



VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL



Proef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van Master in de Klinische levensloopspsychologie

DE SEKSUALITEITSBELEVING BIJ OUDEREN IN EEN WOONZORGCENTRUM

Een kwalitatief onderzoek

IRIS VANDENMEERSCHÉ
2017-2018



In samenwerking met Aditi vzw en Sensoa

Promotor: dr. Hubert Van Puyenbroeck
Psychologie en Educatiewetenschappen



Proef ingediend met het oog op het behalen van de graad van
Master in de Klinische levensloopspsychologie

DE SEKSUALITEITSBELEVING BIJ OUDEREN IN EEN WOONZORGCENTRUM:

Een kwalitatief onderzoek

IRIS VANDENMEERSCHE

2017-2018

Aantal woorden: 12070

Promotoren: Dr. Hubert Van Puyenbroeck
Psychologie & Educatiewetenschappen

SAMENVATTING MASTERPROEF

Naam en voornaam: Iris Vandenmeersche

Rolnr.: 508210

KLIN
AO
ONKU
AGOG

Titel van de Masterproef: De seksualiteitsbeleving bij ouderen in een woonzorgcentrum

Promotor: Dr. Hubert Van Puyenbroeck

Samenvatting:

Wanneer het woord 'seks' of 'seksualiteit' valt, hebben we meestal meteen ieders aandacht te pakken. Vermeld deze woorden echter gecombineerd met het woord 'ouderen' en mensen fronsen het hoofd of gaan verder met wat ze aan het doen waren. Gelukkig is hier de laatste jaren verandering in gekomen. Meer en meer onderzoek richt zijn pijlen op seksualiteit bij ouderen en dit onderzoek probeert hier zijn steentje bij te dragen. Deze explorerende studie ging na hoe ouderen in een woonzorgcentrum hun seksualiteit beleven en meer specifiek, hoe dit zich afspeelt binnen het woonzorgcentrum. Dit werd getracht aan de hand van een kwalitatief onderzoek, voorafgegaan door een literatuurstudie. Een semi-gestructureerd interview werd afgenomen bij de bewoners en geanalyseerd door middel van de thematische analyse. Hier kwamen vier clusters naar boven. We zien dat seksualiteit voor hen een thema uit het verleden is en geen (grote) rol meer speelt in hun dagelijkse leven. Reeds tijdens hun huwelijk was er al een afname of zelf stopzetting zichtbaar. Andere aspecten van intimiteit groeien in belang, zoals knuffelen, strelen en kussen. Er zijn verschillende factoren die op hun seksualiteit inspelen. Voornamelijk gaat het hier om het overlijden van hun echtgenoot en hun leeftijd. Hiernaast spelen ook hun gezondheid en de gezondheid van hun partner hun effecten uit. Tevens merken we een

weerstand bij de oudere populatie om een nieuwe partner te nemen. We merken dat deze generatie op een aantal vlakken andere normen en waarden heeft, die invloed uitoefenen op hun huidige seksualiteit. Vanwege beperkte, persoonlijke noden en behoeftes, werd geen hinder of ondersteuning gerapporteerd en werden dus ook weinig suggesties naar het WZC toe gedaan. De enige wens die naar boven kwam is een aanspreekpunt waar de bewoners persoonlijke gevoelens of ervaringen mee kunnen delen. Dit hoeft zich uiteraard niet te beperken tot enkel seksualiteit, maar kan over verschillende gevoelige onderwerpen gaan. Aangezien de ouderen zonder problemen over hun seksualiteit kunnen praten, lijkt het aangewezen dit onderwerp te durven aansnijden met de bewoners en individueel te kijken wat wel of niet gewenst is.

Dankwoord

Allereerst zou ik graag het woonzorgcentrum willen bedanken voor hun samenwerking en vertrouwen. De directie en het personeel hebben me hartelijk ontvangen. Meer in het bijzonder wil ik de bewoners die zich hebben opengesteld en hun verhaal hebben gedeeld ontzettend bedanken. Daarnaast zou ik graag Aditi vzw, Sensoa en mijn promotor bedanken voor hun expertise, hulp en assistentie. Ten slotte verdienen mijn ouders, vrienden en medestudenten een vermelding vanwege de niet-aflatende steun die ik ontvangen heb.

