

EXAMENSARBETE

Hösten 2009

*Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad, kandidat*

Äldre och sexualitet

Författare

Maja Bo Jansböl
Paulina Bogdanski

Handledare

Lena Helander

Examinator

Vanja Berggren

Äldre och sexualitet

Författare: Maja Bo Jansböl och Paulina Bogdanski

Handledare: Lena Helander

Litteraturstudie

Datum 2010-01-19

Sammanfattning

Syfte: Syftet var att beskriva äldre patienters upplevelse av sin sexualitet samt att beskriva utmaningar i kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och äldre patienter kring sexuella problem. **Metod:** Det var en systematisk litteraturstudie. **Resultat:** Resultatet visade att sexualiteten enligt den äldre var mer än samlag, bland annat närhet och beröring var också en del av sexualiteten. Sexualiteten gav den äldre välbefinnande och den finns alltid kvar. Samtidigt kunde den sexuella lusten minska eller försvinna och det var mer hälsoproblem än åldern som gjorde att sexualitetens betydelse minskade. Ålderdomen blev av båda patient och omvårdnadspersonal upplevd som en barriär mot kommunikation om sexualitet. Äldre tyckte att sexualiteten var privat och inte skulle diskuteras samtidigt som sexuella problem gav upphov till en känsla av skam. Någon omvårdnadspersonal tyckte att det var normalt för äldre att inte ha ett sexualliv, andra tyckte att det var svårare att ta upp sexualitet med äldre än med yngre. I resultatdiskussionen kopplades Jean Watsons omvårdnadsmodell in. Hon beskrev att sexualiteten är ett grundbehov hos människan samt att omvårdnad bör utövas ur ett holistiskt synsätt.

Nyckelord: äldre, sexualitet, upplevelse, omvårdnadspersonal, kommunikation

Elderly and sexuality

Author: Maja Bo Jansböl and Paulina Bogdanski

Supervisor: Lena Helander

Literature review

Date 2010-01-19

Abstract

Aim: The aim of the study was to describe elderly patient's experience of their sexuality and to describe challenges in the communication between nursing staff and older patients about sexual issues. **Method:** It was a systematic literature review. **Result:** The result showed that sexuality according to the elderly was more than intercourse, amongst others nearness and touching was also included. Sexuality gave a sense of wellness and it was always remaining. At the same time there was an experience that the sexual urge was diminishing or disappearing and it was more health issues than age per se that lead the importance of sexuality to diminish. Old age was experienced by both patient and nursing staff as a barrier to communicating about sexuality. The elderly felt that sexuality was private and was not to be discussed, and sexual problems caused the elderly to feel shame. Some nursing staff felt that it was normal when elderly did not have a sexual life, others felt that it was harder to raise the issue of sexuality with elderly than with younger people. Jean Watson nursing model was in the result discussion linked to the result. She says that sexuality is a basic need for humans and that nursing should be practiced from a holistic point of view.

Keywords: Elderly, sexuality, experience, nursing staff, communication

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Sexualitet.....	1
Faktorer som påverkar äldres sexualitet negativt	1
Fysiologiska förändringar.....	1
Sjukdom.....	2
Läkemedelsbiverkningar	2
Vara boende på vårdhem	3
Sexualitetens betydelse	3
SYFTE	3
METOD	4
Design	4
Sökmetod	4
Urval.....	5
Kvalitetsgranskning	5
Analys	5
RESULTAT	6
Den äldres upplevelse av sin sexualitet	6
Positiva upplevelser.....	6
Negativa upplevelser	6
Utmaningar i kommunikationen kring sexuella problem som de upplevs av patient och omvårdnadspersonal.....	8
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion.....	13
REFERENSER	18

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Kvalitetsgranskning

BAKGRUND

Sexualitet

Varje människa föds med en sexualitet som följer med genom hela livet, detta är en aspekt som tillhör människans grundbehov (1). WHO:s definition av sexualitet är (2):

Sexualitet är en integrerad del i varje människas personlighet och det gäller såväl man och kvinna som barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter. Sexualitet är inte synonym med att ha samlag, den handlar inte om huruvida vi kan ha orgasmer eller inte, och är heller inte summan av våra erotiska liv. Dessa kan men behöver inte vara en del av vår sexualitet. Sexualiteten är mycket mer: Den finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet; den uttrycks i vårt sätt att känna och väcka känslor samt i att röra vid varandra. Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och därigenom vår psykiska och fysiska hälsa.

(Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand 2008 s. 142)”

Varje individ har sin egen uppfattning om vad sexualitet är och vad den innebär för dem. (3) Under hela livet är sexualiteten en central faktor i människans identitet, även om den kommer till uttryck på olika sätt beroende på var i livet människan befinner sig (4). Den äldre patienten har gått och går igenom fysiska och psykiska förändringar som påverkar och kan försvåra sexualiteten(3).

Faktorer som påverkar äldres sexualitet negativt

Fysiologiska förändringar

När människan åldras sker fysiologiska förändringar i kroppen och även könsorganen påverkas. Med åldern blir kvinnans slida ömtåligare samt mindre elastisk, slemhinnan blir torr och det tar längre tid att producera vaginalvätska (5). Männen har svårare att få erektion och för båda könen gäller att de blir mindre känsliga för beröring (6). De vanligaste sexuella problem för den äldre befolkningen är smärta vid samlag på grund av sköra, tunna och torra slemhinnor för kvinnor och erektionsproblem för män. Dessa

problem kan mer eller mindre åtgärdas med mediciner och hjälpmedel (3). Kvinnan blir ofta hjälpt av lokal östrogenbehandling då förändringarna beror på östrogenbrist (5). En annan del av att vara äldre är även en ökad risk för sjukdom som kan påverka sexualiteten (6).

Sjukdom

Ungefär 80 % av de personer som är över 65 år har en kronisk sjukdom eller fler (6). De kroniska sjukdomarna kan medföra sexuella problem, båda genom en fysiologisk påverkan, men även genom att den äldre får en ändrad självbild och kroppsuppfattning (6, 5, 7). Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som ändrar kroppen fysiologiskt. Diabetes patienten utvecklar neuropati vilket innebär en nervskada som gör att patienten blir mindre känslig för bl.a. tryck och beröring (7). Detta kan leda till erektil dysfunktion, vilket innebär erektions problem, som mellan 40-75% av alla manliga diabetes patienter har (5). Kvinnliga patienter med diabetes kan uppleva minskad sexlust, minskad fuktning av slidans slemhinna samt minskad orgasmkapacitet. Detta dock i mindre grad än männen. Det är osäkert varför dessa problem kommer, men det kan bero på reducering av nerver och blodkärlsförändringar (a.a). Tarmsjukdomar som kräver stomi är en sjukdom som ändrar patientens självbild och kroppsuppfattning. Stomi innebär att en bit av tarmen kirurgiskt flyttas till utsidan av kroppen. Patienten får en påse runt tarmöppningen som tar emot tarminnehållet som kan innehålla båda avföring eller urin beroende på vilken stomi patienten fått. Operationen sätter tydliga spår på kroppen vilket kan vara svårt att acceptera. Patienten kan då förtränga sina sexuella behov samt bli rädd att söka sexuella relationer (7). Den ökade prevalensen för kroniska sjukdomar medför att många äldre använder läkemedel, vars biverkningar kan påverka sexualiteten (3)

Läkemedelsbiverkningar

Äldre människor är mer benägna att bli sjuka och är i högre grad multisjuka än yngre och därför har de generellt en högre förbrukning av läkemedel. Dessutom är den äldre mer känslig för läkemedelsbiverkningar. Vissa läkemedel har biverkningar som påverkar den sexuella hälsan (5). Till exempel kan läkemedel mot högt blodtryck ge impotens, likaså kan läkemedel mot högt kolesterol (3). Sexuella problem kan även uppstå på grund av yttre omständigheter såsom att bo på vårdhem (8).

