



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Vårdpersonals attityder till äldres sexualitet

En litteraturstudie

Författare: Stephanie MacMullin & Johanna Werholt

Handledare: Stinne Glasdam

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Vårdpersonals attityder till äldres sexualitet

En litteraturstudie

Författare: Stephanie MacMullin & Johanna Werholt

Handledare: Stinne Glasdam

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Samhällets syn på sexualitet påverkar individens förmåga att uttrycka sin sexualitet samt känna och uppnå sexuell hälsa. En rädsla för utsatthet och fördömande hindrar äldre att ta upp ämnet med vårdgivare och vårdpersonal lyfter själva sällan ämnet. **Syfte:** Att beskriva vårdpersonals attityder till äldres sexualitet. **Metod:** En litteraturstudie där åtta vetenskapliga artiklar inkluderades för integrerad analys. **Resultat:** Det verkar finnas en positiv korrelation mellan kunskap och attityd där nivån av kunskap hänger samman med vissa sociodemografiska faktorer. Både positiva och negativa känslor finns representerade hos vårdpersonal och undvikande och begränsande var vanliga sätt att hantera äldres sexualitet. **Slutsats:** En viss ambivalens har setts i resultatet men attityderna tenderar att inte vara särskilt öppna när känslor, kunskap och handlingar räknas in. Hos viss vårdpersonal behövs en attitydförändring till äldres sexualitet men fördomar, som troligen ligger bakom, ligger djupt förankrade i samhället och ingen större förbättring har setts de senaste åren. Det är tydligt att utbildning behövs och efterfrågas men mer omfattande forskning erfordras för att säkert klarlägga hur attityden till äldres sexualitet tar sig i uttryck i vården samt hur förändring på bästa sätt kan uppnås.

Nyckelord

Attityder, äldres sexualitet, vårdpersonal, kunskap, känslor, handling

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Perspektiv och utgångspunkter	3
Äldres sexuella hälsa	5
Rätten till sexuell hälsa	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	10
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat	11
Vårdpersonals kunskap om äldres sexualitet	13
Sämre attityd tyder på lägre kunskap	13
Utbildning	13
Arbetslivserfarenhet och ålder	14
Religion och kultur	15
Vårdpersonals känslor gentemot sexualitet hos äldre	15
Ett mänskligt behov	15
Ett spektrum av känslor	16
Vårdpersonals hantering av äldres sexualitet	17
Att inte våga fråga	17
Direktkontakt eller söka råd	17
Sätta upp barriärer	18
Stöttande beteende	19
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	23
Slutsats och kliniska implikationer	27
Författarnas arbetsfördelning	28
Referenser	29

Introduktion

Problemområde

Hur sexualiteten hos en människa kommer till uttryck har till stor del att göra med den gällande kulturen eller normen kring hur sex ska utföras och av vem (Gledhill & Schweitzer, 2013). Den rådande kulturen i Sverige är relativt öppen och präglas av en mentalitet där individen ska få bestämma själv hur, var, när och med vem sexet utförs, så länge ingen kommer till skada (Riksförbundet För Sexuell Upplysning [RFSU], 2016). Det föreligger däremot tveksamheter huruvida samhället i stort antagit en inställning att sex inkluderar alla vuxna oavsett ålder och om, i synnerhet hälso- och sjukvårdspersonal, har tagit till sig ett sådant tankesätt (Statens Folkhälsoinstitut, 2012). En grupp i samhället som i kontakten med sjukvårdspersonal riskerar att mötas av fördomar och stereotyper gällande utövandet av sin sexualitet är äldre (Gledhill & Schweitzer, 2013; Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2016; Sundbeck, 2013; Fileborn et al., 2017).

Ålder för med sig fysiska och mentala förändringar, för att inte tala om livsförändringar såsom att bli änka eller änkeman, som kan orsaka minskad lust och minskad sexuell aktivitet (Gledhill & Schweitzer, 2013; Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2016; Sundbeck, 2013; Gott & Hinchliff, 2003a). Hur stor minskningen blir är däremot i allra högsta grad individuellt (Garrett & Tomlin, 2015; Gott & Hinchliff, 2003a). Äldre kan fortsätta vara sexuellt aktiva högt upp i åldrarna (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2016) och om så är fallet skattas det som en viktig del av livet (Gott & Hinchliff, 2003a). Inställningen till sex har dessutom fortlöpande blivit alltmer positiv hos äldre (Beckman, Waern, Gustafson & Skoog, 2008). Sex och närhet har flera positiva effekter på mående och hälsa (Garrett & Tomlin, 2015, Kiecolt-Glaser & Newton, 2001) så som bättre kognitiv funktion och längre förväntad livslängd (Bentrott & Margrett, 2011), vilket kan vara ett argument för att främja och uppmuntra utlevande av sexualitet hos äldre.

Viljan att prata om sexualitet och sexuell hälsa har visat sig finnas hos många äldre (Hughes & Lewinson, 2015; Wendel, 2016) och ändå tar vårdpersonal sällan upp ämnet (Gott & Hinchliff, 2003b). Samtidigt ökar prevalensen av könssjukdomar (STI) bland äldre, ändock

fortsätter äldre exkluderas från prevention och behandling avseende könssjukdomar (Minichiello, Rahman, Hawkes & Pitts, 2012; Minichiello, Hawkes & Pitts, 2011).

Det saknas i nuläget nationella riktlinjer och handlingsplaner för äldres sexualitet i Sverige, vilket lämnar vårdpersonal rådvill angående hanteringen (Sundbeck, 2013). För att möta äldres önsknings och behov angående sin sexualitet behövs personal som är kunnig och fördomsfri (Sundbeck, 2013). En sammanställning av aktuell forskning om vårdpersonals attityder till äldres sexualitet behövs för att få en överblick över området och för att i förlängningen kunna skapa förutsättningar för äldre att leva ut sin sexualitet.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

I föreliggande studie används Lars Tornstams (2011) beskrivning av ålderism och attityder som en utgångspunkt för att kunna hantera det komplexa område som attityder till äldres sexualitet utgör. Attityd som begrepp består, traditionellt sett av stereotyper, beteenden och känslor (Tornstam, 2001). Tornstam (2011) menar att begreppen *ålderism* och *attityd till äldre* har ett släktskap. När fördomar eller diskriminering riktar sig mot äldre är det ålderism som uttrycks (ibid.). En ålderistisk syn på sex inom hälso- och sjukvården är till exempel när en läkare eller sjuksköterska undviker att ta upp frågan om sexuell hälsa, förhindrar eller försvårar för patienten att uttrycka sig sexuellt eller rentav ställer diagnoser baserat på ålder snarare än symtom (Sundbeck, 2013; Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2016).

En ålderistisk attityd, menar Tornstam (2011), baseras på tre aspekter: kunskap, känslor och handling. Vad en människa tror sig veta - ha kunskap - om äldre personer kan i olika grad ha sitt ursprung i myter eller stereotyper, som ligger mer eller mindre nära sanningen om äldre som grupp men troligtvis långt ifrån sanningen om enskilda äldre individer. Att kategorisera unga och gamla kan ha ett syfte inom analyser av samhället i stort men det betyder inte att äldre alltid ska försas in i ett homogent fack, då det resulterar i att mångfalden inte beaktas och den stereotypa bilden består (ibid.).

En attityd mot äldre som är sprungen ur känslor beror främst på i vilken utsträckning den äldre når upp till de upphöjda samhällsidealen; att ha god hälsa och att vara oberoende och

produktiv (Tornstam, 2011). Anledningen till att ålderdom kan väcka negativa känslor är för att de egenskaper eller attribut som omedvetet kopplas till åldersgruppen äldre inte stämmer överens med samhällsidealen. Det finns en bild av att en gammal människa inte besitter de nämnda egenskaperna utan istället lever på samhället, vilket skapar negativa attityder främst mot de egenskaper som förknippas med äldre och inte med en hög ålder. Om en äldre uppvisar de uppskattade egenskaperna som listats, blir attityden inte negativ utan snarare mycket positivt betingad. Huruvida känslorna uttrycks är en annan sak då Tornstam (2011) menar att de flesta inte skulle uttrycka negativa känslor för äldre öppet och ogärna förknippar sig själva med att ha negativa känslor för äldre.

Så som människor väljer att handla relaterat till äldre personer, synliggör attityder i form av inställning gentemot äldre, enligt Tornstam (2011). I handlandet finns däremot en ambivalens mellan tanke och handling som är sprungen ur dels vårt samhälles prisande av de ideal som nämns ovan och förakt för de som inte lever upp till dem, och dels hur vi ser upp till ålderdomens vishet. Det här visar sig i främst två typer av inställning till äldre som grupp i samhället där den ena är positiv och den andra är negativ. Den positiva inställningen har sin grund i uppfattningen att äldre har bra förutsättningar för att leva ett gott liv. Konsekvensen av en sådan inställning menar Tornstam (2011) kan bli att handlingen mot den äldre blir restriktiv för att undvika att råka skämma bort denne ytterligare. Den negativa inställningen bottenar i en föreställning om att äldre har det eländigt och därför behöver bemötas med vänligt menade handlingar för att väga upp för att det är så synd om dem. På så vis kan negativt laddade handlingar baseras på en extrem föreställning om äldres goda livsförhållanden medan en positivt laddad handling kan bygga på en nedlåtande attityd. Problemet här är att ingen av handlingarna eller attityderna härstammar från sanningen att gruppen äldre faktiskt är heterogen (ibid.).

Föreliggande litteraturstudie behandlar all vårdpersonal men görs utifrån ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv, vilket är sjuksköterskeprofessionens forskningsområde som är avgränsat från det medicinska forskningsområdet (Gustavsson, 2006). Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (2014) beskrivs sjuksköterskans bemötande i omvårdnaden som följande: *“Sjuksköterskan uppvisar professionella värden så som respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet.”* (s.4). Vidare står att läsa i sjuksköterskans värdegrund att omvårdnad ska ske på personnivå och att den unika personen själv kan avgöra vad hälsa betyder för hen (Svensk

Sjuksköterskeförening, 2016). Det går i linje med Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), som gäller all vårdpersonal, där det fastslås att vård ska utföras med respekt för värdigheten hos den enskilda människan samt för lika värde mellan människor. En god vård innefattar även respekt för patientens integritet och självbestämmande (ibid.). Det innebär att om sexualitet är viktigt för en patients upplevelse av hälsa ska det accepteras och uppmuntras (Blomgren, 2016). Vidare hör det till sjuksköterskans profession att ha ett personligt ansvar där kunskap om vad som bidrar till patienters välmående kontinuerligt uppdateras, då sjuksköterskan har en ledningsposition gällande utarbetning och tillämpning av riktlinjer inom omvårdnad (ICN, 2014).

