

Trine Heggvoll  
Elisabeth Sivertsen

## Parkinsons sykdom og seksuell helse

Antall ord: 8574

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Lars André Olsen

Mai 2020



Trine Heggvoll  
Elisabeth Sivertsen

## **Parkinsons sykdom og seksuell helse**

Antall ord: 8574

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie  
Veileder: Lars Andrè Olsen  
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Parkinsons sykdom er en nevrodegenerativ sykdom som kan påvirke forhold som normal seksuell aktivitet avhenger av og føre til nedsatt eller tapt seksualfunksjon.

**Hensikt:** Oppgaven har til hensikt å belyse hvordan pasienter med Parkinsons sykdom opplever sin seksuelle helse og hvordan de opplever møte med helsevesenet rundt det aktuelle temaet. Det er gjennom dette ønskelig å gi sykepleier bedre innsikt og forståelse, og finne ut hvordan sykepleier kan hjelpe pasientgruppen på best mulig måte.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie basert på fem kvalitative og tre kvantitative forskningsartikler.

**Resultater:** Flere rapporterte fysiske utfordringer, som videre fører til psykososiale utfordringer knyttet til seksualiteten sin. Dette førte videre til dårligere livskvalitet. Flere erfarte også mangel på forståelse og kunnskap i møte med helsepersonell.

**Konklusjon:** Parkinsons sykdom påvirker pasienters seksuelle helse på en negativ måte som påvirker livskvaliteten deres. Pasientene føler seg heller ikke godt nok ivaretatt av helsepersonell når det kommer til det seksuelle. Helhetlig sykepleie, sammen med god kunnskap om temaet, åpenhet og trygghet, er viktige momenter for sykepleier i møte med pasientgruppen.

# Abstract

**Background:** Parkinsons disease is a neurodegenerative disease that can affect aspects that normal sexual acitivity is dependent on and can lead to impaired or loss of sexual function.

**Aim:** To enlighten how pasients suffering from Parkinsons disease experience their sexual health and how they encounter health personnel regarding the subject. It is desireable to provide nurses with further insight and understanding, as well as explore how nurses could assist this patientgroup optimally.

**Method:** A systematic literature study based on five qualitative and three quantitative research studies.

**Results:** Numerous patients reported physical challenges that prompted psychosocial challenges regarding their sexuality. This further resulted in a poor quality of life. Multiple patients also experienced a lack of understanding and knowledge in their encounter with health personnel.

**Conclusion:** Parkinsons disease have a negative impact on patients sexual health, that further affects their quality of life. In addition, patients did not feel well accommodated when in contact with health personnel. Holistic care, in additon to knowledge, receptivity and security, are important aspects for nurses when meeting this patientgroup.

# Forord

*Health is not bought with a chemist's pill  
Nor saved by the surgeon's knife  
Health is not only the absence of ills  
But the fight for the fullness of life*

- Piet Hein

# Innhold

1	Innledning .....	9
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	9
1.2	Studiens hensikt .....	9
1.3	Problemstilling .....	9
1.4	Avgrensninger .....	9
1.5	Begrepsavklaring .....	10
1.6	Oppbygging av oppgaven .....	10
2	Teoribakgrunn.....	11
2.1	Parkinson sykdom .....	11
2.2	Seksualitet og seksuell helse .....	11
2.3	Virginia Hendersons behovsteori .....	12
2.4	Yrkesetikk, normer og holdninger .....	12
2.5	Kommunikasjon og behandling .....	12
3	Metodebeskrivelse .....	14
3.1	Datainnsamling.....	14
3.1.1	Søkestrategi .....	14
3.1.2	Kvalitetsvurdering .....	15
3.1.3	Etiske hensyn .....	16
3.2	Analyse .....	16
4	Resultat .....	17
4.1	Fysiske utfordringer.....	17
4.1.1	Fysiske utfordringer hos menn .....	17
4.1.2	Fysiske utfordringer hos kvinner.....	18
4.2	Psykososiale utfordringer hos menn og kvinner .....	18
4.3	Utfordringer i møte med helsevesenet.....	19
5	Diskusjon .....	21
5.1	Metodediskusjon .....	21
5.2	Resultatdiskusjon.....	22
5.2.1	Fysiske utfordringer som påvirker seksualiteten.....	22
5.2.2	Psykososiale utfordringer tilnyttet seksualiteten.....	24
5.2.3	Utfordringer i møte med helsepersonell .....	25
6	Konklusjon.....	27
6.1	Forslag til videre forskning .....	27
7	Referanser.....	28
8	Vedlegg.....	30
	8.1 Søketabell	
	8.2 Litteraturmatriser	



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Parkinsons sykdom er en nevrodegenerativ sykdom av ukjent årsak. Det oppstår omtrent 200 nye tilfeller av sykdommen per million mennesker per år. Sykdommen debuterer sjelden før 35-40-årsalder, og ofte starter den i 50-70-årsalderen. Mennesker over 70 år rammes hyppigst av sykdommen, selv om det i sjeldne tilfeller kan ses helt ned i 20-årsalderen (Bertelsen, 2016, s. 335; Gjerstad & Deitrich, 2020). Det mange ikke er oppmerksomme på, er at Parkinsons sykdom kan påvirke forhold som normal seksuell aktivitet avhenger av, da de fleste pasientene med Parkinsons sykdom har rapportert å ha fått nedsatt eller tapt seksualfunksjon etter sykdomsdebut. Siden det er vanlig å få diagnosen i en alder hvor det er normalt med avtagende seksuell aktivitet, er det lett å konkludere at disse menneskene ikke lengre er seksuelt aktive. Dette viser seg derimot at ikke er riktig. Flere eldre pasienter føler sex er viktig og er fortsatt seksuelt aktive (Bronner, 2011; Toft, 2010, s. 3).

Sykepleier er en av de aktuelle faggruppene som møter personer med Parkinsons sykdom, både i form av hjemmebaserte tjenester, sykehus- og sykehjemsopphold. Sykdommen kan være krevende selv overfor de med minimal sykdomsutvikling og symptomer, ved at Parkinsons sykdom kan ha stor innvirkning på livskvalitet (Herlofson & Kirkevold, 2015, ss. 484-488). Ifølge Toft (2010, s. 23), er seksualitet og samliv er sjeldent et tema under konsultasjoner med helsepersonell, noe som kommer av ulike årsaker. Samtidig er sykepleier viktig for å kunne bidra til en tilfredsstillende tilstedeværelse for den enkelte (Espeset, et al., 2016, s. 281). Sykepleier har også et ansvar for at pasientenes seksuelle behov settes på dagsordenen på linje med andre grunnleggende behov (Gamnes, 2016, s. 372).

## 1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å belyse hvordan pasienter med Parkinsons sykdom opplever sin seksuelle helse. Senere i oppgaven vil konsekvenser for sykepleie i møte med disse pasientene diskuteres. Gjennom dette vil vi som fremtidige sykepleiere få økt forståelse og kunnskap om hvordan vi kan møte denne pasientgruppen.

## 1.3 Problemstilling

Hvordan opplever pasienter med Parkinsons sykdom sin seksuelle helse?

## 1.4 Avgrensninger

I denne systematiske litteraturstudien har vi valgt å fokusere på pasientperspektiv. Eventuelle kjønns- og aldersforskjeller problematiseres ikke, da Parkinsons sykdom kan ramme yngre mennesker og begge kjønn. Seksuell helse som tema omhandler ofte parforhold og det ble derfor inkludert studier som inneholder pårørendeperspektiv, hvor vi valgte å fokusere på pasientperspektivet i studiene. Gjennom hvordan pasientene erfarer møte med helsepersonell, vil det være naturlig å diskutere sykepleieerfaringer i sammenheng med konsekvenser for sykepleie. Vi vil ikke gå inn på behandling av de ulike problemene som kommer opp, men holde oss til det generelle. Vi valgte å inkludere studier som knytter seksuell helse til livskvalitet. Selv om det ikke er presisert i problemsstillingen, er det relevant for pasienters egen opplevelse av seksuell helse.

## 1.5 Begrepsavklaring

**Parkinsons sykdom:** En nevrodegenerativ sykdom som gir symptomer som redusert evne til viljestyrte bevegelser, muskelstivhet og skjelving grunnet nedsatt nivå av dopamin (Gjerstad & Deitrich, 2020).

**Seksuell helse:** En tilstand av fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære i relasjon til seksualitet (World Health Organization, 2010).

**Pasientopplevelse:** Hvordan den enkelte opplever sin situasjon i møte med sykdommer og hvordan dette kan ha konsekvenser for dagliglivet (Kristoffersen, 2016a, s. 70).

## 1.6 Oppbygging av oppgaven

I kapittel to presenteres relevant teori for å belyse problemstillingen. I kapittel tre redegjøres det for metode med datasamling og analyse, rammer for artiklene og gjennomføring av søkeprosessen. I kapittel fire presenteres resultat av hovedfunn. I kapittel fem diskuteres metoden, og resultatene opp mot relevant teori, og sykepleiekonsekvenser blir drøftet. Dette munner ut med en kort konklusjon og forslag til videre forskning i kapittel seks.

## 2 Teoribakgrunn

Her vil vi presentere relevant teori knyttet til problemstillingen, som senere i oppgaven brukes til å belyse og diskutere funnene våre.

### 2.1 Parkinsons sykdom

Parkinsons sykdom er en sykdom som blant annet påvirker kroppens evne til å bevege seg, med symptomer som redusert evne til viljestyrte bevegelser, muskelstivhet og skjelving. Dette oppstår grunnet gradvis tap av celler som produserer dopamin, en viktig neurotransmitter for overføring av bestemte signaler mellom hjerneceller i basalgangliene, og symptomene bedres blant annet ved bruk av dopaminagonister som øker dopamininnholdet i hjernen (Gjerstad & Deitrich, 2020).

Sykdommen utvikler seg gradvis og det er store individuelle forskjeller på hvor hardt sykdommen rammer. Selv om livslengden ikke blir særlig påvirket av sykdommen, kan den være sterkt invalidiserende. Dette kan ha direkte sammenheng med selve sykdomsutviklingen, men kan også være resultat av andre forhold (Espeset, et al., 2016, s. 279; Herlofson & Kirkevold, 2015, s.488).

### 2.2 Seksualitet og seksuell helse

Et velfungerende seksualliv er av stor betydning for velvære, og kan være en ressurs til å mestre en vanskelig situasjon. Hos pasienter med Parkinsons sykdom er seksuelle problemer vanlige, og ser ut til å føre til dårligere livskvalitet for pasientene og deres partnere (Graugaard, Pedersen, & Frisch, 2012, ss. 36-37; Toft, 2010, s.8).

Normal seksuell aktivitet er avhengig av et godt fungerende nervesystem, god blodforsyning til kjønnsorganene, tilfredsstillende hormonproduksjon og en godt fungerende bekkenbunnsmuskulatur. Ved seksuelle tanker og tiltrekning blir det sendt signaler fra hjernen og til kjønnsorganene gjennom nervebaner. Deretter vil det aktiveres følelser og sanser gjennom impulser fra kjønnsorganene og tilbake til hjernen (Toft, 2010, ss. 6-7).