Inhoudsopgave

INLEIDING	1
1. WAT IS SEKSUALITEIT JUIST?.....	1
2. WAT IS EEN WOONZORGCENTRUM?	3
3. BEÏNVLOEDENDE FACTOREN OP SEKSUALITEIT	3
3.1 <i>Biologische invloeden</i>	<i>3</i>
3.2 <i>Psychologische invloeden</i>	<i>5</i>
3.3 <i>Relationele invloeden.....</i>	<i>6</i>
4. VERZORGEND PERSONEEL IN ZORGCENTRA	7
5. WAT WILLEN ZE?.....	9
METHODE	11
ONDERZOEKSVRAAG	11
ONDERZOEKSCONTEXT	11
PARTICIPANTEN	12
MATERIALEN	13
PROCEDURE DATAVERZAMELING	14
PROCEDURE DATAVERWERKING	14
RESULTATEN.....	17
1. SEKSUALITEIT VAN DE BEWONERS	18
1.1 <i>Seksualiteit in het heden</i>	<i>18</i>
1.2 <i>Seksualiteit in het verleden.....</i>	<i>19</i>
1.3 <i>Vervanging voor geslachtsgemeenschap</i>	<i>19</i>
1.4 <i>Tevredenheid over seksualiteit</i>	<i>20</i>
2. BEÏNVLOEDENDE FACTOREN	21
2.1 <i>Overlijden partner</i>	<i>21</i>
2.2 <i>Gezondheid partner</i>	<i>21</i>
2.3 <i>Gezondheid participant.....</i>	<i>22</i>
2.4 <i>Leeftijd</i>	<i>22</i>
2.5 <i>Nieuwe partner?.....</i>	<i>23</i>
3. OPVATTINGEN VAN DE BEWONERS	25
3.1 <i>Opvatting over seks</i>	<i>25</i>
3.2 <i>Opvattingen over mannen.....</i>	<i>26</i>
3.3 <i>Opvattingen over relaties en het huwelijk</i>	<i>26</i>
4. SEKSUALITEIT BINNEN HET WZC	27
4.1 <i>Hinderende factoren.....</i>	<i>27</i>
4.2 <i>Ondersteunende factoren.....</i>	<i>27</i>
4.3 <i>Houding van het WZC volgens de bewoners</i>	<i>28</i>
4.4 <i>Suggesties voor de toekomst</i>	<i>29</i>
DISCUSSIE	30
CONCLUSIE.....	32
REFLECTIES ONDERZOEKER	34

KRITISCHE REFLECTIES	35
REFERENTIELIJST.....	37
BIJLAGEN	40

Tabellenlijst

Tabel	Beschrijving
Tabel 1	Demografische gegevens van de participanten
Tabel 2	Clusters en thema's die voortvloeien uit de analyse

Inleiding

Wanneer men aan ouderen in de samenleving denkt, komen vaak enkele clichés naar boven. Eén daarvan is de seksualiteit bij deze groep. Wanneer het onderwerp seksualiteit aangesneden wordt, denken mensen haast automatisch aan jonge, aantrekkelijke personen. Ook wanneer seks in beeld wordt gebracht, zien we dit uitgebeeld door jonge mensen (Slabbinck, 2017). We gaan er vaak van uit dat ouderen aseksueel zijn of niet meer kunnen presteren. We stellen ouderdom gelijk aan op rust gaan, waar seksualiteit niet meer aan bod komt. Maar is dit wel zo? Elaut et al. (2013) vond dat 65-plussers gemiddeld één maal per twee weken geslachtsgemeenschap hebben.

Dit onderwerp wordt steeds belangrijker gezien de steeds groter wordende vergrijzing. Er wordt meer en meer aandacht gegeven in onderzoek aan de oudere generaties. Allerlei aspecten van hun leven worden onder de loep gelegd en ontleed. De seksualiteit of de seksualiteitsbeleving bij ouderen mag hieraan niet ontbreken en is een onderwerp dat de laatste jaren gelukkig steeds vaker de kop op steekt. Het is voor de ouderen zelf interessant om seksueel actief te blijven, in welke vorm dan ook. Verhoogde zelfwaarde, een gevoel van identiteit, bevestiging van het fysiek functioneren en niet te vergeten plezier, zijn onder andere enkele voordelen die onderzoekers en verzorgers aangeven op te merken (Doll, 2012). Heath (2011) voegt hier nog aan toe dat seksualiteit een invloed heeft op het zelfconcept, het zelfbeeld, de mentale gezondheid, sociale relaties en belangrijk is voor de kwaliteit van leven. Het is in dit onderzoek de bedoeling om na te gaan wat de ouderen nog wensen, wat hen eventueel in de weg staat en wat hen kan helpen. Allereerst wordt er aan de hand van een literatuurstudie verkend wat seksualiteit juist inhoudt, welke factoren hierin een belangrijke rol spelen en hoe woonzorgcentra hier mee omgaan.

1. Wat is seksualiteit juist?

Het begrip seksualiteit kan vanuit verschillende oogpunten bekeken worden. Het is een breed en multidimensioneel begrip, dat verschillende onderzoekers doorheen de jaren hebben proberen definiëren. Hillman (2012) geeft aan dat het gaat om eender welke combinatie van emotionele intimiteit, sensuele activiteit, seksueel gedrag of gevoel van seksuele identiteit. Zij wijst er ook op dat seksualiteit dus gedachten, gevoelens en

gedragingen omvat die tot positieve of negatieve gevoelens kunnen leiden. In een onderzoek naar de patronen van seksuele activiteit en functioneren bij personen boven 50 jaar benaderen ze seksualiteit als de seksuele ervaringen en uitdrukkingen van de subjecten. Het omvat hun seksuele fantasie, oriëntatie, functie, gedrag en verscheidene andere aspecten (Kalra, Subramanyam & Pinto, 2011).

De World Health Organisation (WHO) geeft ons een definitie van seksualiteit en wat gezonde seksualiteit juist inhoudt:

Sexuality is a central aspect of being human throughout life; it encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors. (World Health Organisation, 2015, p. 5).

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled. (World Health Organisation, 2015, p. 5).

Volgens DeLamater en Sill (2005) moet de menselijke seksualiteit benaderd worden vanuit een biopsychosociaal standpunt. Het is onvoldoende om dit onderwerp te benaderen vanuit een puur medisch of biologisch standpunt. Zelf voerden ze een onderzoek uit waarbij verschillende aspecten, behorende tot de drie verschillende dimensies, bekeken werden in relatie tot het seksuele verlangen. Tot de biologische factoren rekenden ze het hormonale en vasculaire systeem en het al dan niet aanwezig zijn van een ziekte (en eventuele behandeling). Onder de psychologische invloeden

brachten ze attitudes, de mentale gezondheid, depressie (en de eventuele behandeling) en het hebben van informatie over seksualiteit. Tot de laatste dimensie, het sociale vlak, behoorden de aanwezigheid van een partner (kwaliteit en duur van de relatie werd hier mee opgenomen) en het inkomen.

