



# Bachelorgradsoppgave

Parkinsons sykdom og seksualitet

Parkinson's disease and sexuality

Ingvild Nordhøy Fikseaunet  
Susanne Westerhus Waarø

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Avdeling Namsos  
Høgskolen i Nord-Trøndelag 2014



## ABSTRAKT

**Introduksjon:** Parkinsons sykdom er en kronisk sykdom som gir funksjonsnedsettelse over tid. Sykdommen i seg selv, og det å være syk, kan påvirke seksualiteten og gi ulike erfaringer.

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven var å beskrive hvilke erfaringer pasienter med Parkinsons sykdom hadde med sin seksualitet.

**Metode:** En kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ forskning ble analysert fra 13 originale vitenskapelige artikler, som ble søkt opp i databasen Medline, hvor 4 av 13 artikler ble søkt opp manuelt.

**Resultat:** Ulike erfaringer med seksuelle dysfunksjoner. Fysiske erfaringer som blant annet erektil dysfunksjon, prematur ejakulasjon, orgasme problemer, redusert vaginal lubrikasjon, nedsatt seksuell aktivitet, endret libido, og organ dysfunksjon. Motoriske erfaringer knyttet til symptomene av sykdommen. Psykiske erfaringer som depresjon og angst, samt dårlig kommunikasjon.

**Diskusjon:** Resultatet ble diskutert opp i mot fag- og forskningsartikler om seksualitet og Parkinsons sykdom, i tillegg til annen teori.

**Konklusjon:** Pasientene hadde mange ulike erfaringer og utfordringer med sin seksualitet, og det trengs større fokus på temaet og kommunikasjon hos sykepleiere for å overkomme barrierer.

## ABSTRACT

**Introduction:** Parkinson's disease is a chronic disease that causes disabilities over time. The disease itself, and being sick, can affect sexuality that causes various experiences.

**Purpose:** The purpose of this study was to describe which experiences patients with Parkinson's disease had with their sexuality.

**Method:** A combination of qualitative and quantitative research was analyzed from 13 original scientific articles, from searches in the Medline database, where four of the thirteen articles were searched manually.

**Results:** Different experiences of sexual dysfunctions. Physical experiences such as erectile dysfunction, premature ejaculation, orgasm, decreased vaginal lubrication, decreased sexual activity, altered libido, and organ dysfunction. Motor experiences related to the symptoms of the disease. Mental experiences such as depression and anxiety, and poor communication.

**Discussion:** The results were discussed with the use of academic- and research articles, in addition to other theory.

**Conclusion:** Patients had many different experiences and challenges with their sexuality, and a greater focus on the subject and communication is needed among the nurses to overcome barriers.

**Keywords:** Parkinson's disease, patients, sexuality, sexual dysfunction

## Innholdsfortegnelse

<b>1. INTRODUKSJON</b> .....	<b>1</b>
1.1. Hensikt.....	4
<b>2. METODE</b> .....	<b>4</b>
2.1. Inklusjonskriterier .....	4
2.2. Eksklusjonskriterier.....	4
2.3. Søkestrategi .....	5
2.4. Analyse .....	6
2.5. Ethiske overveielser.....	8
<b>3. RESULTAT</b> .....	<b>8</b>
3.1. Ulike pasienterfaringer i seksuallivet .....	8
3.1.1. Fysiske erfaringer .....	9
3.1.2. Motoriske erfaringer .....	11
3.1.3. Psykiske erfaringer .....	11
3.2. Ulike pasienterfaringer i forholdet mellom organdysfunksjon og seksuell dysfunksjon.....	13
3.3. Ulike pasienterfaringer for menn og kvinner .....	13
<b>4. DISKUSJON</b> .....	<b>14</b>
4.1. Resultatdiskusjon .....	14
4.2. Metodediskusjon.....	19
<b>5. KONKLUSJON</b> .....	<b>21</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>22</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>27</b>

ANTALL ORD: 7 963

# 1. INTRODUKSJON

I følge Nevroplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) anslås det at mellom 110 000 og 150 000 personer har en nevrologisk skade eller sykdom isolert eller som del av annen sykdom.

Nevrologiske skader og sykdommer kan være både medfødte eller ervervede, og disse fører ofte til svekkelse av funksjoner på flere områder. Parkinsons sykdom er en av de hyppigste forekommende nevrologiske skader, og er en sykdom som gir store funksjonsnedsettelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Videre formidler Nevroplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) at nevrologiske skader og sykdommer gjør at personer ofte har et svært sammensatt sykdomsbilde med funksjonssvikt på flere områder. Videre står det at sansetap er et av de vanligste utfallene ved nevrologiske skader og sykdommer. I tillegg kommer en rekke komplikasjoner som smerter, spasmer, organsvikt [...] som reduserer livskvaliteten for mange, og som fører til funksjonsnedsettelse over tid.

Parkinsons sykdom har en insidens på mellom 100 og 150 personer per 100 000 innbyggere i Norge, dette tilsvarer at mellom 5000 og 7500 personer rammes av Parkinsons sykdom. Prevalensen av sykdommen er økende med alder og er hyppigst diagnostisert fra 55-årsalderen (Norges Parkinsonsforbund, 2013). I Europa er prevalensen av Parkinsons sykdom 10 – 405 per 100 000 innbygger i Europa. Forekomsten av både Parkinsonisme og Parkinsons sykdom øker med alder – ingen reduksjon ved 'ekstrem' alder, og uten vesentlige forskjeller mellom menn og kvinner (de Rijk et al., 1997).

Parkinson sykdom tilhører gruppen nevrodegenerative sykdommer<sup>1</sup> i hjerne og ryggmarg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det er en progredierende<sup>2</sup> bevegelsesykdom, og den rammer det ekstrapyramidale system. Det ekstrapyramidale systemet kontrollerer bevegelser og tilpasser kommunikasjonen mellom nerveceller i hjernen og musklene i kroppen (Bertelsen, 2011).

Mennesker som er rammet av Parkinson har nedsatt dopaminproduksjon, og da dopamin er et transmitterstoff, vil dette hemme impulsoverføringen. Når det oppstår endringer i impulsoverføringen vil det medføre forstyrrelser i bevegelsessystemet og i andre funksjoner. Desto mindre dopaminproduksjon, jo sterkere blir pasientens plager (Espeset, Mastad, Johansen & Almås, 2011). Dietrichs (2009) beskriver at ved Parkinsons sykdom vil det skje et langsomt tap av nerveceller, dette

---

<sup>1</sup> Der det skjer et tap av hjerneceller i visse, begrensede deler av hjernen, de såkalte basalganglier, særlig i substantia nigra (Dietrichs, 2009).

<sup>2</sup> Progredierende, fremadskridende, tiltagende; brukes bl.a. om symptomer som tiltar og sykdommer som forverres (Nylenna, 2009).

skjer spesielt i den svarte substans (substantia nigra)<sup>3</sup>. Videre beskriver Dietrichs (2009) at dermed vil nervebanen fra den svarte substans til striatum<sup>4</sup> gradvis forsvinne og det vil bli stor mangel på dopamin i basalgangliene<sup>5</sup>, slik at pasienten vil få symptomer. Symptomene vil oppstå når dopaminmengden er redusert med 80-90 %. Basalgangliene er viktig i forhold til det å kunne kontrollere motoriske funksjoner, og hvis sykdom affiserer dette området, så vil dette føre til sviktende motorisk kontroll som kommer i form av ufrivillige bevegelser som hviletremor (skjelving når ekstremitetene er i ro), rigiditet (en spesiell form for muskelspenning), akinesi (vanskeligheter med å starte viljestyrte bevegelser) og postural ustabilitet (balanseforstyrrelse) (Bertelsen 2011). Espeset et al. (2011, s. 237) hevder at *for å stille diagnosen parkinsonisme må minst to av disse symptomene være til stede*. Videre beskriver Espeset et al. (2011) at Parkinsonisme gir pasienten et typisk utseende med såkalt maskeansikt med lite mimikk, dårlig balanse, framoverlutende kroppsholdning og trippende gange. Det progredierende nevrologiske skader og sykdommer har til felles er at sykdommen utvikler seg over tid, og behovene vil derfor endre seg med dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

En faktor som ofte er glemt hos pasienter med Parkinsons sykdom er seksualitet. Det finnes nok mange årsaker til dette. En årsak kan være at mange sannsynligvis ikke er oppmerksomme på at sykdommen i seg selv kan påvirke seksuell interesse og funksjon. En annen årsak, er at man kan anta at pasienter med Parkinsons sykdom for det meste er i en alder som likevel har avtagende interesse for sex. I tillegg til dette er sex et tema som både pasienter og leger/helsepersonell kan kvie seg for å ta opp (Odin, 2007). Livet med nevrologisk skade eller sykdom avhenger ikke bare av omfanget av funksjonsnedsettelsene, men også av utformingen av miljøet og samfunnet rundt. For å medvirke er informasjon en forutsetning. Mange opplever det vanskelig å orientere seg om helse- og omsorgstjenestens tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), som gjelder både for pasienter og helsepersonell.

*[...] Et sentralt aspekt ved det å være menneske gjennom hele livet omfatter kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, meninger, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Mens seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, ikke alle av dem er alltid opplevd eller uttrykt. Seksualitet er påvirket av et samspill av biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer (WHO, 2006a).*

---

<sup>3</sup> Den svarte substans (Latin: substantia nigra) er en samling med pigmenterte nerveceller (Jansen & Glover, 2009).

<sup>4</sup> Stripete legeme i basalgangliene (Walberg, 2012).

<sup>5</sup> Basalganglier, samlebegrep for tre store nervekjerner i hjernen (Holck, 2009).

Odin (2007) beskriver at normal menneskelig seksuell funksjon er en kompleks funksjon som baserer seg på intakte nevroanatomiske strukturer (av autonom, sensorisk og motorisk type), intakt blodtilførsel, en balansert hormonell situasjon, og stimulerende psykologiske mekanismer som overveier i forhold til hemmende psykologiske mekanismer. Med alderen avtar den seksuelle funksjonen normalt langsomt. Ved Parkinsons sykdom kan denne kraftig akseleres.

