, hadde lavere grad av depresjon. Forfatterne av artikkelen kan ikke konkludere med at det er depresjonen som påvirker grad av seksuell aktivitet, eller seksuell aktivitet som påvirker grad av depresjon. Artikkelen viser også til at seksuell aktivitet har positiv innvirkning på mental helse, og i større grad om nærhet og intimitet er inkludert (Ganong & Larson, 2011).

Artikkel 4 *"Sexuality and Quality of Life"*

Forfatter: Robinson & Molzhan (2007).

Tidsskrift: Journal of Gerontological Nursing.

Studiens bakgrunn: Studien hadde som hensikt å undersøke om det kan være en mulig sammenheng mellom seksuell aktivitet og økt livskvalitet hos eldre mennesker (Robinson & Molzhan, 2007).

Metode: Det er en kvantitativ studie. Datainnsamlingsmetoden ble gjennomført ved spørreskjema som ble innhentet fra 430 individer i Canada. 116 menn og 314 kvinner i en alder fra 60 til 99 år (Robinson & Molzhan, 2007).

Studiens funn: Det fremkommer i forskningen at eldre med høyest grad av livskvalitet var fornøyde med sitt personlige forhold, helsetilstand og sin seksuelle aktivitet. Over halvparten av deltakerne i studien understreket at et tilfredsstillende seksualliv var viktig for egen

livskvalitet. Studien understreker at det derfor er viktig for helsepersonell å være positive overfor Eldres personlige forhold, og å ta opp seksualitet som et samtaleemne som helsefremmende tiltak mot en bedre livskvalitet (Robinson & Molzhan, 2007).

2.4.3 Holdninger til seksualitet

Artikkel 5 "General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people"

Forfatter: Gott, Hinchliff & Gelena (2004).

Tidsskrift: Social Science and Medicine.

Studiens bakgrunn: Studien hadde som hensikt å undersøke helsepersonellens holdninger til eldre sin seksualitet, og hvordan deres holdninger kan ha blitt påvirket av samfunnets generelle oppfatning om at eldre er aseksuelle individer (Gott, Hinchliff & Gelena, 2004).

Metode: En kvalitativ studie som baseres på data innhentet fra semistrukturerte intervjuer av 22 deltakere. 13 menn og 9 kvinner i en alder mellom 34 og 57 år. Deltakerne er helsepersonell fra ulike kirurgiske avdelinger på sykehus i Sheffield, UK. Intervjuene varte omtrent 1 time per person (Gott, Hinchliff & Gelena, 2004).

Studiens funn: I studien kommer det frem at det kan være en sammenheng mellom seksualitet som et sjeldent samtaleemne hos eldre, og at det ikke er et akseptert samtaleemne i like stor grad som hos yngre individer. Det deltakende helsepersonellet forklarer at de oppfatter det som ubehagelig å snakke om seksualitet med eldre, spesielt fordi de ikke vet hvordan de skal håndtere en slik situasjon på grunn av lite kunnskap og erfaring. Det kommer tydelig frem at helsepersonell har lite eller ingen kunnskap om problemstillinger som kan fremkomme rundt Eldres seksualitet. Mange eldre synes det er vanskelig å ta opp temaet med helsepersonell. Det fremkommer at flere eldre ønsker at temaet skal bli tatt opp med dem, med krav om at det skal være i en passende og privat setting, og at personellet må ha kunnskap og erfaring innen temaet. Fokuset må derfor være å innhente kunnskap for å opptre profesjonelt i en slik situasjon, fremfor å opptre etter stereotype holdninger rundt Eldres seksualitet (Gott, Hinchliff & Gelena, 2004).

Artikkel 6 "Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RAFCs): comparison of staff and residents' views"

Forfatter: Villar, Celdrán, Fabá & Serrat (2014).

Tidsskrift: Journal of Advanced Nursing.

Studiens bakgrunn: Å undersøke helsepersonellens og sykehjemsbeboernes barrierer mot seksuell atferd på sykehjem (Villar, Celdrán, Fabá & Serrat, 2014).

Metode: En kvalitativ studie. Deltakerne i studien var 53 ansatte og 47 beboere som ble hentet fra 5 ulike sykehjem i Barcelona, Spania. Av beboerne var det 27 kvinner og 20 menn, av ansatte var 48 kvinner og 5 menn. Kriteriene for de deltakende beboerne var at de måtte være i en alder over 65 år, at de ikke i noen grad hadde en kognitiv svikt eller andre psykiske diagnoser. Dataen ble hentet fra semistrukturerte intervjuer med deltakerne (Villar, Celdrán, Fabá & Serrat, 2014).

Studiens funn: Studien konkluderer med tre ulike barrierer som førte til lav ivaretagelse av seksualitet. Både personellet og beboere viste enighet om disse barrierene. Den ene barrieren var mangel på privatliv for beboerne på sykehjemmet. Selv på sitt eget rom får ikke beboerne privatliv, fordi personalet kan komme inn når som helst. En faktor var også at pasienter måtte dele bad, og at måltider og andre aktiviteter blir styrt etter dagsplan, slik at pasienter ikke får styrt sin egen hverdag. Den andre barrieren var personellens holdninger til seksuell atferd. Personellet mente det var upassende for eldre å være seksuelle, og beboerne var engstelige for å føle skam, forlegenhet eller skyld. Den tredje barrieren var mangel på kommunikasjon rundt seksualitet. Personellet har ikke nok kunnskap om å kommunisere om temaet, og siden eldre blir sett på som aseksuelle individer ble temaet flaut å snakke om for begge parter. Studien viser til at undervisning om seksualitet trolig vil være den største faktoren for å hindre disse barrierene (Villar, Celdrán, Fabá & Serrat, 2014).

3.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet skal vi presentere teori vi mener blir relevant for å kunne drøfte og besvare problemstillingen. En teori gir et forenklet bilde av virkeligheten, gjennom å forklare og øke forståelsen av et fenomen (Dalland, 2012). Her går vi inn på Virginia Hendersons sykepleieteori, samt teori som omhandler seksualitet og kommunikasjonsmodellen PLISSIT. Teorien er delt inn i 3 underkapitler.

3.1 Sykepleieteori

En sykepleieteori gir en oversikt og perspektiver innenfor sykepleie. Teoriene identifiserer og beskriver sentrale sykepleiefenomener for å tydeliggjøre sykepleierens funksjonsområder. Om man baserer utøvelsen av sykepleie på en sykepleieteori vil det bli enklere å tenke, vurdere og handle som en sykepleier, ut i fra hva teorien begrunner som sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

Virginia Henderson som levde fra 1897 til 1996, er en sykepleieteoretiker som er kjent for å ha definert sykepleierens særegne funksjon, samt hennes behovsteori som omhandler menneskets grunnleggende behov. ICNs grunnleggende prinsipper for sykepleien bygger på Hendersons behovsteori (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Henderson (1998) sin definisjon på sykepleierens særegne funksjon, lyder slik:

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (s. 45).

Definisjonen viser til et menneskesyn som baseres på at alle mennesker har visse grunnleggende behov som må dekkes for å kunne ha en god helse. Det fremkommer i definisjonen at en sykepleier skal hjelpe pasienten til ivaretagelse av sine behov uavhengig av årsaken til hvorfor behovet for sykepleie foreligger.

Henderson mener at sykepleierens gjøremål skal baseres på menneskelige behov. Henderson understreker at mennesker til vanlig dekker disse behovene på egenhånd på sin individuelle og personlige måte. Dette presiserer hun at påvirkes av det kulturelle og sosiale miljøet

mennesket befinner seg i. Mennesker trenger sykepleie om nødvendige ressurser for å ivareta behovene selv er redusert eller ikke til stede. Det er noen behov som Henderson karakteriserer som grunnleggende, uavhengig av individets helse. Kjærlighet, følelsen av samhörighet og avhengighet av andre i medmenneskelig sammenheng er noen av disse behovene (Kirkevold, 1992). Vi mener de overnevnte psykososiale behovene kan knyttes til seksualitet da kjærlighet, nærhet og følelsesmessige relasjoner er begreper som står sentralt i seksualitetens definisjon og omfang.

Henderson mener alle pasienter har ulike behov som må ivaretas. Sykepleien som blir praktisert må i hovedsak bygge på pasientens egen forståelse og mening om hvorfor behovet må ivaretas, for å kunne tilfredsstillere det pasienten selv definerer som god helse, velvære og livskvalitet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Henderson (1998) mener at en viktig funksjon for sykepleiere er å sette seg inn i pasientens situasjon, slik at hun kan oppfatte og forstå vedkommende sitt reduserte behov.