2. Wat is een woonzorgcentrum?

Een definitie van wat een woonzorgcentra (WZC) nu precies is, wordt gegeven door het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Een voorziening die bestaat uit één of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder, die er permanent verblijven, in een thuisvervangend milieu huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016, p. 5)

Het gaat dus om individuen die 65 jaar of ouder zijn. Op de site van de Vlaamse Overheid kunnen we lezen dat een WZC in de eerste plaats bedoeld is voor personen die echt niet meer thuis kunnen wonen. Pas wanneer andere zorgformules, zoals mantel- en thuiszorg, niet langer geschikt zijn en een bijna permanente verzorging en hulp of toezicht bij het wonen nodig zijn, zou men een verhuis naar een WZC moeten overwegen ("Woonzorgcentra (vroeger rusthuizen)", z.d.).

3. Beïnvloedende factoren op seksualiteit

Uit de resultaten van het onderzoek van DeLamater en Sill (2005), dat afgenomen werd bij mannen en vrouwen boven de 45 jaar, bleek dat er inderdaad een afname is in seksueel verlangen naargelang de leeftijd. Deze afname is echter niet zo snel als mensen vaak denken. Om een aantal relevante invloeden op verandering in seksualiteit bij ouderen verder te bespreken, hanteren we de opdeling van DeLamater en Sill (2005).

3.1 Biologische invloeden

Leeftijd speelt een grote rol in het seksueel verlangen en de seksuele activiteiten bij ouderen. Maurice (1999) concludeerde dat, zowel bij mannen als bij vrouwen, er een vermindering is van seksueel gedrag en seksueel verlangen. Dit laatste weliswaar in mindere mate. DeLamater en Sill (2005) vinden deze relatie ook terug. Personen in hun vijftiger of zestiger jaren legden meer gewicht bij seks dan personen in hun 70 of 80 jaar.

Echter, dit werd niet persé aan leeftijd gelinkt (Hinchliff & Gott, 2003). Zij concluderen dat leeftijd niet persé een directe invloed heeft op hoe seks wordt beschouwd, maar het eerder leeftijdsgerelateerde factoren zijn die barrières opwerpen. Het zijn deze barrières die meer en meer onoverkoombaar zijn of lijken met de jaren. Uit hun onderzoek blijkt zelfs dat seks minder belang krijgt toegekend, enkel en alleen als de overige barrières onoverkomelijk lijken. Lindau en collega's (2007) concluderen in hun onderzoek dat fysieke gezondheid sterker geassocieerd is met verschillende seksuele problemen dan leeftijd op zich.

Messelis schreef in 2009 over de biologische veranderingen bij ouderen. Naarmate men ouder wordt, bekomen mannen minder makkelijk een erectie en duurt het voor beide geslachten langer vooraleer de lichamelijke reactie volgt op de seksuele opwindning. Bij vrouwen merken we dit aan een verminderde vaginale lubricatie. Het reeds eerder aangehaalde onderzoek van Kalra et al van 2011 ondersteunt dit, waarin bijna 100 procent van de 60-plussers aangaf dat het significant meer tijd kost om seksueel opgewonden te raken. Hierbij meldden alle vrouwen een verschil in kwaliteit van de vaginale lubricatie, waarbij 40 procent aangeeft dat deze insufficiënt is voor geslachtsgemeenschap. Bij de mannen gaf 28,7 procent te kennen dat de kwaliteit van de erectie zwak is en niet voldoende is om coïtus te hebben. Ook rapporteerden de meeste ouderen dat de kwaliteit van de seks afgenomen was.

Dit was nog meer het geval voor de personen met een chronische ziekte. Hoewel deze zaken opgemerkt werden, samen met een afname in seksueel verlangen, kunnen we toch stellen dat intact seksueel functioneren niet zeldzaam is bij ouderen. Chronische ziektes, zoals cardiovasculaire ziektes, kanker, arthritis en diabetes, kunnen een negatief effect hebben op het seksuele functioneren en de seksuele respons (Maurice, 1999). In het onderzoek van DeLamater en Sill (2005) is hoge bloeddruk significant verbonden met lage levels van verlangen. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat er een klein, maar significant verband was tussen een vergrootte prostraat en lager verlangen. Diabetes is gerelateerd aan erectiemoeilijkheden, minder seksuele activiteit met een partner en masturbatie (Lindau et al., 2007).

Wanneer personen medicinaal behandeld worden voor bepaalde problemen, kan dit ook een invloed uitoefenen op het seksuele verlangen. DeLamater en Sill vonden dat regelmatig gebruik van vier medicijnen gerelateerd waren aan lager seksueel verlangen bij

vrouwen, namelijk anticoagulanten en medicatie voor hoge bloeddruk, cardiovasculaire systeem en verhoogde cholesterol. Bij mannen is dit enkel geldig voor de anticoagulanten en medicatie tegen hoge bloeddruk.