At det er det dopaminerge nervesystemet som spiller en meget viktig rolle for kontroll av seksualfunksjon og, blant annet, normal erektil funksjon er det mye som taler for (Odin, 2007). Dette stemmer med at seksuell dysfunksjon og seksuell utilfredsstillelse ikke er uvanlig i forbindelse med Parkinsons sykdom (Wermuth & Stenager, 1992). En ikke ubetydelig del av pasienter utvikler Parkinsons sykdom i relativt ung alder, eller når de er middelaldrende, dvs. i eldre da et aktivt seksualliv fremdeles er svært relevant (Odin, 2007). Hyde et al. (2010) hevder at en ikke ubetydelig andel av befolkningen forblir dessuten seksuelt aktive i høyere alder, og dette kan derfor også være et relevant problem for eldre pasienter med Parkinsons sykdom.

En viktig problemstilling for pasienter med Parkinson er seksuelle forstyrrelser, noe som kan bidra til nedsatt livskvalitet. Det er derfor viktig at vi som helsepersonell tar alle typer spørsmål på alvor og diskuterer med pasienten om dette emnet tidlig i sykdomsforløpet, for å unngå at de opplever en negativ utvikling og prøve å hjelpe dem hvis det foreligger problemer. I følge Odin (2007) så vil opptil 50 % av pasientene fortelle at det har et problem hvis de blir spurt.

*Seksuelle rettigheter er universelle menneskerettigheter basert på iboende frihet, verdighet og likhet for alle mennesker. For å sikre at enkeltmennesker (...) utvikler sunn seksualitet, må seksualrettighetene bli omtalt, oppmuntret, respektert og forsvart* (Gamnes, 2011, s.73). Overførbart fra dette sitatet er det like viktig at sykepleiere tar opp dette temaet, som pasienter. For å medvirke er informasjon en forutsetning (Helse- og omsorgsdepartementet).

I 1975 definerte WHO seksuell helse som [...] *integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet* (WHO, 1975). Denne definisjonen fra WHO (1975) viser at seksualitet har blitt et bredere begrep, at seksualitet er livslangt og en viktig del av mennesket og i livet. En pasient som har Parkinsons sykdom vil være begrenset av dens symptomer, og det vil være viktig for sykepleiere å få høre om pasientenes erfaringer rundt deres seksualitet.

## 1.1. Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å beskrive hvilke erfaringer pasienter med Parkinsons sykdom har med sin seksualitet.

## 2. METODE

I følge Polit og Beck (2008) er metode, innenfor forskning, teknikken forskere bruker for å strukturere en studie og for å samle og analysere informasjon relevant til hensikten/problemstillingen.

De artiklene som er med i denne oppgaven er av både kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativ metode inneholder mekanismer som kontrollerer studien. Forskingen som innhentes er samlet i henhold til en etablert plan med bruk av strukturerte instrumenter som samler inn nødvendig informasjon. Kvalitativ metode er fleksibelt og utviklende, og det vektlegges å forstå menneskets egne opplevelser og erfaringer (Polit & Beck, 2008).

Oppgavebesvarelsen er skrevet på bakgrunn av vitenskapelige artikler som er søkt opp i databasen *Medline* med søkeord som tilfaller hensikten i oppgaven. Resultatet i oppgaven er basert på 13 artikler. I Tabell 1 beskrives database som ble brukt for søket, avgrensninger som er brukt, anvendte søkeord, antall treff og inkluderte artikler (se Vedlegg 1 under Vedlegg). Der beskrives artiklene som har blitt inkludert i oppgaven med forfatter, tittel, tidsskrift, publiserings år, land, studiens hensikt, design/intervensjon, deltakere, hovedresultat og kvalitet.

### 2.1. Inklusjonskriterier

- Parkinsons sykdom (alle former for Parkinsons)
- Pasientens erfaringer
- Seksualitet
- Seksuell dysfunksjon
- Psykologiske og fysiologiske faktorer i forhold til seksualliv
- Vitenskapelig nivå på artikler via Database for statistikk om høgre utdanning

### 2.2. Eksklusjonskriterier

- Medisin
- Partnere og deres egne erfaringer

### **2.3. Søkestrategi**

Fire artikler ble funnet ved manuelt søk. Den vitenskapelige artikkelen «Sexuality and Parkinson`s Disease» skrevet av Rosemary Basson ble funnet i litteraturlisten til review-artikkelen «Young onset Parkinson`s Disease. Practical management of medical issues». Artikkelens tittel ble deretter søkt opp i fulltekst i databasen Medline. Artikkelen «Sexual relationship dysfunction in people with Parkinson`s disease» skrevet av Annette Hand, William K. Grey, Barbara J. Chandler, og Richard W. Walker, ble hentet fra litteraturlisten til review-artikkelen «Sexual problems in Parkinson`s disease: the multidimensional nature of the problem and of the intervention». Her var artikkelen tilgjengelig gjennom PDF- fil. Fra heftet «Seksualitet og Parkinsons sykdom», skrevet av Professoren Per Odin, ble artiklene «Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson`s disease» og «Dimensions of sexual dysfunction in Parkinson`s Disease» funnet. Artiklenes tittel ble deretter søkt opp manuelt i Medline.



**Tabell 1.** Inneholder databaser som ble brukt, søkeord, avgrensninger, antall treff, antall utvalgte artikler, antall utvalgte artikler for dypere granskninger og inkluderte artikler.

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Medline 25.02.14		Parkinson's disease AND sexual behavior OR sexual dysfunction OR sexual dysfunction, psychological OR sexual dysfunction physiological	133	9	7	1
Medline 25.02.14	Abstrakt Full-tekst Engelsk språk	Parkinson's disease AND sexual behavior OR sexual dysfunction OR sexual dysfunction, psychological OR sexual dysfunction physiological	50	14	12	8

## 2.4. Analyse

Oppgaven er inspirert av en innholdsanalyse. Patton (2002) beskriver det å utvikle en håndterlig klassifisering eller en kodeordning er første steg i analysen. Resultatdelen av artiklene skal granskes i sin helhet for å identifisere fremtredende temaer og mønstre. Dette innebærer å bryte ned data i mindre enheter, kode og navngi enhetene i henhold til innholdet de representerer (Polit & Beck, 2008).

Etter å ha gjennomført innholdsanalysen basert på de artiklene som er valgt, ble resultatet tre kategorier som svarer til hensikten i oppgaven. De delene av resultatet som ikke svarte til hensikten ble ikke inkludert. Under analysen ga de meningsbærende enhetene 17 sub-kategorier. Dette resulterte i seks kategorier, men tre av kategoriene ble gjort om til underkategorier. Kategoriene ble som følger; Ulike pasienterfaringer i seksuallivet, ulike pasienterfaringer i forholdet mellom organdysfunksjon og seksuell dysfunksjon, og ulike pasienterfaringer for menn og kvinner. Et utdrag av arbeidet som ble gjort med analysen kan ses i Tabell 2.

**Tabell 2.** Inneholder meningsbærende enheter, subkategori og kategori.

<b>Meningsbærende enheter</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
<p>For menn er erektil dysfunksjon var tilstede hos en større andel og i tillegg vanskeligheter med å kontrollere utløsning.</p> <p>Rapporterte endringer i lyst ble mer markert hos kvinner, men endret libido hos menn og kvinner var derimot ikke statistisk signifikant. Kvinner rapporterte også mer forandringer i seksuell aktivitet</p> <p>Spesifikk grunn til seksuell dysfunksjon var erektil dysfunksjon, orgasmeendringer</p> <p>Kvinner rapporterte orgasmeendringer og vaginal tørrhet.</p>	Fysiske erfaringer	<p>Ulike pasienterfaringer i seksuallivet.</p> <p><i>Fysiske erfaringer</i></p>

## **2.5. Ethiske overveielser**

Forskning utført i Norge skal følge Forskningsetikkloven (2006). Denne loven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer.

Den nasjonale forskningsetiske komité (1992) sin forskningsetiske sjekkliste har blitt brukt for å kritisk vurdere og å godkjenne forskningsartiklene. Det har også blitt tatt hensyn til artikler som viser, eller beskriver, egne etiske overveielser, og som er vurdert etter etiske retningslinjer i det aktuelle utgivelseslandet.

Lov om behandling av personopplysninger (Personopplysningsloven, 2000) sitt formål er å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Med personopplysninger forstås opplysninger og vurderinger som kan knyttes til en enkeltperson.

Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) har ansvar for registeret over autoriserte publiseringskanaler (tidsskrift, serier og forlag). Ved å søke opp journaler, som artikler er publisert i, vises journalene som nivå 1 og 2. Nivå 1 er ordinære vitenskapelige publiseringskanaler, og nivå 2 er kanaler med høyest internasjonal prestisje. Journalene og tidsskriftene artiklene er publisert i er anerkjente, og er alle av nivå 1 eller 2, og er derfor en indikasjon på at artiklene har blitt godkjent. Noen av artiklene opplyste ikke om de var godkjent hos en etisk komité. Et av hovedpunktene i sjekklisten til Den Nasjonale Forskningsetiske komité beskriver at data skal være anonymisert, som tilfaller personopplysningsloven. Artiklene som ikke viser til om de er etisk godkjent har alle anonymisert innsamlet data, og krenker ikke personvernet til deltakerne. På bakgrunn av sjekklisten til Den Nasjonale Forskningsetiske komité har artiklene blitt nøye gransket og vurdert, og dermed inkludert i oppgaven.

## **3. RESULTAT**

Resultatdelen av oppgaven er inndelt i tre hovedkategorier. Innholdet i kategoriene vil presentere hovedfunnene i forskningsartiklene som er knyttet opp mot hensikten i oppgaven.

### **3.1. Ulike pasienterfaringer i seksuallivet**

Resultatet fra denne kategorien hadde stort omfang, og ble derfor delt opp i tre underkapitler; fysiske, motoriske- og psykiske erfaringer.