Vara boende på vårdhem

På vårdhem finns det flera faktorer som kan påverka äldres sexualitet.

Omvårdnadspersonalen på vårdhemmet kan ha negativa känslor kring de boendes sexualitet vilket kan hämma dem i att visa sin sexualitet. Det kan vara svårt för den äldre boende att uttrycka sin sexualitet om det inte finns någon möjlighet att vara privat. Detta problem kan uppkomma om det finns två eller fler boende på samma rum, om fasta par inte får dela rum, eller om personalen är stressad och inte har rutiner. (8). Även den negativa synen på äldre som samhället har kan påverka den äldres sexualitet (9). Enligt Peate (1999, 2008) har samhället och medier en tendens att fokusera på yngre människor när det gäller sexualitet. De äldre blir ofta framställda som en stereotyp av en skröplig, asexuell människa. Om ämnet sex och äldre tas upp i samhället blir det ofta i form av humor, skattretande och obehag, det är ett tabu. Om den äldre visar sin sexualitet finns det risk att de anses vara perversa. Den negativa stereotypen som finns kring äldre samt det tabu som finns kan vara svårt för den äldre att övervinna. (3, 9).

Sexualitetens betydelse

Trots alla faktorer som kan påverka sexualiteten negativt visar en studie av Beckman et al (2008) att de flesta äldre tycker att sexuell aktivitet och sexualitet är en naturlig del av livet som äldre. Studien visar också att det är viktigt att de som har kontakt med äldre t.ex. omvårdnadspersonalen inte glömmer bort sexualiteten i mötet med den äldre patienten (10). Särskilt då äldre kan behöva hjälp med de sexuella problem som kommer med åldern (4). Genom att få förståelse kommer sjuksköterskan att bli mer benägen att ta hänsyn till de behov som patienten har (11) och då kommer kommunikationen inte att förbise sexualiteten (12).

SYFTE

Syftet var att beskriva äldre patienters upplevelse av sin sexualitet samt att beskriva utmaningar i kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och äldre patienter kring sexuella problem.

METOD

Design

Studien genomfördes som en systematisk litteraturstudie (11). I en systematisk litteraturstudie ska det finnas tydliga inklusions- och exklusionskriterier inför val av studier (a.a.). Det är även så att artiklar som används ska vara primärkällor. En primärkälla innebär att författaren/författarna som skrivit artikeln är de som har gjort den empiriska studien (13). För att göra resultatet mer tillförlitligt ska alla artiklar som används granskas kritisk, dessutom ska de presenteras med metod och resultat. Till slut ska litteraturen analyseras och allt ska sammanställas i ett skrivet dokument (11).

Sökmetod

Informationsökningen var både systematisk och osystematisk. Dessa tillvägagångssätt kompletterar varandra då den systematiska skapar struktur och den osystematiska ger sökfrihet. Den osystematiska informationssökningen kan ge inspiration till den systematiska och litteratur kan sökas planlöst (14). Den osystematiska informationsökningen har används i bibliotek i Sverige och Danmark, i databaser och sökverktyg utan bestämda sökord samt på hemsidor på internet. Systematisk informationsökning innebär att hjälpverktyg och databaser används samt att all sökning dokumenteras. När det fanns material som inte gick att söka vid hjälp av elektroniska hjälpmedel blev manuella sökningar utförda (a.a.).

Databaserna som användes var PubMed, Cihnal, SWEMED+ och PSYCINFO. Databaserna innehöll främst artiklar inom omvårdnad - och vård forskning (11). De använda sökorden var: sexuality, sexual, practice, nurse, old, age, adult, elderly, patient, experience, attitude, problem, qualitative, behavior, health, nursing home, och staff.

Sökorden kombinerades och de som var lämpliga blev trunkerade. Boolesk sökteknik användes i form av operatören AND för att få ett optimalt sökresultat (14). På grund av språkliga begränsningar blev artiklar som inte var skrivna på engelska, svenska, danska, norska och polska exkluderat. Samhället förändras ständigt därför var senaste artiklarna mest relevanta men då det under första sökningen verkade vara lite skrivet om ämnet blev tidbegränsningen artiklar publicerade mellan 1999-2009 (13).

Urval

Personer som är 65 år och äldre blev inkluderade. För att få så hög tillförlitlighet som möjligt användes endast Peer Reviewed artiklar i resultatet (14). Dessutom användes enbart primärkällor i resultatet (13) Trots att kvinnor och män har olika förutsättningar för sin sexualitet (6, 10) kom studien att inkludera artiklar som handlar om båda män och kvinnor då syftet inte är relaterat till genusperspektiv. Båda kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades. Tonvikten lades på kvalitativa studier då en del av syftet var patientens upplevelse, något som bäst besvaras i den typen av studie (14). Studier om människor med demens eller annan form av psykisk sjukdom exkluderades. Länder som skiljde sig avsevärt från Sverige i form av hälsa och sjukvårdssystem exkluderades. Till slut identifierades 8 artiklar som ingick i resultatet (se bilaga 2).

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen av artiklar utfördes enligt Forsberg och Wengström (11). Kvalitetsgranskningen kunde resultera i tre nivåer; låg, medel och hög, där alla artiklar som hade låg blev exkluderade. För att uppnå medel nivå skulle 60 % av frågorna uppfyllas. För att uppnå hög nivå skulle 85 % uppfyllas (se bilaga 3).

Analys

De utvalde artiklar blev lästa och en sammanställning genomfördes för att ge en översikt över materialet och likheter och skillnader. När artiklarna analyserades bröts artiklarnas resultat i meningsbärande enheter. Därefter skapades kategorier och subkategorier som sedan bildades en ny slutsats (13). Till slut identifierades huvudkategorin *den äldres upplevelse av sin sexualitet* med subkategorierna *positiva upplevelser* och *negativa upplevelser* samt huvudkategorin *utmaningar i kommunikationen kring sexuella problem som de upplevs av äldre patienter och omvårdnadspersonal*.

RESULTAT

Den äldres upplevelse av sin sexualitet

Positiva upplevelser

Sexualiteten enligt den äldre inkluderade kramning, beröring, kamratskap, kärlek, närhet(15), smekning, flörtning, samlag, och kelning (15, 16, 17, 18). Några äldre uttryckte att närhet och kärlek betydde mer för dem än samlag, andra att det hade lika mycket värde, och några få att samlag betydde mer (15, 17).