3.2 Psychologische invloeden

In de steekproef van DeLamater en Sill waren niet de medische factoren het meest significant, maar de psychologische (attitudes) en relationele (aanwezigheid partner). Eerst gaan we de psychologische barrières bekijken, waar we een onderscheid kunnen maken tussen de attitudes van de ouderen zelf en deze van de omstaanders. Doll (2012) geeft aan dat veel persistente barrières in verband met seksualiteit van psychologische aard zijn. Ze haalt onder andere dezelfde factoren aan als DeLamater en Sill. Allereerst, de invloed van ageïsme, wat ook wel leeftijdsdiscriminatie wordt genoemd. Het gaat om stereotypering of discriminatie van personen vanwege hun leeftijd. Zoals eerder aangehaald hebben personen vaak ideeën en meningen over ouderen. Wanneer de verzorgers, familieleden en anderen de ouderen beginnen te behandelen naargelang deze ideeën, kan het voorkomen dat deze zich ernaar beginnen te gedragen. Men kan het bekijken als een soort *self-fulfilling prophecy*. Ook Slabbinck (2017) geeft weer dat ouderen deze denkwijzen overnemen. Deze overtuigingen uitdagen en aanpassen kan dus al een positieve invloed hebben op het zich seksueel uitdrukken van de ouderen.

Doll is het dus eens met Delamater en Sill dat het belangrijk is om ervoor te zorgen dat toekomstige cohortes niet of minder beïnvloed worden door de bestaande, negatieve attitudes. Het is volgens hen aangewezen om deze negatieve attitudes bij de oudere, maar ook de jongere generatie uit te dagen. Het verzorgend personeel in zorgcentra zou geen negatieve houding mogen aannemen ten opzichte van intimiteit bij ouderen en de residenties zouden geen belemmering mogen vormen voor deze relaties. Bij ouderen in een zorgcentrum komen de visies van de andere bewoners er nog eens bovenop. Deze kunnen negatief zijn en zo een impact hebben op een relatie binnen het rusthuis. Het zou kunnen dat deze voortkomen uit de notie dat iets niet gepast is of uit jaloezie (Doll, 2012).

Ze wijst vervolgens ook op de cohorte-invloed. De ouderen die momenteel van langdurige zorg gebruik maken, zijn opgegroeid in een omgeving waar religie een grote rol speelde. Seksualiteit werd niet besproken, maar afgekeurd en onderdrukt. Pas in

de jaren 60 veranderde de seksualiteitsmoraal van een beheersingsmoraal naar een prestatie-moraal. Seksuele gemeenschap mocht tijdens de beheersingsmoraal enkel binnen het huwelijk (De Cock, 2000). De huidige bewoners van woonzorgcentra hanteren conservatieve normen en hebben heel andere ideeën over seksualiteit dan jongere generaties. Woonzorgcentra moeten niet enkel denken aan hoe zij het nu kunnen optimaliseren voor de huidige bewoners, maar ook aan de toekomstige bewoners, die andere attitudes gaan hebben.

We kunnen er dus niet om heen dat attitudes, voor zowel mannen als vrouwen, een rol spelen. Wanneer iemand seksuele activiteiten belangrijk vindt voor de *quality of life* en de relatie, gaat dit een positieve impact hebben op het seksueel verlangen. Wanneer personen aangeven niet te genieten van seks en/of zonder te kunnen leven, gaat dit zorgen voor lagere levels van seksueel verlangen (DeLamater & Sill, 2005).

3.3 Relationale invloeden

Op het vlak van relationele factoren merken we dat de afwezigheid van een partner een groot struikelblok is (DeLamater en Sill, 2005). Volgens hun bevraging is een beschikbare seksuele partner sterker met verlangen gerelateerd bij vrouwen dan bij mannen. Masters, Johnson en Kolodny (1994) gaven eerder ook al aan dat wanneer vrouwen voor een langere tijd geen seksuele partner hebben, ze een seksuele desinteresse ontwikkelen. In het onderzoek van Hinchliff en Gott (2003) kenden alle personen met een partner minstens enig belang toe aan seks. Ouderen die weinig belang toekenden aan seks hadden vaak geen partner of stond de gezondheidstoestand van de partner het niet toe. Hierdoor werd seks door hen gedeëvalueerd. Veel ouderen vinden seksuele handelingen enkel gepast wanneer het gebeurt binnen het huwelijk (Levy, 1994). Bij 65-plussers kan men vaststellen dat de man vaak nog een hiërarchische functie uitoefent. Dit heeft als gevolg dat de vrouw instemt als de partner zin heeft (Kalra et al., 2011). Kalra et al. (2011) gaven alsook aan dat vrouwen het verlies van de partner als een factor bestempelden. Volgens Kalra et al. (2011) komt de geobserveerde daling in seksuele activiteit mer voor bij vrouwen, vanwege een overschat aan vrouwen in de oudste leeftijdscategorie.

Een groot probleem in rusthuizen is privacy. Het is belangrijk om een balans te vinden tussen de noodzakelijkheid tot observatie en zorg én het recht op privacy van het

individu (Heath, 2011). Woonzorgcentra zijn, zoals Doll (2012) aangeeft, ontworpen om observatie te vergemakkelijken en er zijn dus weinig privéplaatsen. De kamer van de bewoner is de plaats die het meest privaat is, maar ook hier komen hulpverleners vaak over de vloer om zorg toe te dienen, hen te helpen wassen en dergelijke. Rusthuizen geven vaak geen duidelijke grenzen aan tussen openbare plaatsen en privéplaatsen, wat de mogelijkheid tot privacy vermindert. Het personeel gaat er soms vanuit dat de privacy gecompromiteerd mag worden in naam van goede zorgen.