Äldres sexuella hälsa

Äldre definieras i föreliggande studie som personer som fyllt minst 65 år och kategoriseras ytterligare i grupperna *yngre äldre* (65-80 år) eller *äldre äldre* (80+ år) (Kristensson & Jakobsson, 2010). Dagens äldre är mer positivt inställda till sex vid sin egen ålder och deras sexuella aktivitet och kvalitet på sexlivet har ökat jämfört med tidigare generationer (Beckman et al., 2008). Dagens 70-åringar har även bättre allmänhälsa och mer energi än förr och samhället har dessutom fått en öppnare attityd till sexualitet (ibid.). Samlag mellan äldre har dock ändrats i bemärkelsen att närhet och beröring får en mer central betydelse (Wendel, 2016; Palacios-Ceña et al., 2016; Gott & Hinchliff, 2003a) än penetrerande samlag hos personer där penetrerande sex försvåras av exempelvis erektionsproblem, vaginal torrhet eller urinkateter (Lindau et al., 2007; Wendel, 2016; Kessel, 2001). En sådan breddad definition av samlag gäller dock inte bara äldre då RFSU:s definition av sex innefattar alla aktiviteter där en person blir sexuellt upphetsad (RFSU, 2012).

Med stigande ålder upplever män och kvinnor en generellt ökad livskvalitet, med undantag för sexuallivet där endast hälften av äldre uttrycker tillfredsställelse (Lindau et al., 2007). Livskvalitet innefattar flera aspekter såsom fysiska, psykiska, sociala, emotionella och existentiella. De här aspekterna kan exempelvis innebära upplevelser av trivsel och gemenskap men även närhet och intimitet. Innebörden av livskvalitet är således subjektiv och det är den enskilda personens uppfattningar och värderingar om hur livet är och ska vara som resulterar i vad som är livskvalitet (Statens Folkhälsoinstitut, 2012). Tillfredsställelsen med sexuallivet bland äldre har emellertid förbättrats sedan 1970-talet (Beckman et al., 2008). Många upplever däremot ett eller flera sexuella problem såsom torra slemhinnor, oförmåga

till orgasm och impotens (Lindau et al., 2007). Sexuella problem är vanligare hos äldre än yngre men ska liksom hos unga personer betraktas som behandlingsbara till motsatsen är bevisad (Skoog, 2010; Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2016). Sexuella problem beror vanligen på fysiska förändringar orsakade av medicinering eller av sjukdom och inte på åldrandet i sig. Att inte kunna uttrycka sin sexualitet på önskat sätt kan på sikt sänka självförtroendet till följd av den sorg och skadad självbild hämning av sexualiteten leder till (Statens Folkhälsoinstitut, 2012). Problem avseende sexualitet ska därför utredas och inte anses vara normala för åldern (Skoog, 2010; Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2016). Lindau et al. (2007) menar att endast var femte kvinna tagit upp problem kring sin sexualitet i samtal med sin läkare. Äldre patienters rädsla för utsatthet och fördömande utgör ett stort hinder i samtal med vårdgivare om sexualitet trots att många äldre uppger att de önskar information och samtal om sexualitet (Hughes & Lewinson, 2015; Gott & Hinchliff, 2003b). Vidare ansåg tillfrågade äldre kvinnor i studien av Hughes och Lewinsons (2015) att kommunikation om sexuell hälsa är viktigt för att förstå hela personen och att frågor om sexuell hälsa ska vara lika naturligt som att kontrollera blodtrycket vid en hälsoundersökning. Dock tas sexuell hälsa i nuläget sällan upp av vårdpersonal (Garret & Tomlin, 2015; Björck, 2016). Viktiga förutsättningar för diskussion kring sexuell hälsa och sexualitet hos äldre, i syfte att förbättra omvårdnaden, är äldres upplevelse av tillit till vårdgivaren samt att vårdgivaren uppmuntrar till samtal om ämnet och därmed normaliserar det (Hughes & Lewinson, 2015).

Rätten till sexuell hälsa

Sexuell hälsa är en central del i en människas liv (Zeiss & Kasl-Godley, 2001) samt en viktig beståndsdel i begreppet livskvalitet i och med att sexuell hälsa kan vara viktigt för upplevd god hälsa (Garret & Tomlin, 2015; Zeiss & Kasl-Godley, 2001) och det gäller alla vuxna (Bentrott & Margrett, 2011). Samhällets syn på människans behov av intimitet, samhörighet, känslor och lust påverkar individens utveckling av sexualitet, synen på den egna sexualiteten samt graden av sexuell hälsa som kan uppnås hos individen (Greenhouse, 1995; Lindau & Gavrilova, 2010; Gledhill & Schweitzer, 2013). En förutsättning för att en människa ska kunna ha en möjlighet att erhålla sexuell hälsa är att de sexuella rättigheterna respekteras och skyddas (World Health Organization [WHO], 2016). De sexuella rättigheterna är knutna till de mänskliga rättigheterna och omfattar bland annat: rätten till sexualundervisning, respekt för individens integritet samt rätten att bestämma huruvida att vara sexuellt aktiv eller inte (ibid.). Att ha sexuella rättigheter innebär vidare att människan har rätt till ett säkert och

tillfredsställande sexualliv samt besitter rätten att bestämma över sin egen kropp och sexualitet (Utrikesdepartementet, 2006; WHO, 2016), utan att diskrimineras (WHO, 2016) så länge ingen kommer till skada (RFSU, 2016; Greenhouse, 1995). Angående att människor kan komma till skada poängterar Liberman (2017) att det finns många tillfällen där en människas sexuella rättigheter inte understöds, exempelvis då människor enbart kan få sexuell tillfredsställelse på sätt som är olagliga.

En litteraturstudie som beskriver de attityder som finns till äldres sexualitet synliggör huruvida och på vilket sätt äldres sexualitet, sexuella hälsa och sexuella rättigheter stöds och upprätthålls i nuläget samt om förändringar avseende attityder till ämnet erfordras.

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att beskriva vårdpersonals attityder till äldres sexualitet.

Metod

Föreliggande studie är en litteraturstudie med syfte att skapa en översikt om kunskapsläget kring vårdpersonals attityder till äldres sexualitet ur vårdpersonals perspektiv. Enligt Polit och Beck (2012) är en litteraturstudies avsikt att beskriva vad som är och inte är känt inom ett visst kunskapsområde.

Urval

Sökningarna i föreliggande studie genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL. CINAHL är specifikt riktad mot omvårdnadsvetenskap medan PubMed är riktad mot främst medicinsk forskning men innehåller också omvårdnadsvetenskapliga artiklar (Östlundh, 2017). För att artiklarna skulle inkluderas i föreliggande studie behövde de uppfylla ett antal inklusionskriterier, som var: skriven på engelska, publicerad efter år 2000 och är av medel- eller hög kvalitet. Vidare formulerades ett antal exklusionskriterier, för att selektera bort studier med fel fokus, som var: artiklar som endast berörde HBTQ hos äldre, artiklar som endast fokuserade på kunskap och attityd hos specifika religiösa grupper, studier som inte

utgick från vårdpersonalens perspektiv samt studier som fokuserade på äldres sexualitet relaterat till specifika sjukdomar, till exempel reumatisk artrit.

Datainsamling

Ur föreliggande studies syfte identifierades fyra nyckelbegrepp som måste ingå i varje sökning: *Vårdpersonal*, *attityd*, *sex* och *äldre*. Med hjälp av de bestämda nyckelbegreppen och genomgång av valda databasers ordlistor med ämnesord identifierades ett antal söktermer - indexord - som skulle komma att ligga till grund för sökningen (Kristensson, 2014). Sökningen genomfördes med CINAHL-headings i CINAHL och med MeSH-termer i PubMed (Östlundh, 2017).

I CINAHL genomfördes två separata sökningar. I den första sökningen användes sökorden "Health Personnel" [CINAHL-headings], "Aged" [CINAHL-headings], "Sexuality" [CINAHL-headings], "Sexual Health" [CINAHL-headings] och "Attitude" [CINAHL-headings]. I den andra sökningen användes sökorden "Sexual Health" [CINAHL-headings], "Attitude of Health Personnel" [CINAHL-headings], "Attitude to Sexuality" [CINAHL-headings], "Health Personnel" [CINAHL-headings] och "Aged" [CINAHL-headings]. Sökorden som användes i PubMed var "Health Personnel" [MeSH], "Health Knowledge, Attitude, Practice" [MeSH], "Attitude of health personnel" [MeSH], "Reproductive Health" [MeSH], "Sexual Behavior" [MeSH], och "Aged" [MeSH]. De booleska sökoperatorerna OR och AND användes (Östlundh, 2017), se tabell 1.

Selektion av sökträffarna genomfördes i fyra steg. I det första steget granskades titlarna av sökträffarna (n=292) för att identifiera de artiklar som verkade vara relevanta för syftet. Därefter lästes abstrakten hos de artiklar som gått vidare från det första selektionssteget (n=51), för att skapa en överblick över artiklarnas innehåll och vidare selektera de artiklar som var relevanta för syftet. Det tredje steget innebar läsning i fulltext (n=13, dubletter borträknade) för att utvärdera huruvida de uppfyllde inklusionskriterierna. Artiklar som efter genomgång i fulltext ansågs uppfylla inklusionskriterierna gick vidare till det fjärde och sista steget i selektionsprocessen, kvalitetsgranskning (n=11, dubletter borträknade). För kvalitetsgranskning användes Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) protokoll för kvalitetsgranskning av studier med kvantitativ respektive kvalitativ metod. Modifiering av protokollen gjordes då ett antal punkter inte var relevanta för funna artiklars metoder.