Begge kjønn kan få utfordringer med seksuallivet, og de fysiologiske prosessene her er like, til tross for at de utfolder seg forskjellig grunnet ulik anatomi. Utfordringene kan være et resultat av sykdommen, samtidig som pasientgruppen er i en alder hvor det er normalt med avtagende seksuell aktivitet (Toft, 2010, s.8). Utfordringene er først og fremst knyttet til det fysiske, altså det motoriske. Ereksjoner, ejakulasjoner, lubrikering av skjeden, og orgasmer er komplekse prosesser som innebærer det sympatiske og parasympatiske nervesystemet. Symptomer som dette kan igjen føre til at aspekter av seksuallivet opphører, og dermed mangel på intimitet. Dette vil kunne føre til dårligere mental helse, som depresjon, noe som er et vanlig fenomen ved Parkinsons sykdom. Depresjon kan videre gi en følelse av håpløshet. Videre kan selvbildet påvirkes, noe som kan føre til at vedkommende blir mindre trygg på seg selv (Aarre, Bugge, & Juklestad, 2015, s.307; Aars, 2011, s. 67-68; Gamnes, 2016, s.372; Toft, 2010, s.4-9).

Mange med kronisk sykdom er avhengig av hjelpemidler som kan støtte eller erstatte en sviktende seksuell funksjon. Ereksjonspumpe og pubisring for ereksjonssvikt, vibrator for kraftigere stimulering av erogene soner og glidemiddel for økt fuktighet i skjeden kan være relevante seksualtekniske hjelpemidler (Gamnes, 2016, ss. 403-404).

Det kan være vanskelig å kommunisere rundt seksualiteten sin. Sykdommen kan blant annet forandre stemmen, og det kan dermed bli vanskelig å formidle følelser og tanker

(Toft, 2010, ss.21-22). I tillegg kan angst for manglende forståelse for de endringene som er intrådt og redsel for å bli skuffet påvirke begge parter i forholdet. Selv om det seksuelle er det mest intime man kan dele med partneren sin, er det mange som sliter med kommunikasjonen rundt dette, da det for mange er et tabubelagt område. Dette viser hvor viktig trygghet i parforholdet er og kan føre til mer åpenhet (Toft, 2010, s.4). Manglende kommunikasjon kan føre til forverring rundt de psykiske problemene det seksuelle er knyttet opp mot (Toft, 2010, ss.21-22).

## 2.3 Virginia Hendersons behovsteori

Virginia Hendersons sykepleieteori går ut på å identifisere og avhjelpe pasienters grunnleggende behov og dimensjoner. Dette innebærer det fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle, for å gjøre pasienten «hel», da det er disse som utgjør ens livskvalitet (Kirkevold, 2020; Kristoffersen, 2016a, s.57; Kristoffersen, 2016b, ss.38-39).

Med helhetlig sykepleie menes det at sykepleier har ansvar for å ivareta alle behovene pasienten har når de ikke klarer det selv, da livskvaliteten kan påvirkes i negativ grad dersom dette ikke blir gjort (Kristoffersen, 2016a, s.57; Kristoffersen, 2016b, s.38). For at sykepleier skal kunne se hele mennesket, må vedkommende forstå hvordan både fysiske, psykososiale, sosiale og eksistensielle faktorer er en del av hver enkelt. Disse faktorene må derfor inkluderes i diagnose, forebygging og behandling (Bruusgaard & Rørtveit, 2019).

Det er også viktig å huske på at hvert enkelt menneske ivaretar de fysiske og psykososiale behov på sin egen individuelle og selvstendige måte. Pasienten kjenner sine behov selv, og må derfor inkluderes i bestemmelsen om hvordan de skal bli ivaretatt, og hvilken hjelp som ønskes (Kristoffersen, 2016b s.37).

## 2.4 Yrkesetikk, normer og holdninger

Sykepleier er informasjonspliktig og pasienter har rett til informasjon om alt som omhandler egen helse, noe som inkluderer konsekvenser av betydning for seksuallivet (Gamnes, 2016, s.401).

I møte med seksuelle problemstillinger kan den yrkesmessige og personlige etikken bli utfordret. Det er derfor viktig å arbeide etter yrkesetiske retningslinjer. For å ivareta pasienten og seg selv på best mulig måte må man ha kunnskap om egne og andres holdninger til seksualitet. For en helsearbeider med problematiske og/eller uavklarte forhold til egen seksualitet, blir det nødvendig å gå inn i en prosess som kan innbefatte endringer rundt ukomfortable situasjoner, økt oppmerksomhet på egne holdninger, og integrering av ny informasjon (Gamnes, 2016, ss. 398-401).

## 2.5 Kommunikasjon og behandling

Seksualitet og seksuell helse er noe av det mest intime i livene våre og er for mange et privat og dypt tema. Dette kan bety at de fleste ikke deler med hvem som helst om seksuallivet, hvor mange ikke snakker med noen om dette, som for eksempel med helsepersonell (Pedersen, 2016; Toft, 2010, s.23). Det er få pasienter som søker hjelp rundt egne seksuelle problemer, og de ønsker gjerne at helsepersonell tar initiativ til samtale (Bronner, 2011).

Det er et stort utvalg av seksualtekniske hjelpemidler som kan hjelpe når nervesystemet er påvirket av sykdom, og personer kan søke støtte fra NAV. Det er derimot ikke mulig å få lånt dette ved kommunale hjelpemiddelsentraler. Det stilles også få krav til kvalitet og sikkerhet, til tross for at det er minst like viktig for disse apparatene som andre midler. Helsepersonell må forstå at det finnes ulike midler til bruk ved seksuell aktivitet og behovet for seksuelle hjelpemidler må vurderes på lik linje som andre. Pasienter vil ha

behov for konkrete råd, informasjon og veiledning tilsvarende andre hjelpemidler (Gamnes, 2016, ss. 403-404).

Helsepersonell er lite trent i å prate rundt temaet seksuell helse, og kan ofte føle at de mangler kunnskap, og at det dermed ikke blir tatt opp med pasienter (Aars, 2011, s.47; Pedersen, 2016). Det er viktig at selv om sykepleier føler det er vanskelig å skape dialog rundt seksualitet, så skal ikke det sette en stopper for det (Aars, 2011, s.47).

Pasienters egne tanker og følelser rundt seksuell funksjon er viktig å få frem før sykepleier kan gi informasjon og veiledning. Det er viktig for å kunne kartlegge hva den enkelte faktisk trenger hjelp til. Pasienter er ofte selektive hvem de velger å dele slik sensitiv informasjon med. I tillegg mangler mange sykepleiere erfaring med å kommunisere rundt aspekter ved seksuell helse. De fleste sykehusavdelinger har rutiner for inntakssamtaler med pasienter, men de inneholder sjeldent spørsmål direkte knyttet til seksuell helse (Gamnes, 2016, s. 401).

Noe som kan gjøre det enklere for helsepersonell, er PLISSIT-modellen. Her blir tiltak rangert fra lette til mer omfattende, hvor noen trenger lette inngriper, mens noen trenger mer omfattende hjelp med blant annet personell med spesialkompetanse. For å starte en slik «behandling», er det viktig med et godt tillitsforhold mellom behandler og pasienten (Gamnes, 2016, s.400-402; Pedersen, 2016; Sex og Samfunn, 2020).

## 3 Metodebeskrivelse

Her vil vi redegjøre for metode med datasamling og analyse, gjennomføring av søkeprosessen og rammer for artiklene.

### 3.1 Datainnsamling

Denne oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie, som tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. For å kunne gjennomføre en slik studie, må man finne tilstrekkelig antall forskningsartikler av god kvalitet, som utgjør grunnlaget for resultat og konklusjon, og som besvarer problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2016, s. 27).

#### 3.1.1 Søkestrategi

For å velge søkeord tok vi utgangspunkt i problemstillingen. Søkeordene vi brukte var «parkinson's disease», «sex» og «experience» med synonymer, og kombinasjoner av boolske operatører som «and» og «or». Boolske operatører kan, ifølge Forsberg og Wengström (2016, s. 69), bidra til begrensning av resultat til artikler som inneholder begge eller alle søkeord og kan på den måten utelukke artikler som ikke er relevante for søket. Vi brukte også trunkering, som kan ses ved bruk av «\*» i slutten av søkeord. Da får man opp flere varianter av et begrep i søket (Forsberg & Wengström, 2016, s. 71).

Ifølge Forsberg og Wengström (2016, s. 64) er Cinahl (Cumulative Index to Nursing & Allied Health), en aktuell database for sykepleieforskning, og ble derfor brukt som vår første database. Deretter gikk vi over til ProQuest og Svemed+ som er en database som tar for seg medisinsk forskning.

Da vi ikke fikk mange gode resultater, hadde vi veiledning med bibliotekar, hvor bibliotekaren heller ikke fant flere artikler. Da utvidet vi søket fra kun «parkinson's disease» til «parkinson's disease» OR «chronic illness», for å få nok artikler. Ellers brukte vi søkeordene «sex\*» AND/OR «patient experience» med synonymer, som vist i vedlegg 8.1.

Da systematiske litteratursøk også kan utføres manuelt (Forsberg & Wengström, 2016, s. 63), så vi gjennom referanselisten til en artikkel vi tidligere fant; «Correlates of quality of sexual life in male and female patients with Parkinson disease and their partners». Der fant vi to artikler som virket relevant basert på titlene. Deretter ble abstraktene lest, og dermed fulltekstene. Oversikt over søkehistorikk, databaser, antall treff, samt leste og inkluderte artikler ligger i vedlegg 8.1.

Vi vurderte så alle artiklene ved å lese gjennom abstraktet først. Dersom vi kom fram til forskningsartikler som virket relevante, leste vi gjennom hele artikkelen for å undersøke om den kunne brukes. Vi diskuterte det faglige innholdet imellom oss og valgte åtte artikler ut ifra godt faglig innhold og relevans til problemstilling.

##### 3.1.1.1 Inklusjonskriterier

For å finne relevante artikler er det nødvendig å sette opp inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi ønsket fagfelleverderte artikler, samt artikler bygd opp etter IMRAD-prinsippet. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart (2012, s. 69) beskriver IMRAD som en struktur som innebærer hvorfor forfatterne vil gjøre studien (Introduksjon), hvordan de gjennomførte studien og analyserte resultatene (Metode), hva de fant (Resultat) og (And) hva de mener resultatene betyr (Diskusjon).

Vi ønsket som nevnt tidligere å fokusere på pasientperspektiv, samtidig som temaet seksuell helse påvirker ofte parforhold. Vi ønsket også å fokusere på hvordan selve sykdommen påvirker den enkeltes seksuelle helse og måtte dermed ekskludere enkelte funn.