4. Verzorgend personeel in zorgcentra

Zoals eerder aangehaald is hoe het verzorgend personeel staat tegenover en omgaat met seksualiteit bij de bewoners een belangrijk gegeven. Ze zouden geen belemmering mogen vormen voor deze activiteiten, maar natuurlijk is dit niet altijd even gemakkelijk of vanzelfsprekend. Bewoners van een rusthuis hebben te kampen met verschillende lichamelijke of mentale klachten, worden getroffen door chronische ziektes, beperkte mobiliteit en andere belemmeringen. Deze kunnen obstakels vormen voor intieme relaties, maar ook het onafhankelijk leven moeilijk maken. Het is dus bij vele ouderen noodzakelijk om zorg te ontvangen en observatie te faciliteren (Heath, 2011). Hoewel dit zeker nodig is, mogen we de privacy en andere noden niet uit het oog verliezen. Verzorgend personeel kent belang toe aan de privacy, maar stelt de fysieke gezondheid vaak voorop (Doll, 2012). Doll haalt in haar boek ook aan dat de mate waarin de bewoners zich laten horen invloed kan hebben op hoe het personeel omgaat met de privacy. Wanneer de ouderen hun wensen niet verwoorden of hun klachten niet aangeven, gaat het personeel er soms vanuit dat privacy voor dezen niet belangrijk is. Ze duidt er ook op dat de vastgeroeste ideeën over de 'aseksualiteit van de ouderen' en 'het niet meer kunnen presteren' ervoor zorgt dat het personeel niet of amper getraind wordt om seksuele noden van bewoners op te merken of er begrip voor op te brengen. Hierdoor gebeurt het dat verzorgers schrikken en op een ongepaste manier reageren, wat op zich effect kan hebben op de bewoners. Deze laatste kunnen zich schamen, generen of geloven dat het ongepast is om zich seksueel uit te drukken op hun leeftijd.

Verzorgers melden in het algemeen drie types van seksuele expressie. Ten eerste is er sprake van 'liefde en zorg' (*love and caring*), wat inhoudt dat er een grote aantrekking of affectie is tussen twee personen. Vervolgens is er volgens hen sprake van

'romantiek' (*romance*). Hierbij wordt het object van hun affectie geïdealiseerd. Tenslotte spreken ze over 'eroticisme' (*eroticism*), waarbij seksuele opwinding of verlangen kan leiden tot geslachtsgemeenschap (Doll, 2012). Het onderzoek van Ehrenfeld, Bronner, Tabak en Bergman (1997) onderzoekt de verschillende reacties van verzorgend personeel op deze types van seksualiteit. Wanneer het 'liefde en zorg' betreft, staan ze er voor open, vinden ze het schattig en willen ze deze relatie helpen of steunen. Bij 'romantiek' vinden ze het lief, zolang het niet leidt tot een seksuele relatie. Het kan echter ook een bron van amusement zijn onder de verzorgers. Tenslotte, indien het draait om eroticisme, merken ze op dat hier een heel scala aan emotionele reacties mogelijk zijn. Een aantal voorbeelden zijn verwarring, hulpeloosheid, schaamte, woede, ontkenning en afkeer. Fout reageren gebeurt vooral wanneer het personeel er niet veel over weet en er geen begrip van heeft. Hier kan het dan zijn dat de seksualiteit van de bewoners bestraft wordt.

Een ander onderzoek geeft aan dat er in het algemeen vier responsen onderscheiden kunnen worden bij het personeel (Roach, 2004). Allereerst bespreken we 'standing guard', waarbij het personeel op een dergelijke manier gaat handelen opdat ze zichzelf niet ongemakkelijk zouden voelen. De noden van de bewoners worden niet erkend. Bij de tweede soort respons, 'reactive protection', gaat het personeel reageren op seksualiteit volgens hun eigen normen en waarden. Dit kan schadelijker zijn voor de bewoners dan 'standing guard', omdat verschillende medewerkers verschillende ideeën hebben. *Guarding the guards* is een derde manier van reageren. Het personeel gaat eigen benaderingen hanteren, die niet geaccepteerd worden door het overige personeel in een restrictieve omgeving. Hierbij worden de seksuele noden en het recht op intimiteit beschermd door verzorgers in strijd met de andere verzorgers. Ten slotte kan het woonzorgcentrum proactief te werk gaan door het personeel te trainen en educatie te verschaffen. Hier worden strategieën aangeleerd om respectvol, consistent en op een waardige manier om te gaan met de seksualiteit van de ouderen. Deze respons wordt *proactive protection* genoemd en levert de beste resultaten op. Verzorgend personeel zou een degelijke training moeten ondergaan, zodat ze gewapend zijn tegen de verschillende situaties die ze kunnen tegenkomen.

Iets meer dan de helft van de respondenten uit onderzoek van Messelis, Van Velthoven en Van Houdenhove (2016) vindt dat er in hun woonzorgcentrum meer aandacht besteed moet worden aan de seksualiteit van de ouderen. Hieruit leren we ook

dat maar twaalf procent rapporteert geschoold te zijn inzake deze thematiek. De overgrote meerderheid van deze respondenten meent dat seksualiteit een onderdeel is van hun leven, maar iets minder dan één vierde van de respondenten geeft aan voldoende ruimte te krijgen om op deze noden en wensen in te gaan. Hierbij kunnen we verwijzen naar een artikel van Slabbinck (2017). Hierin haalt hij aan dat bijna 80% van de hulpverleners oordeelt dat de bewoners niet altijd de nodige zorgen krijgen, omdat er te weinig tijd voorzien wordt per bewoner. Een even hoog aantal ervaart dat er niet voldoende tijd is om te praten met de bewoners, wat één van de vele redenen kan zijn waarom seks en intimiteit maar zelden ter sprake komen.