Sex is not just having penetrative sex, it's the whole thing.

(Hinchcliff & Gott 2008, s. 72)

Några tyckte att sexualitet gav välbefinnande och att det hade att göra med livsnjutning (19, 18). Sexualiteten upplevdes även som viktigt för livskvaliteten och fick den att öka, det var spänningslösande, bra för hälsan, och blev ansett vara ett basalt behov (15, 17). Sexualiteten ansågs inte vara onormalt eller farligt för äldre och att få möjlighet att uttrycka sin sexualitet upplevdes som viktigt (18). De äldre visade ett mottstånd mot den asexuella äldre stereotypen som fanns i samhället eftersom de upplevde att de fortfarande var sexuella varelser och att sexualiteten var viktig för dem (15). Det gavs uttryck för att människan alltid kommer att vara en sexuell varelse, sexualiteten ansågs vara en självklar del av livet som aldrig försvinner och även vid ålderdom fanns sexualiteten kvar (15,16,17).

The sexuality of the person is a part of you, until you die.

(Loehr et al. 1997, s. 454)

Sexualitet upplevdes som naturligt och vissa ansåg att det blev bättre och viktigare med åldern, dock tyckte andra att sexualiteten inte var väsentligt i ålderdomen (17).

Negativa upplevelser

Det fanns en upplevelse av att den sexuella lusten kunde minska eller försvinna (18, 20), den äldre mannen kunde känna att han inte var lika vital i ålderdomen som innan (17), och den äldre kvinnan uttryckte att det kunde vara svårare att bli sexuellt upphetsad (16).

You're not satisfied (with your sex life), but you have to accept the fact you're getting on and you're getting older...

(Gott & Hinchcliff 2003a, s. 1623)

Vissa uttryckte att sexualiteten inte var det viktigaste i livet, att de nästan hade kommit förbi det (20), och att en god natts sömn var viktigare än att ha samlag (17). Samtidigt fanns det en upplevelse av att vara missnöjd med sexuallivet till exempel kunde äldre änkor och kvinnor vars partner var oförmögen att ha samlag sakna det och de kände sig mindre kvinnliga (15, 17). En studie (17) visade att några äldre inte förväntade sig samlag som äldre, samtidigt som en annan studie visade att de önskade det mer regelbunden (18). Gott och Hinchcliffs studie från 2003 visade att det inte var åldern som gjorde att sexualiteten får lägre prioritet, men studien visade också att äldre kunde uppleva att sexualiteten inte var viktigt i ålderdomen och att det kändes självklart att den skulle ta mindre plats för den äldre (17). De upplevde att de i tidig ålder insåg att kroppen slits med åldern och det fanns en känsla av att inte ha samlag som gammal var något som skulle accepteras (a.a.). De kände att ålderdomen kunde hjälpa till med att skapa minskad frustration och hjälpa till med acceptansen (a.a.). Några äldre upplevde att fastän de själva var sexuellt aktiva och kände att deras sexualitet var viktig, så upplevde de inte att andra äldre eller de som var äldre än de själva som sexuellt aktiva (15).

Om den äldre hade hälsoproblem, eller kände smärta minskades viktigheten av sexualiteten och även den sexuella aktiviteten. De uttryckte att sexualiteten hade haft en central roll i deras liv innan hälsoproblemen, men att sexualiteten var det sista i tankarna vid sjukdom och att detta medförde att den lågprioriterades (17).

Sex is a part of life... It's a part of your living definite. (But) nobody who feels poorly- it's going to be the last thing on their mind, sex.

(Gott & Hinchcliff 2003a s. 1623)

Sexualiteten fick en lägre prioritering om den äldre hade en bristande förmåga och några äldre menade att det inte var individens önskemål och behov som gjorde att sexualiteten minskade utan huruvida det är fysisk möjligt (17). Sexualitetens betydelse minskade om den äldre inte trodde de skulle ha samlag igen, och några uttryckte att de inte tänkte på sexualiteten (20, 17).

Den äldre mannen som var oförmögen att få erektion hade en känsla av att det inte fanns någonting att göra åt att sexuallivet slutade, och han upplevde att var hans fel att sexuallivet upphörde (20). Den kvinnliga partnern hade en upplevelse av frustration, hon tänkte fortfarande på sin man sexuellt även om han inte kunde prestera, men kände sig tvungen att acceptera hans sexuella oförmåga (17). En studie visade att de äldre upplevde att när mannen inte kunde få erektion längre medförde det att fysisk intimitet och kelning blev viktigare än tidigare (a.a.). Dock visade en annan studie att männen som var oförmögna att ha samlag inte önskade att ersätta samlag med annat, de tyckte att det var för yngre och de blev reserverade mot sin partner då de inte vill inge falska förhoppningar när det inte fanns någon möjlighet till samlag (20).

Utmaningar i kommunikationen kring sexuella problem som de upplevs av äldre patienter och omvårdnadspersonal

Ålderdomen upplevdes av en del som en barriär mot att söka hjälp mot sexuella hälsoproblem (19,21). Den äldre kunde anse att sexuella problem var en del av åldrandet, normalt och bestående, och det ansågs både vara seriöst, men också som ett inte seriöst problem då det inte skadar hälsan (19). De upplevde en känsla av skam som förhindrade dem att söka hjälp. Skamkänslan förstärktes av samhällets asexuella äldre stereotyp (a.a). En man uttryckte att det var pinsamt att inte kunna upprätthålla en erektion, en annan att han var rädd att bli uppfattad som en sexgalning om han tog upp problem med erektil dysfunktion med vårdpersonal (a.a.)

I mean getting to our age, he says it's about time you packed up anyways [laughs]. You know what I mean, I don't want him to think I'm a sex maniac or anything like that.

(Gott & Hinchcliff 2003a s. 692)

Samtidigt fanns det en rädsla för en sjukdom som underliggande problem och det var upplevd som en anledning att inte söka vård (19). En man berättade hur han såg ett samband mellan sin erektila dysfunktion och prostatacancer (a.a) Det kändes dessutom självklart för männen att sexlivet skulle sluta när de fick KAD och att det inte fanns något att göra åt det (20). Äldre

män upplevde att ViagraTM var till för unga, det fanns ett bekymmer för biverkningarna samt en upplevelse av att det störde den naturliga utvecklingen (19).

If there were plenty around (ViagraTM) to serve these people that's younger, that's the time of your life you know, I would like to take it, but I wouldn't want to join the queue before younger people.

(Gott & Hinchliff 2003b, s. 693)

Män som var oförmögna att ha samlag på grund av sjukdom upplevda att de saknade kunskap kring hur de kunde upprätthålla sexualiteten utan samlag, men att de inte hade fått kunskap om detta från omvårdnadspersonalen (20). Sexuella hjälpmedel och onani upplevdes som bra för kvinnor där partnern var oförmögen att ha samlag (17, 18).