### 3.1.1.1.1 Tabell 2 – Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier
Fagfellevurderte forskningsartikler
Artikler publisert mellom år 2000-2020
Engelsk eller nordisk språk
IMRAD struktur
Etiske vurderinger grunnet intimt tema (pkt 3.2.4)
Pasientperspektiv
Parkinsons sykdom
Seksualitet
Psykologiske og fysiologiske faktorer
Vitenskapelige artikler/forskningsartikler
Kronisk sykdom med like fysiologiske symptom som Parkinsons sykdom

Eksklusjonskriterier
Artikler spesielt rettet mot medisinske bivirkninger
Pårørendeperspektiv
Sykepleieperspektiv
Kronisk sykdom som spriker for langt fra Parkinsons Sykdom *

\*Kroniske sykdommer bestemte vi kunne være relevant dersom sykdommen bærer likhetspreg med Parkinsons sykdom og symptomutslag. Viser til kapittel 5.1 for videre forklaring.

### 3.1.2 Kvalitetsvurdering

Nortvedt et al. (2012, s. 70) viser til to overordnede spørsmål som første ledd i kritisk vurdering av alle typer forskningsartikler. Vi stilte oss selv spørsmålene om artiklene hadde en klart formulert problemstilling og om designet som er benyttet er velegnet til å besvare problemstillingen. Videre ble det sjekket opp om artiklene hadde IMRAD-struktur, noe de hadde. Helsebiblioteket (2016) inkluderer, i tillegg til kritiske spørsmål som nevnt tidligere, spørsmål om hva resultatet er, om vi kan stole på resultat og om de kan brukes i vår praksis. Videre har Helsebiblioteket (2016) og Nortvedt et al. (2012, s. 90) liste over sjekklister for kritisk vurdering, noe vi brukte for de kvalitative forskningsartiklene våre. For kritisk vurdering av de kvantitative artiklene, brukte vi Nortvedt et al. (2012, ss. 107-108) sjekklister for tverrsnittstudier.

En ekstra kvalitetssikring vi brukte var å søke de opp i Norsk Senter for Forskningsdata (uå) for å finne ut om artiklene vi fant var godkjente på nivå 1 eller 2, i tillegg til om de var fagfellevurderte. Alle artiklene er godkjente og fagfellevurdert.

### 3.1.3 Ethiske hensyn

God etikk er et viktig aspekt i alt vitenskapelig arbeid og det er derfor viktig at interessen for å innhente ny kunnskap veies opp mot kravet om å beskytte de involverte i studien (Forsberg & Wengström, 2016, s. 132). For oss var det viktig at forfatter har gjort egne etiske vurderinger, spesielt med tanke på det intime temaet i vår problemstilling. Vi ønsket beskyttelse av deltakere, noe som inkluderer samtykke og tilstrekkelig anonymisering av involverte deltakere (Søk & Skriv, 2018). I alle våre artikler er det blitt gjort etiske vurderinger og hensyn av forfatter.

## 3.2 Analyse

Analyse betyr å dele opp i mindre deler, og deretter undersøke delene hver for seg. Deretter setter man sammen delene til en helhet. Artiklene er analysert ved hjelp av innholdsanalyse etter metoden presentert av Evans (2002). Denne blir beskrevet gjennom fire trinn for å systematisk analysere artiklene og lage en syntese.

**Trinn 1:** I det første steget brukte vi databaser og manuelt søk for å finne fram til åtte forskjellige forskningsartikler som beskrevet under punkt 3.2. Disse ble vurdert i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdert, og etisk vurdert.

**Trinn 2:** I dette trinnet skal artiklene leses nøye, flere ganger. Det skrives ned nøkkelfunn fra hver artikkel (Evans, 2002, s.25). Vi leste de åtte artiklene på nytt hver for oss, nummererte dem fra 1-8, og førte de inn i litteraturmatriser. Deretter sammenlignet vi funnene med hverandre og delte de inn i nøkkelfunn. Dette er nøkkelfunnene vi kom fram til:

Seksuell helse, sexlyst, livskvalitet, seksuell dysfunksjon, relasjonsproblemer, tabu, psykisk helse, aksept og møte med helsepersonell.

**Trinn 3:** I dette trinnet skal man komme fram til felles kategorier med hjelp av nøkkelfunnene (Evans, 2002, s.25). Her gikk vi sammen og sammenlignet nøkkelfunnene for å se om de hadde samme utsagn. Videre førte vi kodene inn i ulike kategorier. Disse kategoriene ble: fysiske utfordringer, psykososiale utfordringer og utfordringer i møte med helsepersonell. Kategorien «fysiske utfordringer» fikk to underkategorier; fysiske utfordringer hos menn og fysiske utfordringer hos kvinner. «Psykososiale utfordringer» ble funnet å omhandle både menn og kvinner, da funnene her var ganske like.

### 3.2.1 Tabell 3 – Oversikt over kategorier og og underkategorier

Kategorier	Forskningsartikler
Fysiske utfordringer - Hos menn - Hos kvinner	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Psykososiale utfordringer hos menn og kvinner	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Utfordringer i møte med helsepersonell	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8

Videre delte vi det inn i underkategorier, som vist i tabellen over.

**Trinn 4:** I siste trinn skal det gjøres rede for de ulike funn som ble gjort (Evans, 2002, s.25). Her fargekodet vi nøkkelordene for å gjøre det mer oversiktlig, før vi gjorde rede for sentrale funn under i punkt 4.0.



## 4 Resultat

I dette kapitelet presenteres sentrale funn fra forskningsartiklene som er med på å belyse problemstillingen. Vi har valgt å dele det i underkapitler lik kategoriene i tabell 3.

### 4.1 Fysiske utfordringer

I denne kategorien presenteres funn rettet mot hva slags fysiske utfordringer pasienter med Parkinsons sykdom har rundt deres seksuelle helse. Kategorien bygges opp av syv av de åtte artiklene vi har funnet, og nøkkelord som blir brukt her er seksuell helse, livskvalitet, og seksuell dysfunksjon.

#### 4.1.1 Fysiske utfordringer hos menn

Forskningsartiklene viser til funn hvor menn rapporterte seksuell begrensning mer enn kvinner og at de blir påvirket av dette i større grad (Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005). Videre skal vi utdype de ulike fysiske utfordringene menn med Parkinsons sykdom opplever.

Innenfor seksuell helse viser studiene tydelige funn av menn som rapporterer fysiske utfordringer som følge av Parkinsons sykdom. Det hyppigste problemet menn opplever er ereksjonssvikt, hvor de rapporterer erektil dysfunksjon og impotens (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Kotková & Weiss (2013) viser til et eksempel av dette og skriver «for men, the most common problems were with erection and premature ejaculation». Samtidig som sitatet viser til problem med ereksjon, viser det til et annet tydelig funn; mannlige deltakere opplever problemer med prematur ejakulasjon, og beskriver det som en stor utfordring knyttet til seksuallivet (Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Et annet fysisk problem er orgasmeutfordringer, hvor menn rapporterer problemer med å nå orgasme under seksuell aktivitet. Dette skal dog ikke være en like stor utfordring som erektil dysfunksjon og prematur ejakulasjon (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). De fysiske utfordringene med ereksjon, ejakulasjon og orgasme er også funnet å være noe både yngre og eldre menn opplever ved seksuell aktivitet (Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010).

De fysiske utfordringene beskrevet ovenfor har sammenheng med Parkinsons sykdom og symptomene som kommer som følge av den (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Sykdom har stor effekt på seksuell helse og menn rapporterer de fysiske utfordringene som en følgetilstand av Parkinsons sykdom (Kotková & Weiss, 2013; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005). Studiene viser at de fysiske utfordringene er knyttet til sykdomsutvikling og nivå av motoriske symptom. Alder og kognitiv funksjon ble derfor utelukket som årsak (Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Menn med større utbredelse av Parkinsons sykdom og flere motoriske symptom, rapporterte oftere de fysiske utfordringene beskrevet tidligere i kapitelet (Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013). Videre ble Parkinsons sykdom og motoriske symptom funnet å være en stor årsak til misnøye med seksuallivet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Kotková & Weiss, 2013). De fysiske utfordringene menn opplever er sentralt i hvorfor menn opplever forandring i seksuell funksjon. Utvikling av sykdommen og forverring av motoriske symptom fører til mindre seksuell aktivitet, noe som videre har en

negativ effekt på livskvaliteten (Bronner et al., 2014; Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010).

#### 4.1.2 Fysiske utfordringer hos kvinner

Studier viser at bekymring og utfordringer ved seksuallivet oppleves uavhengig av kjønn, alder, sivilstatus og pleiebehov. Selv om menn rapporterte oftere seksuell begrensning, blir også kvinner funnet å oppleve fysiske utfordringer innen seksuell aktivitet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Videre skal vi utdype de ulike fysiske utfordringene kvinner med Parkinsons sykdom opplever.

Studiene viser at kvinner opplever spesifikke, fysiske utfordringer knyttet til seksuell aktivitet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Kotková & Weiss, 2013; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Et av hovedfunnene er at «Women with Parkinson's disease showed the greatest dissatisfaction within the sub-scales of communication, anorgasmia and general dissatisfaction with their sexual life» (Kotková & Weiss, 2013). Sitatet viser at kvinner har problemer med å nå orgasme, noe som er det hyppigst rapporterte problemet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Kotková & Weiss, 2013; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). En annen årsak til seksuell begrensning hos kvinner er mangelfull lubrikasjon i skjeden, hvor kvinner rapporterer vaginal tørrhet (Kotková & Weiss, 2013; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010).

Selv om forverring av motoriske symptom ikke er av like stor betydning for kvinner, ble sykdom fortsatt funnet å spille en stor rolle i deres seksualliv (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005). Aktiviteter og stillinger som tidligere var tilfredsstillende, ble etter sykdom ubehagelige og smertefulle. Ufrivillige forandringer gjorde det vanskelig for kvinner å oppnå tilfredsstillelse ved seksuell aktivitet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Kralik, Koch, & Telford, 2001). Kralik, Koch, & Telford (2001) viser til et eksempel og skriver «The symptoms of illness sometimes affected the woman's ability to engage in the act of sex, either physically and/or emotionally». Sitatet viser til et funn hvor kvinner opplever symptomer som følge av sykdom, og at dette påvirker deres evne til å være delaktig i seksuell aktivitet. Kroppen blir beskrevet som fremmed og en kilde til smerte og ubehag (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Kralik, Koch, & Telford, 2001). Studiene viser videre at utvikling av sykdom påvirker seksuell helse i stor grad. Fysiske utfordringer som følge av Parkinsons sykdom fører til at kvinner unngår seksuell aktivitet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005). Sykdommen har en konstant tilstedeværelse i kvinnenens liv og fører til seksuell begrensning, noe som fører til redusert velvære i seksuallivet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Kotková & Weiss, 2013; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Fysiske utfordringer og avtagende seksuell aktivitet blir vist å ha negativ effekt på livskvalitet (Bronner, et al., 2014; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010).

#### 4.2 Psykososiale utfordringer hos menn og kvinner

I denne kategorien tar vi for oss funn rettet mot hva slags psykososiale utfordringer pasienter med Parkinsons sykdom har rundt deres seksuelle helse. Kategorien bygges opp av syv av de åtte artiklene vi har funnet, og nøkkelord som blir brukt her er psykisk helse, relasjonsproblemer, livskvalitet og selvbylde.