Opvallend is dat het begeleiden van bewoners met seksuele noden of vragen niet door iedereen als onderdeel van hun taak wordt gezien, maar slechts door één op drie deelnemers. Volgens Heath (2011) zouden woonzorgcentra hun beleid zo moeten opstellen dat de verscheidene rechten van de bewoners, zoals privacy en vrije wil, erkend en ondersteund worden. Het zou een goede zaak zijn indien het beleid bepaalde aspecten van intimiteit en seksualiteit omvat. Een groot probleem in Vlaanderen is dat er juist een gebrek is aan een degelijk beleid. Vaak bestaat er enkel een beleid omtrent repressie van seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar niet voor het aspect plezier. Slechts 12 procent van de woonzorgcentra heeft richtlijnen over seks en intimiteit op papier (Slabbinck, 2017). Er is een grote nood aan handvatten en protocollen bij het personeel. Positief echter is dat een meerderheid van de respondenten aangeeft geïnteresseerd te zijn in vormingen en opleidingen rond seksualiteit en intimiteit. Woonzorgcentra moeten niet enkel denken aan hoe zij het nu kunnen optimaliseren voor de huidige bewoners, maar ook aan de toekomstige bewoners, die andere attitudes gaan hebben.

5. Wat willen ze?

Vanwege de verhoogde interesse in de seksualiteit bij ouderen, worden meer en meer onderzoeken opgestart naar wat ouderen zelf zeggen of denken over dit onderwerp. Gott en Hinchliff (2003) gaan in hun onderzoek na hoeveel belang ouderen hechten aan seks en welke factoren hierbij een rol spelen. Alle participanten die een huidige partner hadden, kenden minstens enig belang toe aan seks. De personen die geen of weinig belang hechten aan seks, gaven vaak het gebrek aan partner aan of gezondheidsproblemen en bij de personen waarbij seks een belangrijke factor was zien we

dat het steeds in de context van een relatie was. Seks blijft gezien worden als een belangrijk onderdeel van een hechte emotionele relatie. Wanneer het buiten de context van een relatie was, kunnen we opmerken dat seks een lagere prioriteit kreeg. Binnen een relatie kunnen we ook bemerken dat seks een lagere prioriteit kreeg wanneer iemand gezondheidsproblemen ervaart. Dit omdat seks dan het laatste is waar ze aan denken en ze schrik hebben om de partner pijn te doen. Het kan ervoor zorgen dat personen seks redefiniëren. Leeftijd zou helpen om hiermee te copen. Niemand van de participanten gaf aan beledigd te zijn, maar eerder dat ze het een aangename ervaringen vonden. Sommigen genoten er van om eens over seks te kunnen praten, omdat ze zelden of nooit de mogelijkheid hebben dit onderwerp te bespreken.

Uit het onderzoek van Lindau et al. (2007) kwam naar voor dat de meerderheid van de ouderen nog seksuele betrekkingen heeft en dat ze seksualiteit nog steeds als een belangrijk onderdeel van hun leven achten. De prevalentie van seksuele activiteit daalt wel, maar een substantieel aantal van de oudere mannen en vrouwen hebben geslachtsgemeenschap, orale seks en masturberen, zelfs wanneer ze een leeftijd van 80 of 90 bereikt hebben. Men ziet tevens dat andere aspecten van seksualiteit, zoals strelen, naast elkaar liggen en kussen, belangrijker worden na verloop van tijd (De Cock, 2000).

In het onderzoek van Kalra et al (2011) bleek 57,1% van de 60-Plusers seksueel actief te zijn, waarbij 14,3% aangaf effectief seksueel actief te zijn minstens één keer per week of zelfs dagelijks. 25,7% van de participanten boven de 60 gaf aan interesse te hebben om hun seksuele activiteiten voort te zetten minstens één maal per week of dagelijks.

Methode

Aan het begin van dit onderzoek werd een literatuurstudie uitgevoerd. Er werd besloten om aan de slag te gaan met een kwalitatief onderzoek, waarbij speciale aandacht gegeven werd aan de onderzoekscontext, de participanten, het onderzoeksmateriaal, de dataverzameling en de dataverwerking.

Onderzoeksvraag

In een steeds ouder wordende populatie, winnen ouderen aan belang in de wereld van onderzoek. We kunnen stellen dat er verschillende factoren een invloed uitoefenen of uitgeoefend hebben op de beleving van seksualiteit bij ouderen. We gaan er vaak vanuit dat seksualiteit aan ouderen voorbij gaat, maar wat komt naar boven als we de ouderen zelf aan het woord laten? In voorgaande literatuur zien we dat seksualiteit bij ouderen kan afnemen, aan belang kan verliezen, vervangen kan worden en zo veel meer. Het is van belang dat we gaan luisteren bij de bron zelf en niet slechts speculeren over wat wel en niet aanwezig is. Het in beeld brengen van seksualiteit van ouderen is van maatschappelijke belang, maar ook in de praktijk kan het handvatten aanreiken. Wat we namelijk in rekening moeten brengen is het gegeven dat ouderen vaak in een WZC verblijven. Ze wonen niet langer zelfstandig in hun huis of appartement waar privacy een evidentie is, maar vertoeven in een milieu waarin verzorging en hulp voorop staat. Het is in dit onderzoek de bedoeling om na te gaan wat de ouderen nog wensen, wat hen eventueel in de weg staat en wat hen kan helpen. Op basis van de literatuurstudie werd volgende onderzoeksvraag opgesteld:

"Hoe ziet de seksualiteitsbeleving van ouderen in een woonzorgcentrum eruit en hoe speelt dit zich af binnen de context van dit woonzorgcentrum?"