Även omvårdnadspersonalen såg ålderdomen som en barriär mot att kommunicera kring sexuella problem (21, 22). De insåg att det var mer sannolikt att de tog upp sexuella hälsoproblem med yngre än äldre samt att de letade efter tydligare tecken från den äldre som skulle visa en önskan om samtal kring sexuella frågor. Omvårdnadspersonalen kände att det var nog deras och inte den äldres attityd som gjorde att ämnet kom mer sälsynt på tal (21). Ett samhälle med myter och stereotyper såsom den äldre asexuella stereotypen påverkade omvårdnadspersonalens upplevelse av och attityd mot äldres sexualitet (22).

Participant: They'd [young disabled] be more likely to have sexual relationships than the elderly would. The ethos is that you don't do it once you're a grandparent.

Researcher: Whose ethos is it?

Participant: Um, possibly a community one

(Roach S 2004, s. 374)

En studie visade att 64 % kände sig komfortabla att prata om sexualitet (18). Dock visade en annan studie att äldre inte ville prata om sexuella ämnen. De skämdes över att prata om sexualitet, de ansåg att sexualiteten var privat och sexuella ämnen sopades under mattan av de äldre då de höll problemen för sig själva (19).

... We are ashamed to talk about it (sex)...

(Gott & Hinchcliff 2003b s. 693)

Även omvårdnadspersonalen kunde uppleva barriärer mot att kommunicera om sexuella hälsoproblem (19, 22). Om de kände sig obekväma i sin egen sexualitet skulle de även känna sig obekväma att ta upp sexuella frågor med patienten. Då omvårdnadspersonalen var en produkt av sin utbildning, religion, kultur och livserfarenhet hade några därför lättare och andra svårare att ta upp sexuella frågor med patienten (22). Gott et al.s studie (2004) visade att vårdpersonalen trodde att äldre var känsligare, att de tog det illa upp vid frågor om sexuell hälsa samt att det var större risk att förolämpa äldre vilket kunde hålla dem från att ta upp sexuella problem (21). Utöver omvårdnadspersonalens egna upplevelser kunde organisationen de arbetade på påverka hur benägen de var att ta upp sexuella frågor med patienten. En enhetschef som kände sig obekväma med sin egen sexualitet, skulle inte tycka att det var fel om personalen inte hade en positiv inställning till de äldres sexuella hälsa och kommunikationen kring denna. Enhetschefen kunde även åstadkomma regler och förordningar som motarbetade äldre i att prata om och uttrycka sin sexualitet (22). Om organisationen däremot gav stöd och utbildning till sin personal kring sexuella frågor blev det mer sannolikt att kommunikation kring sexuella frågor kunde ske (a.a.).

De äldre upplevde att frågor om sexualitet var rimliga från omvårdnadspersonal om det fanns en anledning. Dock upplevde änkor sådana frågor som olämpliga. När personalen skulle ta upp frågor om sexualitet skulle de vara försiktiga med hur de tilltalade den äldre, några upplevde att personalen hade gjort dem till en "icke människa" (16).

I think that doctors and nurses should be very careful in the way they speak to older people. It used to infuriate me when I heard the nurses calling people "Granny".

(Loehr et al. 1997, s. 456)

De äldre tyckte att omvårdnadspersonalen skulle vara medvetna om, ha förståelse för och känna till betydelsen av sexualiteten hos äldre och att de skulle kunna ta upp sexualitet med

äldre utan att skämmas (18). En annan studie som handlade om omvårdnadspersonalens attityd mot äldres sexualitet visade dock att någon personal upplevde att det var normalt för äldre att inte ha samlag (22)

Participant: In the end they did put the two of them together, because well, husband and wife, they weren't doing anything wrong. Um, and they were quite an elderly couple.

Researcher: When you say "Weren't doing anything wrong", what do you mean?

Participant: well they weren't making sexual advances to one another or anything like that. It was just a normal relationship. You know, nothing was sort of brought out in the open that was appalling, or anything like that.

(Roach S 2004, s. 375)

Patienterna upplevde att omvårdnadspersonalen skulle ta hänsyn till önskemål om att vara ensam eller ensam med sin partner på vårdhem. De ansåg att en äldre boende på vårdhem skulle ha samma rättigheter som unga och ha rätt till ett privat liv och att omvårdnadspersonalen inte skulle stoppa boende från att onanera (18). De upplevde även att omvårdnadspersonalen skulle kunna ge information om symptom och sexuella problem på ett begripligt språk. De skulle även kunna förklara anledningen till symptomen vid sexuella hälsoproblem och ge den äldre skriftlig information (16).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Artikelsökningen har möjligtvis inte varit så effektiv som den kunnat vara då vi upplevde en viss osäkerhet med sökningen som därför varit mer omfattande än den behövde vara. De använda databaserna Pubmed, Cinahl, PSYCINFO och SWEMED+ var breda databaser som täckte omvårdnad och vårdforskning vilket var passande för en C-uppsats i omvårdnad (11). När sökorden kombinerades och booelsk sökteknik användes upplevdes en sökmättnad, då samma artiklar kom upp vid flera sökningar. Det centrala i syftet var sexualitet, äldre, upplevelse och kommunikation. Sökorden har varit varierande kring dessa termer och på så vis upplevdes sökning som bred. Dock finns det alltid en möjlighet att sökningen kan ha

föribesett relevant material. Resultatet kunde ha varit annorlunda om sökningen hade baserats på sjukdomstillstånd eftersom sjukdom kan påverka sexualiteten på många olika sätt beroende på vilken sjukdom patienten har fått, men det upplevdes som en för bred studie. Dock blev en studie som handlade om sexualitet när män hade prostatacancer inkluderad. Den blev inkluderad eftersom den visade mannens upplevelse av sin sexualitet i förhållande till att uppleva erektil dysfunktion och vid erektil dysfunktion ses ett samband mellan ålder och förekomst (23).

I databaserna söktes det både på artiklar med och utan abstract vilket minskar risken för att vi har gått miste om information som var värdefullt till syftet. Många av artiklarna fick beställas hem från biblioteket då de inte funnits i fulltext på internet. Syftet var att undersöka äldres upplevelse av sin sexualitet och äldre blev från början definierat till 65 år och äldre. Denne åldersgräns blev ändrad då det under sökningen upptäcktes att många artiklar definierade äldre från 50 år och uppåt. Från början exkluderades artiklar som var mer än 10 år gamla, men då artiklarna var få under den tidsperioden utökades perioden att gälla från år 1994-2009. När båda sökbegränsningar blev utökade ändrades mängd artiklar markant. Språkbegränsningen kan ha haft en påverkan på resultatet. Detta då det finns en risk att värdefull information som svarat till syftet kunnat vara skriven på ett språk som fallit utanför begränsningen.