Behovsteorien til Henderson bygger på fjorten grunnleggende gjøremål, som skal dekke pasientens grunnleggende behov (Kirkevold, 1992). De første åtte punktene omhandler fysiologiske behov og de seks siste omhandler psykososiale behov (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Vi anser punkt ti av de grunnleggende gjøremålene som relevant for å svare på problemstillingen, og den lyder som følger ”Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser” (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 226). Dette grunnleggende gjøremålet mener vi kan knyttes til ivaretagelse av behovet for seksualitet. Pasienten kan da gjennom kommunikasjon uttrykke seg selv som et seksuelt individ, og få hjelp til følelsesmessige problemer som omhandler hans egen seksualitet og seksuell helse.

Hendersons behovsteori bygger på psykologen Abraham Maslows behovspyramide. Behovene Maslow har beskrevet i sin pyramide mener han er de mest betydningsfulle menneskelige behov, da de er drivkraften i hvert menneskes vekst og utvikling av dens personlighet. Behovspyramiden er delt inn i 5 deler med ulike behov, og er hierarkisk oppbygd hvor de nederste behovene er viktigst. Når behovene nederst i pyramiden er oppfylt kan man gå videre opp i pyramiden. De nederste behovene omhandler fysiologiske eller organiske behov, hvor blant annet behovet for sex befinner seg. Maslow understreker at tilfredsstillelse av disse behovene er livsviktige for individet. Del tre av pyramiden omhandler kontaktbehov, hvor blant annet behovet for kjærlighet fremkommer (Madsen, 1981). Sex og kjærlighet er viktige begreper som fremkommer i seksualitetens definisjon og

omfang. Henderson nevner ikke eksplisitt seksualitet i sin behovsteori, men en ser at Maslows behovspyramide understreker at seksualitet er et viktig grunnleggende behov for alle mennesker.

3.2 Seksualitet

Vi har nå sett på sykepleierens funksjon og menneskets grunnleggende behov, basert på Hendersons syn og teorier. Vi ser at seksualitet kan knyttes til menneskets grunnleggende behov, og skal nå se nærmere på seksualitetens definisjon og omfang for å få en bedre forståelse.

Seksualitet er et begrep som lenge har blitt brukt. Det er et omdiskutert tema, men som likevel er tabubelagt. Opp gjennom historien ser vi at seksualitet har fått en endret betydning og prioritering i samfunnet. Den virker likevel i noen grad å basere seg på kristendommens syn om at seksualitet er knyttet til sølibat og reproduksjon. Samfunnet har i dag et syn som knytter seksualitet til ungdommelige mennesker, og som sier at eldre er aseksuelle individer (Gamnes, 2011). Holdningene til helsepersonell synes å være basert på dette, i tillegg til uløst problematikk rundt deres egen seksualitet og vanskeligheter for å kommunisere om temaet (Almås & Benestad, 2006). Dette kan påvirke helsepersonellens evne til å identifisere pasienter som seksuelle individer, og observasjoner rundt seksualitetsproblematikken. I hvilken grad helsepersonell involverer seg i pasienters seksualitet baseres på deres holdninger og moral, ofte uavhengig om tilfredsstillende seksualitet vil medføre god helse og livskvalitet for pasienten (Johansen, Thyness & Holm, 1998).

Det har blitt utviklet mange definisjoner på begrepet seksualitet, og vi har valgt å støtte oss til den WHO har utarbeidet. Johansen, Thyness & Holm (1998) har oversatt denne, og den lyder som følger:

Seksualitet er en integrert del av ethvert 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).

Definisjonen fastslår at seksualitet er fundamentalt og må inkluderes i livet på lik linje med andre aspekter, som for eksempel andre grunnleggende behov. Definisjonen understreker også det faktum at seksualitet omhandler mye mer enn sex. Det presiseres at seksualitet er en vesentlig del av et hvert individs identitet, uavhengig av alder, kjønn eller helse.

Man er et seksuelt individ uavhengig om man er i et parforhold eller ikke. Om man ikke inkluderer seksualitet i livet er man ikke et helhetlig menneske. Seksualiteten omhandler hele kroppen, alle følelser og sanser. Ivaretagelse av seksualiteten fremmer livsgleden og livskvaliteten, som igjen styrker god helse. Kommunikasjon har blitt knyttet opp mot seksualitet i forbindelse med kommunikasjon med andre, og egen kropp, fantasier og drømmer (Johansen, Thyness & Holm, 1998).

Teorien som er presentert om seksualitet er entydig rundt det faktum at alle mennesker er seksuelle individer, og kan ta del i og nyte et seksuelt liv. Dette inkluderer den eldre befolkningen, og dermed også den eldre mannlige sykehjemspasienten.

3.2.1 Seksualitet og aldring

Den mannlige kroppen gjennomgår fysiske forandringer etter hvert som alderen øker (Purvis, 1998). Da man befinner seg i alderen mellom 60 og 80 år, skjer det forandringer i kjønnsorganene som knyttes til hormonforandringer. Testosteronnivået er synkende og testiklene blir mindre, uten at dette tilsier at den seksuelle aktiviteten forsvinner (Smebye & Bergland, 1997). Det kan bli vanskeligere å få ereksjon og impotens kan forekomme. Før samleie krever det mer tid og stimulering for å få ereksjon. Under samleie er det større sjanse for å miste ereksjonen før ejakulasjonen, og en eventuell orgasme er av kortere varighet. Etter en ejakulasjon vil det ta lengre tid før man kan få en ny ereksjon (Purvis, 1998).

I temaet om seksualitet er det ofte store forventinger knyttet til mannen og hans ereksjon. Menn kan bli preget av prestasjonsangst dersom de ikke er kjent med fysiske forandringer som kommer med alderen. Prestasjonsangsten kan medføre ereksjonssvikt og nedsatt seksuell lyst. Dette kan menn unngå dersom man får tilstrekkelig med informasjon, slik at usikkerheten og frykten hemmes. Det er gjort flere undersøkelser som viser til at det er mannens problemer som gjør at eldre par ikke lengre har noen form for seksuell aktivitet (Smebye & Bergland, 1997).

3.3 PLISSIT – modellen

PLISSIT-modellen er en pyramidemodell som er utviklet i 1976 av den amerikanske psykologen Jack Annon. Modellen er et hjelpemiddel for sykepleiere med hensikt om å hjelpe pasienter med problemstillinger rundt deres seksualitet. Pyramiden er bygd opp etter fire ulike nivåer, alt ettersom hva slags hjelp pasienten søker i form av sine seksuelle problemer (Almås & Benestad, 2006).

Nederst på modellen finner man P, som står for tillatelse (permission). Dette nivået forteller at sykepleieren gir tillatelse til at pasienten får lov til å være åpen og snakke om sin seksualitet, og har rett til å uttrykke seg som et seksuelt individ. Dette nivået krever ingen utdanning hos behandler, men det blir viktig å gi pasienten trygghet (Almås & Benestad, 2006).

Går man opp til neste nivå i pyramiden finner man LI, som står for begrenset informasjon (limited information). På dette nivået skal sykepleieren gi begrenset informasjon rundt temaet seksualitet. Spørsmål rundt vanlige og uvanlige forhold rundt seksualitet og seksuell helse kan avklares. Dette kan for eksempel gjelde spørsmål rundt impotens. På dette nivået kreves det kunnskaper om seksuell helse hos sykepleier (Almås & Benestad, 2006).

Neste nivå er SS, som står for spesifikke forslag (specific suggestions). På dette nivået må sykepleier komme med spesifikke eller konkrete råd for å gi tilstrekkelig med hjelp, slik at man kan komme frem til en løsning på et seksuelt problem. På dette nivået kreves det kunnskap om rådgivning og kjennskap til ulike problemløsninger. Her må ofte sykepleier henvise pasienten videre til spesialist som har mer kunnskap om seksualitet (Almås & Benestad, 2006).

Øverst finner vi IT, som står for intensiv terapi (intensive therapy). For å kunne ivareta dette nivået krever det at hjelperen har rikelig med kunnskaper rundt temaet. Dette velger vi å ikke gå videre inn på, fordi det krever en høyere kompetanse enn sykepleierutdanning (Almås & Benestad, 2006).

4.0 Hvordan kan sykepleiere ivareta behovet for seksualitet hos den eldre pasienten på langtidsavdeling på sykehjem?

I dette kapitlet skal vi drøfte vår problemstilling: ”*Hvordan kan sykepleiere ivareta behovet for seksualitet hos den eldre pasienten på langtidsavdeling på sykehjem?*”. Dalland (2012) sier at å drøfte betyr at en skal diskutere og granske noe fra ulike synspunkter, og at argumentene for diskusjonen skal bygge på teori og erfaringer. Funn fra forskningsartikler trekkes også med, og drøftingen tar utgangspunkt i Virginia Hendersons sykepleieteori. Dette kapitlet er delt opp i 3 underkapitler.