### 3.1.1. Fysiske erfaringer

Hos noen mannlige pasienter er erektil dysfunksjon det mest rapporterte problemet (Bronner, Royter, Korczyn, & Giladi 2004), mens hos andre menn er erektil dysfunksjon til stede hos en større andel (Brown, Jahanshahi, Quinn, & Marsden 1990), men de vil ikke si at det er hovedproblemet (Basson 1996). Erektile dysfunksjoner blir av noen menn knyttet til et høyere stadium av Hoehn & Yahr Scale<sup>6</sup> (Bronner et al., 2004), og seksualkvaliteten (QoSL<sup>7</sup>) er ofte relatert til alder og alvorlighetsgrad av sykdommen (Moore et al., 2002).

Mannlige pasienter er svært misfornøyd med sitt nåværende seksualliv, mens en noe mindre andel kvinnelige pasienter er også misfornøyd med sitt seksualliv (Bronner et al., 2004). Kvinner lider av forverring av sin seksuelle funksjon (Kotková & Weiss, 2013). Kvinnelige pasienter rapporterer om vaginal tørrhet (Wermuth & Stenager 1995). Noen kvinner med Parkinson føler de lider av utilstrekkelig lubrikering<sup>8</sup> (Kotková & Weiss 2013), mens andre kvinner føler at lubrikasjon ikke er et problem (Basson 1996). Kvinner har et betydelig problem med å bli opphisset, og er et av de mest rapporterte problemene blant kvinner (Bronner et al., 2004). Hos menn er også seksuell opphisselse betydelig svekket (Yu, Roane, Miner, Fleming & Rogers 2004).

Mange av kvinnene uttrykker at de i liten grad har seksuell lyst (Bronner et al., 2004), og de forteller om at endringer i lyst er mer markant nå enn før de fikk Parkinsons sykdom (Wermuth & Stenager, 1995). Den seksuelle lysten ble betydelig påvirket av energi hos begge kjønn (Basson, 1996). Mannlige pasienter har betydelig mer redusert libido enn kvinner (Sakakibara et al., 2001), men ut ifra hva andre menn og kvinner forteller, er det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kjønn etter å ha fått Parkinson sykdom (Wermuth & Stenager, 1995). Seksuell drift er betydelig svekket hos menn (Yu et al., 2004). Hos kvinner spesielt opptrer seksuell dysfunksjon som redusert seksuell drift og misnøye med nytelsen av orgasme (Celikel, Ozel-Kizil, Akbostanci & Cevik, 2008).

Spesifikk grunn til seksuell dysfunksjon er erektil dysfunksjon og orgasmeendringer hos menn (Wermuth & Stenager, 1995). Etter erektil dysfunksjon er det mest rapporterte problemet hos mannlige pasienter prematur ejakulasjon (Bronner et al., 2004). Menn sier de har problemer med redusert ereksjon (Sakakibara et al., 2001; Kotková & Weiss 2013), redusert ejakulasjon blir ytret av andre (Sakakibara et al., 2001).

---

<sup>6</sup> System som ofte brukes for å beskrive hvordan symptomene av Parkinsons sykdom utvikler seg (Hoehn & Yahr, 1967).

<sup>7</sup> QOSL - Quality of sexual life (Moore 2002).

<sup>8</sup> Fuktigheten som utskilles i skjeden under seksuell opphisselse (Svendsen, 2009).

Det er en andel kvinnelige pasienter som har en orgasmefunksjon utenom det vanlige, en anorgasmi<sup>9</sup> (Brown et al., 1990). Kvinner med Parkinson har anorgasmia som den hyppigste seksuelle dysfunksjonen (Kotková & Weiss 2013), men de har en lavere seksuell dysfunksjon enn menn (Brown et al., 1990). Noen menn har lett for å oppnå orgasme, men det er usikkert hvorvidt menn klarer å kontrollere utløsningen sin, eller om det er prematur ejakulasjon (Celikel et al., 2008), mens andre menn erkjenner at de har problemer med sin ereksjon og at de faktisk har prematur ejakulasjon (Kotková & Weiss 2013). Menn forklarer også at deres orgasme var betydelig svekket (Yu et al., 2004). Det å få orgasme er problematisk, forteller en del kvinner (Kotková & Weiss, 2013; Bronner et al., 2004). Nytelsen av orgasmen hos kvinner er redusert (Celikel et al., 2008). Menn forteller også om problemer med å få orgasme (Bronner et al., 2004, Sakakibara et al., 2001), men ikke i like stor grad som kvinner (Sakakibara et al., 2001).

Noen kvinnelige pasienter og flere mannlige pasienter rapporterer om et endret mønster av opphisselse og orgasme. Snarere enn at de opplever en økt intensitet av seksuell spenning over tid, etterfulgt av en topp, og deretter orgasmisk frigjøring, beskriver de litt redusert høydepunkts spenning og delvis frigjøring, og, når stimulering fortsetter, får de nye spenninger, over en tidsperiode på 10 til 20 sekunder. Dette blir etterfulgt av et ganske plutselig tap av seksuell spenning med en noe mindre følelse av velvære enn i pre-morbide dager (Basson, 1996).

Hos enkelte mannlige pasienter er det største problemet tilfredsstillelsen av samleie (Kotková & Weiss 2013). Allikevel har menn et sterkt behov for samleie, selv om de praktiserer masturbasjon. De mener masturbasjon ikke er tilstrekkelig eller tilfredsstillende sammenlignet med samleie. Typen seksuell aktivitet blir betydelig påvirket av energi (Basson, 1996). Kvinnelige pasienter rapporterer at de har mer forandringer i sin seksuelle aktivitet, og forklarer at den seksuelle aktiviteten ble redusert etter de ble diagnostisert med Parkinson (Wermuth & Stenager 1995). Både menn og kvinner forteller at de sjelden har samleie (Brown et al 1990), men kvinner har ikke like stor reduksjon i samleie som menn (Sakakibara et al., 2001), selv om det er en del kvinner som klager på at de sjeldent har samleie (Brown et al., 1990). Hos andre viser det seg at frekvensen på sex og samleie var lik mellom pasienter og kontrollgruppe (Jacobs, Vieregge, & Vieregge 2000). Og enkelte sier at den seksuelle appetitten og initiativtaking til samleie ikke blir sett på som et problem (Kotková & Weiss 2013).

---

<sup>9</sup> Manglende evne til å oppnå orgasme hos kvinner (Grünfeld & Svendsen, 2013).

### 3.1.2. Motoriske erfaringer

Parkinsons sykdom har en mer dyptgripende effekt på kvinner enn menn (Kotková & Weiss, 2013). Kvinner rapporterer seksuell dysfunksjon i forhold til rigiditet . Flere kvinner rapporterer redusert seksuell aktivitet etter å ha blitt diagnostisert med Parkinson (Wermuth & Stenager, 1995).

Flere menn og kvinner føler at motoriske symptomer av sykdommen er direkte knyttet til at de har seksuelle problemer (Brown et al., 1990; Macht, Schwarz & Ellgring, 2005), men flertallet av både mannlige og kvinnelige pasienter snakket om å internalisere<sup>10</sup> deres tremor da de ble opphisset. Partneren observerer derimot at under opphisselse minsker synlig tremor samtidig som at pasientene omtaler forsterket internalisert tremor som ikke er behagelig (Basson, 1996).

Etter orgasme forteller menn og kvinner at muskelrigiditet øker i 30 til 60 minutter, mens tremor og unormale bevegelser raskt gikk tilbake til utgangspunktet. Andre kvinner og menn omtaler en kronisk muskel-summing eller spenning særlig/spesielt i nakke- og skuldermusklene etter å ha fått Parkinson. Alle er enige i at seksuell opphisselse øker dette (Basson, 1996).

### 3.1.3. Psykiske erfaringer

Alle pasienter med idiopatisk parkinsonisme rapporterer en grad av tap av generell selvfølelse som fører til et tap av seksuell selvtillit generert av redusert fysisk uavhengighet, økende manglende evne til å opprettholde hjemmet eller økonomi, tapte kjøreprivilegier, og stress og depresjon (Basson, 1996). Pasientene sier at desto hardere rammet de er knyttes det til hvor vanskelig det er å se seg selv som seksuelle vesener, som når de trenger hjelp med personlig pleie, huske medisiner, og det å få fysisk hjelp til å komme seg inn og ut av sengen - all denne hjelpen kommer fra personen ment å være deres seksuelle partner. Andre føler at som en syk person, bør de ikke være seksuell i det hele tatt. Seksuell selvtillit ble ytterligere redusert ved erkjennelse av endret fysisk utseende, sikling, utydelig tale, kunnskap om at deres ansikt ikke viser riktig uttrykte følelser, eller at deres intelligens ble diskreditert. Pasientene føler derfor at de får utfordringer med å opprettholde sin mannlige og kvinnelige identitet (Solimeo, 2008). For single menn, spesielt, beskriver de tap av seksuell selvinnsett i nærvær av en vedvarende biologisk drift om å være seksuell, som umåtelig frustrerende. Menn og yngre pasienter uttrykker også bekymring i forhold til deres seksuelle funksjon, noe også kvinnene gjør (Hand et al., 2010; Basson 1996). De pasientene som uttrykker signifikante samlivsproblemer, uttrykker også en bekymring over sin seksuelle funksjon (Hand et al 2010). Det viser seg at flere pasienter er misfornøyde med sitt seksualliv (Jacobs et al., 2000). Begge kjønn forteller at det var

---

<sup>10</sup> Noe som kommer utenfra og blir en del av det indre (Statvoks).

nettopp helsen som ble oppfattet som et forstyrrende element for deres seksualliv, og menn mener at helsetilstanden er grunnen til deres erektil dysfunksjon (Bronner et al., 2004). Pasientene forteller at depresjon forverrer deres erektil dysfunksjon, men den reduserer ikke seksuell lyst (Basson, 1996).