Protokollets olika delar delades in i kriterier som gav ett poäng var. Poängsumman per artikel omräknades sedan till en procentsats per artikel. Endast artiklar av medelhög och hög kvalitet inkluderades i föreliggande studie; medelhög kvalitet motsvarade 70-79 % av kriterierna och ≥ 80 % av kriterierna motsvarade hög kvalitet. En första kvalitetsgranskning av artiklarna gjordes av båda föreliggande studies författare, för att därefter sammanställas tillsammans. Efter genomgången selektion och kvalitetsgranskning framkom ett slutligt resultat av åtta artiklar som inkluderades i föreliggande studie.

Tabell 1, Sökschema

#	Sökord	Databas	Antal träffar	Lästa Abstract	Lästa i fulltext	Kvalitetsgranskade	Valda Artiklar
Sökning genomförd 14/11 – 2017							
1	“Health Personnel” [CINAHL-headings]	CINAHL	n= 436,670				
2	“Attitude” [CINAHL-headings]	CINAHL	n= 331,756				
3	“Sexuality” [CINAHL-headings] OR “Sexual Health” [CINAHL-headings]	CINAHL	n= 37,556				
4	“Aged” [CINAHL-headings]	CINAHL	n= 636,968				
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	CINAHL	n= 72	n= 14	n= 6	n= 6	n=3
Sökning genomförd 14/11 – 2017							
6	“Health Personnel” [MeSH] AND “Health Knowledge, Attitude, Practice [MeSH]	PubMed	n= 2,119				
7	“Attitude of health personnel” [MeSH]	PubMed	n= 10,574				
8	#6 OR #7	PubMed	n= 11,905				

9	“Reproductive Health” [MeSH] OR “Sexual Behavior” [MeSH]	PubMed	n= 5,568					
10	“Aged” [MeSH]	PubMed	n= 149,2714					
11	#8 AND #9 AND #10	PubMed	n= 170	n= 21	n= 8	n= 7	n= 6	
Sökning genomförd 15/11 – 2017								
12	“Sexual Health” [CINAHL-headings] AND “Attitude of Health Personnel” [CINAHL-headings] AND “Aged” [CINAHL-headings]	CINAHL	n= 23					
13	“Attitude to Sexuality” [CINAHL-headings] AND “Health Personnel” [CINAHL-headings] AND “Aged” [CINAHL-headings]	CINAHL	n= 56					
14	#12 OR #13	CINAHL	n= 52	n= 16	n= 6	n= 5	n= 4	
		Summa:	n= 292	n= 51	n= 13*	n= 11**	n= 8***	
<p><i>Filter i CINAHL: English, 2000-01-01. Filter tillades först i sökning #5 respektive #14</i></p> <p><i>Filter i PubMed: English, 2000-01-01, Aged:65+ years. Filtren har följt genom hela sökningen.</i></p> <p><i>Dubbletter mellan databaserna ej medräknade. Antal borträknade dubletter: *N=7, **N=7, ***N=5</i></p>								

Dataanalys

Studien utfördes med en integrerad analys i syfte att på ett överskådligt sätt enkelt sammanställa och presentera resultatet (Kristensson, 2014). I analysens första steg lästes samtliga selekterade artiklar för att förstå helheten av artiklarna (Friberg, 2017). Första steget innebar även en sammanfattning av varje studie för att säkerställa att all väsentlig information togs med. I analysens andra steg dokumenterades studiernas författare, titel, syfte, metod, urval, resultat samt kvalitetsbedömning i en överskådlig tabell (se bilaga 1) i syfte att skapa struktur bland studierna vilket låg till grund för den fortsatta analysen (Friberg, 2017). Tredje steget i analysen innebar att likheter och skillnader mellan studierna, framförallt studiernas

resultat, identifierades med hjälp av sammanfattningarna och översiktstabellen. I analysens fjärde steg identifierades de kategorier som ligger till grund för föreliggande studie genom att kategorisera likheterna och skillnaderna som identifierades i föregående steg. (ibid.). I det sista steget identifierades hur resultat från de olika studierna hängde samman. Slutsatser drogs i hur data förhöll sig till varandra, i syfte att gå ett steg längre från att endast återberätta tidigare resultat till att ge en helhet över resultatens och generera ny kunskap (Friberg, 2017).

Forskningsetiska avvägningar

Trots att ingen ny data samlas in i en litteraturstudie krävs ett etiskt ställningstagande i förhållande till de granskade studierna. Studier ska värna om deltagande personers välbefinnande samt hantera information på ett hänsynsfullt sätt (Kristensson, 2014). Vidare ska ett forskningsprojekt enligt World Medical Association (WMA, 2013) bland annat ge deltagarna rätt till grundlig information om studien för att möjliggöra informerat samtycke och självbestämmande. Även forskningens förutsedda positiva effekter måste överväga eventuella olägenheter för deltagarna (ibid).

I kvalitetsgranskningen av valda studier lades stor vikt vid om studien var godkänd av en etisk kommitté i enlighet med Willman et al:s (2011) resonemang. I urvalet av studierna liksom under hela databearbetningen och analysprocessen iakttog författarna till föreliggande studie ett etiskt förhållningssätt. Det innebär att litteraturstudiens författare eftersträvat att alla studier av relevans inkluderades och redovisades rättvist utan vinkling av fakta, missvisande analys och plagiat i enlighet med Forsberg och Wengströms (2016) beskrivning av hederlighet vid forskning.

Resultat

Åtta vetenskapliga artiklar har analyserats varav fyra var av kvalitativ design och fyra av kvantitativ design. Samtliga var tvärsnittsstudier och multicenter. Två var gjorda i England, två i Spanien, en i Belgien, en i USA, en i Turkiet samt en som samlat in data både i Australien och i Sverige. I inkluderade studier ingick totalt 1664 studiedeltagare varav 91,5% var kvinnor. De typer av yrkeskategorier som studerades var huvudsakligen sjuksköterskor,

undersköterskor, läkare och vårdbiträden. Fyra studier omfattade även lednings- och administrationspersonal, psykologer, psykoterapeuter, arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt sociologer. Deltagarnas åldersspann var 18 - 67 år.

Samtliga kvantitativa studierna har använt sig av hela, eller delar av, mätinstrumentet The Aging Sexual Knowledge and Attitude Scale, ASKAS (White, 1982). ASKAS består av 61 frågor och påståenden där deltagaren får besvara dels 35 frågor om kunskap med svarsalternativen 'sant', 'falskt' eller 'vet ej' och dels 26 påståenden där deltagarens attityd skattas på en 7-värdig poängskala med svarsalternativen 'håller med' eller 'håller inte med' (White, 1982). Två studier använder sig av ASKAS kunskaps- och attitydskala (Mahieu et al, 2016; Dogan, Demis, Eker & Karim, 2008), medan en (Bouman, Arcelus & Benbow, 2007) enbart använder sig av attitydskalan och en annan (Di Napoli, Breland & Allen, 2013) använder kunskapsskalan för skattning av kunskap i kombination med ett annat mätinstrument, Holmes Questionnaire (Holmes, Reingold & Terisi, 1997) för skattning av attityd. Följande tre huvudkategorier identifierades efter genomgång av selekterade artiklar: *Vårdpersonals kunskap om äldres sexualitet*, *Vårdpersonals känslor gentemot sexualitet hos äldre* och *Vårdpersonals hantering av äldres sexualitet*. Vidare identifierades 10 subkategorier. Se tabell 2.

Tabell 2. Kategorier

Huvudkategorier	Subkategorier
Vårdpersonals kunskap om äldres sexualitet	Sämre attityd tyder på lägre kunskap Utbildning Arbetslivserfarenhet och ålder Religion och kultur
Vårdpersonals känslor gentemot sexualitet hos äldre	Ett mänskligt behov Ett spektrum av känslor
Vårdpersonals hantering av äldres sexualitet	Att inte våga fråga Direkt kontakt eller söka råd Sätta upp barriärer Stöttande beteende

Vårdpersonals kunskap om äldres sexualitet

Sämre attityd tyder på lägre kunskap

Generellt uppvisade vårdpersonal en låg kunskapsnivå om äldres sexualitet, när den skattades enligt ASKAS (Di Napoli et al., 2013; Dogan et al., 2008; Mahieu et al., 2016). Exempel på hur låg kunskap om äldres sexualitet kunde te sig, enligt ASKAS, var att vårdpersonal felaktigt trodde att frekvensen av sexuell aktivitet för äldre par varierar med mannens intresse, att äldre kvinnor är stället sig likgiltigt till sex eller att kvinnor efter menopaus har fysiologiskt minskat behov av sex. Ovetande om onanins positiva effekter på bibehållandet av den sexuella lusten hos äldre är ett annat exempel på låg kunskap (Dogan et al., 2008; Mahieu et al., 2016). Mer än hälften av de 1166 deltagarna i studien av Mahieu et al. (2016) svarade fel på 13 av 26 ASKAS kunskapsskattande frågor. Avseende skattning av attityd, enligt ASKAS, uppvisade vårdpersonal generellt en tillåtande och positiv attityd gentemot äldres sexualitet (Bouman et al., 2007; Di Napoli et al., 2013; Dogan et al., 2008; Mahieu et al., 2016).

Trots att kunskapen generellt var låg och attityden övergripande skattades som tillåtande, enligt ASKAS, (Bouman et al., 2007; Dogan et al., 2008; Mahieu et al., 2016, Di Napoli et al., 2013), sågs en statistiskt signifikant positiv korrelation mellan kunskap och attityd (Dogan et al., 2008; Mahieu et al., 2016, Di Napoli et al., 2013). Med andra ord, en högre kunskapsnivå om ämnet var förenlig med en mer öppensinnad och tillåtande attityd kring äldres sexualitet (ibid.). Kunskapsnivån avseende äldres sexualitet påverkas i sin tur av olika sociodemografiska parametrar, såsom religiös tillhörighet, samhällskultur samt vilken typ och grad av utbildning som erhållits (Gott, Hinchliff & Galena, 2004; Roach, 2004; Mahieu et al., 2016; Di Napoli et al., 2013).