Funn viser at de fysiske symptomene fra Parkinsons sykdom førte til at aspekter av seksuallivet opphørte, noe som videre førte til mangel på intimitet og lav seksuell tilfredshet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004). Et av hovedfunnene er at «For men,

the highest explanatory value in relation to sexual dissatisfaction is the element of depression and the motor-disability impact, for women it is the element of depression and state anxiety» (Kotková & Weiss, 2013). Sitatet viser at depresjon er en viktig faktor når det gjelder den seksuelle tilfredsheten hos både kvinner og menn med Parkinsons sykdom, enten grunnet sykdommen i seg selv eller behandlingen av den (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Kotková & Weiss, 2013). Funn viser også at mangel på intimitet og seksuell begrensning kunne føre til depresjon (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004). Videre viser funn at den mentale helsen til pasienter med Parkinsons sykdom er under gjennomsnittet og er en av grunnene til nedsatt sexlyst og tilfredshet med partneren sin. Depresjon og redusert emosjonelt velvære ble videre funnet å påvirke både seksuelle og ikke-seksuelle aspekter i et forhold (Bronner, et al., 2014; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Et annet funn er at dersom symptom på depresjon var alvorlige, ville også relasjonen til partneren og den seksuelle tilfredsheten være dårligere (Bronner, et al., 2014; Kotková & Weiss, 2013; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010).

Pasienter med Parkinsons sykdom er bekymret over deres seksuelle funksjon, noe som videre påvirker relasjonen til partneren sin. Dette er funnet å spesielt gjelde menn og yngre deltakere. Videre funn viser til at de fysiske symptomene Parkinsons sykdom medfører, påvirker relasjonen til partneren, blant annet gjennom at det er vanskelig å kommunisere om seksuallivet sitt (Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013).

Parkinsons sykdom og de fysiske utfordringene sykdommen medfører påvirker selvbildet til både menn og kvinner, noe som påvirket hvordan de opplevde seg selv som seksuelle individer. Dette kan videre føre til nedsatt seksuell lyst, tilfredshet og aktivitet. Videre påvirket det relasjonen de hadde til partneren sin ved at deltakerne ikke følte de kunne tilfredsstille deres seksuelle behov (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010).

Videre skriver Kralik, Koch & Telford (2001) i studien sin at «Learning to live with chronic illness was largely about acknowledging the changing perceptions of self. Women described fearing the change of the familiar self and often compared themselves in illness with their previous self». Studien indikerer at lavt selvbilde påvirker hver enkeltes seksuelle helse i stor grad. Hos de kvinnelige deltakerne var endret selvbilde og vanskelighet med å akseptere sykdommen noe som påvirket selvfølelsen. Deltakerne sammenlignet seg selv med hvordan de var før sykdommen, noe som påvirket hvordan de så på seg selv som seksuelle individer. Det ble videre rapportert at kroppen følte fremmed og sykdommen påtrengende.

### 4.3 Utfordringer i møte med helsevesenet

I denne kategorien går vi inn på utfordringer pasienter med Parkinsons sykdom har i møte med helsevesenet, med tanke på å kommunisere om og behandle de seksuelle problemene de opplever. Kategorien bygges opp av syv av åtte artikler, og inneholder nøkkelordene seksuell helse, tabu, livskvalitet, og utfordringer i møte med helsevesenet.

Traumer, Jacobsen, & Schantz Laursen (2018) skriver at «Some patients initiated conversations about their sexuality, but felt rejected by healthcare professionals, who dismissed these initiatives, whereas other patients were reluctant to discuss sexuality, but did not experience healthcare professionals bringing up sexuality either». Sitatet viser at behovet for kommunikasjon rundt seksuell helse ikke blir møtt. Flere forsøkte å initiere en samtale med helsepersonell og opplevde å bli avvist eller ikke forstått. Videre styrket det følelsen av tabu og det påvirket pasientene negativt på en psykologisk, emosjonell og sosial måte. Det ble også rapportert at deltakerne var usikre på om helsepersonell forstod

sykdommen, eller om de bare antok at nedgang i seksuell funksjon var aldersbetinget (Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005; Traumer, Jacobsen, & Schantz Laursen, 2018).

Pasientene med Parkinsons sykdom kvier seg for å ta opp problemene rundt sin seksuelle helse, da det er et så sensitivt tema. Dette signaliserer at pasientenes seksuelle helse ikke blir tatt opp med mindre det blir spurt om direkte fra helsepersonell. Det er derfor ønskelig fra pasientenes side at helsepersonell tar initiativet til å prate om det. Helsepersonell må samtidig være oppmerksomme på at disse problemene også kan oppstå hos de som er enslige, og ikke bare de som er i et parforhold (Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010).

Bronner et al. (2014) foreslår at helsepersonell bør fokusere mer på partnerens behov i tillegg til pasientens, samt planlegge tiltak for å få seksuelle behov dekt for å forbedre deres mentale helse. Det kan dermed forbedre seksuallivet og livskvaliteten hos de aktuelle parene. Det er viktig å huske at behovet for intimitet og seksuell aktivitet er viktige aspekter for å bevare livskvaliteten, uavhengig av forandringer i den seksuelle funksjonen. Dette støttes opp av studien gjennomført av Kotková & Weiss (2013) som beskriver seksualitet som et komplekst problem som har stor innvirkning på livskvalitet, og at det dermed har et stort behov for større oppmerksomhet fra helsepersonell.

## 5 Diskusjon

Her vil vi kritisk vurdere fremgangsmåten som ble brukt for å svare på problemstillingen. I resultatdelen vil vi presentere problemstillingen ved hjelp av forskningsartiklene og teori, samt drøfte konsekvenser for sykepleie.

### 5.1 Metodediskusjon

Denne oppgaven ble påstartet høsten 2019, og fullført våren 2020. Gjennom høsten 2019 var en av oss på utveksling, og våren 2020 var preget av pandemien som COVID-19-viruset brakte med seg. Dette førte til en ekstra belastning gjennom redusert motivasjon og en følelse av håpløshet. Vi har likevel jobbet så godt vi har klart til tross for situasjonen, og fokusert på hverandres styrker og svakheter for å få til et godt samarbeid og dermed resultat til slutt. Vi sitter også igjen med en følelse av at vi har fått en kvalitetssikring på oppgaven gjennom å være to stykker som skriver.

Vi ser i ettertid at vi skulle lest Forsberg & Wengström (2016) og oppsøkt bibliotekar tidligere enn det vi gjorde, for å spare både tid og hodebry da vi tidlig hadde utfordringer med å finne forskning. Etter møte med bibliotekar, kom vi fram til noen tiltak for å utvide søkeresultatene. Dette gjorde at vi til slutt klarte å gjennomføre et godt systematisk litteratursøk.

Da vi slet med å finne forskning på temaet, valgte vi å søke etter artikler som ble utgitt mellom 2000-2020. Noen av artiklene våre er derfor mer enn 10 år gamle, noe som kan ses som en svakhet ved at det ikke er nyere forskning. Vi føler dog at de svarer godt på problemstillingen og støttes av de nyere studiene. De ble derfor inkludert.

For å utvide søket ble «chronic illness» brukt som et slags synonym til «Parkinsons disease», hvor vi fant en artikkel som omhandler kronisk sykdom. Dette kan ses som en svakhet ved oppgaven da det ikke er direkte knyttet til Parkinsons sykdom. Ved å lese gjennom artikkelen fant vi at en del av deltakerne hadde lignende fysiske utslag som Parkinsons sykdom medfører, ved at deltakerne i studien beskrev symptom som omhandlet kroppsdeler og funksjon som forandret etter sykdommen. Vi følte derfor at det var en god kvalitativ artikkel som belyser problemsstillingen godt. I tillegg viser Forsberg & Wengström (2016, ss. 42-48) at «Kvantitative og kvalitative studier kan brukes sammen for å få ulike typer informasjon om et problem». Vi endte dermed opp med fem kvalitative og tre kvantitative artikler.

De tre kvantitative artiklene medførte derimot større arbeid med å finne relevante funn. Da problemstillingen er rettet mot pasienterfaringer, noe man får fra kvalitativ forskning, er kvantitative artikler noe som kan svekke resultatdiskusjonen vår og et svar på problemstillingen. Ved å nøye lese gjennom alle artikler, fant vi at de tre kvantitative artiklene inkluderte beskrivende resultat fra pasientene og viste seg å støtte opp de kvalitative artiklene. De åtte artiklene sammen hjalp oss belyse viktigheten og omfanget av problemet gjennom en kombinasjon av erfaringer fra kvalitativ forskning, samt et bilde av omfanget av problemet fra kvantitativ forskning. Det gav oss et helhetlig syn på temaet og vi bestemte oss derfor å inkludere disse i vår studie.

## 5.2 Resultatdiskusjon

Gjennom de åtte forskningsartiklene skulle vi utforske hvordan pasienter med Parkinsons sykdom opplever sin seksuelle helse. Gjennom vår systematiske litteraturstudie fant vi at pasienter opplevde utfordringer både på det fysiske og det psykososiale plan, i tillegg til utfordringer i møte med helsepersonell. Resultatet viser også at utfordringene var avgjørende for opplevelsen av deres seksuelle helse og at temaet var sensitivt noe som førte til utfordringer med å kommunisere med helsepersonell.

### 5.2.1 Fysiske utfordringer som påvirker seksualiteten

Parkinsons sykdom kan påvirke seksuell aktivitet ved at det fører til forandringer i både nervesystemet, blodforsyning til kjønnsorgan, hormonproduksjon og muskulatur. Samtidig er denne pasientgruppen ofte i en alder hvor det er normalt med avtagende seksuell aktivitet (Toft, 2010, ss. 7-8). Studiene indikerer derimot at alder ikke er av like stor årsak for fallende seksuell funksjon. Yngre, mannlige deltakere opplevde tilsvarende fysiske utfordringer som de eldre, og alle deltakere følte at seksuelle begrensninger kom som følge av lidelsen (Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). I møte med pasienter, enten i hjemmet eller institusjon, er det derfor viktig at utfordringer i seksuallivet ikke blir antatt å være på grunn av alder. Selv om vedkommende er eldre, kan det ikke ignoreres av helsepersonell. Sykepleier er informasjonspliktig og pasienter har krav på informasjon om alt som omhandler egen helse. Dette inkluderer alle konsekvenser som er av betydning for seksualitet (Gamnes, 2016, s. 401). Det krever kompetanse og kunnskap om hvordan sykdom kan påvirke aspekter ved seksuell helse. Pasienter må vite hvilke forandringer og utfordringer som kan komme ved Parkinsons sykdom. Sykepleier må derfor anvende relevant fagstoff og litteratur for å kunne videreformidle hvordan lidelsen kan påvirke aspekter ved seksuell aktivitet.