Pasienter som er misfornøyd med sitt seksualliv er ofte mer deprimerte enn de som er fornøyde med sitt sexliv. Det viser seg at det er flere pasienter enn de i kontrollgruppen som er deprimerte (Jacobs et al., 2000). Kvinner kommer med subjektive utsagn om at depresjon og angst påvirker deres seksualitet (Kotkova & Weiss 2013), mens mannlige pasienter forteller at det ikke er noen relasjon med deres seksuelle funksjon og depresjon og angst (Yu et al., 2004). Kvinnelige pasienter forteller at depresjon blir assosiert med redusert intimitet, og de forteller videre at forverring av sin egen helse blir assosiert med nedsatt seksuell tilfredsstillelse (Bronner et al., 2004). Deprimerte pasienter er ofte mer misfornøyd med sitt nåværende sexliv, de er mindre kapabel til å nyte en flørt og føler seg mer alene (Jacobs et al., 2000). En kvinne med alvorlig depresjon forteller at hun ikke er seksuelt aktiv (Wermuth & Stenager 1995). Seksuelle fantasier er derimot relativt intakt. Seksuell fantasi viste en positiv assosiasjon med både alder og varighet av Parkinson (Yu et al., 2004).

Kvinner forteller om en ikke-kommunikasjon – kommuniserer ikke, når det gjelder sin seksualitet og sitt seksualliv, og de klager på dette (Brown et al., 1990). Kvinner med Parkinsons sykdom sier de har lav selvtillit som seksualpartner, og de rapporterer om mangel på godkjenning fra partner når det gjelder sitt seksualliv (Wermuth & Stenager 1995). De mener også at de avviser seksuelle tilnærmelser fra partner oftere enn hva menn gjør. (Sakakibara et al., 2001). Kvinner indikerer høyere avholdenhet enn hos menn, og et fåtall sier det er på grunn av deres helsetilstand at de noen ganger avstår fra samleie (Bronner et al., 2004). Andre kvinner sier at seksuell appetitt og initiativtaking til samleie ikke blir sett på som et problem (Kotková & Weiss 2013), hvor også yngre pasienter uttaler at de er fornøyde med sitt seksualliv (Bronner et al., 2004; Sakakibara et al., 2001).

Enkelte av pasientene ønsket ikke å være med i studien etter at de leste spørreskjemaet som omhandlet sex og deres seksualliv, men etter å ha gjennomført en studie med spørreskjema om sitt seksualliv ble terskelen for å kontakte helsepersonell lavere (Sakakibara et al., 2001). En del av pasientene forteller at de snakker med sine partnere om seksuelle problemer, og en stor del av pasientene er fornøyde med sitt dyadiske – som vedrører to, forhold til sin partner (Bronner et al., 2004).

### **3.2. Ulike pasienterfaringer i forholdet mellom organdysfunksjon og seksuell dysfunksjon**

Noen av pasientene forteller at de ikke har urininkontinens (Basson, 1996), mens et fåtall mannlige pasienter med påvist urininkontinens rapporterer redusert lyst og seksuell aktivitet, mens de resterende rapporterer ingen forandringer i verken lyst eller seksuell aktivitet. Kvinner med urininkontinens, der få sier de ikke har forandring i lyst, men redusert seksuell aktivitet, sier de opplever redusert eller ingen seksuell aktivitet (Wermuth & Stenager, 1995). Også kvinner, som ikke har fått påvist organdysfunksjon, rapporterer markante endringer i lyst (Wermuth & Stenager, 1995), andre kvinner rapporterer at de har liten grad av seksuell lyst (Bronner et al., 2004). De rapporterer også om mer forandringer i sin seksuelle aktivitet. Flere av de kvinnelige pasientene er misfornøyde med sitt seksualliv (Bronner et al., 2004) Kvinner uttrykker at de har store vanskeligheter med å bli opphisset og oppnå orgasme. Begge kjønn forteller at de har endret libido, men forskjellen var ikke statistisk signifikante (Wermuth & Stenager, 1995).

Kvinner rapporterer at de opplever stressinkontinens som vanlig (Sakakibara et al., 2001), og det sees en sammenheng mellom inkontinens, libido og seksuell aktivitet hos kvinner (Wermuth & Stenager, 1995). Hos menn viser urininkontinens å ikke ha noen påvirkning på libido eller seksuell aktivitet (Stenager). Eldre menn sier at det er vanlig for dem å ha nedsatt orgasmefunksjon (Sakakibara et al., 2001).

Det viser seg at Parkinson rammede har en dårligere livskvalitet i forhold til blære- og tarm problemer, men dette har ikke noen sammenheng med deres subjektive oppfatning av sin seksuelle funksjon. Alder har heller ingen betydelig relasjon i forhold til blære- og tarmfunksjon (Sakakibara et al., 2001).

### **3.3. Ulike pasienterfaringer for menn og kvinner**

Størsteparten av pasientene med Parkinsons sykdom uttrykker signifikante samlivsproblemer (Hand et al., 2010), hvor menn forteller at ikke-kommunikasjon er et stort problem, mens kvinner klager over ikke-kommunikasjon når det gjelder deres seksualitet og seksualliv (Brown et al., 1990). De uttrykker også bekymring over seksuell funksjon, og seksuell funksjon er en bekymring for noen menn og yngre pasienter med Parkinsons sykdom (Hand et al., 2010). Mange menn kan klassifiseres til å ha en seksuell dysfunksjon, mens størsteparten av kvinnene kan ikke klassifiseres til å ha en seksuell dysfunksjon. Og, i følge de som er rammet av Parkinson, er det flere menn enn kvinner som rapporterer at de har en moderat til alvorlig seksuell dysfunksjon, og i parforhold – der menn er pasienter, er de seksuelle problemene flere (Brown et al., 1990). Kvinner rapporterer selv om flere seksuelle problemer enn menn (Wermuth & Stenager, 1995).



Det som var mest intakt hos begge kjønn var den seksuelle lysten (Kotková & Weiss, 2013), men likevel forteller både menn og kvinner at de har uregelmessig samleie (Brown et al., 1990), og en del forteller at de ikke er seksuelle aktive på nåværende tidspunkt (Bronner et al., 2004)

For menn er den høyeste forklaringsverdien, i forhold til seksuelt misnøye, faktoren av depresjon og innvirkning av motorisk nedsettende funksjonsevne, mens for kvinner er det faktorer som depresjon og situasjonsbetinget angst. Menn sier forverring av motoriske symptomer på bakgrunn av sykdommen er verre, enn hva kvinner opplever (Kotkova & Weiss, 2013). Det er mange mannlige og kvinnelige pasienter som snakker om å internalisere deres tremor da de ble opphisset, men enkelte kvinner og menn erkjenner at selvstimulering er problematisk (Basson, 1996).

Enkelte menn og kvinner forteller at i de pre-morbide dagene – før de fikk sykdommen, også da hadde lav seksuell lyst, redusert intimitet, og seksuell tilfredshet, i tillegg til problemer med å oppnå orgasme og problemer med smertefullt samleie (Bronner et al., 2004). Menn er mer misfornøyd med sitt seksuelle forhold, enn hva kvinner er (Brown et al., 1990; Bronner et al., 2004; Jacobs et al., 2000), mens enkelte kvinner mener de er mer seksuelt misfornøyd (Kotková & Weiss, 2013) og andre kvinner sier de er fornøyde med sitt seksualliv (Sakakibara et al., 2001). Andelen som var misfornøyd er færre enn de som oppfatter et problem i sitt seksuelle forhold (Brown et al., 1990).

Det største problemet hos kvinner var relatert til lubrikering og det å oppnå orgasme (Kotková & Weiss, 2013), og de har betydelige problemer med å bli opphisset (Bronner et al., 2004). Hos menn var problemet tilfredsstillelsen av samleie (Kotková & Weiss, 2013) og med sin ereksjon (Bronner et al., 2004).

## **4. DISKUSJON**

Hensikten med denne oppgaven er å beskrive erfaringer pasienter med Parkinsons sykdom har med sin seksualitet. Resultatet viser at pasienter har ulike erfaringer innenfor det fysiske, psykiske og motoriske med sin Parkinsons sykdom.

### **4.1. Resultatdiskusjon**

Hensikten med denne oppgaven er å beskrive hvilke erfaringer pasienter med Parkinsons sykdom har med sin seksualitet. Resultatet viser erfaringer med å opprettholde mannlig maskulinitet og identitet er vanskelig etter å ha fått Parkinsons sykdom. Resultatet viser også at menn og yngre pasienter uttrykker bekymring i forhold til deres seksuelle funksjon, noe også kvinnene gjør. I følge Wylie & Kenney

(2010) kan menn være mer påvirket av en seksuell dysfunksjon enn kvinner, kanskje fordi seksualitet anses for å være avgjørende for deres identitet. Calne (2003) beskriver det å være bevisst på endret fysisk utseende, manglende evne til å utrykke fysiske følelser, mye spytt og svette kan ha en negativ effekt på seksuell funksjon. Identitet består av ulike aspekter ved selvbildet, det fysiske selv og det personlige selv. Det fysiske består av kroppsoppfatning og kroppsuttrykk (Hummelvoll 2012). I følge Bronner (2009) forteller mannlige pasienter at selvtilliten er lav på grunn av dette, og det å ha samleie ble en symbolsk akt for å bevise sin maskulinitet og få bekreftet kjærlighet. I likhet med menn, har kvinner problemer i forhold til opprettholdelse av sin kvinnelige identitet, er et av hovedbekymringene hos kvinner forandringer i og på kroppen. Og de opplever at slike problemer ikke blir tatt opp av behandler (Bronner 2011). Nemiah har skrevet at kanskje tvinger sykdommen en til å gi opp en velkjent og høyt verdsatt måte å leve på. Dette kan måtte ofres på grunn av tapet av et kroppsorgan. Videre har han sagt at kroppen er for de fleste av oss i sentrum for våre verdssystemer. Vi setter alle pris på vårt fysiske selv, og vil bare under helt uvanlige omstendigheter unnlate å gjøre alt hva vi kan for å hindre at kroppen blir skadet eller lemlestet (Nemiah, gjengitt etter Hummelvoll, 2012). Seksualitet er sentral i en intim relasjon som kan oppleves bekræftende og tilfredsstillende og som har stor betydning for en persons selvfølelse og identitet (Haraldsen & Malt, 2012). Dette kan på mange måter ses på som situasjonen en mann og kvinne, som har fått Parkinsons sykdom, står i. Det er viktig hvordan kroppen aksepteres. Hummelvoll (2012) hevder at angst kan forekomme hvis en person ikke godtar og liker sin egen kropp.