For å strukturere drøftingen og svare på problemstillingen tas det utgangspunkt i oppbygningen til sykepleieprosessen. Norsk sykepleierforbund [NSF] (2007) beskriver sykepleieprosessen som en systematisk problemløsningsprosess som setter rammer for vurdering og utførelse av sykepleie. Denne prosessen er oppbygd etter fire faser, hvor en må ta for seg første fase, før en kan bevege seg til neste fase. Den første fasen er vurderingsfasen som omfatter identifisering og definering av hvilke grunnleggende behov pasienten trenger hjelp til å ivareta. Den andre fasen er planleggingsfasen, hvor sykepleiere vurderer hvordan man skal oppnå problemløsning og hvilke sykepleietiltak som skal anvendes. Den tredje fasen er handlingsfasen som tar for seg hvordan iverksettingen og gjennomføringen av sykepleietiltakene skal utføres (NSF, 2007). Evalueringsfasen trekkes ikke med i oppgaven, da den ikke vil belyse eller gi svar på problemstillingen. Fasene i sykepleieprosessen trekkes opp mot PLISSIT-modellen, da den i seg selv kan tolkes som en sykepleieprosess med samme hensikt om problemløsning. Almås & Benestad (2006) beskriver PLISSIT-modellen som et hjelpemiddel for sykepleiere med hensikt om å hjelpe den eldre sykehjemspasienten med problemstillinger rundt sin seksualitet.

De to første fasene i sykepleieprosessen kan trekkes opp mot PLISSIT-modellens første nivå, tillatelse. Ved å gi tillatelse tolkes dette som at sykepleiere må identifisere pasienten som et seksuelt individ, og anerkjenne at seksualitet inngår som et grunnleggende behov for pasienten. Videre tolkes planleggingen om hvordan sykepleiere skal møte pasienten i den situasjonen han befinner seg i.

Den tredje fasen i sykepleieprosessen kan trekkes opp mot PLISSIT-modellens andre og tredje nivå; begrenset informasjon og spesifikke forslag. Dette tolkes som at sykepleiere må gi pasienten informasjon om seksualitet, og finne ulike tiltak for å ivareta pasientens

seksualitet. Denne oppgaven baserer seg på hvordan sykepleiere skal ivareta behovet. Dette nivået er derfor tolket som at spesifikke forslag omfatter ulike tiltak sykepleiere kan utføre for å ivareta behovet for seksualitet, og ikke ulike tiltak pasienten selv kan utføre.

4.1 Tillatelse

Kommunikasjon har blitt knyttet opp mot seksualitet i forhold til kommunikasjon med andre, og med egen kropp, fantasier og drømmer (Johansen, Thyness & Holm, 1998). Dette understrekes også i Hendersons behovsteori, som sier at et grunnleggende behov for pasienten er å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine behov og følelser. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Dette tolkes som at pasienten gjennom kommunikasjon kan uttrykke seg selv som et seksuelt individ, og få hjelp til følelsesmessige problemer som omhandler hans egen seksualitet og seksuell helse, i relasjon med sykepleier.

I studien til Villar, Celdrán, Fabá & Serrat (2014) konkluderes det med at mangel på kommunikasjon om seksualitet er en av de barrierene som i høyest grad førte til lav ivaretagelse av seksualitet. Både personellet og pasientene i studien var entydige på at dette var en avgjørende barriere. Dette viser hvor viktig kommunikasjon blir for å ivareta seksualitet hos den eldre sykehjemspasienten. Kommunikasjon med pasienten ved å benytte PLISSIT-modellen vil derfor kunne få en sentral rolle for å ivareta behovet for seksualitet. For å kunne åpne til kommunikasjon om det intime, private og tabubelagte temaet seksualitet, står signaliseringen om bekreftelse og tillatelse av temaet fra sykepleiere sentralt.

4.1.1 Anerkjennelse av seksualitet som et grunnleggende behov

Henderson har et menneskesyn som baserer seg på at alle mennesker har visse grunnleggende behov som sykepleier må ivareta for å utøve helhetlig sykepleie. I sin behovsteori nevner hun ikke eksplisitt seksualitet, men behov for kjærlighet og for å uttrykke sine egne behov og følelser fremkommer (Kirkevold, 1992). En ser at begrepet kjærlighet fremkommer i definisjonen WHO har utarbeidet om seksualitet (Johansen, Thyness & Holm, 1998). Som tidligere nevnt kan en se at punkt ti i behovsteorien til Henderson kan tolkes som at den omfatter seksualitet. Allikevel er det ønskelig å støtte seg videre på teori som også gir denne anerkjennelsen.

For at seksualitet skal inngå i Hendersons behovsteori må det anerkjennes at seksualitet er et grunnleggende behov. Hendersons teori baserer seg på Maslows behovspyramide, og derfor

kan man støtte seg videre på hans teori. Behovspyramiden er hierarkisk oppbygd etter 5 nivåer; fysiologiske behov, trygghetsbehov, sosiale behov, anerkjennelse og selvrealisering. Maslow definerer sex som et viktig grunnleggende behov på lik linje med behov for vann, mat og beskyttelse mot kulde, varme, smerte og ubehag, som fremkommer i nivået med fysiologiske behov. For at mennesker skal kunne bevege seg videre opp i pyramiden slik at de resterende behovene kan bli ivaretatt, må behovet for sex først og fremst være tilfredsstillt (Madsen, 1981). En ser at Maslow definerer sex som et av de grunnleggende behovene som har høyst betydning for mennesket. Johansen, Thyness & Holm (1998) viser til at sex inngår i seksualitetens definisjon og omfang. Ut fra Maslows behovspyramide kan en se at seksualitet er et grunnleggende behov for alle mennesker, og dermed den eldre sykehjemspasienten.

Den eldre befolkningen blir sett på som aseksuelle individer (Gamnes, 2011). Denne hypotesen kan man sette spørsmåltegn ved da studier og litteratur viser til det motsatte. Hyde et al. (2010) viser i sin studie at 2930 av de 3274 deltakerne mente seksuell aktivitet var en liten eller stor faktor som spilte inn i deres liv. 1408 av deltakerne oppga også å ha mindre seksuell aktivitet enn det de ønsket. Dette viser til at den eldre befolkningen er seksuelle individer, med seksuelle lyster og behov. Dette kan videre tolkes som at den eldre befolkningen også selv mener at seksualitet er et grunnleggende behov, da nesten alle deltakerne i studien mente det var en gjeldende faktor i livet.

I Hendersons definisjon av sykepleierens særegne funksjon, kommer det frem at sykepleiere skal hjelpe pasienten å utføre gjøremål som fører til god helse for han (Henderson, 1998). Henderson presiserer videre at utøvelsen av sykepleie skal baseres på hva pasienten selv definerer som behov han trenger hjelp til å ivareta for at han skal få god helse, velvære og livskvalitet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). En har nå sett at seksualitet tolkes som et grunnleggende behov for eldre, og ut fra Hendersons teori skal sykepleiere hjelpe pasienten til å ivareta behovet for seksualitet, dersom den eldre sykehjemspasienten selv definerer det som et viktig behov for han.

En kan også støtte seg på de seksuelle rettighetene, da de gjelder for alle mennesker i verden, og dermed også den eldre sykehjemspasienten. Seksuelle rettigheter ble utarbeidet av World Association for Sexology i samarbeid med Verdens helseorganisasjon og inngår i verdenserklæringen om menneskerettigheter. Rettighetene skal sikre iboende frihet, verdighet og likhet for alle mennesker (Almås, 2004). Ut fra de seksuelle rettighetene ser

man at den eldre sykehjemspasienten har rett til å være et seksuelt individ på lik linje med ungdommelige og friske mennesker.

Ved å legge Maslows behovspyramide til grunn for Hendersons sykepleieteori, og inkluderer WHO's definisjon av seksualitet, Eldres egen mening om seksualitet og seksuelle rettigheter, ser man at seksualitet i høy grad er anerkjent som et grunnleggende behov. Ivaretagelse av seksualitet vil derfor stå sentralt i utøvelsen av sykepleie til den eldre sykehjemspasienten.

4.1.2 Holdningsendringer

Henderson beskriver i sin sykepleieteori at ivaretagelse av behov påvirkes av det kulturelle og sosiale miljøet som mennesker befinner seg i (Kirkevold, 1992). For at pasienten skal kunne uttrykke seg som et seksuelt individ står derfor holdningene til sykepleiere sentralt. Dersom sykepleiere har en negativ holdning til Eldres seksualitet, blir miljøet rundt pasienten preget av dette. Da vil dette videre påvirke pasientens evne til å få ivare tatt behovet for seksualitet, ved at miljøet gir seksualitet en betydning som sier det er unormalt og upassende.

I sykepleierutdanningen ser man at det generelt er lagt lite fokus på seksualitet, og seksualitet i forhold til eldre individer har vært helt fraværende. Undervisningen om seksualitet har kun omhandlet anatomi og fysiologi, og ikke noe om hvordan sykepleiere skal ivareta behovet. Henderson (1998) sier at sykepleierutdanningen legger grunnlaget for hva slags sykepleier man blir. Dette kan tolkes som at seksualitet forblir et tabubelagt og et ikke-eksisterende tema dersom undervisning om seksualitet er fraværende i utdanningen. I tillegg kan det tenkes at fraværende undervisning vil ligge til grunn for holdninger om at ivaretagelse av seksualitet ikke er viktig i utøvelsen av sykepleie.