Utbildning

Utbildningsnivån hos vårdpersonal är en parameter som verkar påverka kunskapsnivå och typ av attityd gentemot äldres sexualitet. Lägre kunskapsnivå och mindre tillåtande och öppen attityd tycks förekomma oftare hos personal med lägre utbildning (Mahieu et al., 2016; Di Napoli et al., 2013) och färre fortbildningar inom vård av äldre (Di Napoli et al., 2013). Vårdpersonal som hade en kandidat- eller masterexamen hade 35,7% fler rätta svar i ASKAS

om sexualitet hos äldre än vårdpersonal som endast hade en gymnasieutbildning i omvårdnad (Mahieu et al., 2016). Gällande fortbildning inom vård av äldre hade vårdpersonal som genomgått tre eller fler utbildningar 15 % fler rätta svar än vårdpersonal som inte fått någon fortbildning (ibid.). Attityden, som den skattas enligt ASKAS, var 18,9 % mer öppen och tillåtande hos deltagare med högre utbildningsnivå än de med lägre utbildningsnivå. Angående fortbildning var attityden 6,2 % mer öppen och tillåtande hos deltagare som genomgått tre eller fler fortbildningar än de som inte genomgått någon fortbildning. Större kunskap och mer tillåtande attityder till äldre och deras sexualitet verkar också vara relaterat till högre arbetsposition (Mahieu et al., 2016). Enligt Bouman et al. (2007), som hade samlat in 236 enkäter från 16 boenden för äldre, hade ledningspersonal och sjuksköterskor mer öppen och tillåtande attityd än vårdbiträden och Mahieu et al. (2016) visar att avdelningsansvariga sjuksköterskor hade 43,6 % fler rätt svar på kunskapsfrågorna och 21,7% mer tillåtande attityd än vårdbiträden. I jämförelse av kunskaps- och attitydnivåer inom samma yrkesgrupp kunde Dogan et al. (2008) i sin studie inte finna någon större skillnad mellan olika grupper av läkare.

Arbetslivserfarenhet och ålder

En annan faktor som verkar spela en viktig roll är arbetslivserfarenhet, både generellt inom omvårdnad och specifikt inom äldreomsorg. Vårdpersonal med begränsad arbetslivserfarenhet inom omvårdnad hade låg kunskap (Mahieu et al., 2016) och inte så öppen och tillåtande attityd till äldres sexualitet (Mahieu et al., 2016; Bouman et al., 2007). Personal som hade mer än 20 års arbetslivserfarenhet inom omvårdnad hade 25,2 % bättre kunskap och 9,9 % mer öppen och tillåtande attityd gentemot äldres sexualitet jämfört med personer som hade mindre än 5 års erfarenhet inom omvårdnad (Mahieu et al., 2016). Till skillnad från Mahieu et al. (2016) fann Di Napoli et al. (2013), som analyserat 100 insamlade enkäter från tre äldreboenden, att personal som arbetat kortare tid på ett och samma boende uppvisar en mer tillåtande attityd till äldres sexualitet än de som jobbat längre på samma boende. Dock undersöktes inte total arbetslivserfarenhet inom omvårdnad (Di Napoli et al., 2013). I flera studier visades ålder vara positivt korrelerad med kunskap och attityd; yngre vårdpersonal hade generellt mindre kunskap och mindre öppen attityd än äldre vårdpersonal (Bouman et al., 2008; Mahieu et al., 2016; Dogan et al., 2008).

Religion och kultur

Religion och kultur är ytterligare faktorer som påverkar en vårdpersonals ASKAS-resultat (Roach, 2004; Di Napoli et al., 2013; Mahieu et al., 2016; Bouman et al., 2007). Inverkan av religionstillhörighet på skattningen av kunskaper och attityder var olika stor beroende på i vilket land studien utfördes (Di Napoli et al., 2013; Mahieu et al., 2016; Bouman et al., 2007). I Alabama, USA visade Di Napoli et al. (2013) att de deltagare som bad och uttryckte att religion var viktigt för dem hade lägre skattad kunskap om äldres sexualitet. I Belgien sågs motsvarande korrelation för attityd (Mahieu et al., 2016). I Nottingham, England fann Bouman et al. (2007) däremot ingen skillnad i skattad attityd i förhållande till äldres sexualitet hos religiösa respektive icke-religiösa deltagare. Enligt Roach (2004), som undersökt attityder på ett kvalitativt sätt snarare än kvantitativt som ovan beskrivna studier, har svensk vårdpersonal en mer tillåtande och öppen attityd till äldres sexualitet än australiensk vårdpersonal.

Vårdpersonals känslor gentemot sexualitet hos äldre

Ett mänskligt behov

Att äldre ger uttryck för sin sexualitet ansågs vara naturligt av en varierande andel tillfrågade, i två studier som båda hade 53 deltagare, men var beroende på vilken sexuell aktivitet som utfördes (Villar, Serrat, Celdrán & Fabà, 2015a; Villar, Fabà, Serrat & Celdrán, 2015b). I studierna ombads vårdpersonalen beskriva hur de skulle reagera på två olika scenarier: att personal oanmält gick in i ett rum där en boende onanerade (Villar et al., 2015a) eller där ett heterosexuellt par hade samlag (Villar et al., 2015b). Studiernas resultat visade att 60,4 % ansåg att sexualitet var naturligt när det gällde onani (Villar et al., 2015a) och 24,5 % när det gällde sex mellan ett heterosexuellt par (Villar et al., 2015b). Många av de deltagare som uttryckt tanken om att sexuellt uttryck är normalt såg även onani eller samlag som ett mänskligt behov som inte nödvändigtvis upphör i och med åldrandet samt att scenarierna sannolikt skulle kunna inträffa på deras arbetsplats (Villar et al., 2015a; Villar et al., 2015b). På frågan om hur kollegor skulle tänka och reagera svarade 18,8 % av deltagarna i den ena studien att de troligtvis också skulle tänka att det är något naturligt (Villar et al., 2015a). I en annan studie, av Gott et al. (2004), var deltagande allmänläkares generella uppfattning att det i teorin är viktigt att kunna få möjlighet att leva ut sin sexualitet även som äldre.

Ett spektrum av känslor

Förvåning var en av känslorna som vårdpersonal uppgav sig känna när äldre levde ut sin sexualitet, 17,0 % respektive 30,2 % (Villar et al., 2015a; Villar et al., 2015b). En deltagare påpekade att förvåningen främst låg i att finna ett par som har sex snarare än parets ålder. (Villar et al., 2015b). Gott et al. (2004) intervjuade 22 allmänläkare, där den generella känslan var förvåning när äldre tog upp frågor om sexualitet och där många uppfattade att det inte var vanligt att äldre över huvud taget tog upp frågor om sexualitet.

En generell uppfattning hos de 22 allmänläkare som deltog i studien av Gott et al. (2004) var att det kändes obekvämt att ta upp frågor om sexuell hälsa med äldre patienter. Hos en minoritet var grunden till obekvämheten personliga åsikter om att sexuell aktivitet mellan äldre är äckligt och motbjudande (Gott et al., 2004). I studien av Villar et al. (2015b) var en deltagare av åsikten att det är opassande för boende på ett äldreboende att ha samlag då boendet inte är privat nog för sådana aktiviteter.

Ånger, obehag och genans var tre negativt betingade känslor, identifierade av Villar et al. (2015a; 2015b), som kunde upplevas av vårdpersonal i situationer då de ansåg sig ha gjort intrång i den äldres privata sfär. De negativt betingade känslorna uttrycktes dock av ytterst få av deltagarna. Känslan av ånger beskrevs uppstå både i relation till sig själv, eftersom det bedömdes som ett misstag att ha gått in oanmäld, och i relation till att eventuellt ha gjort den äldre generad över att ha blivit påkommen (Villar et al., 2015a). Avgörande faktorer för hur personal ställde sig till äldres sexualitet identifierades i två andra studier vara personalens egna tankar om åldrande och sexualitet samt de ålderistiska fördomar som samhället har i stort (Roach, 2004; Gott et al., 2004). I sammanhang då arbetsplatsen, i form av ett äldreboende, uppvisade en positiv inställning till att äldre lever ut sin sexualitet blev det svårare för vårdpersonalen att uttrycka obehagskänslor, vilket Roach (2004) kom fram till efter att ha intervjuat 30 deltagare och haft gruppdiskussion med 18 andra deltagare. I kontrast till de känslor av ånger, obehag och genans som redovisats, uttryckte tre av deltagarna i studien av Villar et al. (2015b) att de skulle känna positiva känslor som lycka över att ett äldre par upptäckts ha sex på ett äldreboende då det ansågs visa att sexuella behov kvarstår upp i åldrarna.

Vårdpersonals hantering av äldres sexualitet

Att inte våga fråga

Vårdpersonals sätt att hantera äldres sexualitet kan på ett omedvetet sätt påverkas av känslor och kunskaper om ämnet (Gott et al., 2004; Roach, 2004). Deltagare i Gott et al:s (2004) studie visades vara medvetna om att fördomar kring äldres sexualitet hindrade dem från att ta upp frågan om 'säkert sex' med patienter av högre ålder. Deltagarna bestod till viss del av läkare som beskrev att deras inställning till sexuell hälsa var att se det som en självklarhet att exempelvis informera om läkemedelsbiverkningar som påverkar potens eller lust. Övriga deltagare i studien var av åsikten att patienten själv bör vara den som tar upp sådana problem. När det däremot handlade om äldre patienter var samtliga 22 allmänläkare av den senare inställningen och undvek att ge information på eget initiativ (ibid.). Generellt uttryckte allmänläkare i studien av Gott et al. (2004) att de inte vågade föra sexualitet på tal på grund av en rädsla att de äldre skulle ta det som en förolämpning. Dock kunde inte deltagarna ge några exempel på tillfällen då patienter blivit upprörda av en fråga om sexualitet (ibid.). Undvikande av inblandning tas upp som en av de vanligaste initiala reaktionerna av att hamna i situationen att som personal av misstag finna en boende som onanerar eller äldre par som har sex i ett rum på boendet (Villar et al., 2015a; Villar et al., 2015b). 20,7 % av deltagarna i studien av Villar et al. (2015a) tänkte sig att kollegor skulle hantera situationen som dem, genom att undvika inblandning. Den här reaktionen beskrivs vidare som en handling där utlevd sexualitet hos äldre tolereras men inte mycket mer än så (Villar et al., 2015a; Villar et al., 2015b).