Resultatet viser at pasienter, som er deprimerte, er misfornøyd med sitt seksualliv. Depresjon kan berøre opp til 45% av pasientene (Burn, 2002). Hummelvoll (2012) fremmer at depresjon er svaret på noe som ubehagelig har skjedd. Videre sier Hummelvoll (2012) at forventning om tap og et faktisk tap er en smertefull menneskelig opplevelse, og det er forekomsten av tap som fører til depresjon. Depresjon hos kvinner korrelerte med seksuell dysfunksjon, og frekvensen av depresjon var høyere hos menn med Parkinsons sykdom. I følge Wylie og Kenney (2010) påvirker kroniske sykdommer ofte seksuell nytelse indirekte, ofte gjennom angst og depresjon, hos kvinner. Testosteronmangel har blitt rapportert hos menn med Parkinsons sykdom, og det er en veldokumentert årsak til depresjon, utmattelse, nedsatt libido og erektil dysfunksjon (Bronner 2011). Resultatet viser også at angst påvirker seksuallivet. Seksuell lyst og opphisselse kan bli påvirket av angst og sinne (Meuleman & Lankveld 2005). I følge Hummelvoll (2012) er angst en fryktsom forutelse om at noe ubehagelig skal skje. Mange pasienter opplever at angsten kan være sterk og kan slå ut i aggresjon – som uttrykk for at pasienten opplever seg selv og sine vitale interesser truet. Forskning presenterer at angst kan redusere den seksuelle lysten betydelig med sinne som moteffekt. Hos menn har det vært liknende funn, men de viser mindre sinne. Som resultatet viser, er det flest kvinner som avstår fra sex, og Meuleman & Lankveld (2005) hevder at flertallet av kvinner vil avstå fra sex ved sinne. Calne (2003) nevner muskelspenning, svetting og kortpusthet som noen symptomer på angst. Og videre at angst vil

også gjøre Parkinson symptomene til pasienten verre. Dette kan være med på å påvirke pasientens seksualitet og deres opplevelse av det.

Resultatet sier at pasienter med Parkinson opplever tap av generell selvfølelse som igjen fører til et tap av seksuell selvtillit. Maco et al. (2008) nevner at fysiologiske faktorer som personlighet, eksterne stressfaktorer, psykiske symptomer, som depresjon og angst, og redusert selvfølelse har konsekvenser som kan disponere pasientene til å utløse eller holde på seksuell dysfunksjon. Det at pasienter er bevisste på sitt eget utseende, immobilitet eller dyskinesi kan resultere i at pasienten isolere seg fra andre (Calne 2003). Dette kan igjen føre til at pasienter har dårlig erfaring med sin seksualitet. Wylie & Kenney (2010) fremstiller at tap av privatliv, hvis en bor innenfor kommunale boliger som noen ganger kan være tilfellet hos gamle pasienter med Parkinson, kan dette være et hinder for seksuell aktivitet.

Som resultatet viser har både menn og kvinner nedsatt eller redusert seksuell aktivitet. Pfeiffer (2012) beskriver også at nedsatt seksuell aktivitet og lavere frekvens i seksuelle aktiviteter blir rapportert av 80% menn og 79% kvinner. Resultatet viser også at både menn og kvinner har svekket eller nedsatt seksuell funksjon. Menn har problemer med erektil dysfunksjon, prematur ejakulasjon, orgasmeproblematikk og nedsatt libido, og hos kvinner er det nedsatt libido hos 46,9-70% i tillegg til vanskeligheter med å oppnå orgasme, som støttes av teorien (Bronner, 2011). Videre viser resultatet at pasienter med Parkinson fortsatt opplevde å ha seksuelle fantasier. Dette viser at til tross for seksuell dysfunksjon, så er pasienten fortsatt interessert i og tenker på sex (Maco et al. 2008). For igangsetting av lyst (libido) er seksuelle drømmer og fantasier viktige. Seksuelle fantasier var uttrykk for utilfredsstillende seksualitet, mente Freud (Freud, gjengitt etter Aars, 2011). I tillegg viser kvinner, med Parkinsons sykdom, i resultatet at de har problemer med å oppnå orgasme og har nedsatt lubrikering, som støttes av Welch, Hung & Waters (1997). Forskningen til Welch et al. (1997) viser at signifikante forskjeller ble funnet mellom kvinner med Parkinson og kontrollgruppe i forhold til vaginal stramhet, ufrivillig vannlatning, angst, depresjon og seksuell tilfredshet. Tilfredsstillelse av samleie, lyst, oppnå orgasme og ereksjonsproblemer er funn i resultatet. Menn så på det å sjelden få orgasme som problematisk. Selv om de prøvde å oppnå orgasme, ble de trett etter 30 – 40 minutter og tapte som regel ereksjonen. Det ble beskrevet som frustrerende og lysten til å ha samleie reduseres. Andre menn fortalte at de ble opphisset, men ved penetrering tapte de ereksjonen, hjelpeløshet og fortvilelse ble beskrevet (Bronner, 2009). At pasienter med Parkinsons sykdom føler seg fortvilt kan forklares med at det fysiske elementet i en mann består av en intakt erektil funksjon, utløsning, orgasme, og det å være i stand til å utføre samleie. Hos kvinner er den fysiske delen det å bli seksuelt stimulert av kjærtegn av genitalia, få orgasme, og samleie (Wermuth & Stenager, 1992). Resultatet viser at både mannlige og kvinnelige pasienter har vanskeligheter med å oppnå orgasme. Calne (2003) antyder at menn kan oppleve at orgasmen er hakkende som kan lede til små serier av utløsninger.

Videre hevder Calne (2003) at begge kjønn kan erfare at orgasmen er mindre intens, mindre tilfredsstillende og tar lengre tid å oppnå. Det at utløsning og orgasme tar lengre tid å oppnå kan føre til tretthet, som igjen kan føre til at seansen blir avbrutt.

Resultatet viser at begge kjønn internaliserer sin indre tremor for å bli opphisset. I følge Bronner (2011) kan motoriske symptomer av sykdommen skape vanskeligheter og ulemper for utførelsen av de fleste intime aktiviteter. Videre forklarer forfatteren at forspill krever fin fingermotorikk og faste håndbevegelser. Kyssing krever et stødig hode og deltakelse av ansikts- og posturalmuskler<sup>11</sup>. Tremor kan være et forstyrrende element for stimulering, som trengs for opphisselse og det å oppnå orgasme (Bronner 2011).

Smertefullt samleie var et funn hos både mannlige- og kvinnelige pasienter i resultatet. Bronner (2011) beskriver at smertefulle sensasjoner er en stor komponent av de ikke-motoriske symptomene, som kan bidra til seksuell dysfunksjon. For øvrig beskriver Wylie & Kenney (2010) at smerte og stivhet hos en pasient som har Parkinsons sykdom kan være med på å endre den seksuelle aktiviteten.. Bronner (2011) hevder at opptil 70% av pasienter som har Parkinson har kroniske smerter, og kroniske bekkensmerter viser seg å være forbundet med erektil dysfunksjon hos menn, med en klar sammenheng mellom graden av smerte og erektil dysfunksjon. Resultatet viser også at forekomsten av erektil dysfunksjon er høy hos menn, nesten to ganger så høy som hos menn fra studier med alders-lik kontrollgruppe (Bronner 2011).

Seksuelle problemer er et generelt funn i resultatet. Bronner (2011) beskriver at seksuelle problemer er vanlige ikke-motoriske symptomer av Parkinsons sykdom, og forekommer på tvers av alle stadier i sykdommen. Spekteret av ikke-motoriske, så vel som motoriske, symptomer har en knusende effekt på det seksuelle velværet til pasienter med Parkinsons sykdom.

Resultatet viser at noen seksuelle dysfunksjoner kan være påvirket av alder og alvorlighetsgrad av sykdommen. Seksuell dysfunksjon er mer fremtredende hos den aldrende. Mens Wermuth & Stenager (1992) hevder at seksuell dysfunksjon er ofte knyttet tettere til samtidig sykdom enn alder alene. Store deler av pasienter med Parkinsons sykdom er over 60 år, og kan bli oppfattet som ikke-seksuell på grunn av alderen (Bronner, 2011). I den generelle populasjonen betrakter halvparten av eldre menn (fra 75 til 95 år) sex som viktig, og en tredjedel av disse rapporterte å være seksuell aktiv (Hyde et al., 2010). Bronner (2011) beskriver at en viktig ting for pasienter er derfor da å få bekreftet at de har rett til å være seksuelle vesener til tross for både alder og sykdom. Seksuelle endringer forbundet med

---

<sup>11</sup> Posturalmuskler er muskler hvis oppgave er å holde kroppen oppreist og stabil (Westad, 2005).

normal aldring kan gjøres verre av Parkinsons sykdom. For begge parter, kan tremor hemme opphisselse og forstyrre samleie (Calne 2003)

Resultatet viser at både menn og kvinner med urininkontinens ser sammenheng med å ha urininkontinens og det å oppleve redusert lyst, aktivitet og libido. Ifølge Pfeiffer (2012) antydes det at symptomer på urindysfunksjon er tilstede hos 27-39% hos pasienter som har Parkinson sykdom. I følge resultatet er det et fåtall mannlige pasienter med urininkontinens som rapporterer reduksjon i lyst og seksuell aktivitet, og at erektil dysfunksjon er det største problemet hos mannlige pasienter med Parkinsons sykdom. Maco et al. (2008) hevder at det er så mange som 80 % som har en erektil dysfunksjon hvis de lider av en organdysfunksjon. Urindysfunksjon hos pasienter med Parkinson kan være blant annet obstruktive symptomer. Som det fremgår i resultatet var det en reduksjon i blant annet seksuell aktivitet på grunn av urininkontinens, mens Bronner (2011) beskriver en pasient som forteller han har god ereksjon på nattetid på grunn av nokturi<sup>12</sup>. Det viser seg at det å ha blæredysfunksjon gjør at pasienter med Parkinson unngår intime aktiviteter (Bronner 2011). Menn og kvinner som ikke har noen påvist organdysfunksjon kan også ha nedsatt seksuell aktivitet. I likhet med resultatet er det funnet nedsatt seksuell funksjon hos pasienter med Parkinsons sykdom. 54% av menn forteller de har erektil dysfunksjon, og 81% menn og 43% kvinner rapporterte redusert seksuell aktivitet, som de relaterte til sykdommen, som stemmer med resultatet. Økt alder, alvorlighetsgrad av sykdommen og depresjon blir assosiert med redusert seksuell funksjon (Wermuth & Stenager, 1992).