Parkinsons sykdom kan påvirke kroppens evne til mobilitet og medfører motoriske symptom som redusert evne til viljestyrte bevegelser, muskelstivhet og skjelving (Gjerstad & Deitrich, 2020). Sykdomsutvikling og forverring av bevegelsesevne blir i resultatet funnet å føre til flere fysiske utfordringer ved seksuelt samvær. Opplevelse av smerte og ubehag ved aktiviteter som tidligere var tilfredsstillende ble en stor belastning for deltakerne (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005). Før sykepleier kan gi veiledning og informasjon er det viktig å få frem pasientens egne tanker og følelser om seksuell funksjon, for å kunne kartlegge hva den enkelte faktisk trenger hjelp til. Utfordringen oppstår når helsepersonell mangler erfaring med å kommunisere om temaet. I tillegg er pasienter ofte selektive med hvem de velger å dele slik sensitiv informasjon med. Majoriteten av sykehusavdelinger har rutiner for innsamtaler med pasienter. De inneholder derimot sjeldent spørsmål direkte knyttet til seksuell helse (Gamnes, 2016, s. 401). Barrierer for både sykepleier og pasient gjør det problematisk å identifisere den enkeltes behov. For å unngå konsekvenser av manglende hjelp og behandling er det essensielt å innhente informasjon om pasientens opplevelser. Her er det sykepleiers ansvar å kunne ta i bruk eventuelle verktøy i møte med pasienten for å skape et trygt miljø og god dialog rundt aspekter ved seksuallivet. PLISSIT-modellen kan her være et godt hjelpemiddel for å rangere tiltak fra lette til mer omfattende. Modellen kan gjøre det enklere for helsepersonell å kartlegge pasientens seksuelle behov, uten å gå i dybden av problemene (Pedersen, 2016).

Forbindelsen mellom hjernen, de kroppslige funksjonene og følelsene våre, gjør at seksuell aktivitet er avhengig av et godt fungerende nervesystem. Ved seksuelle tanker og tiltrekning sender hjernen signaler gjennom nervebanen til kjønnsorganene. Følelser og

sanser aktiveres og impulser blir sendt fra kjønnsorganene tilbake til hjernen (Toft, 2010, s. 6). Funn i studiene viser at fysiske utfordringer i seksuallivet er en stor påkjenning. Ereksjonssvikt og ejakulasjonsproblemer ble hyppigst rapportert hos menn, mens kvinnene uttrykte vansker med mangelfull lubrikering og tørr skjede. Orgasmeutfordringer var noe begge kjønn opplevde (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Selv om det er ulikheter mellom belastningene som oppleves, er de fysiologiske forløpene like. De er alle komplekse prosesser som innebærer det sympatiske og parasympatiske nervesystemet (Aars, 2011, ss. 67-68; Toft, 2010, ss. 4-9). Mange med kronisk sykdom er avhengig av hjelpemidler som kan erstatte eller støtte sviktende seksuell funksjon. Selv om det er stort utvalg av seksualteknisk utstyr, er det ikke mulig å få lånt dette ved kommunale hjelpemiddelsentraler. Det er også få krav til kvalitet og sikkerhet, til tross for at det er minst like viktig for disse apparatene som andre. Personer kan derimot søke støtte fra NAV. I møte med pasientene må helsepersonell derfor forstå at det finnes midler til bruk ved seksuell aktivitet når nervesystemet er påvirket av sykdom. Dette inkluderer ereksjonspumpe og pubisering for ereksjonssvikt, vibrator for kraftigere stimulering av erogene soner og glidemiddel for økt fuktighet i skjeden. Behovet for seksuelle hjelpemidler må vurderes på lik linje med andre. Pasienter trenger konkrete råd, informasjon og veiledning tilsvarende andre hjelpemidler (Gamnes, 2016, ss. 403-404). Det blir også her viktig for sykepleier å innhente informasjon, for deretter å kartlegge hva pasienten faktisk har behov for. Råd og veiledning i forhold til relevante hjelpemidler kan bidra til et bedre seksualliv. Sykepleier må derfor legge til rette for at pasienter kan ta i bruk seksualtekniske apparater. Noe som innebærer å informere om og hjelpe med søknadsskjema for støtte fra NAV.

Resultatet viser at sykdommen, motoriske symptom og fysiske utfordringer fører til nedgang i seksuell aktivitet både hos menn og kvinner (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005). Hvordan dette påvirker den enkeltes liv kan variere. Mennesket består av både fysiske, psykiske, åndelige og materielle dimensjoner. Opplevelsen av disse vil derfor utgjøre hver enkeltes livskvalitet (Kirkevold, 2020; Kristoffersen, 2016a, s.57; Kristoffersen, 2016b, ss.38-39). Studiene indikerer at seksuell helse påvirker flere aspekt ved mennesket og at misnøye med seksuallivet har negativ effekt på livskvalitet (Bronner, et al., 2014; Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010). En dansk studie gjennomført av Graugaard, Pedersen & Frisch (2012, ss. 36-37) viser lignende funn, hvor seksuelt samvær som fungerer slik den enkelte ønsker er avgjørende for velvære, og kan være en ressurs for å mestre en vanskelig situasjon. Sykepleier må derfor se hele mennesket og forstå hvordan ulike faktorer påvirker den enkelte. En slik holistisk tankegang er essensielt i forebygging og behandling (Bruusgaard & Rørtveit, 2019). Manglende oppfølging av de fysiske utfordringene ved seksuell helse kan føre til at pasienter med Parkinsons sykdom ikke får den hjelpen de har krav på. Selv om det er et sensitivt tema, burde det få like stor oppmerksomhet fra helsepersonell som alt annet. Sykepleier må ha kunnskap om hvordan sykdom kan påvirke seksuell funksjon og hvilke tiltak som kan iverksettes. Dette innebærer relevante hjelpemidler som kan bedre pasienters seksualliv. Dersom pasienter ikke blir møtt med åpenhet og trygghet rundt seksualitet kan det medføre redusert velvære og svikt i behandling. Kartleggingsverktøy, som PLISSIT-modellen, kan være et godt redskap for god kommunikasjon. Pasientens tanker og følelser må tas på alvor og ikke bagatelliseres. Samtidig kan ikke dialogen tvinges frem av sykepleier, og krever samspill mellom alle parter.

### 5.2.2 Psykososiale utfordringer tilknyttet seksualiteten

Parkinsons sykdom medfører at deler av seksuallivet opphører, noe som videre fører til mangel på intimitet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004). Sammen med seksuelle utfordringer og lavere seksuell tilfredshet, kan det føre til dårligere mental helse og depresjon. Dermed er det en sammenheng mellom våre fysiske og psykososiale behov, som understreker hvor viktig det er for velvære og psykisk helse (Aars, 2011, s. 6; Gamnes, 2016, s.372; Toft, 2010, s.9). Den mentale helsen til pasienter med Parkinsons sykdom er lavere enn gjennomsnittet, og depresjon og redusert emosjonelt velvære kan påvirke både seksuelle og ikke-seksuelle aspekter ved mennesket. Mangel på intimitet kan føre til depresjon. I tillegg kan depresjon også påvirke seksuallivet med nedsatt sexlyst og tilfredshet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi, 2004; Bronner, et al., 2014; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Dette viser hvor stor påvirkning psykisk helse har på seksuallivet hos den enkelte. Samtidig opplever personer med depresjon ofte en følelse av håpløshet, lite initiativ og liten tro på seg selv (Aarre, Bugge & Juklestad, 2015, s. 80). For å fremme motivasjon og drivkraft hos den enkelte, må sykepleier bidra til selvbestemmelse. Det innebærer at pasienter selv må få bestemme hvilke behov som skal ivaretas og hva slags hjelp som behøves (Kristoffersen, 2016b, ss.37-38). For at pasienten kan inkluderes i kartlegging og iverksetting av tiltak, krever det at sykepleier formidler informasjon på en forståelig måte. Et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient er essensielt for å fremme motivasjon og drivkraft.

I tillegg til at depresjon viser å ha effekt på seksuell tilfredshet, ble det også i resultatet vist å påvirke relasjoner. Hos pasienter med alvorlige symptom på depresjon, var relasjonen til partnerne dårligere (Bronner, et al., 2014; Kotková & Weiss, 2013; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Seksualitet er det mest intime å dele med partneren, og trygghet er viktig i et parforhold. Angst og frykt for manglende forståelse overfor endringene som har oppstått, i tillegg til redsel for å bli skuffet, kan påvirke begge parter i forholdet (Toft, 2010, s. 4). Pasienter frykter at seksuell funksjon skal påvirke relasjonen til partneren sin, noe den gjør gjennom de fysiske symptomene. Fysiske forandringer gjør det også vanskelig å formidle tanker og følelser (Hand, Gray, Chandler & Walker, 2010; Kotková & Weiss, 2013). Evnen til å kommunisere kan bli forstyrret som følge av sykdommen, og kan være en underliggende årsak til utfordringer i relasjonen (Toft, 2010, ss. 21-22). Å vite hvordan pasienten selv opplever egne behov og hvordan disse best kan imøtekommes er grunnleggende for god sykepleie (Kristoffersen, 2016b, s.39). Dersom pasienten har utfordringer med å formidle aspekter ved seksuallivet, kan det bli vanskelig for sykepleier å finne ut hvilke behov som krever tiltak. Samtidig er det viktig å hjelpe pasienten i relasjoner, da mangel på god kommunikasjon med partneren kan føre til forverring av de psykiske problemene det seksuelle er knyttet opp mot (Toft, 2010, s.10). Helsepersonell må respektere at pasienter har behov for privatliv lik andre mennesker. Dersom pasientene bor på institusjon, kan sykepleier forsøke å gi tilbud om eget rom hvor pasienten kan ta imot besøk av hvem de vil, og gjerne overnattingsgjester. Sykepleier skal vise respekt ved å banke på og vente på svar, tilsvarende andre pasientrom. Den enkelte vil da få mulighet til å være med partneren sin uforstyrret (Gamnes, 2016, s.402).

Sykdommen og fysiske utfordringer påvirker selvfølelsen hos både kvinner og menn, noe som påvirker seksuallivet i stor grad. Samtidig ble det funnet at nedsatt seksuell lyst, tilfredshet og aktivitet videre forverrer selvbildet (Bronner, Royter, Korczyn & Giladi, 2010; Kralik, Koch & Telford, 2001 og Wielinski, Varpness & Erickson-Davis. 2010). Dette kan føre til at personer blir mindre trygg på seg selv, hvor manglende selvtillit igjen kan være årsak til seksuelle forstyrrelser (Bronner, 2011; Toft, 2010, s. 4). Det ytre har derfor mye å si for selvfølelsen, samtidig som det understreker at helsepersonell må være bevisst over dette. Sykepleier må iverksette tiltak som kan fremme selvfølelse. Noe som innebærer



grunnleggende pleie, som å tilby hjelp til personlig hygiene og å holde miljøet rundt rent og ryddig (Gamnes, 2016, s.403).