Direktkontakt eller söka råd

Två andra typiska sätt att hantera sexuellt beteende hos patienter på äldreboenden var att direkt medla med den boende eller att kalla till personalmöte alternativt informera övrig personal (Di Napoli et al., 2013; Villar et al., 2015a; Villar et al., 2015b). I studien av Villar et al. (2015a) ombads även deltagarna att gissa hur kollegor skulle hantera situationen, varav 28,3 % trodde att beteenden som skulle förekomma var skvaller, retande eller skämtande om händelsen. Angående vad de tillfrågade själva skulle göra svarade 15 % att de skulle hantera situationen genom att kommunicera direkt med den boende (Villar et al., 2015a). Några gjorde det i syfte att förstå den boendes situation och andra i syfte att förmedla information

om att beteendet kan orsaka pinsamma situationer på grund av bristande möjlighet till privatliv på ett boende (ibid.). I studien av Di Napoli et al. (2013) uttryckte 37 % att de skulle prata direkt med den boende i händelse av att en boende uttryckte sin sexualitet. Ett annat av personalens sätt att hantera äldres sexualitet, som Villar et al. (2015a; 2015b) beskriver, var att ursäkta sig (32,1 % respektive 37,7 %). Ursäkten riktade sig till de boende för att få förlåtelse för att ha gått in på rummet utan tillåtelse samt för att förklara att det inte var meningen att tränga sig på (Villar et al., 2015a; Villar et al., 2015b).

Villar et al. (2015b) rapporterade att 37,7 % av deltagarna skulle informera annan personal så att den personalen skulle ha kännedom om att två boende haft sex med varandra. I jämförelse tas denna strategi upp av 28,3 % av deltagarna i en annan studie (Villar et al., 2015a), i syfte att få hjälp och råd kring hantering av situationen eftersom den ansågs vara svår och komplex. På frågan hur kollegor skulle agera svarade två deltagare i samma studie att de också skulle informera personal (ibid.). En minoritet av de som använde sig av den aktuella strategin skulle ha gjort det för att andra skulle kunna undvika situationen (Villar et al., 2015a). I studien av Di Napoli et al. (2013) skulle 11 % av deltagarna ha kallat till personalmöte. Motsatsen fanns också representerad, där 15 % av personalen aktivt valde att inte berätta för någon för att undvika kollegornas eventuellt negativa reaktioner samt för att bibehålla den boendes integritet (Villar et al., 2015a).

Sätta upp barriärer

Di Napoli et al. (2013) presenterar en tredje strategi för hantering av äldres uttryck av sin sexualitet: att ringa familjen till den boende (24 % av deltagarna). Roach (2004) beskriver den här typen av hanterande som ett exempel på beteende av restriktiv natur där personalen satte upp fysiska eller psykiska barriärer i syfte att förhindra de boende att leva ut sin sexualitet. En psykisk barriär kunde vara att bestraffa eller hota, exempelvis genom att säga att familjen kommer kontaktas om beteendet fortsätter, medan en fysisk barriär kunde vara att flytta en boende till ett annat rum eller ett annat boende (Roach, 2004). Roach (2004) visade i sin studie att restriktivt beteende får olika konsekvenser beroende på i vilken arbetsplatskontext det uttrycks. När arbetsplatsens ledning och organisation i stort hade en restriktiv hållning gentemot äldres sexualitet ansågs det normalt att personal med restriktiv inställning satte upp barriärer mot de boendes utlevande av sexualitet. Villar et al. (2015b) beskriver också restriktivt beteende, där personal (15 %) använde sig av barriärer för att förhindra par från att

ha sex på boendet. Personal med restriktivt beteende beskrev att de skulle hantera situationen genom att reta (13,2 %) eller tillrättavisa (1,8 %) boende om de fann dem ha sex på ett rum (Villar et al., 2015b). 22,6 % av deltagarna i studien, där situationen handlade om onani, beskrev att de trodde att det fanns kollegor som skulle döma den boende och försöka stoppa beteendet (Villar et al., 2015a). Vidare fann allmänläkare i studien av Gott et al. (2004) frågan om hantering och förebyggande av spridning av STI:er hos äldre som lustig och menade att det inte är av vikt att ta upp sådana frågor med äldre som inlett nya relationer (Gott et al., 2004). Roach (2004) belyste hur personal med restriktiv inställning som jobbade i en kontext där ledningen hade en responsiv inställning hade svårare att sätta upp barriärer. Den strategin som fanns kvar för personal med restriktiv inställning som arbetade för en sådan ledning med öppen hållning var att ställa sig i försvarsställning där moral, kultur och religion kunde användas för att rättfärdiggöra och försvara sin inställning (Roach, 2004).

Stöttande beteende

En del vårdpersonal beskrev att de skulle använda sig av stöttande beteenden (16,9 %) i situationen då två boende upptäcktes ha sex i ett rum. Personalen hävdade då att de direkt (11,3 %) eller indirekt (7,5 %) skulle försöka hjälpa de boende att kunna fortsätta uppfylla sina sexuella behov (Villar et al., 2015b). Samma intention hade 7,5 % av personalen som av misstag skulle upptäcka en boende onanera. Stödet handlade där om att aktivt hjälpa eller underlätta förfarandet för den boende genom att exempelvis erbjuda glidmedel (Villar et al., 2015a). I studien av Dogan et al. (2008) svarade majoriteten av de 62 deltagande läkarna att de skulle försöka hjälpa en äldre patient som tar upp problem kring sexualitet genom att referera patienten vidare till annan specialist. Roach (2004) menar att om en vårdpersonal har tillräckligt stark övertygelse om äldres sexuella rättigheter kommer den arbeta på ett sätt som främjar den delen i en boendes liv oavsett hur kulturen kring frågan är hos ledningen eller kollegor. Sådan personal, menar författaren, utmärker sig genom att vakta och försöka förhindra annan personal när de försöker sätta upp barriärer samt genom att försöka stärka de boende i deras rättigheter att leva ut sin sexualitet. Den här typen av personal kan även se det som sin uppgift att informera andra berörda personer om ämnet, förutom de boende själva och annan personal, såsom familj och ledning. En lyhörd och mottaglig ledning eller organisationskultur kan erbjuda personal och boende, likväl som besökare, stöd och rådgivning i frågor om äldres sexualitet (Roach, 2004).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Föreliggande studies författare har för avsikt att diskutera för- och nackdelar med vald sökstrategi, generaliserbarheten i resultatet som framkommit, styrkor och svagheter i kvalitetsgranskningen, risken för bias i både de inkluderade studierna samt hur vår egen förförståelse kan ha påverkat resultatet. Vidare diskuteras vad etnografisk forskning som undersökt vårdpersonals attityder till äldres sexualitet hade kunnat bidra med till vårt resultat.

Föreliggande studie är en icke-systematisk litteraturstudie genomförd med utgångspunkt i den systematiska struktur som beskrivs av Kristensson (2014), genomförd i syfte att sammanställa kunskapen om vårdpersonals attityder gentemot äldres sexualitet. Samtliga sökningar gjordes genom att identifiera specifika indexord i databaserna (CINAHL och PubMed) ämnesordlistor utifrån de bestämda nyckelbegreppen. Eftersom valt forskningsområde är smalt var det av vikt att fånga upp de artiklar som gjorts och inte missa någon viktig artikel. Användandet av indextermer gör, enligt Kristensson (2014), sökningen mer specifik, vilket är en styrka i föreliggande studies sökstrategi. Att använda fritext hade kunnat öka sökningens känslighet och resulterat i fler träffar, dock skulle specificiteten minskat och fler irrelevanta träffar genererats (Kristensson, 2014). Enligt Kristensson (2014) är det vanligast att både indexord och fritext används i en sökstrategi, däremot ska så få fritextord som möjligt användas. Eftersom samtliga nyckeltermerna fanns som indexord och testsökningar där fritext användes blev för stora, togs beslutet att utesluta fritext från de nästkommande sökningarna. Då samtliga slutgiltiga sökningar, baserade på samma nyckelbegrepp, genererade ungefär samma artikelträffar ansågs söktermerna vara tillräckligt specifika för att kunna hitta de relevanta artiklarna för att besvara föreliggande studies syfte.

Sökningarna begränsades till att inkludera artiklar publicerade efter år 2000, för att så mycket forskning som möjligt skulle inkluderas i detta smala ämnesområde. Styrkan att inkludera 17 års forskning om ett relativt outforskat område ligger i att fånga upp majoriteten av det som undersökts. Svagheten här skulle kunna vara att äldre artiklar inte belyser den aktuella attityden till sex kopplat till ålderdom idag men enligt RFSU (2015) var och är sex hos äldre ett tabubelagt ämne, trots att förbättringar skett, vilket kan indikera att attityderna inte

förändrats mycket de senaste 17 åren. De äldsta artiklarna som inkluderats är emellertid från år 2004 (N=2) och den nyaste från år 2016 (N=1), vilket gör att forskning som utförts under 12 år analyserats. Att de inkluderade studierna har gjorts i sju olika länder (England, USA, Belgien, Turkiet, Spanien, Australien och Sverige) gör att kulturella, religiösa och sociala skillnader kan vara stora mellan länderna vilket kan tänkas försvaga föreliggande studies förmåga att finna överförbarhet. Trots att många års forskning samt artiklar från sju olika länder har inkluderats var de inkluderade studiernas resultat i stor utsträckning likartade eller rentav samstämmiga, vilket kan indikera viss överförbarhet mellan artiklarna.