I dag skal det være vanlig for leger, sykepleiere, og annet helsepersonell, å ta opp seksuell helse på polikliniske timer. Som det fremgår i resultatet har pasientene vanskelig for å ta opp dette sely, men opplever at det er enklere å gjøre etter å ha fylt ut spørreskjema eller blitt intervjuet om seksualitet. Det er få som oppsøker helsepersonell for å få hjelp (Bronner, 2009; Bronner, 2011), samtidig som de sier at de foretrekker at det er behandler som tar initiativet til å snakke om sex og seksualitet (Bronner, 2011). Bronner (2009) beskriver at kompleksiteten av sykdommen, tidspress, forvirring om hvordan man skal starte samtalen, og mangel på opplæring kan forklare hvorfor få behandlere tar opp dette under polikliniske avtaler. Pasienters reaksjon på behandlere som adresserer seksuell helse er positiv og preget av vilje til å kommunisere, samt lettelse over at deres seksuelle problemer blir tatt på alvor. Flere faktorer gjør det å diskutere seksuell helse på poliklinikk en ideal setting. Pasientene får et langt og en til dels personlig relasjon med behandler, og blir likeledes en ressurs for behandler for å ta opp intime problemer. Oppfølging gjør at for eksempel seksuell dysfunksjon hos pasientene blir tatt opp og fulgt opp (Bronner 2011). Eide & Eide (2011) hevder at *Kunsten er å stille det rette spørsmålet, lytte aktivt, og å følge dette opp på en måte som skaper trygghet og som stimulerer den andre til å utforske og/eller formulere seg om et problem*. Og Wylie & Kenney (2010) foreslår at siden mange pasienter

---

<sup>12</sup> Natlig vannlating (Nylenna, 2009).

synes det er enklere at behandler tar initiativ til å spørre om seksuelle problemer, uansett alder, kan et eksempel på et spørsmål kan være «*Har du noen seksuelle bekymringer?*». Behandler kan ofte ha barrierer med dette, og da finnes det en modell som kan hjelpe, *Open Sexual Communication* (Bronner, 2009). Det er en firetrinn assistent som kan hjelpe behandler å ta opp det med seksuell helse med pasienter som har Parkinson. Som resultatet viser er det spesielt kvinner som klager på en ikke-kommunikasjon når det gjelder seksuallivet og seksualiteten, og ved at behandler tar i bruk en slik modell vil pasienter få uttrykke sine plager med sin seksualitet (Bronner 2011). Eide & Eide (2011) beskriver at når problemet den andre vil drøfte er klart, er utfordringen å hjelpe vedkommende til å utforske dette nærmere. Videre hevder Eide og Eide (2011) at grunnlaget legges ved å skape en åpen situasjon i åpningsfasen av samtalen for å identifisere hva den andre har på hjertet.

Resultatet viser at enkelte pasienter ønsket ikke å være med i studien etter at de leste spørreskjemaet som omhandlet sex og deres seksualliv. Wylie & Kenney (2010) hevder at det viser seg at helsepersonell er for dårlige til å stille direkte spørsmål om seksuelle problemer, en av grunnene til dette er fordi det er ukomfortabelt, og pasientene synes det er vanskelig å skulle gi personlig informasjon frivillig. Videre beskriver Wylie & Kenney (2010) at en annen grunn til at helsepersonell er for dårlige til å stille sexrelaterte spørsmål er at det ofte blir antatt at eldre pasienter ikke er seksuelt aktiv, og at de ikke ser på sex som viktig lenger, mens for andre viser det seg at seksuelt samliv er en viktig faktor for deres livskvalitet. Og, for eldre menn er fortsatt den fysiologiske evnen til å engasjere seg i seksuell aktivitet og samleie intakt, og de kan derfor føle en fortvilelse ovenfor en nedgang i seksuell funksjon, dette vil også ha en innvirkning på deres livskvalitet. Det er viktig for dem å opprettholde sitt nivå i forhold til begjær, nytelse og ereksjon når de blir eldre. Videre viser funn i resultatet at både menn og kvinner har sjelden samleie. Calne (2003) beskriver at mannlige pasienter opplever at ereksjonen ikke lenger er fast og den tar lengre tid å oppnå. Den mannlige pasienten opplever å måtte skynde seg for å fullføre et samleie. Wylie & Kenney (2010) nevner da at når seksuell aktivitet skal vurderes hos eldre, så er det en tendens til at dette blir vurdert i relasjon til samleie. Men det som er viktig å tenke på er at mange eldre engasjerer seg i andre former for seksuell aktivitet, som for eksempel kjærtegn og berøring. Seksualitet er ikke bare en kilde til vellyst og reproduksjon, det er også en viktig kilde til og et uttrykk for følelsesmessig nærhet og psykologiske bånd til et annet menneske (Haraldsen & Malt, 2012)

## **4.2. Metodediskusjon**

Resultatet i denne studien er bygget opp av et utvalg av originale forskningsartikler som omhandler pasienter som har Parkinsons sykdom og deres erfaringer med seksualitet. Parkinson og seksuell dysfunksjon har vært hovedkriteriene for litteratursøkingen. Søkeord ble valgt ut i fra oppgavens hensikt. I de første søkene ble det svært få treff med lite eller ingen relevante artikler. Ved å se på

nøkkelord i artikler som var relevant til oppgavens hensikt, og ved å bruke disse ga det flere og mer relevante treff. Det at de valgte søkeordene ga relevante treff gjorde at andre søkeord ikke ble benyttet.

Databasen som ble benyttet for å finne forskningsartiklene var hovedsakelig Medline, som er en anerkjent database (Polit og Beck 2008). Det ble også søkt i andre databaser som Cinahl, PubMed og SveMed+, men disse databasene ga ingen relevante treff, med unntak av artiklene som allerede var funnet i Medline. Bruk av bare en database kan være en svakhet, men det kan også ses på som en fordel da anerkjente databaser inneholder mer relevante artikler, mens mindre anerkjente databaser kunne gitt dårligere resultat. I anskaffelsen av artikler ble bibliotekarer og institusjoner kontaktet for å få hjelp med søkeord og litteratur. Når det kommer til egen evne å søke litteratur, kan den være noe mangelfull grunnet få timer med undervisning om emnet. Kildematerialet er anvendt selvstendig, saklig og kritisk. Artiklene er redelig oversatt, og erkjenner at feiltolkning kan forekomme.

Etter å ha analysert artiklene, ble artikler som var forkastet sett på i nytt lys, og ble tatt med da de viste seg at de allikevel var relevante til oppgavens hensikt. Noen av artiklene som ble tatt med i oppgaven var svært gamle, åtte av de fjorten artiklene ble utgitt før 2004 (Husk å fjerne prevalens). Årsaken til at de, til tross for årstallet, ble tatt med i oppgaven er at det er svært lite forskning på temaet om Parkinson og seksualitet, og det viste seg at de var relevante da resultatet støtter nyere forskning. I tillegg ble de vurdert og tatt med på bakgrunn av vanskeligheter med å få tilstrekkelig antall artikler. I noen av studiene er det brukt kontrollgruppe som metode, og det vises til disse noen/to ganger i oppgaven.

Det kan være en svakhet at temaet er lite forsket på, som er en konklusjon som går igjen i artiklene, men kan samtidig ses på som en fordel da det er viktig å få fokus på temaet. Hovedtyngden av artiklene er fra europeiske land i tillegg til USA, Canada, Japan, Israel og Tyrkia. Det kan være en svakhet at det er brukt artikler fra andre land og kontinenter enn Norge og Skandinavia. Både Parkinsons sykdom og seksualitet er universelt, og derfor kan det tenkes at denne forskningen gjelder like mye i Norge.

Oppgaven er basert på forskning av både kvalitative og kvantitative metoder. En slik kombinasjon av artikler kan ses på som en egnet måte å komme fram til resultatet i etterkant av arbeidet. Erfaringene til pasientene ble godt fremstilt i forhold til hensikten i oppgaven, og tabellene i de kvantitative artiklene ga et helhetlig bilde på pasientenes seksuelle erfaringer etter å ha blitt diagnostisert med Parkinson.



## 5. KONKLUSJON

Funn i flere studier viser at mennesker med Parkinsons sykdom opplever ulike erfaringer med sin seksualitet og sitt seksualliv. Erfaringene hos pasientene har rot i det fysiske og psykiske ved sykdommen likeledes som det motoriske.