Videre mener Henderson (1998) at studenter lærer best ved å observere hvordan erfarne sykepleiere utøver sykepleie. På denne måten vil studenter påvirkes av sykepleieres dårlige holdninger til seksualitet i praksis, og at det trolig vil danne grunnlaget for deres egne holdninger. Dersom utdanningen hadde lagt mer vekt på seksualitet kan det tenkes at nyutdannede sykepleiere hadde hatt en annen holdning fra da de går ut i arbeidslivet. Derfor tolkes undervisning om seksualitet i utdanningen, som grunnpilaren for holdningsendringer til temaet.

Seksualitet er gjennom media og holdninger i samfunnet knyttet til ungdommelige mennesker (Gamnes, 2011). Dette understrekes både i faglitteratur og forskningslitteratur. Gott, Hinchliff & Gelena (2004) viser i sin studie til at seksualitet er et sjeldent samtaleemne med eldre, fordi det ikke er akseptert av helsepersonell i like stor grad som hos ungdommelige individer. Gjennom definisjonen av seksualitet understrekes det at seksualitet er en vesentlig del av et hvert individs identitet, uavhengig av alder, kjønn eller helse (Johansen, Thyness & Holm, 1998). Dette viser at alle individer er seksuelle, og derfor kan ikke sykepleiere se på den eldre sykehjemspasienten som et aseksuelt individ.

Erfaring fra praksis understreker at sykepleiere har holdninger som karakteriserer seksualitet hos eldre som upassende og unormalt; to eldre pasienter hadde blitt kjærester på institusjonen der de begge bodde. De var opptatt av nærhet til hverandre og ønsket et seksuelt aktivt liv sammen. Dette var personellet klar over da de gjentatte ganger hadde funnet dem sammen på rommet. Da pasientene var på vei til et av rommene sine ønsket personellet å hindre dem, fordi de mente det var upassende om det skulle skje noe seksuelt. Personellet avledet pasientene, slik at de gikk hvert til sitt. På denne måten fikk ikke pasientene tilfredsstilt sine behov for seksualitet. Gjennom denne erfaringen ser man at sykepleiere ikke bare unnviker å involvere seg i tematikken, men at de også hindrer pasientene i å leve ut sin seksualitet på egenhånd. Lignende eksempler er møtt flere ganger ute i arbeidslivet og praksis, og det viser til at det kreves holdningsendringer hos sykepleiere.

I tillegg til at sykepleiere baserer seg på samfunnets hypotese om at eldre er aseksuelle individer, er det også andre faktorer som har vist seg å ligge til grunn for deres holdninger. Almås & Benestad (2006) sier at sykepleieres uløste problematikk rundt egen seksualitet vil stå i veien for å sette seg inn i pasientens seksualitetsproblematikk. Henderson (1998) mener at en viktig funksjon for sykepleiere er å kunne sette seg inn i pasientens situasjon, og identifisere og vise forståelse for pasientens reduserte behov. Videre sier Henderson (1998) at sykepleiere må ha kjennskap til seg selv og egne følelser, og være bevisst på at disse følelsene kan påvirke evnen til å identifisere og ivareta pasientens behov. Det vil derfor bli avgjørende at sykepleiere har ferdigheter som omhandler å sette egne følelser til side i møte med pasientens seksualitetsproblematikk. Ved å anvende denne ferdigheten vil ikke sykepleierens følelser være grunnlaget for hvordan vedkommende møter pasientens seksualitetsproblematikk og for hvordan den videre skal ivaretas.

Johansen, Thyness & Holm (1998) sier at helsepersonellets involvering i pasientens seksualitet avhenger av deres moral og holdninger, uavhengig om tilfredsstillende seksualitet vil medføre god helse og livskvalitet for pasienten. Her ser man at helsepersonell verdsetter egne holdninger ovenfor å utføre tiltak som fører til bedre helse og livskvalitet for pasienten. Sykepleiere med negative holdninger til eldre og seksualitet vil derfor ikke være i stand til å blant annet anvende PLISSIT-modellen som et hjelpemiddel i møte med den eldre sykehjemspasienten. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand. Gjennom lovverket er sykepleiere derfor lovpålagt å snakke med den eldre sykehjemspasienten, om han har noen spørsmål rundt sin seksualitet eller fysiologiske forandringer knyttet til seksuell helse.

Videre kan man støtte seg på de yrkesetiske retningslinjene. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på ICNs etiske regler og FNs menneskerettigheter. De yrkesetiske retningslinjene definerer hvilket menneskesyn og grunnleggende verdier en sykepleier skal ha for å utøve god praksis. De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleiere har ansvar for å utøve sykepleie som fremmer helse (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011). Det betyr at sykepleiere må ivareta behovet for seksualitet dersom den eldre sykehjemspasienten selv mener dette vil gi god helse og livskvalitet. Robinson & Molzhan (2007) viser i sin studie til at eldre oppga tre faktorer som ga høyest livskvalitet, hvor et aktivt seksualliv var en av dem. Dette tolkes som at eldre selv mener at seksualitet er en klar faktor som bidrar til bedret helse. Ut fra lovverket og yrkesetiske retningslinjer kan derfor ikke sykepleieres holdninger stå i veien for å involvere seg i og ivareta pasientens behov for seksualitet, dersom den eldre sykehjemspasienten selv mener dette vil føre til god helse og livskvalitet for han.

4.1.3 Planlegging og organisering av møtet med pasienten

I sin teori beskriver Henderson at en viktig funksjon for sykepleiere er å oppfatte og forstå pasientens nødvendighet for hjelp til å ivareta sine ulike behov (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Hvis pasienten gjennom sin holdning og handlinger uttrykker at han har behov for hjelp til å ivareta sin seksualitet, er det viktig at sykepleier oppfatter dette. Ved å åpne opp for kommunikasjon rundt seksualitet må også sykepleier tolke signaler som uttrykker at pasienten ikke ønsker å snakke om temaet, og dette må respekteres. Når seksualitet har blitt anerkjent som et grunnleggende behov pasienten trenger hjelp til å ivareta, må møtet planlegges og organiseres.

Når sykepleiere skal veilede og kommunisere med pasienter som har seksuelle utfordringer, er det viktig å forberede samtalen på best mulig måte. I dette møtet med pasienten vil det være hensiktsmessig for sykepleiere å bruke et egnet rom for samtalen. Dette begrunner Gott, Hinchliff & Gelena (2004) i sin studie som viser til at eldre setter krav til at samtalen må skje i en privat og passende setting. En kan tenke seg at pasientens eget rom kan være et passende sted for en slik samtale da dette i hovedsak er vedkommendes private sted, og pasienten kan føle trygghet gjennom de kjente omgivelsene.

Fra erfaring i praksis på sykehjem ser man at sykepleiere ofte har hektiske hverdager med ulike oppgaver som er tidkrevende. Likevel viser erfaringer at sykepleiere tar seg tid til å sette seg ned med pasientene når de har nok tidsressurser. Johansen, Thyness & Holm (1998) viser til at helsepersonell begrunner mangel på ivaretagelse av seksualitet med at de ikke har tidsressurser, og at ivaretagelse av sykdom og død er viktigere. Dette tolkes som at sykepleiere ikke ser på seksualitet som et grunnleggende behov som påvirker helsen og livskvaliteten i den grad andre grunnleggende behov gjør. På den måten vil for eksempel ernæring bli verdsatt høyere enn seksualitet, for dersom pasienten unnlater å spise og drikke kan dette føre til sykdom eller død. Da kan en se tilbake på WHO's definisjon av seksualitet og Maslows behovsteori som sier at seksualitet må inkluderes i livet på lik linje med andre aspekter. Da ser en at det blir viktig å utnytte de tilgjengelige tidsressursene til å gjennomføre samtaler om seksualitet med de pasientene som har behov for det.

Erfaringer viser også at mange pasienter på sykehjem observerer at sykepleiere har en hektisk hverdag, og derfor ønsker de ikke å være til bry ved å spørre om hjelp. Da blir det viktig for sykepleiere å signalisere til pasienten at hun har god tid til å gjennomføre en slik samtale, slik at pasienten ikke skal føle han kun er til bry. For å skape en god flyt i samtalen blir det viktig å hindre at forstyrrende elementer fører til avbrytelser. Eksempler på dette kan være pasientalarm som ringer eller at annet personell kommer inn. Det kan tenkes at pasienten vil bli tilbakeholden eller føle seg ubekvem om samtalen stadig blir forstyrret.