Om ingen begränsning hade funnits i sökningen hade resultatet sannolikt sett annorlunda ut. Vi tänker oss att omvårdnadspersonalens attityd mot äldres sexualitet hade varit mer negativt eftersom kulturen har en stor påverkan. Till exempel diskuterade en studie att svenskarna är mindre fördomsfulla än australierna (22). Om det finns en skillnad mellan dessa samhällen tror vi att skillnaden är större i jämförelse med andra länder såsom Japan, Kina och Ukraina. Även den äldres upplevelse av sin sexualitet skulle kunna ändras markant beroende på vilken kultur och religion de växt upp i. Det finns en risk att artiklarna kan ha blivit missuppfattade då alla var på ett engelska vilket inte är vårt förstaspråk. Vi anser dock att våra färdigheter i engelska i samband med ett svensk- engelsk lexikon gav en tillförlitlig översättning. Citaten som finns med i resultatet för att styrka utsägelserna (11), är på engelska då vi anser att tillförlitligheten ökar genom att ha dem på originalspråk.

Under analysen lästes artiklar flera gånger och de meningsbärande enheter identifierades som sedan sammanställdes. Vid valet av de meningsbärande enheter valdes enbart de som var direkt relaterade till syftet, men vi inser att en viss mån av tolkning kan ha skett. Dock lästes artiklarna var för sig och tillsammans och det har funnits en kommunikation under hela sammanställningen för att undvika tolkning och förförståelse i det mån det är möjligt.

Ur de åtta artiklar som till slut inkluderades i resultatet var fyra artiklar av samma författare. Detta kan ha en påverkan på hur resultatet blev då det innebär att resultatet kan ha blivit smalare än nödvändigt och de författarna kan ha fått möjlighet att färga resultatet med sin förförståelse. Dock är alla fyra studier med olika analysmetod och syften är olika då en av dem är inriktad på anledningar att inte söka vård, en är inriktad på anledningar att inte diskutera sexualitet och de andra syftar till upplevelse av sexualitet. En av artiklarna, vars kvalitet var mycket bra tog mer plats i resultatet än de övriga. Detta för att artikeln passade exakt till syftet och det fanns många meningsbärande enheter. Dessutom har en del av artiklarna som används i resultatet andra inriktningar än syftet i denna studie, men då har enbart den del av resultatet som varit relevant för syftet lyfts fram.

Resultatdiskussion

I samhället finns en uppfattning om äldre i form av den asexuella äldre stereotypen som påverkar hur den äldre och omvårdnadspersonalen upplever äldres sexualitet. I flera studier uttrycker både äldre och omvårdnadspersonalen hur den asexuella äldre stereotypen påverkar deras uppfattning kring sexualiteten bland äldre (15, 19, 22). Attityder och övertygelser kan signifikant påverka den äldre människans hälsa, självkänsla och välmående (24, 3). En studie som undersökte äldres sexuella beteende under 30 år visade att äldres attityd till sin sexualitet har blivit mer positiv (10). Vi tror att samhället har ändrats, att sex och sexualitet är mer synligt i samhället och att detta kan påverka den äldres attityd. Detta kan kopplas till Jean Watsons (25) omvårdnadsmodell som anser att samhällets värderingar och normer påverkar individen, och att förändringar i miljön t.ex. åldrandet kan påverka individen så den utsätts för stress (25). Den äldre tar till sig samhällets negativa attityder mot deras sexualitet och kan börja leva efter detta vilket medför att de förtränger sin sexualitet och sexuella lust (26). Detta behöver inte ske, då några äldre inte uppfattar sig själv som gammal (a.a). En av artiklarna i resultatet stödjer detta då de äldre uppfattade sig själva som sexuellt aktiva, men

inte andra äldre (15). Vi anser att omvårdnadspersonalen genom sitt bemötande kan minska samhällets påverkan. Om omvårdnadspersonalen är uppmärksam på att inte tilltala patienten som gammal, men ger dem samma bemötande och uppmärksamhet som de yngre kan den äldre på så vis ha kvar sin sexualitet. Omvårdnadspersonalen kan genom samtal även uppmuntra och stödja den äldre i att motarbeta samhällets negativa attityd. För att ett sådant samtal ska kunna ta plats måste omvårdnadspersonalens negativa attityd också adresseras. Laudzer (1995) anser att detta kan göras med hjälp av utbildning kring ämnet sexualitet (26). Här anser vi att särskilt sjuksköterskan har ett ansvar då sjuksköterskan och undersköterskan har ett nära samarbete i omvårdnaden och då undersköterskan jobbar under ledning och handledning från sjuksköterskan (25). Därför tycker vi att det finns en stor möjlighet att påverka och utbilda undersköterskorna för att öka deras medvetenhet kring äldres sexualitet. Dock kräver detta att även sjuksköterskan är medveten om äldres sexualitet och har villigheten att förändra kollegors attityd.

Omvårdnadspersonalen kommunicerar mindre med äldre än yngre kring sexuella hälsoproblem. I några studier framgår det att omvårdnadspersonalen kan ha svårigheter med att ta upp sexuella hälsoproblem med äldre (21, 22). För att ge holistisk vård är det essentiellt att även sexualiteten blir bemött (9). Resultatet visar att om omvårdnadspersonal inte kände sig bekväma i sin egen sexualitet hade de svårare för att ta upp sexualitet med äldre (22). Jean Watsons omvårdnadsmodell uttrycker samma sak då hon säger att människor som förnekar och tränger undan sina egna känslor inte vill kunna låta andra uttrycka sina (25) Även personalens övertygelser kring äldre kan försvåra en bra kommunikation (21, 9). Ett sätt att åstadkomma en god kommunikation mellan den äldre patienten och omvårdnadspersonalen kunde vara om personalen konfronterade sina känslor och övertygelser (9, 27). Vi tror att ett sätt att åstadkomma en personlig konfrontation hade varit om arbetsplatsen hade haft ett öppet klimat där god kommunikation mellan personal kunde ske. Detta kunde ske med etisk reflektion och samtalsgrupper där bland annat sexualiteten hade kunnats ta upp. Även temaveckor där någon personal kunde ansvara för att välja ett ämne och söka forskning i ämnet som sedan redovisades för övrig personal kunde vara ett positivt verktyg. Dessa tillvägagångssätt kunde ge ökad kunskap till alla, men även ge ökat engagemang och vidga vyerna hos personalen. Det kunde även ge den individuella personalen möjlighet att ta upp ett ämne som är angeläget för den. Jean Watsons omvårdnadsmodell menar att en verksam faktor

i omvårdnadsarbetet med en patient består i att utveckla en lydhörighet båda inför sig själv och andra (25). Här menar hon att personalen måste lära känna sig själva genom att vara uppmärksamma på och erkänna både negativa och positiva känslor de har (a.a.).