Undersøkelser tyder på at seksuell dysfunksjon har en signifikant innflytelse på livskvaliteten hos pasienter som har Parkinsons sykdom. Det er dermed grunn til å ta denne type spørsmål på alvor, både i praktisk klinisk virksomhet og som tema for klinisk forskning. Kommunikasjon er et viktig verktøy for sykepleiere. Det trengs større fokus på seksualitet til pasienter med Parkinsons sykdom. For sykepleier å få kjennskap til pasientenes egne erfaringer og utfordringer om seksualitet, er det avgjørende at det kommuniseres om temaet. Funn tyder på at det er en barriere for helsepersonell å ta opp et tema som seksualitet, og da finnes det flere ulike typer skjemaer og veiledere som er til hjelp. Sykepleiere, og annet helsepersonell, burde også kanskje få opplæring og veiledning om hvordan seksualitet påvirkes ved sykdom, som for eksempel ved Parkinsons sykdom. Det kan også tyde på at pasienter har en større barriere for å uttrykke problemer i seksuallivet, som gjør at det da er desto viktigere for sykepleiere å ta opp temaet, slik at det blir brakt på banen og pasientene får muligheten til å uttrykke seg og eventuelt få hjelp.

Wermuth og Stenager (1992) hevder at bare et fåtall studier om seksuell funksjon hos pasienter med Parkinsons sykdom har blitt forsket på, og ingen av de har inkludert en fysisk undersøkelse av pasientene. Videre hevder de at kunnskapen om dette temaet derfor er veldig begrenset. Odin (2007) hevder at antallet studier om seksualitet og Parkinsons sykdom er ennå svært begrenset, og resultatene er ofte motsigende, som da kan være en implikasjon for videre forskning.



## LITTERATURLISTE

- Aars, H. (2011). Mannens seksuelle funksjoner og reaksjoner. *Seksualitet*, 1. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 24.
- Basson, R. (1996). Sexuality and Parkinson's Disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 2(4), s. 177 – 185.
- Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet, i Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gansmo, E (red). *Sykdom og behandling*, 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 327-328.
- Bronner, G., Royter, V., Korczyn, A. D., & Giladi, N. (2004). Sexual Dysfunction in Parkinson's Disease. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(2), s. 95 – 105.
- Bronner, G. (2009). Practical strategies for the management of sexual problems in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 15 (3), s. 96 – 100.
- Bronner, G. (2011). Sexual problems in Parkinson's disease: The multidimensional nature of the problem and of the intervention. *Journal of Neurological Sciences*, 310(1-2), s. 139 – 143.
- Brown, R. G., Jahanshahi, M. Quinn, N., & Marsden, C. D. (1990). Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 53(6), s. 480 – 486.
- Burn, D. J. (2002). Beyond the iron mask: towards better recognition and treatment of depression associated with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 17(3), s. 445 – 454.
- Calne, S. M. (2003). The Psychosocial Impact of Late-Stage Parkinson's Disease. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(6), 306-313.
- Celikel, E., Ozel-Kizil, E. T., Akbostanci, M. C., & Cevik, A. (2008). Assessment of sexual dysfunction in patients with Parkinson's disease: a case-control study. *European Journal of Neurology*, 15(11), s. 1168 – 1172.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. Forskningsetisk sjekklister, de nasjonale forskningsetiske komiteene. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekklister/> (Hentet: 07.03.14).

De Rijk, M. C., Tzourio, C., Breteler, M. M. B., Dartigues, J. F., Amaducci, L., Lopez-Pousa, S. ... Rocca, W. A. (1997). Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the EUROPARKINSON collaborative study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 62(1), 10 – 15.

Dietrichs, E. (2009). Nevrologiske sykdommer, i Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. *Sykdomslære*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 394.

Dietrichs, E. (2009). Parkinsonisme, i Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <http://snl.no/parkinsonisme>. (Hentet: 08.05.14).

Eide, H., & Eide, T. (2011). Utforskende ferdigheter. *Kommunikasjon i relasjoner*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 266, 280.

Espeset, K, Mastad, V, Johansen, E.R., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved nevrologiske sykdommer, i Almås, H, Stubberud, D-G., & Grønseth, R. *Klinisk sykepleie* 2, 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 236 – 237.

Forskningsetikkloven. (2006). Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (Forskningsetikkloven). Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskning> (Hentet: 09.01.14).

Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet, i Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F., & Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie bind 3*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 72 – 73.

Grünfeld, B., & Svendsen, K., O., B. (2013). Seksuelle Funksjonsforstyrrelser, i Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: [http://sml.snl.no/seksuelle\\_funksjonsforstyrrelser](http://sml.snl.no/seksuelle_funksjonsforstyrrelser) (Hentet: 08.05.14).

Hand, A., Gray, W. K., Chandler, B. J., & Walker, R. W. (2010). Sexual and relationship dysfunction in people with Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 16(3), s. 172 – 176.

Haraldsen, I. H., & Malt, U. F. (2012). Seksuelle lidelser og kjønnsidentitetsforstyrrelser, i Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I., & Årslund, D, *Lærebok i psykiatri*, 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 637.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Nevroplan 2015. Delplan til omsorgsplan 2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Hoehn, M., M., & Yahr, M., D. (1967). Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology*, 17(5), s. 427 - 442.

Holck, P. (2009). Basalganglier, i Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/basalganglier> (Hentet: 08.05.14).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 135 – 137, 200, 362.

Hyde, Z., Flicker, L., Hankey, G. J., Almeida, O.P., McCaul, K. A., Chubb, S. A. P., & Yeap, B. B. (2010). Prevalence of sexual activity and associated factors in men aged 75 to 95 years: a cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 153(11), 693 – 702.

Jacobs, H., Vieregge, A., & Vieregge, P. (2000). Sexuality in young patients with Parkinson's disease: a population based comparison with healthy controls. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 69(4), s. 550 – 552.

Jansen, J., & Glover, J. (2009). Hjerne, i Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/hjerne> (Hentet: 08.05.14).

Kotková, P., & Weiss, P. (2013). Psychiatric factors related to sexual functioning in patients with Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 115(4), s. 419 – 424.

Macht, M., Schwarz, R., & Ellgring, H. (2005). Patterns of psychological problems in Parkinson's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 111(2), s. 95 - 101.

Meco, G., Rubino, A., Caravona, N., & Valente M. (2008). Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 14(6), 451-456.

Meuleman, E. J. H., & van Lankveld, J. D. M. (2005). Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men. *BJU International*, 95 (3), s. 291 – 296.

Moore, O., Gurevich, T., Korczyn, A. D., Anca, M., Shabtai, H., & Giladi, N. (2002). Quality of sexual life in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 8(4), s. 243 – 246.

Nasjonal Samfunnsvitenskapelige Database (NSD). Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>. (Hentet: 28.02.2014).

Norges Parkinsonsforbund. (2013). *Parkinsons sykdom*. Oslo: Norges Parkinsonsforbund. Tilgjengelig fra: <http://parkinson.no/parkinsons1/parkinsons1/> (Hentet: 09.01.14).

Nylenna, M. (2009). Nokturi, i Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/nokturi> (Hentet: 08.05.14).

Nylenna, M. (2009). Progredierende, i Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/progredierende> (Hentet: 08.05.14).

Odin, P. (2007). *Seksualitet og Parkinsons sykdom*. Oslo: Orion Pharma AS.

Patton, M. Q. (2002). Qualitative Analysis and Interpretation. *Qualitative Research & Evaluation Methods*, 3. utg. California: Sage Publications, Inc, s. 463.

Personopplysningsloven. (2000). Lov om behandling av personopplysninger (Personopplysningsloven). Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven> (Hentet: 13.03.14).

Pfeiffer, R. F. (2012). Autonomic dysfunction in Parkinson's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(6), s. 697 – 706.

Polit, D. F., & Beck, C., T. (2008). Introduction to Nursing Research in an Evidence-Based Practice Environment. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 8. utg. Kina: Wolters Kluwer Business/Lippincott Williams & Wilkins, s. 15 – 17, 114, 517 – 518.

Sakakibara, R., Shinotoh, H., Uchiyama, T., Sakuma, M., Kashiwado, M., Yoshiyama, M., & Hattori, T. (2001). Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's disease. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 92(1-2), s. 76 – 85.

Solimeo, S. (2008). Sex and Gender in Older Adults' Experience of Parkinson's Disease. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 63(1), 42 – 48.

Statvoks. Internalisert. Tilgjengelig fra: <http://www.statvoks.no/konsept/konsept-individogsamf/internalisert.html> (Hentet: 07.05.14).

Svendsen, K. O. B. (2009). Lubrikasjon, i Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/lubrikasjon> (Hentet: 08.05.14).

Walberg, F. (2012). Hjerne, i Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <http://snl.no/hjerne> (Hentet: 08.05.14).

Welch, M., Hung, L., & Waters, C. H. (1997). Sexuality in women with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 12(6), s. 923 – 927.

Wemuth, L., & Stenager, E. (1992). Sexual Aspects of Parkinsons's Disease. *Seminars in neurology*, 12(2), s. 124 – 127.

Wermuth, L., & Stenager, E. (1995). Sexual problems in young patients with Parkinson's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 91(6), s. 453 – 455.

Westad, C. (2005). Kappemuskelen og belastningslidelser, på Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Tilgjengelig fra: <http://www.ntnu.no/doktorgrader/dr.scient/08.05/westad.htm> (Hentet: 08.05.14).

World Health Organization. (WHO). (1975). *Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health.*

World Health Organization. (WHO). (2006a). *Defining sexual health.*

Wylie, K., & Kenney, G. (2010). Sexual dysfunction and the ageing male. *Maturitas*, 65(1), 23-27.

Yu, M., Roane, D. M., Miner, C. R., Fleming, M., & Rogers, J. D. (2004). Dimensions of Sexual Dysfunction in Parkinson Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(2), s. 221 – 226.

## VEDLEGG

**Vedlegg 1.** Tabellen viser forfatter, år, tittel, tidsskrift, land, studiens hensikt, design og intervensjon, deltakere, hovedresultat og kommentar i forhold til kvalitet.