I kvalitetsgranskningen, med Willman et al:s. (2011) granskningsmall, av de artiklar som ansågs kunna besvara föreliggande studies syfte granskades och bedömdes varje studie enskilt av de båda författarna för att sedan diskuteras tillsammans. Det här är en styrka i kvalitetsgranskningen då det enligt Kristensson (2014) stärker resultatet om flera personer tillsammans analyserar ett material, eftersom den enskilda personens förförståelse då inte riskerar att påverka tolkningen av studien och därmed den egna studiens resultat. En svaghet kan tänkas ligga i att kvalitetsgranskningsprotokollen fick modifieras för att passa typen av studier som granskades. Kristensson (2014) skriver däremot att granskningsmallar ibland kan behöva ändras för att passa uppsatsen, vilket tyder på att det inte är någon svaghet.

Majoriteten av de totalt medverkande i inkluderade studier var kvinnor (91,5 %). Den här fördelningen kan förklaras med att de enskilda studierna med störst antal medverkande vände sig till äldreboenden där de största yrkesgrupperna är sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Den totala könsfördelningen i föreliggande studies resultat speglar även hur det ser ut i Sverige inom dessa yrkeskategorier (Statistiska Centralbyrån [SCB], 2017), vilket tyder på att föreliggande studies resultat inte är skevt gällande kön i förhållande till hälso- och sjukvården i Sverige. Däremot kan, utifrån föreliggande studies resultat, inga slutsatser dras huruvida det finns någon skillnad i attityden mellan könen.

De åtta studier som, efter kvalitetsgranskning, inkluderades i föreliggande litteraturstudie har använt sig av kvalitativa intervjuer (n=4) samt kvantitativa enkätundersökningar (n=4) för att samla in data. Genom kvalitativa intervjustudier kan upplevelser, uppfattningar eller beskrivningar belysas medan en kvantitativ design kan beskriva förekomster, samband och likheter och skillnader (Kristensson, 2014). De metoder som studierna har använt är väl etablerade och enkätstudierna har använt sig av ASKAS som har både god validitet och

reliabilitet (White, 1982). Det finns trots allt, i samtliga inkluderade studier, en risk för ett så kallat socialt önskvärt bias (eng. *social desirability bias*), vilket innebär att deltagarna svarar vad de tror är det korrekta svaret snarare än efter deras faktiska åsikt, och svarsfelsbias (eng. *response set bias*), där exempelvis de som väljer att vara med i studien enbart är de som har en negativ eller positiv åsikt (Polit & Beck, 2014). Sju av de åtta inkluderade studierna diskuterar hur dessa möjligheter till bias kan ha skett under deras datainsamlingsprocess där deltagarna genom intervjuer eller enkäter fått redovisa hur de själva tänker kring situationer och företeelser angående äldres sexualitet (Dogan et al., 2008; Mahieu et al., 2016; Gott et al., 2004; Di Napoli et al., 2013; Villar et al., 2015a; Villar et al., 2015b, Bouman et al., 2007). Hur en person tänker sig att hen skulle agera i en situation jämfört med hur hen faktiskt agerar behöver däremot inte överensstämma. Det hade därför varit av intresse om det förutom intervju- och enkätstudier även funnits att tillgå och inkluderats etnografiska fältstudier som registrerat faktiska reaktioner på riktiga händelser. Etnografi, en forskningstradition inom den antropologiska disciplinen, kan användas inom omvårdnadsforskning för att undersöka kulturer på mikronivå inom en särskild typ av vårdenhet, exempelvis ett äldreboende, och kallas då fokuserad etnografi (eng. *focused ethnographies*) (Polit & Beck, 2014). Om etnografiska studier på vårdpersonals attityder till äldres sexualitet hade funnits att tillgå hade det berikat resultatet på ett sådant sätt att graden av socialt önskvärt-bias hade kunnat undersökas och syftet hade besvarats utifrån en grund som möjligen är mer förankrat i verkligheten.

I urvalet av studier har det eftersträvat att alla studier av relevans inkluderas och redovisas i enlighet med Forsberg och Wengströms (2016) beskrivning av hederlighet vid forskning. Det eliminerar däremot inte helt risken för att omedveten bias skett i urvalet av artiklarna. Eftersom forskningsområdet är smalt har emellertid alla artiklar som hittats, med rätt fokus för att besvara föreliggande studies syfte samt som varit av god kvalitet, inkluderats. Det har inte funnits några valmöjligheter utöver de artiklar som inkluderats. Författarna till föreliggande studies förförståelse kring ämnet låg i att attityden till äldres sexualitet inte är särskilt öppen och tillåtande. Endast en studie identifierad efter litteratursökningen talade emot det här. Den studien exkluderades emellertid på grund av låg kvalitet, då bland annat det externa bortfallet var 93 % och ingen bortfallsanalys genomförts. Det talar för att resultatet i studien kan ha varit missvisande och inte var generaliserbart (Kristensson, 2014).

Diskussion av framtaget resultat

Föreliggande studie syftar till att beskriva vårdpersonals attityder till äldres sexualitet och gör det med hjälp av Tornstams (2011) teori om attityd, där de tre huvudkomponenterna inom begreppet attityd var kunskap, känslor och hantering, som utgångspunkt. Tornstams teori (2011) valdes efter första genomgången av artiklarna, eftersom teorin låg i linje med de huvudkategorier som identifierats, och bidrog till en djupare förståelse för vårt resultat. Resultatet är mycket omfattande och i viss mån ambivalent. Det som valts att diskuteras är därför de fynd som skulle kunna vara av stor vikt att vara medveten om som vårdpersonal, som ledning i vårdorganisationer och som utbildningspersonal. De delar av resultatet som lyfts nedan är fördomars bakomliggande påverkan på hantering och känslor, påverkan en arbetsplatskultur i form av riktlinjer kan ha, attitydskillnader beroende på ålder och vikten av utbildning för enskild personals attityd gentemot äldres sexualitet.

I resultatet har det framkommit att fördomar kan vara en central underliggande orsak till den bristande hantering och de negativa känslor vårdpersonal uttrycker när de konfronteras med äldres sexualitet. Exempelvis beskrivs vårdpersonal ha en känsla av förvåning i mötet med äldres sexualitet (Villar et al., 2015a; Villar et al., 2015b; Gott et al., 2004), vilket indikerar att vårdpersonalen inte förväntar sig att äldre ska vara sexuellt aktiva. Gott et al. (2004) skriver även svart på vitt att fördomar kring äldres sexualitet hindrade allmänläkare, i sin studie, från att diskutera sexuell hälsa med äldre. Vidare tyder de restriktiva beteenden med uppsättande av barriärer som påvisats i flera studier (Villar et al., 2015b; Di Napoli et al., 2013; Roach, 2004) på att det finns vårdpersonal som anser att sex är något onaturligt när det utövas av äldre. Vid intervju av äldre personer framkom att även de upplevde att just fördomar och stigma kring äldres sexualitet var ett stort problem och en faktor som kan försvåra utövandet av sex för äldre på äldreboende, men som även kan hindra yngre människor från att tänka sig kunna ha ett bra sexliv under den senare delen av livet (Fileborn et al., 2017). Här kan intressanta paralleller göras med Tornstams teori (2011) där han beskriver hur fördomar, i olika grad, ligger till grund för den kunskap vi tror oss ha om äldre. Vidare skriver Tornstam (2011) att den känslomässiga komponenten i en attityd mot äldre bygger på en utgångspunkt där äldre ses som en grupp som generellt inte lever upp till samhällsideal, vilket skapar de negativa känslor som är en grundpelare i en negativ attityd. Likaså resonerar Bentrött och Margrett (2011) att det är samhällets tankar och värderingar som ligger i den yttersta cirkeln av den äldres omgivning, vilka genomsyrar alla led i

samhället, ända ner till personal som arbetar på äldreboendet eller familjens tankar och åsikter om äldres sexualitet (ibid.). De stereotypa föreställningar om äldres sexualitet som finns i samhället handlar till stor del om att det anses vara naturligt för äldre att vara asexuella (Fileborn et al., 2017; Huffstetler, 2006). Eftersom den sexuella hälsan är en viktig beståndsdel för upplevandet av god hälsa och livskvalitet (Statens Folkhälsoinstitut, 2012) för alla åldrar (Bentrott & Margrett, 2011) visar det här på att de stereotypa föreställningar som finns kring äldres sexualitet är just myter och inte sanning eller fakta.

Roach (2004) gör en viktig poäng när hen tar upp organisationskultur som en viktig faktor avseende vilka fördomar och mindre öppna attityder som kan finnas hos vårdpersonal och hur de kan komma till uttryck som känslor och handlingar. Bentrott och Margrett (2017) lyfter problemet med att lagstiftade sexuella rättigheter för alla åldrar saknas i många länder samt att sexualitet oftast inte finns i policys eller riktlinjer för vård av äldre. Sverige är ett av de länder som inte har nationella riktlinjer och det skapar osäkerhet hos vårdpersonal när det kommer till hantering av äldres sexualitet (Sundbeck, 2013). De riktlinjer som WHO (2016) har tagit fram angående rätten till sexualitet kan däremot användas som underlag för hur vårdpersonal och ledningsgrupper bör tänka kring arbetet med äldres sexualitet så att det utförs på ett sätt som inte kränker eller dömer, varken medvetet eller omedvetet. Vidare kan sjuksköterskeprofessionens ledord fungera som goda riktlinjer i sig för hur arbetet med äldres sexualitet ska gå till: att omvårdnaden ska utföras med lyhördhet, respektfullhet, trovärdighet, integritet och medkänsla (ICN, 2014) samt utföras på en personnivå där den unika patienten själv avgör vad hälsa betyder för hen (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Sjuksköterskor och övrig vårdpersonal ska även följa Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) där respekt för patientens självbestämmande och integritet präglar en god vård samt ska utföras på ett sätt som respekterar människors lika värde. På så vis kan patientens önskan och vilja om att kunna erhålla sexuell hälsa respekteras.