Resultatet visade att omvårdnadspersonalen såg ålderdomen som en barriär mot att kommunicera kring sexuella hälsoproblem (21, 22). Genom kommunikation kring sexualitet kan omvårdnadspersonalen hjälpa den äldre patienten att mår bättre med sig själv (3). Dock tar Andersson (2008) upp att flera studier har visat att det var större risk att mötet mellan den äldre person och vårdpersonalen blev sämre än med den yngre, att det var större risk att de och deras problem inte blev tagna allvarligt, att de i mindre grad blev erbjudna kompetenta behandlingar och att vårdpersonalen visade mindre engagemang inför de äldres problem (24). Inga av dessa studier var riktade mot sexualitet och sexuella hälsoproblem, men vi anser att det samma problem också gäller i de fallen. Dessa problem kunde även förstärkas i förhållande till sexuella hälsoproblem då resultatet visade att patienter var rädda att inte bli tagna på allvar samt var skamfulla inför ämnet sexualitet. Detta kunde medföra att patienterna skulle kunna vara mer känsliga inför tecken på att vårdpersonalen inte tar problemen på allvar och om sådana tecken visades skulle patienten kanske inte önska att samtala mer kring ämnet. Även här kan Jean Watsons omvårdnadsmodell kopplas in. Hon menar att sjuksköterskan måste ha värme och empati när hon förhåller sig till sin patient. Hon menar även att det första steget mot att etablera en relation med patienten handlar om att visa ett genuint intresse (25). Andersson (2008) argumenterar även för att äldre utgör en annan patientgrupp än de yngre då de har mer frekventa besök i vården vilket han menar talar mot en innehållsrik kommunikation mellan vårdpersonal och patient (24). Detta påstående talar starkt emot var vi tror. Genom att träffa en patient regelbundet skapas en relation som vi tror underlättar för båda omvårdnadspersonal och patient att ta upp ämnen som kan kännas skamfulla och genanta. Jean Watsons omvårdnadsteori som lägger stor vikt på att omvårdnad handlar om och pågår i en relation mellan patient och omvårdnadspersonal. Hon beskriver även att för att kunna hjälpa patienten måste personalen lära känna denna (25)

Det finns en negativ påverkan på båda man och kvinna när mannen förlorar sin erektionsförmåga. Några studier visade att när den äldre mannen är oförmågan att få och upprätthålla en erektion ändrar det hur han och hans partner upplever deras sexualliv (17, 20). Det kan vara svårt för mannen att hantera att erektionsförmågan försvinner då mannen kan

uppleva att erektionsförmågan hör ihop med manligheten (28). En studie visar att när ett par upphör med samlag säger de sig båda att det är på grund av manliga faktorer och huruvida ett par ska fortsätta vara sexuellt aktiva är till stor del beroende av mannen (10). Studien nämner inte att den manliga faktorn är erektil dysfunktion, men vi anser att detta är väldigt sannolikt. Om mannen upplever att hans manlighet blir hotad när erektionsförmågan upphör tror vi att det medför att han drar sig ifrån all sexuell aktivitet, vilket en studie i resultatet också visat (17). Här kan Jean Watsons omvårdnadsmodell kopplas in då hon anser att sexualiteten är en av människans grundbehov (25) och här anser vi att sexualiteten blir hotad. Vi tror att han tar avstånd för att han inte kan hantera att han blivit ”mindre man” och att han inte vill påminnas om sin erektila dysfunktion vilket han blir när han har fysisk kontakt med sin fru. Mannen som drabbats av erektionsproblem kan hamna i en depression och känna att livet utan erektion inte är värdigt (28). Jean Watson tycker att omvårdnad ska rikta sig mot människan som är i stress eller upplever konflikter som är relaterade till förändringar (25). Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är medvetna om vad mannen går igenom och att de kommunicerar med patienten om detta (a.a.). Den erektila dysfunktionen medför även en skamkänsla som visat sig i att de äldre inte vill kommunicera med omvårdnadspersonal kring de sexuella problem de upplever (20). Omvårdnad är till stor del ett kvinnoyrke och är också dominerad av kvinnliga anställda (25). Detta skulle kunna vara ytterligare en barriär för mannen då vi tror att det förstärker skamkänslan att prata om sin förlorade erektionsförmåga med en kvinna. Alla dessa faktorer medför att erektil dysfunktion är ett komplex problem och en utmaning för omvårdnadspersonalen. Om omvårdnadspersonalen ska skapa en givande kommunikation med patienten kräver nog både tid, kunskap och villighet.

Resultatet visade att äldre både har en positiv och negativ upplevelse av sin sexualitet. Vi tycker att de faktorer som påverkar den äldres upplevelse av sin sexualitet negativt kan till stor del kopplas till samhällets negativa attityd samt den ökade prevalensen för sämre hälsotillstånd. Detta kan innebära att den äldres sexualitet hade varit den samma under hela livet om inte dessa faktorer hade funnits. Att människan blir sjuk verkar vara svårt att påverka, men omvårdnadspersonalen hade kunnat arbeta preventivt med sexuell hälsa även hos den sjuka äldre. Vi tycker att det saknas kunskap om hur man motverkar samhällets negativa stereotyp mot äldre samt hur man främjar sexuell hälsa bland sjuka äldre och forskning kring detta hade därför varit relevant.

REFERENSER

1. Heberlein A. Den sexuella människan. Lund: Studentlitteratur; 2004.
2. Enfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken. Poland: Pozkal; 2008.
3. Peate I. Sexual health and the older person. *Nursing & Residential Care* 2008; May vol 10, no 5.
4. Johansen M, Thyness E M, Holm J. Når seksualitet tages alvorligt. København K: Gads forlag; 2001.
5. Lundberg P O, redaktör. Sexologi. Falköping: Elanders Gummessons; 2002.
6. Swane C E, Blaakilde A L, Amstrup K, Redaktörerna. Gerontologi. København: Munksgaard Danmark; 2002.
7. Almås H, redaktör. Klinisk omvårdnad del 2. Finland: WS Bookwell; 2006.
8. Béphage G. Meeting the sexuality needs of older adults in care settings. *Nursing & Residential Care* 2008; September vol 10, no 09.
9. Peate I. The need to address sexuality in older people. *British journal of community nursing* 1999; vol 4, no 4.
10. Beckman N, Waern M, Gustafson D, Skoog I. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds : cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *British Medical Journal* 2008; jul 8:337.
11. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematisk litteraturstudie. Finland: WS Bookwell; 2003.
12. Mick J M. Sexuality assesment: 10 strategies for improvement. *Clinical journal of oncology nursing* 2007; vol 11 no 5.
13. Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008.
14. Friberg F, redaktör. Dags för uppsats. Lund: Studentlitteratur AB 2009.
15. Hinchcliff S, Gott M. Challenging social myths and stereotypes of woman and aging: heterosexual women talk about sex. *Journal of women and aging* 2008; vol 20 no 1.
16. Loehr J, Verma S, Seguin R. Issues of sexuality in older women. *Journal of women´s health* 1997; vol 6, no 4.

17. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine* 2003 a; vol 56.
18. Walker B L, Ephross P H. Knowledge and attitudes toward sexuality of a group of elderly. *Journal of Gerontologica Social Work* 1999; vol 3, no 1.
19. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a study with older people. *Family practice* 2003 b; vol 20, no 6.
20. Jakobsson L, Hallberg I, Lovén L. Experiences of micturition problems, indwelling catheter treatment and sexual life consequences in men with prostate cancer. *Journal of advanced nursing* 2000; vol 31, no 1.
21. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. Opening a can of worms: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family practice* 2004; vol 21, no 5.
22. Roach S. Sexual behavior of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of advanced nursing* 2004; vol 4 p. 371-379.
23. Dehlin O, Hagberg B, Rundberg Å, Samuelsson G, Sjöbeck B. *Gerontologi*. Falköping: Natur och Kultur; 2001.
24. Andersson L. *Ålderism*. Sweden: Holmbergs i Malmö AB; 2008.
25. Kristoffersen N J, redaktör. *Allmän omvårdnad*. Stockholm: Liber AB; 1998.
26. Luadzars J W. *A study of the knowledge and attitudes of health care providers toward sexuality in institutionalized older persons*. USA: University of south Carolina; 1995.
27. Höglund I A, Ahlström B H. *Samtal i vård och omsorg*. Stockholm: Gotab; 1996.
28. Aigner G. *Sexologi i vården*. Uppsala: Gertrude Aigner och Almqvist & Wiksell förlag AB; 1991.

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (t.ex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
18/11	Cinahl	Sexuality and old age and qualitative	Publikationsår: 1994-2009	Fritext	18	Svarar inte till syftet, inte empirisk	1
15/11	Cinahl	Attitudes to sexuality and old age and sexuality	Publikationsår: 1994-2009	Abstract	9	Svarar inte till syftet, inte empirisk	2
16/11	Pubmed	Sexuality and staff and perceptions	Publikationsår 1994-2010	Title/abstract	10	Svarar inte till syftet, inte empirisk	1
	Pubmed	Sexuality and aging	Publikationsår 1994-2010	Fritext	1		1
	pubmed	Sexual life and experience and nursing care	samma	Title/abstract	2	Handlade inte om äldre	1
	pubmed	Beliefs and sexual health and discussing	samma	Title&abstarct	1		1
	pubmed	Older people and sexual problems and discussing	samma	t/a	1		1

När studierna inte svarade till syftet kunde det till exempel vara på grund av demenssjukdom, tonåringar eller studier som inte handlade om äldre.

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Merryn Gott, Elisabeth Galena, Sharron Hinchcliff och Helen Elford. United Kingdom 2004	”Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care	Att identifiera barriärer som de upplevs av läkaren och sjuksköterskan mor att börja diskussioner om sexuella hälsoproblem i primärvården och undersöka strategier för att förbättra den kommunikation	Semistrukturerade intervju med förutbestämda teman med 22 allmän läkare och 35 sjuksköterskor. Intervjuarna blev bandinspelade och anteckningar blev gjorda efter intervjun.	Intervjuarna blev transkriberade och intervjuteman blev använda som mall för analysen, men detaljerad analys och kodbildning i varje tema. Varje forskare analyserade var sitt tema och sedan bytte de för att kontrollera och bekräfta varandras analyser. Därefter blev datan analyserad för att utveckla tematiska kategorier som passade under de ämnen som deltagarna tagit upp	Deltagarna tyckte att sexuellt relaterade ämnen var problematiska och komplexa som tog mycket tid. Det fanns särskilda barriärer mot att prata om ämnet med äldre. Potentiella strategier för att öka kommunikation kring sexuell hälsa identifierades, men begränsningar till strategierna hittades också	Hög
Sally M. Roach. Australia 2003	Sexual behavior of nursing home: staff perceptions and responses	Undersöka personal på vårdboendes uppfattningar av kärleksfull och sexuellt beteende bland boende på vårdhem	30 personal på vårdboende blev intervjuade i Australien och Sverige. 18 deltagare i en nominell grupp som skulle skriva på ett papper om deras attityder och värderingar kring särskilda frågor.	Datan blev analyserad enligt Grounded theory vilket innebär att all data blev analyserad efterhand. Det bildades kategorier och subkategorier som jämfördes med datan så fenomen identifierades. Fenomen blev undersökt och kodning som huvudkategorier hittades.	Deltagarnas upplevelse av handlingar kring sexuellt beteende blev påverkat av deras egen relation till sexuella frågor samt hur synen på sexualitet var inom organisationen.	Hög

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Merryn Gott och Sharron Hinchliff. United Kingdom 2003	Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people	Att undersöka barriärer mot att söka behandling för sexuella problem som de uttryckta av äldre människor	Semi strukturerade intervjus med 22 män kvinnor och 23 män i åldern 50-92 år. Deltagarna blev utvalda ifrån ålder/kön registret i Sheffield general practice. Den centrala komponenten i intervjuerna var att få fram attityder och erfarenheter av att söka hjälp för sexuella problem	Analysen gjordes via principerna av Grounded Theory. Datan analyserades enligt den ram som Nation Centre of social research har. Intervjuerna transkriberades och återkommande teman och koncept identifierades.	Allmän läkaren var den källan av hjälp som sågs som huvudsakligt. Läkarens egenskaper och inställningar var viktiga, ifall den äldre ville prata. Läkaren bör lära sig hur man öppnar samtalsämnet sexualitet då den äldre kan känna skam och rädsla.	Hög
Liselotte Jakobsson, Ingalill Rahm Hallberg och Lars Löven. Sverige 2000	Experiences of micturition problems, indwelling catheter treatment and sexual life consequences in men with prostate cancer	Att undersöka upplevelser av urinproblem, kvarliggande kateter behandling och konsekvenser i sexuallivet hos män med prostata cancer.	25 personer i åldern 63 och äldre blev intervjuade med öppna frågor. Efter de 25 intervju kändes materialet mättad. Alla intervju bandinspelades.	Intervjuerna transkriberades och en fenomenologisk-hermeneutisk analys användes	De äldre som hade blivit pensionerade tyckte att den försämring i livskvalitet som kom med att ha kateter och sexuella problem som följd av katetern var mindre än den försämring som kom när de blev pensionerade och inte längre gav någonting till samhället. Att ha kateter sätter stopp för sex livet och fastän det saknades så hade männen förlorat lusten	Medel