<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Tittel,</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	<b>Studiens</b> <b>hensikt</b>	<b>Design/</b> <b>Intervensjon/</b>	<b>Deltakere</b>	<b>Hovedresultat</b>	<b>Kommentar i</b> <b>forhold til</b> <b>kvalitet</b> <i>Nivå 1/2</i> <i>(NSD)</i>
Brown et al. (1990)  <i>Sexual function in patients with Parkinson's Disease and their partners,</i>  Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry  England	En gruppe pasienter og deres partnere gjennomførte en serie av selvrapportering s tiltak, med sikte på å vurdere seksuell funksjon og en rekke faktorer som kan være forbundet med problemer.	Kvalitativt studie  Spørreskjema for pasient, partner og pasient og partner	35 pasienter 38 partnere	Alder og helse, seksuelt forhold, sivilstatus, psykologiske/ psykiske faktorer, autonom funksjon hos pasientene og relasjonsvariabler hadde stor innvirkning på den seksuelle funksjonen hos Parkinson-pasienter og deres partnere	2
Stenager & Wermuth. (1995)  <i>Sexual problems in young patients with Parkinson's Disease,</i>	Beskrive den seksuelle funksjonen i en representativ gruppe av unge pasienter med parkinson	Kvantitativt studie  Strukturert intervju	15 menn 10 kvinner  Alder: 36-56  Inklusjonskriterier: <56 år, idiopatisk	Etter å ha fått Parkinson rapporterer kvinner størst reduksjon i libido og redusert seksuell aktivitet. For menn er det i stor grad	1

Acta Neurologica Scandinavica  Danmark			Parkinson	uforandret tidlig i sykdoms- forløpet.	
Basson. (1996)  <i>Sexuality and Parkinson's Disease, Parkinsonism &amp; related disorders</i>  Canada	Identifisere patofysiologi og psykoseksuelle faktorer som har unnderliggende forandringer i områder av seksuell lyst, seksuell funksjon, seksuell selvtillit, partnerskap, humør, energi, mobilitet, tarm- og blæreinkontinen s og fertilitet.	Kvalitativt studie  Semi-strukturert intervju	25 pasienter  Idiopatisk Parkinson	Menn uten partner har problemer med å oppnå sine seksuelle behov. Flest menn og noen kvinner opplevde økning i seksuell lyst på grunn av medisiner. Lyst varierte uavhengig av inntak av medisin og dose. Hos de kvinnelige partnerne var ikke dette et problem, men hos mennenes partnere var det problematisk.	1
Jacobs, Viergge & Viergge. (2000)  <i>Sexuality in young patients with</i>	Studere seksualitet hos unge parkinson- pasienter og sammenligne med en frisk kontroll-gruppe	Kvantitativt studie  Strukturert intervju etterfulgt av multiple-choice spørreskjema	121 pasienter 126 personer i kontroll- gruppe	Flere pasienter enn de i kontroll- gruppen var arbeidsledig og deprimert, ufornøyd med sitt nåværende	2

<p><i>Parkinson's Disease: a population-based comparison with healthy controls,</i> Journal of Neurology, neurosurgery and psychiatry  Tyskland</p>			<p>Inklusjonskriterier: &lt;51 år</p>	<p>seksualliv. De som var minst fornøyd med sitt seksualliv var deprimerte. Det var flere menn enn kvinner som var misfornøyd med sitt seksualliv. Frekvensen av samleie var likt mellom pasienter og kontrollgruppen.</p>	
<p>Sakakibara et al. (2001)  <i>Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's Disease,</i> Autonomic neuroscience: Basic &amp; Clinical  Japan</p>	<p>Utarbeide et spørreskjema om pasientens erfaring av bekken-organ dysfunksjon av urinblære, tarm og genitalia, og om dette har noen sammenheng med seksuell dysfunksjon</p>	<p>Kvantitativt studie  Spørreskjema</p>	<p>115 pasienter 391 personer i kontrollgruppe  Inklusjonskriterier: Idiopatisk parkinson Respondere r bra på medisin</p>	<p>Bekken-organ dysfunksjon for Parkinson-pasienter viste at inkontinens for avføring opptrådte sammen med urin-inkontinens, men ingen betydelig relasjon mellom seksuell dysfunksjon og tarm- og blæredysfunksjon</p>	1
<p>Moore et al. (2002)</p>	<p>Vurdere kvaliteten av</p>	<p>Kvalitativt og kvantitativt studie</p>	<p>54 menn 37 kvinner</p>	<p>Kvalitet på seksualliv var</p>	1



<p><i>Quality of sexual life in Parkinson's Disease, Parkinsonism and Related Disorders</i></p> <p>Israel</p>	<p>seksuallivet blant pasienter med Parkinson, og evaluere forholdet mellom kvaliteten på seksuallivet og kliniske karakteristika av Parkinson og helserelatert livskvalitet vurdert av PDQ-39</p>	<p>Spørreskjema</p>	<p>Inklusjon-kriterier: Sykdomsforløp &lt;2 år Ingen kognitiv svikt</p>	<p>ofte relatert til alder og alvorlighetsgraden av sykdommen. Kvinner var oftere mer fornøyd med sitt seksualliv enn menn. Et godt seksualliv gir generell tilfredshet.</p>	
<p>Bronner et al. (2004)</p> <p><i>Sexual dysfunction in Parkinson's Disease,</i></p> <p>Journal of sex and marital therapy</p> <p>Israel</p>	<p>Undersøke nåværende og tidligere seksuell funksjon hos pasienter med Parkinson</p>	<p>Kvantitativt studie</p> <p>Strukturerte spørreskjema</p>	<p>32 kvinner 43 menn</p> <p>Inklusjon-kriterier: Oppfylle kriterier til U.K Brain Bank Criteria</p>	<p>Erektildysfunksjon hos menn var det største rapporterte problemet, i tillegg var de misfornøyde med sitt nåværende sexliv, prematur ejakulasjon og vanskeligheter med å få orgasme. Kvinner hadde vanskeligheter med å bli opphisset og få orgasme. Av ulike grunner var ikke seksuelt</p>	<p>1</p>

				aktiv.	
Yu et al. (2004)  <i>Dimensions of sexual dysfunction in Parkinson's Disease,</i> The American Journal of Geriatric Psychiatry  USA	Forståelsen av faktorer som er relatert til seksuell dysfunksjon hos pasienter med Parkinson	Kvantitativt studie  Selv-rapporterings-skjema	17 menn og deres partnere  Alder: 50-83  Inklusjon-kriterier: Ikke ha demens	Stor andel av gruppen hadde stor seksuell dysfunksjon. Problem-områdene var opphisselse, seksuell oppførsel, oppnå orgasme, og seksuell lyst. Seksuell fantasi var relativt inntakt. Frekvens av masturbasjon og samleie var lav.	1
Macht, Schwarz & Ellgring. (2005)  <i>Patterns of psychological problems in Parkinson's Disease,</i> Acta Neurologica Scandinavica  Tyskland	Identifisere mønster av psykologiske problem hos pasienter med Parkinson	Kvantitativt studie  Spørreskjema sendt som brev	1235 kvinner 1840 menn pasienter med Parkinson og deres pårørende  Alder: 27 - 96	Psykologisk stress påvirker seksualiteten. Halvparten av mennene opplevde seksuelle problemer knyttet til sykdommen, men bare 1/3 av kvinnene opplevde dette.	1
Solimeo, S (2008)  <i>Sex and gender</i>	Kvinner- og menns erfaring med Parkinson	Kvalitativt studie  Semi-strukturert intervju	106 menn 65 kvinner	Utfordringer med opprettholdelse av kvinnelig og	1

<i>in older adults' experience of Parkinson's Disease,</i> Journal of Gerontology USA		Fokusgruppe Spørreskjema		mannlig identitet	
Celikel et al. (2008) <i>Assessment of sexual dysfunction in patients with Parkinson's Disease: a case-control study,</i> European Journal of Neurology Tyrkia	Undersøke ulik seksuell funksjon hos mannlige og kvinnelige pasienter med Parkinson og sammenligne med kontrollgruppe med samme kjønn og alder	Kvantitativt studie  Strukturert klinisk intervju Strukturert spørreskjema	23 kvinner 22 menn  Kontrollgruppe  Inklusjonkriterier: Ikke ha psykatrisk eller annen nevrologisk sykdom Ikke være dement	Seksuell dysfunksjon opptrer som redusert seksualdrift hos kvinner og misnøye med orgasme, forskjellig fra kontrollgruppen. Menn hadde lett for å oppnå orgasme, men usikkerhet rundt om det gjelder prematur ejakulasjon, også forskjellig fra kontrollgruppen. Begge kjønn har mer angst og depresjon enn kontrollgruppene.	2
Hand et al. (2009)	Å kvantifisere omfanget av selvrapporterte	Kvantitativt og kvalitativt studie	88 pasienter	Seksuell funksjon var en bekymring	1

<p><b><i>Sexual and relationship dysfunction in people with Parkinson's Disease,</i></b> Parkinsonism and Related Disorders England</p>	<p>seksual- og samlivs-problem hos pasienter med Parkinson</p>	<p>Tverrsnittstudie</p>		<p>spesielt hos menn og yngre pasienter. Betydelig seksuelle problemer i partnerskap kan ha en sammenheng med nedsatt seksuell funksjon og relatere seg til den fysiske og emosjonelle velværet i partnerskapet.</p>	
<p>Kotková &amp; Weiss (2013) <b><i>Psychiatric factors related to sexual function in patients with Parkinson's Disease,</i></b> Clinical Neurology and Neurosurgery Tsjekkia</p>	<p>Beskrive forverringen av psykiatriske faktorer, seksuelle funksjoner seksuell nytelse hos pasienter med Parkinson</p>	<p>Kvantitativt studie Spørreskjema</p>	<p>54 menn 49 kvinner Inklusjon-kriterier: Seksual-partner</p>	<p>Indikerer problemer hos både menn og kvinner seksuelt. Menn har ereksjons- og prematur ejakulasjons-problemer. Kvinner har anorgasmi og generell misnøye med sitt seksualliv. Essensiell forskjell mellom menn og kvinner er at kvinner er mer</p>	<p>1</p>

				misfornøyd med kommunikasjon om seksuallivet.	
--	--	--	--	---	--