Högre ålder tenderar också att vara förknippat med mer kunskap om äldres sexualitet (Mahieu et al., 2016; Di Napoli et al., 2013; Bouman et al. 2007; Dogan et al., 2008), vilket även tidigare studier kommit fram till (Walker & Harrington, 2002). Att yngre personal verkar ha sämre kunskap om äldres sexualitet i jämförelse med äldre personal visar även Tornstam (2011) generellt angående yngre och äldres personers kunskap om äldre. Däremot fann Freeman, Sousa & Neufeld (2014) kunskaps- och attitydnivå hos studenter (majoriteten av deltagarna <20 år) som läste på kandidatnivå (eng. *bachelor*) där majoriteten kunde särskilja

stereotyper och fakta om äldres sexualitet. Dessvärre gjordes inga jämförelser med äldre personers förmåga att särskilja så som gjorts i de artiklar föreliggande studie analyserat angående kunskap. Således kan yngre vårdpersonal ha god kunskap men inte lika god som äldre vårdpersonal. En anledning till att yngre har lägre kunskap och mindre öppen attityd till äldres sexualitet än äldre, spekulerar föreliggande studies författare, kan vara att yngre har svårt att tänka sig att äldre har sex då ålderdomen ligger långt fram i tiden för dem själva. Det är en tanke som även Helmes och Chapman (2012) formulerat i sin studie där de undersökt just attitydskillnader mellan yngre och äldre vårdpersonal verksamma vid universitet och högskolor i flera olika länder. Detta fenomen kallar Hagestad och Uhlenberg (2005) för ålders- eller generationssegregation, det vill säga när olika åldrar på grund av olika intressen och sociala förhållanden (exempelvis jobb, studier, religion) inte interagerar med varandra och därmed inte får korrekta uppfattningar av varandra. Det här kan vara ytterligare en anledning till att yngre vårdpersonal har mer negativa tankar och stereotypa åsikter om äldre, än äldre vårdpersonal (ibid.). Vidare har yngre möjligen svårt att sätta sig in i att deras föräldrar är sexuellt aktiva och därmed att även äldre personer skulle kunna ha sex. Det diskuterar även Hodson och Skeen (1994) och menar att den föreställningen kommer av att sexuell aktivitet ses som oförenligt med föräldrarollen. Föreställningen om att en förälder eller äldre släkting skulle vara mindre sexuellt aktiv än en genomsnittlig äldre person är även något Floyd och Weiss (2001) visar finns hos yngre i sin studie där college-studenter fick svara på frågor om hur de trodde att en äldre vän eller äldre släkting (över 70 år) skulle svara på frågor om attityder och beteenden i relation till sexualitet.

Författarna till föreliggande studie resonerar vidare att vårdpersonals attityder gentemot äldres sexualitet kan vara generationsbetingade snarare än specifikt åldersbetingade. Hodson och Skeen (1994) menar att speciellt yngre tenderar att tro att äldre är begränsade till att fortsätta leva efter de sexuella seder som var aktuella när de äldre växte upp. Exempelvis antogs 90-talets äldre felaktigt att de växte upp i och fortfarande levde efter en samhällelig kultur där sex var begränsat till äktenskapligt samlag (ibid.). De här osanna föreställningarna lever kvar än idag och Fileborn et al. (2017) visade i sin studie att dagens äldre kämpar med en generationsbaserad attityd där samhällets nutida fördomar baseras på ännu äldre generationers samtida seder, trots att dagens 70-åringar trots allt var unga på 1960- och 1970-talet, en tid som präglades av bland annat sexuell frigörelse (Bentrott & Margrett, 2017).

Ju högre kunskap vårdpersonal besitter, desto mer öppen och tillåtande attityd uttrycks gentemot äldres sexualitet (Mahieu et al., 2016; Di Napoli et al., 2013; Bouman et al., 2007; Dogan et al., 2008). Det föreligger därför att kunskap om äldres sexualitet utgör en väsentlig del i hur vårdpersonals attityd gentemot äldres sexualitet kommer till uttryck, vilket ligger i linje med Tornstams (2011) teori där kunskap är en av de bärande aspekterna i attityden gentemot äldre. Generellt skattades kunskapen om äldres sexualitet dåligt i alla de studier som samlat in sådana data, men det fanns variationer beroende på sociodemografiska parametrar (Di Napoli et al., 2008; Dogan et al., 2008; Mahieu et al., 2016). De deltagare som exempelvis hade högre utbildning och främst akademisk sådan, visade på en mer öppen och tillåtande attityd till äldre och deras sexualitet (Mahieu et al., 2016; Di Napoli et al., 2013; Bouman et al., 2007; Dogan et al., 2008), vilket även tidigare forskning kommit fram till (Walker & Harrington, 2002). Den skillnad som framkommit i resultatet gällande specifikt sjuksköterskor och undersköterskors eller vårdbiträdens kunskapsnivå och typ av attityd fick även Bouman, Arcelus och Benbow (2006) fram i sin litteraturöversikt om attityder till äldres sexualitet. Den forskning som Bouman et al. (2006) specifikt hänvisar till gjordes 1998 och de studier vi analyserat som funnit skillnader i attityd mellan sjuksköterskor och undersköterskor eller vårdbiträden är alla gjorda efter att studien av Bouman et al. (2006) publicerades, varav den senaste inkluderade artikeln i föreliggande studie gjordes så sent som 2016. Det visar på att inte särskilt mycket har hänt de senaste två decennierna vad gäller attitydskillnader mellan sjuksköterskor och undersköterskor eller vårdbiträden.

Rent teoretiskt kan emellertid den positiva korrelationen mellan högre akademisk utbildning och mer kunskap om äldres sexualitet ifrågasättas eftersom sjuksköterskeutbildningen inte per automatik innehåller någon omfattande utbildning om äldres sexuella hälsa.

Litteraturunderlaget för detta resonemang är dock kraftigt begränsat, men det gäller åtminstone för sjuksköterskeutbildningen vid Lunds universitet (Lunds Universitet, 2017). Intressant nog har flera tidigare studier visat att det inte nödvändigtvis krävs en lång akademisk utbildning för att höja kunskapsnivån inom ett visst område. Riktade utbildningsinterventioner om sexuell hälsa hos äldre, patienter med demens (Walker & Harrington, 2002; Jones & Moyle, 2016; Bauer, McAuliffe, Nay & Chenco, 2013), patienter med cancerdiagnoser (Jonsdottir et al., 2016) och homosexuella patienter (Dunjić-Kostić et al., 2012) har alla resulterat i öppnare attityder genom ökad kunskap i det specifika ämnesområdet. Enligt Tornstams (2011) undersökningar om kunskaper om äldre som grupp hade högutbildade deltagare år 1982 sämre kunskap om äldre, vilket Tornstam menar kan

bero på att utbildningar förr kanske rentav gav information om äldre som utgjordes av stereotyper. För att kunna förbättra kunskapen om och i förlängningen också attityden gentemot äldres sexualitet är det centralt att vårdpersonal erbjuds utbildning i ämnet (Mahieu et al., 2016; Di Napoli et al., 2013; Bouman et al., 2007; Dogan et al., 2008; Villar et al., 2015a; Villar et al., 2015b; Roach, 2004; Gott et al., 2004). Vårdpersonal behöver inte bara mer utbildning om äldres sexualitet, de efterfrågar det rentav själva (Mahieu et al., 2016; Di Napoli et al., 2013; Dogan et al., 2008; Gott et al., 2004). I intervjuer med äldre personer har deltagarna dessutom uttryckt ett behov av särskild fortbildning för vårdpersonal inom äldres sexuella hälsa för att öka medvetenheten om att äldre faktiskt har sex (Fileborn et al., 2017). Vidare poängterar Helmes och Chapman (2012) att de som utbildar vårdpersonal har ett ansvar för att information om äldres sexualitet lärs ut på ett korrekt sätt för att skapa så bra förutsättningar som möjligt för att vårdpersonal ska utveckla öppna attityder gentemot äldres sexualitet.

Slutsats och kliniska implikationer

Vid skattning enligt ASKAS framkommer att vårdpersonal har en relativt god attityd gentemot äldres sexualitet. Vid djupgående analys när de tre attityd-komponenterna kunskap, känslor och handling togs i beaktning tenderade fler att falla över i gruppen med en mindre öppen och tillåtande attityd. Fördomar gentemot äldres sexuella hälsa präglar i stort vårdpersonals attityd till äldres sexualitet. En konsekvens av fördomarna är att kunskaper om äldres sexualitet kantas av felaktiga antaganden snarare än faktiska erfarenheter och vi har här belyst att vårdpersonal generellt har låg kunskap om äldres sexualitet och att kunskapen står i positiv korrelation med attityden. En viktig faktor för kunskapen och attityden är utbildningsnivån för vårdpersonalen, avseende främst akademisk utbildning men också ämnesspecifik fortbildning. Vidare kan vi konkludera att fördomar generellt skapar barriärer för de känslor och handlingar som attityden tar sig uttryck i, även om också positiva känslor och stöttande beteenden har beskrivits. Det är personal med positiva känslor och en öppen och tillåtande attityd som behövs för att äldre ska stöttas i uttrycket av sin sexualitet på ett personcentrerat sätt, där betydelsen av sex för den egna hälsan avgörs av den äldre själv i linje med sjuksköterskeprofessionens värdegrund (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

Vi drar slutsatsen att vårdpersonal med mindre öppna och tillåtande attityder måste genomgå en mentalitetsförändring avseende äldres sexualitet. Detta är något som tar tid och artiklar har

visat att ingen större förändring avseende hur samhället ser på äldres sexualitet har skett de senaste 23 åren (Hodson & Skeen, 1994; Fileborn et al., 2017). Utbildning har i resultatet visats vara en betydande del på vägen till att minska fördomar och öka kunskapen om äldres sexualitet och därigenom bidra till en mer öppen och tillåtande attityd hos samhället i allmänhet men vårdpersonal i synnerhet. Som Bentrott och Margrett (2017) lyfter är lösningen troligen också beroende på lagstiftandet av de sexuella rättigheterna och skapandet av policys och riktlinjer avseende äldres sexualitet inom sjukvården, hemsjukvården och på äldreboenden. Forskningen kring vårdpersonals attityder gentemot äldres sexualitet är kraftigt begränsad. För att utöka kunskapsläget och driva utvecklingen och förändringsarbetet framåt krävs fler och mer omfattande studier, bland annat etnografiska studier och större systematiska litteraturstudier. Dessa bör klarlägga vårdpersonals tankar och hantering av äldres sexualitet ytterligare, utvärdera handlings- och utbildningsplaner mot fördomar och dålig kunskap hos samhället i stort men särskilt vårdpersonal samt bidra till utformningen av framtida riktlinjer som kan implementeras i verksamheterna. Vad gäller sjuksköterskor ingår det i professionen att hålla sig uppdaterad om nya forskningsrön som har betydelse för patientens välmående (ICN, 2014). Att ta del av den forskning som finns i nuläget skulle kunna väcka tankar och göra att vårdpersonal börjar reflektera över sina egna beteenden och påbörja den förändring som krävs.