Erfaring fra sykehjem viser at hver pasient får tildelt en primærsykepleier. Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2011) beskriver at en primærsykepleier er en som har ansvar for å sikre kontinuitet og individuell, helhetlig og pasientsentrert sykepleie til den enkelte pasient hun er primærsykepleier til. Når pasienten har en primærsykepleier har han en fast person å forholde seg til dersom det oppstår spørsmål eller at han har ytterligere behov for informasjon. Denne kontinuiteten og regelmessigheten vil trolig være med på å skape en god

relasjon basert på tillit mellom sykepleier og pasienten. Denne relasjonen kan bidra til at pasienten føler seg mer komfortabel og trygg til å snakke om det intime temaet. Derfor blir det naturlig at primærsykepleieren er den som skal stå ansvarlig for samtalen. Tilliten i relasjonen kan forsterkes ved at sykepleier informerer om at det som fremkommer i samtalen vil forbli privat mellom dem. Dette er også sykepleier lovpålagt. Helsepersonelloven (1999) sier at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Man kan tenke seg at når pasienten vet at sykepleiere har taushetsplikt, vil han være mer åpen i uttrykkelsen av sine følelser og tanker rundt egen seksualitet.

4.2 Begrenset informasjon

Holdningene til sykepleiere virker også å basere seg på vanskeligheter med å kommunisere om seksualitet. Dette fører til at sykepleiere unnviker å involvere seg i problemstillinger rundt temaet (Almås & Benestad, 2006). Dette kommer også tydelig frem i forskning. Gott, Hinchliff & Gelena (2004) viser i sin studie at helsepersonell har lite eller ingen kunnskap om problemstillinger som kan fremkomme rundt Eldres seksualitet. For at sykepleiere skal kunne gi pasienten begrenset informasjon og veiledning om seksualitet, må en først og fremst innhente kunnskap om temaet.

I Hendersons behovsteori sier punkt fjorten ”Lære, oppdage eller tilfredsstill den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes” (Henderson, 1998, s. 47). Dette tolkes som at sykepleiere må gi pasienten den informasjon han trenger for å kunne ivareta egen helse. Dette understreker også Henderson (1998) i sin definisjon av sykepleierens særegne funksjon, som sier at sykepleiere må hjelpe pasienten til å innhente kunnskap som vil hjelpe han til å ivareta egne behov. Dersom sykepleiere gir den eldre sykehjemspasienten informasjon om seksualitet, vil denne delen av sykepleierens funksjon bli tilfredsstillt.

Menn har store forventninger til sin egen manndom, og sin evne til å ha ereksjon. Lite kunnskap om fysiologiske forandringer i forbindelse med alderdom kan føre til prestasjonsangst. Denne prestasjonsangsten kan videre påvirke seksualiteten med ereksjonssvikt og nedsatt seksuell lyst (Smebye & Bergland, 1997). Dersom pasienten får tilstrekkelig med informasjon kan det tenkes at denne usikkerheten og frykten hemmes.

Eldre er også utsatt for å bli deprimerte når aldersforandringer og sykdom påvirker deres seksualliv, i den retning av at det blir avtagende. Depresjon kan oppleves som forbigående tristhet, følelse av initiativløshet og utilstrekkelighet, negative tanker og nedsatt funksjon, deriblant nedsatt seksuell funksjon. Det er vist at 40 % av beboerne på sykehjem lider av en grad av depresjon (Smeby & Bergland, 1997). Videre sier Purvis (1998) at impotens hos menn kan forekomme som et symptom på depresjon. Dette viser til at et avtagende seksuelt aktivt liv vil kunne påvirke pasienten til å utvikle depresjon. Ganong & Larson (2011) viser også til i sin studie at det er en klar sammenheng mellom avtagende seksuell aktivitet og lav grad av depresjon.

En ser her at fokuset kun er satt til den seksuelle akten i seg selv. I WHO's definisjon av seksualitet, fremgår det at seksualiteten omhandler mye mer enn sex (Johansen, Thyness & Holm, 1998). Dette blir viktig for sykepleiere å fokusere på i ivaretagelsen av seksualitet, da eldre på sykehjem ofte har fysiologiske forandringer som kan påvirke den seksuelle helsen. Seksualiteten omfatter faktorer som nærhet og berøring, noe som kan ivaretas uavhengig av den seksuelle helsen knyttet til kjønnsorganet.

Gott & Hinchliff (2003) understreker i sin studie at eldre mente at faktorene som nærhet og berøring stod sentralt for livsgleden da sex ikke lenger var fysisk mulig. Videre viser Ganong & Larson (2011) i sin studie at seksualitet hadde positiv innvirkning på mental helse i større grad om nærhet og intimitet er inkludert. En faktor som kan spille inn for å hindre depresjon hos den eldre sykehjemspasienten vil derfor være å gi informasjon om at å uttrykke seg seksuelt også innebærer faktorer som nærhet og berøring. Å gi pasienten informasjon om seksualitet tolkes derfor som viktig for pasientens helse og livskvalitet.

Sidselsrud (1992) sier at for å kunne gi pasienten informasjonen på en profesjonell måte må først og fremst sykepleiere ha innhentet seg nødvendig kunnskap om seksuell helse hos eldre, noe som er aktuelt å ha kunnskap om på et sykehjem som arena. Som beskrevet tidligere sees det på som viktig at det blir satt større fokus på seksualitet i utdanningen, for å innhente økt kunnskap og holdningsendringer. Kunnskap kan også innhentes i arbeidslivet. Av erfaring på ulike sykehjem ser man at det jevnlig blir arrangert fagdager og internundervisning for personellet. En fagdag er en samling over en hel arbeidsdag hvor en kan innhente seg kompetansepåfyll og dele erfaringer rundt det aktuelle emnet med kollegaer. En internundervisning har samme formål om å gi kompetansepåfyll, men undervisningen er av kortere varighet, ofte en til to timer (Høgskolen i Hedmark [HIHM],

2015). Av erfaring på sykehjem, kommer det frem at seksualitet aldri har vært et tema på slike undervisninger. Det kan da være aktuelt å planlegge slike undervisninger med fokus på seksualitet. Her vil ofte sykepleiers kompetanse ikke strekke til, og da er det mulig å benytte seg av tverrfaglig samarbeid. Lauvås & Lauvås (2004) beskriver tverrfaglig samarbeid om at ulike yrkesgrupper innenfor helsefaget samarbeider for å yte best mulig helsehjelp til en pasient. Da vil det være aktuelt å komme i kontakt med en som har spesialkompetanse innen seksualitet, som for eksempel en sexolog. En sexolog har også ervervet seg kompetanse til å veilede og undervise om seksualrelaterte problemstillinger i sin utdanning, og egner seg derfor godt til å holde internundervisninger og fagdager (Almås & Benestad, 2006). Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert innenfor sitt fagområde, og at denne kunnskapen skal anvendes i det praktiske (NSF, 2011). Ved å arrangere fagdager og internundervisning, vil sykepleiere følge de yrkesetiske retningslinjene ved å innhente ny og nødvendig kunnskap om seksualitet.

Henderson (1998) understreker i sin teori at sykepleiere har en undervisende og veiledende funksjon overfor den eldre sykehjemspasienten. Kommunikasjon rundt det grunnleggende behovet seksualitet kan vise seg å være vanskelig sammenlignet med andre grunnleggende behov som for eksempel ernæring eller sirkulasjon. Faktorer som gjør dette til et vanskelig tema for mange er at seksualitet er personlig og intimt, noe som kan medføre at både sykepleiere og pasienter føler seg ubekvemme og forlegne i samtalen.

Sidselsrud (1992) understreker at for å kunne hjelpe pasienten til å innhente kunnskap om seksualitet kreves det ikke bare at sykepleiere har kunnskap om temaet, men også at sykepleiere har kunnskap om hvordan kommunisere om temaet. En sexolog har ervervet seg kompetansen til å veilede og undervise spesifikt om seksualitet. Derfor vil det være aktuelt at sexolog som deltar på fagdag eller internundervisning, deler denne kompetansen med sykepleierne. Villar, Celdrán, Fabá & Serrat (2014) viser til i sin studie at undervisning om seksualitet til både pasientene og personellet trolig vil være den største faktoren for å hindre barrierer mot seksualitet. På denne måten ser en hvor viktig det blir at sykepleiere innhenter seg kunnskap om seksualitet, og hvordan kommunisere om temaet, for å kunne videreformidle kunnskapene til pasientene.

For å ivareta seksualitet hos den eldre sykehjemspasienten, ser man nå at det kreves kunnskap hos sykepleiere. Når man ser at ivaretagelse av seksualitet har blitt anerkjent som en sykepleieroppgave, blir det likevel viktig at alt personell tar del i ivaretagelsen av

pasientens behov. Ved at alle ansatte innhenter seg denne kunnskapen vil målet være å skape kontinuitet og økt fokus på seksualitet, og at personellet skal samarbeide om dette.