Sykepleier har ansvar for å hjelpe pasientene ivareta behov innen alle dimensjoner, noe som også innebærer psykososiale tiltak innen seksuell helse. Dersom dette svikter, kan det påvirke livskvaliteten hos den enkelte (Kristoffersen, 2016a, s.57; Kristoffersen, 2016b, s.38). Utfordringene beskrevet i dette kapittelet kan gjøre det vanskelig for sykepleier å ivareta pasientenes behov og livskvalitet. Vi har alle en individuell og selvstendig måte å ivareta både våre fysiske og psykososiale behov og sykepleien må derfor tilpasses den enkelte (Kristoffersen, 2016b s.37). For å klare dette, må sykepleier forstå hvordan både fysiske, psykososiale og sosiale faktorer er en del av mennesket (Bruusgaard & Rørtveit, 2019). En slik holistisk tankegang kan hjelpe sykepleier med å ivareta alle behovene den enkelte har når de ikke klarer det selv, med mål om å bevare god livskvalitet.

### 5.2.3 Utfordringer i møte med helsepersonell

Seksualitet og samliv er personlig og intimt, og det kan derfor være vanskelig for den enkelte å ta opp utfordringer knyttet til dette i møte med helsepersonell (Toft, 2010, s. 23). Resultatet viser at pasienter kvier seg for å fortelle om utfordringer rundt egen seksuell helse, da det er et sensitivt tema, og at pasienter ikke varsler om utfordringer med mindre de blir spurt direkte om det. Når det først ble tatt opp, følte de at problemene ikke ble anerkjent og behandlet sensitivt av helsepersonell (Hand, Gray, Chandler, & Walker, 2010; Kralik, Koch, & Telford, 2001; Wielinski, Varpness, & Erickson-Davis, 2010). Å ikke bli møtt på en tilfredsstillende måte kan være hemmende for den enkelte, og kan fremme redsel og skam (Bronner, 2011, Toft, 2010, s. 23). Videre viser funn i studiene at helsepersonell i tillegg må fokusere på partnerens behov, noe som var avgjørende for et bedre samliv og livskvalitet (Bronner, et al., 2014; Kotková & Weiss, 2013). Dette understreker viktigheten av at helsepersonell er åpne og møter pasientene og partnerne på en respektfull måte. Et mål for sykepleier må være god kommunikasjon og dialog rundt seksualitet som alle parter kan dra nytte av (Gamnes, 2016, s. 402). Sykepleier må ta initiativ til samtale om seksuallivet hos den enkelte, på tomannshånd, og deretter inkludere partner dersom det er ønskelig.

Helsepersonell står sentralt når det kommer til informasjon og støtte ovenfor mennesker i samfunnet. Samtidig har de et ansvar for at pasientens seksuelle behov settes på dagsordenen (Gamnes, 2016, s. 372; Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005). Pasienters seksualliv er derimot ikke i fokus blant sykepleiere, noe som kan skyldes at de har lite erfaring i å kommunisere om temaet, og dermed unngår dialogen (Aars, 2011, s.47). Helsepersonell har ifølge pasienter en tendens til å virke ubekvemme ved samtale om seksualitet og samliv, som videre styrket følelsen av tabu. Når pasienter forsøkte å fortelle om seksuelle utfordringer følte de seg møtt med antagelser om at problemene var grunnet alder. Å bli møtt med misforståelse styrket usikkerheten rundt helsepersonells kunnskap om sykdommen, og følelsen av å bli avvist medførte at behovene rundt deres psykososiale helse ikke ble møtt (Mott, Kenrick, Dixon, & Bird, 2005; Traumer, Jacobsen, & Schantz Laursen, 2018). Her må sykepleier huske å innhente kunnskap om temaet før det tas opp med pasient og pårørende, og huske at selv om det kan føles vanskelig, så skal ikke det sette en stopper for å kommunisere rundt selve problemet (Aars, 2011, s.47). Seksuelle problemstillinger utfordrer oss sterkere og dypere enn andre problem, da det berører oss følelsesmessig. I situasjoner hvor pasienter tidligere har følt avvising og antagelser, kan det bli vanskelig å ta opp intime tema på nytt som følge av frykt for videre avvising og skam. Det kan dermed bli vanskelig for sykepleier å samle informasjon om pasientens behov og hvordan de kan imøtekommes (Kristoffersen, 2016b, s.39; Pedersen, 2016). Når helsepersonell i tillegg mangler relevant kunnskap blir konsekvensen manglende fokus rundt dette i møte med pasienter. Dette kan gjøre det vanskelig å dekke pasientens grunnleggende behov og grunnlag for god livskvalitet (Gamnes, 2016, s.396).

Sykepleierens yrkesmessige og personlige etikk kan bli utfordret i møte med seksuelle problem. Dersom vedkommende har problematiske eller uavklarte forhold til egen seksualitet, kan det medføre større hindring i møte med pasienter. Dette krever kunnskap om egne og andres holdninger til seksuell helse, samt integrering av ny informasjon (Gamnes, 2016, ss. 398-401). Konsekvensen av manglende erfaring rundt seksuelle utfordringer kan føre til situasjoner hvor pasienter ikke får nødvendig informasjon rundt seksuallivet, noe de har krav på (Gamnes, 2016, s. 401; Pedersen, 2016). Her kan sykepleier igjen ha nytte av PLISSIT-modellen ved å rangere tiltak fra lette til mer omfattende. Det kan gjøre det enklere å kartlegge pasientens behov uten å gå i dybden av problemene. Samtidig kan det gi økt forståelse om dette er noe som kan løses av sykepleier eller om det må refereres til noen med mer kompetanse (Pedersen, 2016; Sex og samfunn, 2020). Helsepersonell bør strebe etter et godt tillitsforhold med pasienten for å enklere kunne kommunisere og skape dialog rundt seksuell helse. Tillit avhenger av at den som mottar helsehjelp er trygg på kompetansen til den som yter pleie. Det innebærer at sykepleier er forsvarlig i utøvelsen og krever bevissthet over egen kompetanse, og dermed bringer inn noen med spesialkompetanse hvor det er nødvendig.

## 6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan Parkinsons sykdom påvirker pasienters seksuelle helse. Sykdommen viser å føre med seg flere faktorer som påvirker seksualiteten, både fysisk og psykososialt. utfordringer rundt kommunikasjon fører også til at pasientene ikke føler seg godt nok ivaretatt av helsepersonell. Seksualitet er en del av våre grunnleggende behov, noe som videre er knyttet til livskvalitet. Seksuelle utfordringer denne pasientgruppen opplever, samt manglende åpenhet og dialog fra helsepersonell, fører derfor til nedsatt livskvalitet.

For å utøve helhetlig pleie og fremme livskvalitet må sykepleier kunne se hele pasienten med alle behov. Mennesker er ulike med varierende problemstillinger og ønsker for behandling. Det krever derfor god kunnskap om temaet og hjelpemidler, samt et avklart forhold til egen seksualitet, for å unngå etiske hindringer i møte med pasienten. Selv om ikke alle ønsker hjelp rundt egen seksualitet og seksuell helse, må sykepleier ta initiativ til dialog og kommunikasjon. Samtidig som pårørende kan være en god ressurs, er PLISSIT-modellen et godt verktøy for å belyse de ulike utfordringer den enkelte kan ha, samt iverksetting av korrekte tiltak. Til slutt er det viktig at sykepleieren legger til rette for et åpent og trygt miljø, slik at pasientene føler seg bekvemme og får informasjonen de har krav på.

### 6.1 Forslag til videre forskning

Etter å ha jobbet med litteraturstudien, så vi at det var enklere å finne kvantitativ forskning rundt temaet Parkinsons sykdom og seksuell helse. Mer kvalitativ forskning som fokuserte på pasienterfaringene rundt problemstillingene ville derfor vært nyttig, for eksempel gjennom datasamling og intervjuer.

## 7 Referanser

- Aarre, T. F., Bugge, P., & Juklestad, S. I. (2015). *Psykatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aars, H. (2011). *Menns seksualitet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og Behandling 2.utg* (ss. 321-343). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bronner, G. (15.November 2011). *Sexual problems in Parkinson´s disease: The multidimensional nature of the problem and of the intervention*. Hentet fra <http://doi.org/10.1016/j.jns.2011.05.050>
- Bronner, G., Cohen, O. S., Yahalom, G., Kozlova, E., Orlev, Y., Molshatzki, N., & Hassin-Baer, S. (2014). *Correlates of quality of sexual life in male and female patients with Parkinson disease and their partners*. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.07.003>
- Bronner, G., Royter, V., Korczyn, A. D., & Giladi, N. (2004). *Sexual dysfunction in Parkinson´s disease*. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/00926230490258893>
- Bruusgaard, D., & Rørtveit, G. (21.Januar 2019). *Holisme*. I Store Medisinske Leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/holisme>
- Espeset, K., Rektorli, L., Kristiansen, A. G., Solli, E. M., Mastad, V., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved nevrologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie 2. 5. utg* (ss. 269-302). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, ss. 22-26.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Garnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 2 - Grunnleggende behov* (ss. 372-404). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gjerstad, L., & Deitrich, E. (17.Mars 2020). *Parkinsons sykdom*. I Store Medisinske Leksikon. Hentet fra [https://sml.snl.no/Parkinsons\\_sykdom](https://sml.snl.no/Parkinsons_sykdom)
- Graugaard, C., Pedersen, B. K., & Frisch, M. (2012). *Seksualitet og sundhed*. I Danske Vidensråd. Hentet fra [http://www.server003.b14cms.dk/users/vidensraad.dk/www/sites/default/files/rapporten\\_seksualitet\\_og\\_sundhed\\_0.pdf](http://www.server003.b14cms.dk/users/vidensraad.dk/www/sites/default/files/rapporten_seksualitet_og_sundhed_0.pdf)
- Hand, A., Gray, W. K., Chandler, B. J., & Walker, R. W. (2010). *Sexual and relationship dysfunction in people with Parkinson´s disease*. Hentet fra <http://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.10.007>
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2012). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik, & B. T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 135-156). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket*. (3.Juni 2016). Sjekklister. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

- Herlofson, K., & Kirkevold, M. (2015). Parkinsons sykdom. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 480-496). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (30.Mars 2020). *Sykepleieteori*. I Store Medisinske Leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Kotková, P., & Weiss, P. (2013). *Psychiatric factors related to sexual functioning in patients with Parkinson`s disease*. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2012.06.020>
- Kralik, D., Koch, T., & Telford, K. (2001). *Constructions of sexuality for midlife women living with chronic illness*. Hentet fra <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01835.x>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimstbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleie - fag og funksjon* (ss. 29-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. G. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 15-64). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Mott, S., Kenrick, M., Dixon, M., & Bird, G. (2005). *Sexual limitations in people living with Parkinson`s disease*. Hentet fra <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2005.00118.x>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pedersen, L. (21.Januar 2016). Psykisk helse og seksualitet – tørr vi snakke om det?. I Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/en/node/56726>
- Søk & Skriv. (6.November 2018). Etske retningslinjer i Akademia. Hentet fra <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/sitering-og-etikk/etske-retningslinjer-i-akademia/>
- Sex og Samfunn. (2020). *En sexologisk behandlingsmodell: PLISSIT*. I eMetodebok for seksuell helse. Hentet fra <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/?fbclid=IwAR0ADHJIITkLg4QGfMbcqEJTe-HI6WGaf5DxWEBQyktLQubNhRbMN4Cgwy0#>
- Toft, M. (2010). Seksualitet og Samliv. I Norges Parkinsonforbund. Hentet fra <https://parkinson.no/assets/pdfs/Last-ned-brosjyre-om-seksualitet-og-samliv.pdf>
- Traumer, L., Jacobsen, M. H., & Schantz Laursen, B. (2018). *Patients experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study*. Hentet fra <http://doi.org/10.1111/scs.12600>
- Wielinski, C. L., Varpness, S. C., & Erickson-Davis, C. (2010). *Sexual and relationship satisfaction among persons with young-onset Parkinson`s disease*. Hentet fra <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01408.x>
- World Health Organization. (2010). Sexual and reproductive health. Hentet fra [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