Onderzoekscontext

Gedurende dit onderzoek werd samengewerkt met een vlaams WZC. Zowel de directrice als de hoofdverpleegkundige stonden achter dit onderzoeksonderwerp en gaven hun toestemming dit onderzoek te laten plaatsvinden in het desbetreffende WZC. Sinds 2015 bieden ze 117 woongelegenheden aan, waarvan 6 voor kortverblijf dienen. Wanneer we de visie van dit WZC bekijken, zien we dat respect centraal staat. Ieders eigenheid wordt gerespecteerd en iedereen wordt evenwaardig behandeld, waarbij iedereen recht

heeft op zijn/haar eigen keuzes. Om de mate van privacy te verhogen, wordt er gewerkt met badges die toegang verlenen tot de kamer. Naast een privacy-functie hebben de badges een controlefunctie. Dit is om te weten welk personeelslid de kamer binnenging, wie eventueel een beloproep deed en hoelang het duurde voor deze beantwoord werd. Het personeel klopt ook steeds aan, vooraleer de kamer te betreden. Dit opnieuw om de privacy te verhogen. Een beleid omtrent seksualiteit bij de bewoners hebben ze niet. Wel geeft de hoofdverpleegkundige aan dat het WZC open staat voor de vorming van nieuwe koppels en dat dit ook bespreekbaar wordt gemaakt met de familie en de bewoners zelf. Het WZC is erg geïnteresseerd in handvatten omtrent het omgaan met seksualiteit bij de bewoners. Ze zetten ook sterk in op de activering van de bewoners en met het oog op dit doel is er iedere voor- en namiddag iets georganiseerd.

Participanten

Aangezien dit onderzoek enkele uitsluitingscriteria hanteert, werd gevraagd aan de hoofdverpleegkundige om een lijst op te stellen van de bewoners die aan de criteria voldeden. Personen met dementie, afasie of een bewindvoerder werden uitgesloten uit dit onderzoek. Het was van belang dat de participanten autonoom konden beslissen over hun deelname. Vervolgens werd op willekeurige wijze langsgedaan bij deze bewoners om het onderzoek te beschrijven en te vragen of ze hieraan wilden deelnemen. Hier werd steeds specifiek benadrukt dat het ging om een vrijwillige deelname, zodat ze niet het gevoel hadden hiertoe verplicht te worden. Dit was ook een punt waar de directie van het WZC zelf de nadruk op legde.

Aan dit onderzoek namen 9 bewoners deel, waarvan 8 vrouwen en 1 man. Hun gegevens vindt u in tabel 1. Volgens eerder onderzoek lijkt er een verschil te zijn tussen mannen en vrouwen op het gebied van seksualiteit. Om deze reden werd de mannelijke participant niet opgenomen in de resultaten. De leeftijd van de vrouwelijke participanten varieerde tussen 84 en 93 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 89,1 jaar. De mannelijke participant is 95 jaar en verblijft hier reeds 9 maanden. Bij de vrouwen varieert dit tussen 5 en 35 maanden. Een aantal vrouwelijke bewoners kon dit niet (specifiek) zeggen.

Tabel 1

Demografische gegevens van de respondenten

Respondentnummer	Geslacht	Leeftijd	Aantal maanden in WZC
Respondent 1	Vrouw	90	5
Respondent 2	Vrouw	91	23
Respondent 3	Vrouw	85	Onduidelijk/ongekend
Respondent 4	Vrouw	93	Onduidelijk/ongekend
Respondent 5	Vrouw	90	10
Respondent 6	Man	95	9
Respondent 7	Vrouw	87	Onduidelijk/ongekend
Respondent 8	Vrouw	93	36
Respondent 9	Vrouw	84	35
Gemiddelde		89,1	

Het gaat om een populatie waarvan alle participanten heteroseksueel zijn. Iedere participant was getrouwd, maar heeft zijn of haar partner reeds verloren. Één vrouwelijke participant is in het verleden gescheiden en nadien hertrouwd, maar ook zij heeft haar partner verloren. Deelname aan dit onderzoek was volledig vrijwillig en er werd geen vergoeding gegeven.

Materialen

Het betreft dus een kwalitatief onderzoek, waarbij gebruik werd gemaakt van een semi-gestructureerd interview. De interviewleidraad is terug te vinden in bijlage. Hierbij varieert de gependeerde tijd tussen 14 en 54 minuten. Voor aanvang van het interview werd aan de participanten gevraagd of het interview opgenomen mocht worden. Dit gebeurde aan de hand van een voicerecorder en een iPhone 6. Tijdens het interview werden ook korte notities gemaakt, betreffende gezichtsuitdrukkingen en/of lichaamshoudingen. Eenmaal de interviews afgenomen waren, werden de geluidsbestanden beluisterd via Audacity en op deze manier uitgeschreven.