En ser i praksis at både fagdager og internundervisning er forbeholdt faste ansatte. På en sykehjemsavdeling ser man gjennom erfaringer at det er mange ufaglærte vikarer, og at det er hyppig utskiftning av personell. På denne måten vil ikke deler av personellet kunne tilegne seg kunnskapen om seksualitet som fremkommer på fagdager eller internundervisninger. Kontinuiteten i arbeidet med elders seksualitet vil derfor kunne bli svært varierende.

NSF (2011) sier at i følge yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere ansvar for å veilede og dele informasjon videre til andre helse- og omsorgsarbeidere på sin arbeidsplass.

Sykepleieres ervervede kunnskap om seksualitet må derfor videreformidles til deres kollegaer, uavhengig av deres utdanning og kompetanse. Dersom ikke kunnskapene deles vil ikke ansatte kunne samarbeide om kontinuerlig ivaretagelse av seksualitet, samt at holdningene til alle på den gjeldende avdelingen ikke vil kunne endres. Dersom det kun er sykepleiere som foretar holdningsendringer, vil miljøet rundt pasienten fortsatt være preget av at seksualitet har den betydning at det er unormalt og upassende. Det kan tenkes at primærsykepleierne til pasientene skal stå ansvarlig for ivaretagelsen av behovet, men at alle ansatte innhenter seg noe kunnskap slik at holdningsendringer er mulig, og slik at alle kan anerkjenne seksualitet som et grunnleggende behov.

Henderson (1998) sier at sykepleiere må vise interesse for pasienten og hans behov i en samtale. Bekreftende kommunikasjon er et tiltak sykepleiere kan anvende for å vise interesse. Både verbal og nonverbal kommunikasjon bidrar til denne signaliseringen. Verbal kommunikasjon er det man uttrykker gjennom å bruke ord. Nonverbal kommunikasjon er det man uttrykker gjennom å ikke anvende språket, som for eksempel kroppsspråk og øyekontakt (Eide & Eide, 2007). Ved å benytte seg av disse ferdighetene kan det tenkes at pasienten føler han blir sett og at det han sier blir forstått. Den bekræftende kommunikasjon vil trolig også bidra til å skape trygghet og tillit, og er ofte avgjørende for å skape god relasjon mellom sykepleier og pasienten. Ved å anvende bekræftende ferdigheter kan en tenke seg at sykepleierens rolle som veileder vil være å normalisere og erkjenne pasientens bekymringer. Man kan for eksempel si: ”Menn spør ofte om dette” eller ”dette er et vanlig problem hos eldre menn”. På denne måten fremstilles spørsmål knyttet til seksualiteten som et vanlig samtaleemne ovenfor den eldre sykehjemspasienten.

For at sykepleiere skal vise interesse for pasienten, samt innhente nødvendig informasjon for å kunne hjelpe pasienten til ivaretagelse av hans seksualitet, må sykepleiere ha både informerende og utforskende kommunikasjonsferdigheter. Informerende kommunikasjonsferdigheter betyr at sykepleiere har evnen til å forstå hva pasienten trenger informasjon om, for så å formidle dette til pasienten på en forståelig måte for vedkommende. Utforskende kommunikasjonsferdigheter betyr at sykepleier stiller spørsmål som vil gi den nødvendige informasjonen som trengs for å kunne hjelpe pasienten med hans seksuelle problemstilling (Eide & Eide, 2007). Ved å anvende disse kommunikasjonsferdighetene, og kunnskapen fra sexolog om hvordan man kommuniserer om seksualitet, kan det tenkes at sykepleiere er i stand til å møte den eldre sykehjemspasientens seksualitetsproblematikk.

4.3 Spesifikke forslag

Menn har vist store vanskeligheter med å uttrykke og bearbeide sine følelser og behov på egenhånd, sammen med partner eller gjennom en relasjon til helsepersonell (Aars, 2011). Dette kan tolkes som at eldre menn på sykehjem har vanskeligheter med å ta opp temaet med sykepleiere. Gott & Hinchliff (2003) understreker dette i sin studie, som viser at eldre ønsker at sykepleiere skal ta opp temaet seksualitet med dem. Her blir det viktig at det er sykepleiere som tar initiativ til en samtale om seksualitet med den eldre sykehjemspasienten. Dette initiativet fra sykepleierens side vil signalisere at seksualitet er et akseptert tema hos eldre og på sykehjem som arena.

Erfaringer viser at pasienter som nylig har flyttet inn på sykehjem, har en inkomstsamtale sammen med sykepleier. NSF (2007) definerer en inkomstsamtale som en systematisk datainnsamling av pasientens behov og ressurser. Fra erfaring ser en at sykehjem bruker ulike strukturerte maler for hva en inkomstsamtale skal inneholde, med tanke på funksjonsområder. Videre ser en at seksualitet ikke er et emne som blir tatt opp, selv om det er inkludert som et funksjonsområde i malen. Det blir benyttet ulike maler for inkomstsamtaler i praksis, og en mal har vist seg best egnet for å kartlegge og innhente data. Dette begrunnes med at den tar for seg tolv funksjonsområder som dekker flest grunnleggende behov. Helse Sør-Øst [HSØ] (2012) sier at disse funksjonsområdene er inspirert av Virginia Henderson og Dorthea Orem's behovsteorier. Nærmere beskrivelse av funksjonsområdene legges ved som et vedlegg (vedlegg 3). Seksualitet blir fremstilt som et funksjonsområde i denne malen, og det blir viktig for sykepleier å inkludere dette i inkomstsamtalen. På denne måten får sykepleier kartlagt pasientens seksualiteten, og

pasienten kan innhente en forståelse om at seksualitet er et tillatt og akseptert tema på sykehjemmet.

Pasienter som flytter til langtidsavdeling på sykehjem, har fått innvilget langtidsvedtak. Dette innebærer at pasienten kan bli boende på sykehjemmet resten av sitt liv. Det blir viktig for sykepleiere å fokusere på at sykehjemmet er pasientens hjem, og rommet pasienten får på sykehjemmet er hans eget private rom. Uavhengig om pasienten bor hjemme eller på sykehjem, har han rett til å være et seksuelt individ. Hauge (2008) sier at det er en utfordring å opprettholde privatliv på et sykehjem. Erfaringer fra sykehjem understreker også dette faktumet. Personellet går for eksempel til stadighet inn på rommet til pasienten i forbindelse med ulike gjøremål, uavhengig om pasienten har gitt tillatelse til at personellet kan komme inn. Villar, Celdrán, Fabá & Serrat (2014) konkluderer i sin studie med at mangel på privatliv er en av de barrierene som i høyest grad førte til lav ivaretagelse av seksualitet. Videre sier forskningen at en faktor for mangel på privatliv var at pasientene ikke fikk styre hverdagen sin selv, men måtte følge dagsplan for måltider og andre aktiviteter.

Hauge (2008) sier at dersom pasienten får opprettholdt sitt dagligliv med egne vaner, kan det styrke hans privatliv. Men på et sykehjem ser man at det er faste rutiner på blant annet medisintdeling, måltider og stell. Hauge (2008) sier at retten til autonomi i noen grad kan hindres på grunn av faste rutiner. Autonomi betyr selvbestemmelse, og i denne sammenheng vil det innebære at pasienten skal kunne ha kontroll over eget privatliv (Brinchmann, 2012). For å ivareta privatlivet ved at pasienten styrer dagen sin selv, vil dette kunne gå utover disse rutinene. World Association for Sexual Health [WAS] (2014) sier at seksuelle rettigheter gir den eldre sykehjemspasienten rett til privatliv rundt sitt eget seksualliv, uten forstyrrelser eller avbrytelser fra andre, deriblant personell.

Likevel viser erfaring at det er begrensende ressurser med tanke på tid og antall personell. Dette kan føre til vanskeligheter for å tilrettelegge for egne rutiner for hver enkelt pasient som måtte ønske det. Mangel på ressurser burde ikke være en unnskyldning for å ikke tilrettelegge for privatliv for pasienten, da pasientens behov er viktigere enn rutiner. Dersom den eldre sykehjemspasienten får tid til privatliv i sin hverdag vil dette bidra til at behovet for seksualitet blir ivaretatt, men en ser at dette allikevel må skje innenfor visse rammer. Privatlivet til pasienten kan ikke komme i veien for eventuelle livsviktige medisiner eller måltider slik at pasienten ikke får i seg tilstrekkelig med ernæring.

En mulighet for å signalisere til personell at man ønsker privatliv kan være at pasienten låser døren til rommet sitt. Erfaring viser at det kun er sykepleiere som har nøkkel som gir tilgang til å låse opp dørene til rommene. Dette tiltaket kan derfor forsinke eller hindre personellet i å gi nødvendig helsehjelp om en situasjon skulle oppstå. En annen mulighet kan være at pasienten gir muntlig beskjed til personellet om at han ønsker privatliv i et spesifikt tidsrom.