Författarnas arbetsfördelning

Härmed intygas att författarna till föreliggande studie haft en jämn arbetsfördelning genom hela arbetet där skrivandet gjorts sida vid sida, bortsett från kvalitetsgranskningen som först gjordes enskilt och sedan sammanställdes tillsammans.

Referenser

* Artiklar inkluderade i föreliggande studies resultat, N=8

Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013). Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff.

Educational Gerontology, 39, 82–91.

Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D., & Skoog, I. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ*, 337, a279.

Bentrott, M. D., & Margrett, J. A. (2011). Taking a Person-Centered Approach to Understanding Sexual Expression among Long-term Care Residents: Theoretical Perspectives and Research Challenges. *Ageing International*, 36(3), 401-417.

Bentrott, M. D., & Margrett, J. A. (2017). Adopting Multilevel Approach to Protecting Residents' Rights to Sexuality in the Long-Term Care Environment: Policies, Staff Training, and Response Strategies. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(4), 359-369.

Björck, I. (2016). Bättre sexliv trots värkande leder. *Aktuellt om vetenskap & hälsa*, 12.

Blomgren, E. (2016, juni). Sexhjälpmedel för män som drabbats av prostatacancer. *Aktuellt om vetenskap & hälsa*, 9-10.

Bouman, W. P., Arcelus, J., & Benbow, S. M. (2006). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(2), 149-161.

*Bouman, W. P., Arcelus, J., & Benbow, S. M. (2007). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 45-61.

*Di Napoli, E. A., Breeland, G. L., & Allen, R. S. (2013). Staff Knowledge and Perceptions of sexuality and Dementia of Older Adults in Nursing Homes. *Journal of Ageing and Health*, 25(7), 1087-1105.

*Dogan, S., Demir, B., Eker, E., & Karim, S. (2008). Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. *International Psychogeriatrics*, 20(5), 1019-1027.

Dunjić-Kostić, B., Pantović, M., Vuković, V., Randjelović, D., Totić-Poznanović, S., Damjanović, A., Jašović-Gašić, M., & Ivković, M. (2012). Knowledge: A Possible Tool in Shaping Medical Professionals' Attitudes Toward Homosexuality. *Psychiatria Danubina*, 24(2), 143-151.

Floyd, M., & Weiss, L. (2001). Sex and Ageing: A survey of Young Adults. *Journal Of Sex Education And Therapy*. 26(2), 133- 139.

Fileborn, B., Lyons, A., Hinchliff, S., Brown, G., Heywood, W., Dow, B., Malta, S & Minichiello, V. (2017). Improving the sexual lives of older Australians: Perspectives from a qualitative study. *Australasian Journal on Ageing*, 36(4), 36-42.

Freeman, S., Sousa, S. & Neufeld, E. (2014). Sexuality in later life: Examining Beliefs and Perceptions of Undergraduate Students. *Gerontology & Geriatrics Education*, 35(2), 200-213.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. F. Friberg (Red.). Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (s.141-152). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Garrett, D., & Tomlin, K. (2015). Incontinence and sexuality in later life. *Nursing Older People*, 27(6), 26-29.

Gewirtz-Meydan, A. & Ayalon, L. (2016). Physicians' response to sexual dysfunction presented by a younger vs. an older adult. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Doi: 10.1002/gps.4638.

Gledhill, S. & Schweitzer, R. D. (2014). Sexual desire, erectile dysfunction and the biomedicalization of sex in older heterosexual men. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 894 - 903.

Gott, M & Hinchliff, S (2003a). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine* 56(8), 1617-1628.

Gott, M. & Hinchliff, S. (2003b). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family Practice*, 20(6), 690-695.

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

Greenhouse, P. (1995). A definition of sexual health. *BMJ*, 310(6992), 1468-1469.

Gustavsson, B. (2006). The Philosophy of Science from a Nursing-Scientific Perspective. *Journal of Nursing Theory*, 15(4), 31-41.

Hagestad, G., & Uhlenberg, P. (2005). The Social Separation of Old and Young: A Root of Ageism. *Journal of Social Issues*, 61(2), 343-360.

Helmes, E. & Chapman, J. (2012). Education about sexuality in the elderly by healthcare professionals: a survey from the Southern Hemisphere. *Sex Education*, 12(1), 95-107.

Hodson, D., & Skeen., P. (1994). Sexuality and Aging: The Hammerlock of Myths. *Journal of Applied Gerontology* 13(3), 219-235.

Holmes, D., Reingold, J., & Terisi, J. (1997). Sexual expression and dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 695-701.

Huffstetler, B. (2006). Sexuality in Older Adults: A deconstructionist Perspective. *ADULTSPAN Journal* 5(1), 4-14.

Hughes, A. K & Lewinson, T. D. W. (2015). Facilitating Communication About Sexual Health Between Aging Women and Their Health Care Providers. *Qualitative Health Research*, 25(4), 540–550.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, övers.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jones, C., & Moyle, W. (2016). Sexuality & dementia: An eLearning resource to improve knowledge and attitudes of aged-care staff. *Educational Gerontology*, 42(8), 563-571.

Jonsdottir, J.I., Zoga, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G.V., Gunnarsdottir, S., & Fridriksdottir, N.(2016). Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 24-30.

Kessel, B. (2001). Sexuality in the older person. *Age Ageing*, 30(2), 121-124.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kristensson, J., & Jakobsson, U. (2010). Olika perspektiv på åldrandet. A. Ekwall (red.) *Äldres hälsa och ohälsa: en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Liberman, A. (2017). Disability, sex rights and the scope of sexual exclusion. *Journal of Medical Ethics*. Published online first: November 3. DOI: 10.1136/medethics-2017-104411.

Lindau, S. T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, *340*, c810.

Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*, *357*(8), 762-774.

Lunds Universitet (2017). *Kursplan för SJSF14: Hälsa och ohälsa i ett livscykelperspektiv*. Hämtad från <http://kursplaner.lu.se/pdf/kurs/sv/SJSF14>

*Mahieu, L., Dierckx de Casterle, B., Acke, J., Vandermarliere, H., Van Elssen, K., Fieuws, S. & Gastmans, C. (2016). Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nursing Ethics*, *23*(6), 605-623.

Minichiello, V., Rahman, S., Hawkes, G., & Pitts, M. (2012). STI epidemiology in the global older population: emerging challenges. *Perspectives in Public Health*, *132*(4), 178-181.

Minichiello, V., Hawkes, G., & Pitts, M. (2011). HIV, Sexually Transmitted Infections, and Sexuality in Later Life. *Current Infectious Disease Reports*, *13*(2), 182-187.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice* (8. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

*Roach, S. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, *48*(4), 371-379.

Riksförbundet för Sexuell Upplysning. (2015). *Äldre och sex – sexuell lust finns hela livet!* Hämtad 18 december, 2017, från Riksförbundet för Sexuell Upplysning, <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Sex-genom-livet/Aldre-och-sex/>

Riksförbundet för Sexuell Upplysning. (2016). *Ideprogram: RFSU*. Ineko AB 2016. Hämtad 8 mars, 2017, från Riksförbundet för Sexuell Upplysning, http://www.rfsu.se/Bildbank/Dokument/rfsu_ideprogram_2015.pdf?epslanguage=sv

Riksförbundet för Sexuell Upplysning. (2012). *Sex - på ditt sätt: Om sex för unga*. Vitt grafiska AB. Hämtad 18 december, 2017, från Riksförbundet för Sexuell Upplysning, <http://www.rfsu.se/Bildbank/Sex-Relationer/Sex-p%c3%a5%20ditt%20satt/sexpadittsatt.pdf>

Skoog, I. (2010). Sexualitet hos äldre. P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (Red.) *Sexologi* (s.101 - 109). Stockholm: Liber.

Statens Folkhälsoinstitut. (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

Statistiska Centralbyrån. (2017). *Genomsnittlig månadslön efter yrke, 2016*. Hämtad 18 januari, 2018, från Statistiska Centralbyrån, <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/loner-och-arbetskostnader/lonestrukturstatistik-landstingskommunal-sektor/pong/tabell-och-diagram/genomsnittlig-manadslon-efter-yrke/>

Sundbeck, M. (2013). *Sexuell hälsa i vården - en metodbok för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk Sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Tornstam, L. (2011). *Åldrandets socialpsykologi*. (8., rev. utg.) Stockholm: Norstedt.

Utrikesdepartementet. (2006). *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Stockholm: Elanders Gotab.

*Villar, F., Serrat, R., Celrán, M., & Fabà, J. (2015a). Staff attitudes and reactions towards residents' masturbation in Spanish long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 819-828.

*Villar, F., Fabà, J., Serrat, R., & Celrán, M. (2015b). What Happens in Their Bedrooms Stays in Their Bedrooms: Staff and Residents' Reaction Toward Male-Female Sexual Intercourse in Residential Aged Care Facilities. *Journal of Sex Research*, 52(9), 1054 - 1063.

Walker, B. L., & Harrington, D. (2002). Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educational Gerontology*, 28, 639-654.

Wendel, A-M. (2016, juni). Sex på äldre dar. *Aktuellt om vetenskap & hälsa*, 5-6.

World Health Organization (2016). *Gender and human rights*. Hämtad 30 december, 2017, från World Health Organization, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/

World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 9 mars, 2017, från World Medical Association, <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

White, C. (1982). A Scale of the Assessment of Attitudes and Knowledge Regarding Sexuality in the Aged. *Archives of Sexual Behavior*, 11(6), 491-502.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad; En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Zeiss, B. M., & Kasl-Godley, J. (2001). Sexuality in Older Adults' Relationships. *Generations*, 25(2), 18-25.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.