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Sharron Hinchliff och Merryn Gott. United Kingdom 2008	Challenging social myths and stereotypes of woman and aging: Heterosexual women talk about sex	Att utforska vikten av sexualitet för kvinnor som är 50 år och äldre samt att titta på hur de pratar om sex	Djupa intervjuerna bandinspelades med 19 kvinnor som är 50 år och äldre. Intervjuerna handlade om ett specifikt ämne, men det fanns utrymme för att båda deltagare och intervjuaren kunna ta upp ämnen som var relevant för frågan.	Banden blev transkriberade och en diskurs analys gjordes. Diskurserna blev identifierade och jämfördes samt lokaliserade inom breddare diskurser. Det blev utforskat varför deltagarna tog upp ett ämne på tidpunkten de gjorde det, och identifiering blev gjord kring vilka ämnen som togs upp av intervjuarna och vilka av dessa deltagare sedan togs upp. De undersökta hur diskurserna begränsade och gav möjligheter för deltagarna att samtala om ett ämne samt vad som kunna bli känd, tänkt och upplevd inom ett visst ämnesområde.	Det fanns båda acceptans och motstånd mot stereotypen av äldre som asexuella. De flesta tyckte att sexuell aktivitet var antingen viktigt eller mycket viktigt. Sexualiteten handlar enligt den äldre kvinnan om mer än samlag. Flera faktorer spelar in kring betydelsen av sexualiteten. Flera av de äldre ansåg inte att de var gamla och därför var den asexuella äldre stereotypen inte riktad mot dem.	Hög
Bonnie L. Walker och Paul H. Ephross. USA 1999	Knowledge and attitudes toward sexuality of a group of elderly	Undersöka attityder och kunskap hos en grupp av äldre kring ämnet sexualitet och hur de tycker att personalen på ett vårdhem ska svara på ämnet.	Deltagarna (n=68) svarade på en enkät. Genomsnittsåldern var 71,8 år med en standardavvikelse på 10,66 år.	Genom att använda SPSS blev alla deltagarnas poäng räknat ihop och signifikans nivån på deltagarnas svar i olika kategorier blev bestämd.	64 % tyckte inte att samtal om sexualitet skulle vara obekvämt att diskutera. Nästan alla tyckte att sexualitet var mer än samlag. Hälften tyckte att personer som lever på långtidsboende behöver visa sin sexualitet. 70 % tyckte att personal kan spela en roll i att hjälpa boende att visa sin sexualitet.	Hög

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Marry Gott & Sharron Hinchliff. United Kingdom. 2003	How important is sex in later life? The views of older people.	Att undersöka hur viktigt sex är i det senare livet, ur äldre personers synpunkt.	Både kvantitativ och kvalitativ metod användes. Djupgående semistrukturerade intervjuer genomfördes med 69 personer mellan 30- 92 år. Man valde ut 10 män och 10 kvinnor från samma åldersgrupp. Inkluderade singlar, gifta, partner, änkor, änklingar och skilda.	Analysen av den kvalitativa datan gjordes via principerna av grounded theory. Datan analyserades enligt den ram som Nation Centre of social research har. Intervjuerna transkriberades och återkommande teman och koncept identifierades. Den kvantitativa datan var inlagd i en SPSS databas. Målet med denna analys var att identifiera gemensamma och olika attityder och erfarenheter av deltagare som prioriterade sex på samma vis.	Dem som hade partner såg en stor vikt av sexualitet. Deltagarna som inte såg sexualitetens som betydelsefull hade ingen partner eller andra faktorer som kunna påverka. Men fysisk kontakt var för lika viktigt för alla, närheten och kärleken behövdes alltid.	Hög
Jane Loehr, Sarita Verma och Rachelle Seguin. Canada 1997	Issues of sexuality in older woman	Att undersöka attityder om sexualitet och intimitet hos kvinnor över 60 år, att upplysa vilka frågor som är viktiga för dem och hur de upplever att läkaren hanterar det	Djupgående intervjuer som blev bandinspelade i fokusgrupp med kvinnor över 60 år. Det fanns totalt 14 deltagare som var fördelade i 3 fokusgrupper.	Forskaren transkriberade de bandinspelade intervjuer och datan blev delad in i koder och teman. Dessa blev analyserade för att hitta likheter och skillnader. Forskarna träffades under hela processen för att jämföra och bekräfta varandras tolkningar av materialet.	Många av de äldre tyckte inte att sexualiteten ändras under livet och att den fortfarande är viktig. Barriärer mot sexualitet blev identifierade som varande impotens hos männen, samt rädsla för att vara ful och börja en ny relation. Det kom även fram att sjuksköterskorna ska vara försiktiga när de pratar med äldre	Medel

Bilaga 3

Kvalitetsgranskning

Checklista för kvalitativa artiklar (Forsberg & Wengström 2003)

A. Syftet med studien?

- * Vilken kvalitativ metod har använts?
- * Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? Ja/Nej

B. Undersökningsgrupp

- * Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? (Inklusions-och exklusionskriterier ska vara beskrivna) Ja/Nej
- * Var genomfördes undersökningen?
- * Urval: Finns det beskrivit var, när, och hur undersökningsgruppen kontaktades?
- * Vilken urvalsmetod användes: Strategiskt urval, snöbollsurval, Teoretiskt urval, Ej angivet?
- * Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).
- * Är undersökningsgruppen lämplig? Ja/Nej

C. Metod för datainsamling

- * Är fältarbetet tydligt beskrivet? (var, vem, och i vilket sammanhang datainsamlingen skedde). Ja/Nej
- * Beskrivs metoderna för datainsamlingen tydligt? (vilken typ av frågor som användes etc.)
- * Ange datainsamlingsmetod: ostrukturerade intervjuer, halvstrukturerade intervjuer, fokusgrupper, observationer, video-/bandinspelning, Skrivna texter eller anteckningar?
- * Är data systematiskt samlade? (finns intervjuguide/studie protokoll) Ja/Nej

D. Dataanalys

- * Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?
- * Ange om: teman är utvecklade som begrepp, det finns episodiskt presenterade citat, de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna, svaren är kodade.
- * Resultatbeskrivning

*Är analys och tolkning av resultatet diskuterade? Ja/Nej

*Är resultaten trovärdiga? Ja/Nej

*Är resultaten pålitliga?(undersökningens och forskarens trovärdighet) Ja/Nej

*Finns stabilitet och överensstämmelse? (är fenomenet konsekvent beskrivet)
Ja/Nej

* Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? Ja/Nej

*Är de teorier och tolkningar som presenterades baserade på insamlad data?
(finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis gjorda för
tolkningar)? Ja/Nej

Checklista för kvantitativa artiklar (Forsberg och Wengström 2003)

A. Syftet med studien?

* Är frågeställningarna tydligt beskrivna? Ja/Nej

*Är designen lämplig utifrån syftet? Ja/Nej

B. Undersökningsgruppen

*Vilka är inklusionskriterierna?

*Vilka är exklusionskriterierna?

*Vilkens urvalsmodell användes: Randomiserat, obundet slumpmässigt,
kvot, kluster, konsekutivt eller urvalet ej beskrivet?

*Är undersökningsgruppen representativ? Ja/Nej

* Var genomfördes undersökningen?

*Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

C. Mätmetod

*Vilka mätmetoder användes?

*Var reliabiliteten beräknat? Ja/Nej

*Var validiteten diskuterat? Ja/Nej

D. Analys

* Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna? Ja/Nej

- *Om nej, vilka skillnader fanns?
- *Hur stort var bortfallet?
- *Fanns en bortfallsanalys? Ja/Nej
- *Var den statistiska analysen lämplig? Ja/Nej
- *Om nej, varför inte?
- *Vilka var huvudresultaten?
- *Erhölls signifikanta skillnader? Ja/Nej
- *Om ja, Vilka variabler?
- *Vilka slutsatser drar författaren?
- *Instämmer du? Ja/Nej

E. Värdering

- *Kan resultaten generaliseras till annan population? Ja/Nej
- *Kan resultaten ha klinisk betydelse? Ja/Nej
- *Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien? Ja/Nej
- *Motivera varför eller varför inte