WHO's definisjon av seksualitet understreker at seksualiteten er en vesentlig del av et hvert individs identitet (Johansen, Thyness & Holm, 1998). For at pasienten skal føle seg som et seksuelt individ, tolkes dette som at hans selvbilde er en faktor som påvirker seksualiteten. Dette understrekes også i faglitteratur. Smebye & Bergland (1997) sier at pasientens selvbilde er en forutsetning for seksualitet. Dette tolkes som at dersom pasienten har et dårlig selvbilde, vil ikke vedkommende ha evne til å uttrykke seg som et seksuelt individ eller ivareta sin seksualitet. Aars (2011) sier at et dårlig selvbilde vil gjøre det vanskelig å søke nærhet til seg selv, og nærhet og kjærlighet til en annen.

Den mannlige seksualiteten er knyttet til kjønnsorganets funksjon. Impotens påvirker ikke bare den fysiske muligheten til å ha samleie, det vil også påvirke mannens selvtillit og følelsen av å være en mann (Purvis, 1998). For at sykepleiere skal kunne ivareta den seksuelle identiteten må pasientens følelse av å være maskulin styrkes.

Erfaringer fra sykehjem viser at det blir satt lite fokus på utseende under stellesituasjonen. Pasienter ser ofte ustelte ut på grunn av mye skjeggvekst. Barbering ser man at sjeldent blir gjort, og at det kun blir gjort etter forespørsel fra pasienten selv. Videre viser erfaringer at pasienten sjeldent tar del i avgjørelsen om hva han skal ha på seg av bekledning. Det er erfart at pasienter har på seg de samme klærne i opptil en uke, og at urene og tilgrisetete klær blir påkledd pasienten selv om personellet er bevisst på at de ikke er rene.

I de fjorten grunnleggende behovene Henderson har utarbeidet fremkommer det at sykepleiere skal hjelpe pasienten til å velge passende bekledning (Henderson, 1998). Hvis pasienten ønsker bekledning som styrker hans maskulinitet, skal sykepleiere hjelpe han til dette. Ut fra Hendersons behovsteori er dette en sykepleieroppgave. Ved å rette fokuset på utseende under stellesituasjonen, ser man at sykepleiere kan bidra til å ivareta maskuliniteten. Smebye & Bergland (1997) sier at barbering og hårstell, samt bruk av etterbarberingsvann, deodorant og parfyme, er aktuelle faktorer som kan styrke maskuliniteten. Videre understreker også Smebye & Bergland (1997) at bekledningen kan

være en gjeldende faktor. Det kan tenkes at det er viktig at pasienten selv får bestemme hva han ønsker å ha på seg av bekledding.

På sykehjem viser erfaringer at pasientene har faste plasser i dagligstuen, hvor plasseringen er bestemt av personellet. Ofte ser en at pasientene er plassert etter kjønn, hvor kvinner og menn er adskilt. Personellet har begrunnet dette med at de selv mener de satte grupperingene er best for pasientene med tanke på det sosiale samværet. I tillegg begrunnes det med at de er engstelige for at de mannlige pasientene skal vise upassende seksuell atferd overfor kvinnene. Johansen, Thyness & Holm (1998) viser til i WHO's definisjon av seksualitet at alle individer er seksuelle, uavhengig av kjønn. Ut fra dette kan det ikke alltid bli sett på som negativt at den mannlige pasienten har seksuell atferd overfor kvinner, da også kvinner er seksuelle individer, med egne seksuelle behov og lyster. Ut fra erfaringene vil ikke pasientene kunne utnytte sin autonomi ved å selv bestemme hvor han vil oppholde seg på sykehjemmet. Det vil også vise seg å bli vanskelig for pasienten å uttrykke seg som et seksuelt individ overfor det motsatte kjønn, fordi de ofte blir adskilt.

De seksuelle rettighetene sier at pasienten har rett til å uttrykke seg seksuelt, så lenge det ikke går utover andre som ikke ønsker å ta del i vedkommendes seksuelle uttrykkelse (WAS, 2014). Med tanke på autonomi og seksualitet, kan det gagne pasienten om vedkommende selv får bestemme hvor han skal oppholde seg på dagligstuen eller ved andre sosiale begivenheter, og hvem han skal omgås med.

5.0 Konklusjon

Det er om lag 745 000 individer i Norge, over 67 år per 1. januar 2016 (Dybendal, Lystad & Hoel, 2016). Det er estimert at i årene frem mot 2060 vil antallet av Norges befolkning over 70 år bli doblet, noe som tilsvarer at hver femte person vil være 70 år eller eldre (Tønnessen, Syse & Leknes, 2014). Denne økningen vil også trolig gi en økning i antall pasienter på sykehjem. En ser at seksualitet er anerkjent som et grunnleggende behov for den eldre sykehjemspasienten, og med den estimerte økningen av eldre vil ikke ivaretagelse av seksualiteten bli et mindre aktuelt tema for sykepleiere.

Først og fremst ser man at sykepleiere må foreta holdningsendringer, for å ivareta behovet for seksualitet hos den eldre sykehjemspasienten. Disse holdningsendringene baseres på at sykepleiere må ta hånd om uløst problematikk rundt egen seksualitet og innhente økt kunnskap. Gjennom å arrangere fagdager og internundervisninger med seksualitet som tema, kan sykepleiere innhente seg denne kunnskapen. Sykepleiere har en undervisende og veiledende funksjon, og den innhentede kunnskapen må videreformidles til pasienten. PLISSIT-modellen er en strukturert kommunikasjonsmodell vi mener kan være et godt hjelpemiddel. Den vil hjelpe oss med å ta opp seksualitetsproblematikk med eldre, samt at den gir eldre tillatelse til å kommunisere om seksualitet og å uttrykke seg som seksuelle individer.

Gjennom sykepleierutdanningen opplever vi at det generelt er lagt lite fokus på seksualitet, og at seksualitet i forhold til eldre individer har vært helt fraværende. Dersom utdanningen hadde lagt mer vekt på seksualitet tror vi nyutdannede sykepleiere hadde hatt en annen holdning fra da de går ut i arbeidslivet. Derfor kan det tenkes at undervisning i utdanningen vil være grunnpilaren for holdningsendringer, samt økt kunnskap.

Det kan bli vanskelig for sykepleiere å ivareta seksualiteten til eldre på sykehjem som har manglende ressurser, eller som har svekket seksuell helse på grunn av fysiologiske forandringer. En ser gjennom WHO's definisjon av seksualitet, at det omhandler mye mer enn den seksuelle akten i seg selv. Dette mener vi blir viktig å fokusere på i arbeidet med seksualitet på sykehjem. Seksualitet burde sees på som en ressurs for å ivareta helse og livskvalitet, og ikke som et problem sykepleiere ikke ønsker å ta del i.

Vi begynte skriveprosessen med noe enighet i samfunnets og sykepleieres hypotese om at eldre individer er aseksuelle, og at deres seksuelle atferd blir sett på som unaturlig og upassende. Etter å ha arbeidet med denne oppgaven i flere uker sitter vi nå med ny kunnskap og innsikt som har gitt oss en endret forståelse av temaet. Vår holdningsendring vil vi ta med oss ut i arbeidslivet. Videre i arbeidslivet ønsker vi å videreformidle kunnskapen til fremtidige kollegaer i håp om dette kan gi holdningsendringer og økt fokus på temaet.

Litteraturliste

- *Aars, H. (2011). *Menns seksualitet*. Oslo: Cappelen Damm
- *Aasen, S. E. & Nylund, M. F. (2012). Opprydning i begrepsjungelen. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.12.0968>
- *Almås, E. (2004). *Sex og sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- *Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- *Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie: om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Dybendal, K., Lystad, L. H. & Hoel, E., Statistisk Sentralbyrå. (2016). *Folkemengde og befolkningsendringer, 1. Januar 2016*. Lokalisert på <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 71 – 104). Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Ganong, K & Larson, E. (2011). Intimacy and Belonging: The Association between Sexual Activity and Depression among older Adults. *Society and Mental Health*, 1(3), 153-172. <http://dx.doi.org/10.1177/2156869311431612>
- *Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56(2003), 1617-1638. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00180-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00180-6)

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

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 219-236). Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 10. (2012)

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 21. (2014)

*Helse Sør-Øst. (2012). *Brukerveiledning DIPS: Elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. Lokalisert på http://www.helse-sorost.no/fagfolk/_temasider_/pasientsikkerhet_/Documents/Opl%C3%A6ring/Opl%C3%A6ring%20som%20sentralt%20virkemiddel_vedlegg%208_Brukerveiledning%20EDS.pdf

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

*Hyde, Z., Flicker, L., Hankey, G. J., Almeida, O. P., MacCaul, K. A., Chubb, P. & Yeap, B. B. (2010). Prevalence of Sexual Activity and Associated Factors in Men Aged 75 to 95 Years. *Annals of Internal Medicine*, 153(11), 693-702. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00002>

*Villar, F., Celdrán, M., Fabá, J. & Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' views. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2518-2527.