# 8 Vedlegg

## 8.1 Søketabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
TI Parkinson´s disease <b>OR</b> AB Parkinson`s disease <b>OR</b> SU Parkinson´s disease <b>AND</b> TI sex* <b>OR</b> SU sex* <b>OR</b> AB sex* <b>AND</b> TI experience <b>OR</b> perspective <b>OR</b> view <b>OR</b> perception <b>OR</b> attitude <b>OR</b> SU experience <b>OR</b> perspective <b>OR</b> view <b>OR</b> perception or attitude <b>OR</b> AB experience <b>OR</b> perspective <b>OR</b> view <b>OR</b> perception <b>OR</b> attitude	31/01-20	Cinahl, academic search complete, ageline og psychology and behavioural sciences collection	149	10	1	1)Bronner, G., Cohen, O.S., Yahalom, G., Kozlova, E., Orlev, Y., Molshatzki, N., Strauss, H., Hassin-Baer, S. (2014).  Fra manuelt søk gjennom referanselisten til artikkel 1:  6) Wielinski, C.L., Varpness, S.C., Erickson-David, C., Paraschos, A.J., Parashos S.A. (2010).
TI Parkinson´s disease <b>OR</b> AB Parkinson`s disease <b>OR</b> SU Parkinson´s disease <b>AND</b> TI sex* <b>OR</b> SU sex* <b>OR</b> AB sex* <b>OR</b> intimacy <b>OR</b> affection <b>OR</b> sexuality	31/01-20	Cinahl, academic search complete, ageline og psychology and behavioural sciences collection	90	3	1	2) Hand, A., Gray, W.K., Chandler, B.J & Walker, R.W. (2010).
Parkinson´s disease <b>AND</b> intimacy <b>OR</b> affection <b>OR</b> sexuality	31/01-20	Cinahl, academic search complete, ageline og psychology and behavioural sciences collection	217	10	2	7)Mott, S., Kenrick, M., Dixon, M., Bird, G. (2005).  5)Bronner, G., Royter, V., Korczyn, A.D., Giladi, N. (2004).
Parkinson´s disease <b>OR</b> chronic illness <b>AND</b> sexuality <b>AND</b> experience	31/01-20	Cinahl, academic search complete, ageline og psychology and behavioural sciences collection	91	5	1	4)Kralik, D., Koch, T., Telford, K. (2001).
Parkinson´s disease <b>AND</b> sexual health <b>AND</b> patient experience	31/01-20	Proquest	413	12	1	3)Kotkova, P. & Weiss, P. (2013)
Parkinson´s disease <b>OR</b> Chronic illness <b>AND</b> sex* <b>AND</b> patient experience	31/01-20	SveMed+	1	1	1	8)Traumer, L., Jacobsen, M.H.,Laursen, B.S (2018)

## 8.2 Litteraturmatriser

### Litteraturmatrise 1

Referanse (APA)	Key Words	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
Bronner, G., Cohen, O.S., Yahalom, G., Kozlova, E., Orlev, Y., Molshatzki, N., Strauss, H., & Hassin-Baer, S. (2014). <i>Correlates of quality of sexual life in male and female patients with Parkinson disease and their partners</i> . Hentet fra <a href="https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.07.003">https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.07.003</a>	Quality of sexual life Parkinsons disease Sexual satisfaction Desire Partner Couple	Hensikten er å vurdere kvaliteten på seksuallivet hos mannlige og kvinnelige Parkinsonpasienter og deres partnere.	<b>Kvalitativ studie.</b> <b>Utvalg:</b> Pasienter med ideopatisk parkinsons sykdom hos klinikken Sheba Medical center fikk delta i studien fra 2008 til 2010. 89 parkinsons pasienter (66 menn) og 69 partnere (52 kvinner). Medisinske, demografiske og kliniske data ble samlet inn angående påfølgende parkinsonpasienter, inkludert depresjon og vurdering av motoriske symptomer. Eksklusjonkr: Demenspasienter. <b>Datainnsamling:</b> Deltakere og partnere svarte på Quality of Sexual Life spørreskjema. Partnere svarte også på selv administrert spørreskjema. <b>Analyse:</b> Mann-Whitney and Student's t-test ble brukt for sammenligning av svar mellom menn og kvinnelige pasienter og partnere. Lineær regresjon modell ble brukt til seleksjon.	Behovet for intimitet og seksuell uttrykk er viktige aspekter for livskvaliteten. Det er også en vanskelighet å oppnå dette for pasienter som opplever forandringer i seksuell funksjon. Både mannlige og kvinnelige pasienter opplevde forholdet som godt. Selv om mannlige pasienter med Parkinsons sykdom rapporterte høyere lyst enn kvinner. Lavere ønske om seksuell aktivitet kan komme fra tap av motivasjon, slapphet, angst, depresjon, apati og tristhet. Noe som ses oftere hos kvinner. Kvinnelige Parkinsons pasienter rapporterte høyere seksuell tilfredshet enn mannlige pasienter.  Problemer med dette tema kan forklares ut ifra forandringer i roller, hvor partnere tar seg av pleien.	Behovet for intimitet og seksuelle uttrykk er viktige aspekter for å bevare livskvaliteten, uavhengig av forandringer i seksuell funksjon.  Menn får gjerne høyere seksuell lyst enn kvinnene.  Nedsatt seksuell lyst kan komme fra psykososiale nedsetninger, spesielt hos kvinnene.  Kvinne har høyere seksuell tilfredshet enn mennene.  Problemer i seksuallivet mellom partnere kan forklares av at den ene parten må være «pleier» for den andre.

## Litteratormatrise 2

Referanse (APA)	Key Words	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Hand, A., Gray, W.K., Chandler, B.J., &amp; Walker, R.W. (2010). <i>Sexual and relationship dysfunction in people with Parkinson's disease</i>. Hentet fra <a href="http://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.10.007">http://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.10.007</a></p>	<p>Sexual dysfunction Parkinson's disease Marital problems Relationship dysfunction.</p>	<p>Kvantifisere omfanget av selvrapporterte seksuelle og relasjonsproblemer hos personer med Parkinsons sykdom.</p>	<p><b>Kvalitativ studie.</b> <b>Utvalg:</b> Alle mennesker med idiopatisk parkinsons sykdom som var kjent til Northumbria Healthcare NHS trust PD service, ble spurt om å delta. 88 deltakere ønsket å delta. <b>Datainnsamling:</b> Deltakerne ble observert av forskningssykepleier gjennom en seks måneders periode. Hvor det ble brukt Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS), Parkinsons spørreskjema (39), Mini Mental State examination (MMSE), Szasz sexual functioning scale og Golombok Rust Inventory of Marital State for de i langtidig relasjon. <b>Analyse:</b> Data ble analysert ved bruk av standard statistisk program (SPSS-16 for Windows).</p>	<p>22 av 88 deltakere rapporterte bekymring over seksuell funksjon. Problemer var tydelige i alle aldersgrupper og kjønn. Menn og yngre mennesker med parkinsons sykdom rapporterte oftere problemer med seksuell funksjon.</p> <p>¾ av gruppen som uttrykte relasjonsproblemer linket dette til seksuell funksjon og linken mellom nedsatt seksuell funksjon og større problem relatert til fysisk og emosjonell velvære i parforhold.</p> <p>Seksuelle og relasjonsproblemer ble det også funnet at disse problemene blir ikke rapportert med mindre det blir direkte spurt om det.</p>	<p>Seksuelle og relasjonsproblemer er noe de fleste med Parkinsons opplever. Viser til forskjellen mellom alder og sykdomsutbredelse og dermed i hvor stor grad seksuell helse blir påvirket.</p> <p>Selv de som ikke er i parforhold har problemer med seksuell helse, ikke kun de som er i parforhold. Dette blir derimot sjeldent rapportert med mindre det blir spurt om.</p>



## Litteratormatrise 3

Referanse (APA)	Key Words	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Kotková, P., &amp; Weiss, P. (2013). <i>Psychiatric factors related to sexual functioning in patients with Parkinson`s disease</i>. Hentet fra <a href="https://doi.org/10.1016/j.clinu.2012.06.020">https://doi.org/10.1016/j.clinu.2012.06.020</a></p>	<p>Parkinson`s disease Sexual functions Sexual satisfaction.</p>	<p>Fokuserer på å beskrive strukturen for forverring av seksuelle funksjoner hos pasienter som lider av Parkinsons` s sykdom (PD), og statistisk analyse av gjensidig avhengighet av utvalgte faktorer (alder, sykdomsvariheit), subjektiv score av sykdomspåvirkningen, depresjon, angst) som samt pasientenes seksuelle tilfredshet.</p>	<p><b>Kvantitativ studie</b> <b>Utvalg:</b> Forskningsprosjektet undersøkte en gruppe på 103 personer med PD. <b>Datainnsamling:</b> Det ble laget to spørreskjemaer (separate for menn og kvinner), som inneholdte psykologiske og sexologiske spørreskjemaer. <b>Analyse:</b> De anskaffede dataene ble statistisk utdypet ved hjelp av programmet SPSS.</p>	<p>Symptomer og konsekvens av sykdom påvirker det seksuelle livet vesentlig. Farmakologisk behandling endrer lyst, inkl. Hyperseksualitet. De hyppigste seksuelle dysfunksjonene hos menn er erektil dysfunksjon og forstyrrelser i utløsning. Hos kvinner er det vanskeligheter både med å nå orgasme og god nok lubrikasjon i skjedden.</p> <p>Kvinner indikerer mer alvorlige forstyrrelser av seksuelle funksjoner sammenlignet med menn, og er generelt mindre fornøyd med seksuallivet. Menn indikerte fysiske plager som en vesentlig årsak. Hos kvinner var depresjon og angst av større betydning. Regresjonsanalysen identifiserte depresjon som å ha størst negativ innvirkning på begge kjønn.</p>	<p>De mest vesentlige faktorene som påvirker seksuell tilfredshet hos menn og kvinner med PD blir analysert og effekten av dem vurdert, i det den største belastningen blir lagt på psykiske faktorer.</p>