*Høgskolen i Hedmark. (2015). Fagdag: hva fremmer god læring. Lokalisert på <https://hihm.no/utdanning/utdanningskvalitet/kalender/fagdag-hva-fremmer-god-laering>

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

*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie 1: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

-
- *Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Lauvås, K. & Lauvås, P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget
- *Madsen, K. B. (1981). *Personlighetens psykologi: Abraham Maslow*. København: Forum A-S og Oslo: Dreyers Forlag
- *Norsk Sykepleierforbund. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal: en veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon*. Lokalisert på <https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>
- 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., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe AS
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §1-3. (2013)
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §3-2. (2014)
- *Personopplysningsloven, LOV-2000-04-14-31. §1.
- *Purvis, K. (1998). *Sex i solnedgangen: om eldre menn og deres seksualliv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- *Robinson, J. G. & Molzahn, A. E. (2007). Sexuality and Quality of Life. *Journal of gerontological nursing*, 33(3), 19-29.
- *Sidselrud, F. (1992). *Mennesker med funksjonshemming: Kriser-vekst-samliv-seksualitet*. Oslo: Cappelens Forlag A-S
- *Smebye, L. K. & Bergland, Å. (1997). Sosial kontakt. I. M. Karoliussen. & K. L. Smebye. *Eldre, aldring og sykepleie*. (2. utg. s. 623-752). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

*Tønnessen, M., Syse, A. & Leknes S., Statistisk sentralbyrå. (2014).

Befolkningsframskrivinger, 2014-2100. Lokalisert på

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17>

*World Association for Sexual Health. (2014). *Declaration of sexual rights*. Lokalisert på:

<http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>

Vedlegg 1 – søkeprosessen

Vedlegg 1 – side 1

DATO DATABASE	SØKEORD	TREFF	AVGRENSNING NYTT TREFF	LESTE ABSTRAKTER	ANTALL BRUKTE ARTIKLER TITTEL PÅ INKLUDERT ARTIKKEL
28.03.16 CINAHL	Sexuality AND older people	334	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år Kjønn: menn 106	21	1 How important is sex in later life? The views of older people
28.03.16 CINAHL	Sexual activity AND old age	330	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år Kjønn: menn 76	7	0
28.03.16 CINAHL	Sexual health AND old age AND men	164	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år 90	8	0
28.03.16 Medline	Sexual activity AND elderly AND men	65	Publiseringsdato: 2000 til 2016 36	4	1 Prevalence of Sexual Activity and Associated Factors in Men Aged 75 to 95 Years

Vedlegg 1 – side 2

29.03.16 CINAHL	Sexuality AND nursing AND old age	446	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år Kjønn: menn 118	12	0
29.03.16 CINAHL	Sexual health AND older people AND attitudes	124	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år 62	9	1 General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people
05.04.16 CINAHL	Sexual activity AND quality of life	614	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år Kjønn: menn 92	3	0
05.04.16 CINAHL	Sexual health AND quality of life AND older people	44	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år Kjønn: menn 20	4	0
05.04.16 CINAHL	Sexuality AND quality of life AND old age	140	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år 98	4	1 Sexuality and Quality of Life

Vedlegg 1 – side 3

05.04.16 Medline	Sexuality AND quality of life AND old age	15	Publiseringsdato: 2000 til 2016 10	2	0
05.04.16 SAGE	Sexual activity AND older people AND quality of life	147	Publiseringsdato: 2000 til 2016 133	3	1 Intimacy and Belonging: The Association between Sexual Activity and Depression among Older Adults
05.04.16 Medline	Sexuality AND health promotion AND elderly	4	Publiseringsdato: 2000 til 2016 0	0	0
05.04.16 CINAHL	Sexuality AND health promotion AND old age	18	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år 8	0	0
05.04.16 CINAHL	Sexuality AND nursing home	458	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år Kjønn: menn 100	12	0

Vedlegg 1 – side 4

14.04.16 SAGE	Sexuality AND nursing home	6	Publiseringsdato: 2000 til 2016 4	0	0
14.04.16 Medline	Sexuality AND nursing home	29	Publiseringsdato: 2000 til 2016 19	7	0
14.04.16 CINAHL	Intimacy AND nursing home AND older people	12	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år Kjønn: menn 8	2	0
14.04.16 Medline	Sexuality AND communication AND older people	6	Publiseringsdato: 2000 til 2016 3	1	0
14.04.16 CINAHL	Sexuality AND communication AND nursing home	24	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65 år+ Kjønn: menn 14	2	0

Vedlegg 1 – side 5

14.04.16 CINAHL	Sexuality AND communication AND older people	24	Publiseringsdato: 2000 til 2016 Alder: 65+ år 16	6	1 Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' views
--------------------	---	----	---	---	--

Vedlegg 2 – Pico – skjema

P Patient/Problem	I Intervention	C Comparison	O Outcome
Hvilken type pasient eller hvilken pasientgruppe gjelder spørsmålet?	Hvilket tiltak eller hvilken intervensjon ønsker vi å vurdere?	Skal det tiltaket vi satte opp, sammenlignes med et annet? I så fall setter vi det opp her.	Hvilke utfall eller endepunkter er vi interessert i? Hva er det med dette tiltaket vi ønsker å vurdere eller oppnå?
Elderly Old age Older people Men Sexuality Sexual health Sexual activity Nursing home	Communication Nursing		Quality of life Health promotion Attitudes

Mal til PICO-skjema er funnet i ”Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok”

Vedlegg 3 – Funksjonsområder

Vedlegg 3 – side 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. Bevissthetsnivå (komatøs, somnolent, våken osv.), forvirring, nedsatt evne til oppmerksomhet, hallusinasjon. Vilje og evne til samarbeid og delaktighet. Fysisk og psykisk modenhet. Emosjonelt. 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, ekspektorat, fare for aspirasjon, hyperventilering, blødning, ødem, cyanose, kald perifert, hjerterytme, frekvens/puls, blodtrykk 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, tannstatus og munnhulens 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. Farge, lukt, mengde, hyppighet, konsistens. Svie ved vannlating. Inkontinent blære eller tarm, sengevæting. Retensjon. Stomi. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, f.eks. diett, avføringsmiddel, bleie, uridom, kateter, faste dotider.
6. Hud/vev/sår	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. Sår. Type sår, f.eks. operasjonssår, trykksår, leggsår. Lokalisasjon, lengde, bredde, farge, stadium, temperatur, rent/urent, lukt. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, f.eks. legemiddel, utstyr til sengen

Vedlegg 3 – side 2

7. Aktivitet/funksjons-status	Skade, f.eks. lammelser, tremor, spastisitet, kramper, leddstivhet, muskelsvakhet. Funksjonsevne og begrensinger. Svimmelhet, fare for fall. Evne til å greie seg selv i det daglige liv. Evne til matinntak, forflytning, bevegelighet, toalettbesøk, på- og avkledning, personlig hygiene (vaske seg, dusje/bade). Evne til å lage mat, handle, ta seg av husarbeid, medisadministrering, bevege seg i trapper. Konsekvenser av funksjonshindringer i forhold til krav i pasientens omgivelser. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, f.eks. medikamenter, skinner, ganghjelpemiddel, gripeverktøy. Immobilitet og sengeleiets komplikasjoner.
8. Smerte/søvn/hvile/velvære	Smerte. 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. Søvn og hvile. Søvnproblemer. Trøtthet, utmattelse. Faktorer som påvirker søvn og hvile. Uthvilt eller trøtt etter søvn. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, f.eks. medikamenter, utstyr i sengen, vaner. Velvære. Allment inntrykk av pasientens allmenntilstand, tilfredsstillelse og velvære.
9. Seksualitet/reproduksjon	Samliv. Problemer, krav, forventninger. Prevensjonsmiddel, bivirkninger. Pubertet, menstruasjon, graviditet, amming, klimakterium. Gynekologisk status. Obstetrisk status. Bryst. Fosterutvikling. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes.
10. Sosialt	Pårørende, familieforhold, nettverk, boforhold, offentlig og privat hjelpeapparat, sosiale stønader, sosial evne, arbeidsforhold, arbeidsløshet. Alkohol, stoff, tobakk, misbruk. Miljø-, økonomi-, samfunns- eller juridiske faktorer.
11. Åndelig/kulturelt/livsstil	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. Livsstil. Interesser, hobbyer, mosjonsvaner. Fritidsaktiviteter som har stor betydning for pasienten.
12. Annet/ legedelegerte aktiviteter og observasjoner	Pasientstatus og legedelegerte aktiviteter som ikke kan føres inn under annet funksjonsområde, f.eks. spesielle kartleggings- eller vurderingsinstrumenter. Referat fra ulike møter knyttet til pasientens behandlingsopplegg.

Dette skjemaet er kopiert fra Helse Sør-Øst [HSØ] (2012)