## Litteratormatrise 4

Referanse (APA)	Key words	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Kralik, D., Koch, T., &amp; Telford, K. (2001). <i>Constructions of sexuality for midlife women living with chronic illness</i>. Hentet fra <a href="http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01835.x">http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01835.x</a></p>	<p>Women Chronic illness Sexuality Midlife Qualitative Secondary analysis.</p>	<p>Illustrere seksualitet som et viktig helseproblem for kvinner som lever med kronisk sykdom.</p> <p>Tilby metoder for sykepleie å anerkjenne seksuelle problem for kvinner.</p>	<p><b>Kvalitativ studie.</b> <b>Utvalg:</b> 81 kvinner med kronisk sykdom <b>Datainnsamling:</b> første forfatter korresponderte via brev med deltakerne som del av doctorgraden, som gav rom for deltakerne til å uttrykke seg fritt. <b>Analyse:</b> brevene ble analysert ved å bruke en beskrivende og utforskende metode ved å utheve gjengående tema og funn ved hver deltaker. Sekundær analyse involverte re-analyse av data, ved å illuminere dialoger som fokuserte på seksualitet samtidig som det ble fokusert på å preservere konteksten i korrespondansen.</p>	<p>Seksualitet en viktig utfordring for kvinner med langsiktig sykdom og burde anerkjennes sensitivt og responsivt av helsepersonell.</p> <p>Sykdom kan endre kroppsbildet til den enkelte og dermed også seksuell helse. Vansker med å akseptere effekten av sykdom og behandling slik som depresjon, slapphet, vektforandringer påvirket følelsen av attraktivitet som gav videre utfordringer i relasjoner. Negativ innvirkning på relasjoner med seksuell lyst og ikke kunne møte partnerens behov førte til videre tap av selvbilde og følelse av å være nyttesløs.</p> <p>Vanskelig å kunne uttrykke problemer til helsepersonell grunnet tabu tema.</p>	<p>Utfordringer knyttet til det seksuelle oppleves som et stort problem for kvinnelige pasienter med kronisk sykdom.</p> <p>Endret kroppsbilde, og vansker med aksept ovenfor sykdommen, kan påvirke selvbildet og dermed videre utfordringer i relasjoner. Som å ikke kunne føle at man kan møte partnerens seksuelle behov.</p> <p>Det oppleves som vanskelig å prate om problemet til helsepersonell, da det oppleves som tabu.</p>

## Litteratormatrise 5

Referanse (APA)	Key Words	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Bronner, G., Royter, V., Korczyn, A.D., &amp; Giladi, N. (2004). <i>Sexual Dysfunction in Parkinson`s Disease</i>. Hentet fra: <a href="https://doi.org/10.1080/00926230490258893">https://doi.org/10.1080/00926230490258893</a></p>		<p>Undersøke nåværende og tidligere seksuell funksjon hos pasienter med Parkinsons sykdom.</p>	<p><b>Kvantitativ studie.</b> <b>Utvalg:</b> 32 kvinner og 43 menn. <b>Datainnsamling:</b> Strukturerte spørreskjema. <b>Analyse:</b> På bakgrunn av svarene på spørreskjemaet ble det utført kalkulasjoner med seks forskjellige aspekter for å finne ut effekten av Parkinsons sykdom på seksuell funksjon, samt se forskjellen i scorene fra nå og fra før symptomene på sykdommmen. Regresjon ble brukt med flere variabler, før en trinnsvis regresjon ble brukt. Det ble til slutt konstruert en forklarende modell. SPSS for Windows versjon 10 ble brukt.</p>	<p>Hos menn var erektildysfunksjon det største rapporterte problemet, i tillegg var de misfornøyde med sitt nåværende sexliv, prematur ejakulasjon og vanskeligheter med å få orgasme.</p> <p>Kvinner hadde vanskeligheter med å bli opphisset og få orgasme.</p> <p>Mangel på intimitet ble assosiert med depresjon, og subjektive oppfatninger av nedsatt helse var assosiert med mangel på seksuell tilfredshet.</p>	<p>Parkinsons sykdom kan føre til seksuelle dysfunksjoner, som igjen kan føre til at aspekter av seksuallivet opphører, og at de involverte ikke lengre får dekt sine seksuelle behov tilstrekkelig nok, som kan føre til depresjon og nedsatt helse.</p>

## Litteratormatrise 6

Referanse (APA)	Key Words	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Wielinski, C., Varpness, S.C., Erickson-Davis, C., Paraschos, A.J &amp; Parashos, S.A. (2010). <i>Sexual and Relationship Satisfaction among Persons with Young-Onset Parkinson's Disease</i>. Hentet fra <a href="https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01408.x">https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01408.x</a></p>	<p>Parkinson's Disease Sexual Satisfaction Couple GRIMS</p>	<p>Evaluerer seksuelle og ikke-seksuelle aspekter som kan påvirke tilfredshet i et forhold mellom Parkinson pasienter og partnere.</p>	<p><b>Kvalitativ studie.</b> <b>Utvalg:</b> 60 parkinsons pasienter deltok, hvorav 63% menn og 85% i et forhold). Gjennomsnittsalder 50 år og gjennomsnittsalder for første symptomer 45 år.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> beskrivende, kvalitativ, en gangs undersøkelse tilgjengeliggjort for pasienter og partnere når de var tilgjengelige. Ulike seksjoner utgjorde undersøkelsen; del 1: demografisk og klinisk informasjon, del 2: Beck Depression Inventory, del 3: Index of sexual satisfaction og del 4: Golombok-Rust Inventory of Marital state.</p> <p><b>Analyse:</b> Deskriptiv analyse for demografi, klinisk og fysiologiske årsaker til seksuell dysfunksjon. Korrelasjoner ble analysert ved Chi-square analyses.</p>	<p>Ufrivillig urinering, seksuell misnøye og problemer med å nå orgasme ble rapportert av 31 personer som årsak til seksuell dysfunksjon. Hos menn ble det rapportert erektil dysfunksjon og prematur ejakulasjon. Hos kvinner ble det rapportert vaginal tranghet. Parkinson pasientene viste mer depressive symptomer enn partnere, noe som påvirker det ikke-seksuelle aspektet i et forhold. Hos 51 deltakere ble det rapportert sammenheng mellom seksuell misnøye og misnøye med forhold, samt mellom misnøye i relasjon og depressive symptomer. Både partnere og pasienter svarte likt angående tilfredshet i forholdet. Seksuell misnøye kan representere et symptom på den fysiologiske prosessen eller effekt av behandling. Lavt selvbildet hos pasienter med fysisk svekkelse kan føre til seksuell misnøye. Tabu tema utgjør vanskeligheter for å ta opp dette overfor helsepersonell.</p>	<p>Beskriver både seksuelle og ikke-seksuelle aspekter som påvirker tilfredshet og misnøye i et forhold hvor en av partene har lav debut alder for parkinson sykdom. Hos personer i denne pasientgruppen er seksuelle- og relasjonsproblemer betydelige problem. Viser til sammenhenger mellom seksuell tilfredshet og alvorlighetsgrad av depressive symptomer, men ikke mellom karakter av sykdom. Viser at depresjon påvirker ikke kun pasientens syn på forholdet, men også partnerens. Pasienter og partnere kan kvie seg for å ta opp dette temaet overfor helsepersonell grunnet sensitiv informasjon.</p>

## Litteratormatrise 7

Referanse (APA)	Key Words	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Mott, S., Kenrick, M., Dixon &amp; Bird, G. (2005). <i>Sexual limitations in people living with parkinson's disease</i>. Hentet fra <a href="https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2005.00118.x">https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2005.00118.x</a></p>	<p>Communication barriers Information dissemination Parkinson's disease Sexuality.</p>	<p>Undersøke sekvele/følgetilstand ved parkinsons sykdom og bruk av støttesystem hos personer med Parkinson sykdom.</p>	<p><b>Kvantitativ studie.</b> <b>Utvalg:</b> 444 personer med Parkinsons sykdom (257 menn og 185 kvinner) og 326 pleiere responderte på studien. Alder på parkinsons pasienter: 40-89. (gjennomsnittsalder: 69). <b>Datainnsamling:</b> Spørreskjema utlevert ved brev fra Parkinsons NSW Inc., informasjon og retur konvolutt inkludert. spørsmål inkluderte demografisk informasjon, effekt av parkinson sykdom og forståelse av helsepersonell. <b>Analyse:</b> Statistical Package for the Social Sciences brukt for beskrivende analyse av populasjon, prognose og logikk av data. Mann-Whitney U-test for å teste hypotesen at menn rapporterte påvirket seksuell helse mer enn kvinner.</p>	<p>52% rapporterte at seksuell limitasjon påvirker livet ofte eller alltid. Av disse var 66% menn, sammenlignet med kvinner på 27%. Durasjon av symptom og diagnose er assosiert med høyere antall seksuell limitasjon, inkludert depresjon og psykiske virkninger som følge av sykdom og behandling. Lav sammenheng mellom behov for pleiehjelp og påvirket seksuell helse. Både menn som var selvstendig og de med assistanse rapporterte at seksuell limitasjon påvirket livet ofte eller alltid. 80% av pasientene snakket med fastlege hvert kvartal, men føler fastlege hadde liten eller ingen forståelse av Parkinson og seksuell helse, inkludert annet helsepersonell.</p>	<p>Øker forståelse av sekvele av Parkinsons sykdom og at dette påvirker den enkeltes seksuelle helse. Menn rapporterer oftere og i høyt antall seksuell limitasjon, ofte for å øke oppmerksomheten rundt dette for helsepersonell.</p> <p>Nedgang i seksuell funksjon kan komme med alder, men skal ikke antas at pasienter med parkinsons sykdom har problemer med seksuell helse på grunn av alder.</p> <p>Artikkelen viser et signal om behov som ikke blir møtt i forhold til deres psykoseksuelle helse.</p> <p>Å ivareta velvære er viktig for parkinsons pasienter, dette inkluderer seksuell helse.</p>

## Litteratormatrise 8

Referanse (APA)	Nøkkelord	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Traumer, L., Jacobsen, M.H., &amp; Laursen, B.S. (2018). <i>Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study</i>. Hentet fra: <a href="http://doi.org/10.1111/scs.12600">http://doi.org/10.1111/scs.12600</a></p>	<p>Qualitative study Interview Sexuality Taboo Sexual Conversations Cancer Chronic disease</p>	<p>Hensikten var å forstå hvordan pasienter diagnostisert med kreft eller kronisk sykdom erfarte tabu rundt seksuell dysfunksjon i helsevesenet.</p>	<p><b>Kvalitativ studie.</b>  <b>Utvalg:</b> Ti kvinner diagnostisert med kreft eller kronisk sykdom  <b>Datainnsamling:</b> Semi-strukturert intervju  <b>Analyse av data:</b> Kvalitativ tematisk analyse</p>	<p>Seksualitet er et sensitivt og tabu emne i det danske helsevesenet.  Noen pasienter tok selv kontakt med helsepersonell for å prate om emnet, men følte seg avvist.  Noen pasienter turte ikke å snakke om emnet selv, og erfarte heller ikke at helsepersonellet turte å ta det opp.</p>	<p>Pasientene kan grunnet tabu rundt sin seksuelle dysfunksjon påvirkes negativt på en psykologisk, emosjonell og sosial måte.  Pasientene opplever det som vanskelig å prate med helsepersonell om problemet, da de føler at de også syns dette temaet er tabu.</p>