Procedure dataverzameling

Vooraleer het onderzoek van start ging, werd een aanvraag ingediend bij de Ethische Commissie Humane wetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel. Na het verkrijgen van de goedkeuring werden woonzorgcentra gecontacteerd met de hulp van Aditi en Sensoa. Vervolgens werd met de geïnteresseerde centra een afspraak gemaakt om het doel en de opbouw van het onderzoek te overlopen. Hier werd eerst een gesprek gevoerd met de directrice en wanneer zij haar toestemming gaf, werd langsgedaan bij de hoofdverpleegkundige. Wanneer beiden hun akkoord gaven, werd de lijst met bewoners gegeven en werd vervolgens bij de bewoners één voor één langs gegaan om het onderzoek uit te leggen en hen te vragen of ze hieraan wilden deelnemen. Bij een positief antwoord werd telkens een individuele afspraak gemaakt.

Bij het begin van het interview werd nog eens kort geschetst wat het onderzoek juist inhoudt en welk doel het heeft. Hierbij werd vermeld dat er vertrouwelijk omgegaan wordt met de gegevens. Na deze korte uitleg werd gevraagd of ze alles begrepen en akkoord waren. Vooraleer het onderzoek van start ging, werd gevraagd het *informed consent* te ondertekenen. Vervolgens werden de interviews afgenomen bij de respondenten afzonderlijk. Om de cliënten op hun gemak te stellen, werd begonnen met een aantal demografische gegevens te bevragen. Op deze manier werd reeds een band geschept tussen interviewer en participant, vooraleer het intieme thema werd aangesneden. Dit thema werd aangebracht door middel van het stellen van een open vraag. Op het einde van ieder interview werd een korte samenvatting gemaakt en werd de participant aangemoedigd correcties of toevoegingen aan te brengen. Nadien werden deze zo snel mogelijk volledig uitgeschreven.

Procedure dataverwerking

De finale transcriptie werd geanalyseerd aan de hand van de thematische analyse (TA). Thematische analyse draait om het identificeren, analyseren en rapporteren van patronen/thema's over een dataset heen (Braun & Clarke, 2006). Uit de inhoud van de kwalitatieve data gaan we patronen herkennen en organiseren (Willig, 2003). Het gaat hier dus om het systemisch werken met kwalitatieve data, om zo gemeenschappelijke betekenseenheden te identificeren. Vervolgens gaan we deze groeperen in categorieën, om ten slotte deze te clusteren in thema's. Fereday en Muir-Cochrane (2006) beschrijven

TA als een zoektocht naar thema's die belangrijk zijn voor de beschrijving van een onderwerp. Een voordeel van TA is de onafhankelijkheid van theorie of epistemologie (Braun & Clarke, 2006). Het kan gebruikt worden binnen verschillende theoretische kaders en kan hierbinnen gebruikt worden om verschillende zaken te doen. Een grote voordeel van TA is dus diens flexibiliteit. Hierbij komt dat TA uitermate geschikt is voor studenten en onderzoekers die nog niet in het bijzonder bekend zijn met kwalitatief onderzoek.

Het is belangrijk dat we ons bewust zijn van onze eigen theoretische kaders, waarden en verwachtingen en het is van belang dat onderzoekers hun (epistemologische en andere) assumpties expliciet maken. Duidelijkheid rond wat gedaan wordt en waarom is tevens belangrijk. Braun en Clarke (2006) stellen hier een aantal vragen, die de keuzes representeren die de onderzoeker moet maken. Ten eerste is het belangrijk om te beslissen welk type analyse je wilt uitvoeren: een brede en rijke thematische beschrijving van de gehele dataset of een genuanceerd verslag rond een bepaald(e) thema('s)? Aangezien het hier gaat om een verkennend onderzoek, waarbij we de verschillende thema's die een rol spelen in de seksualiteit van de ouderen naar voor willen brengen, is gekozen voor een brede beschrijving. Vervolgens moet een keuze gemaakt worden tussen inductieve of theoretische thematische analyse of anders gezegd, tussen 'bottom up' of 'top down'. Hier is gekozen om inductief te werk te gaan. De geïdentificeerde thema's zijn sterk gelinkt aan de data zelf, zonder ze proberen in te sluiten binnen een reeds bestaand kader. Hiernaast moeten we ons ook de vraag stellen op welk 'level' de thema's geïdentificeerd worden, op een semantisch/ expliciet level of op een latent/interpretatief level. In dit onderzoek worden de thema's geïdentificeerd op semantisch level, waarbij we binnen de expliciete betekenis van de data blijven. Tijdens het analyseren wordt niet op zoek gegaan naar onderliggende betekenissen. Ten slotte werd gekozen voor een essentialistische benadering, waarin we op onomwonden manier kunnen theoretiseren over motivaties, ervaringen en betekenissen. We gaan uit van een unidirectionele relatie tussen betekenis, ervaring en taal.

Binnen kwalitatief onderzoek zijn drie kwaliteitsvereisten erg belangrijk: geloofwaardigheid, interne betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid (Mortelmans, 2013). Geloofwaardigheid, ook wel respondentvaliditeit genoemd, verwijst naar de overeenkomst tussen de vertaling van de onderzoeker en de realiteit van de participant. Om deze zo groot mogelijk te houden, werd getracht zo dicht mogelijk bij deze hun ervaring en

verwoording te blijven. Om de interne betrouwbaarheid te vergroten, werden verwachtingen en assumpties voor het afnemen van een interview kort genoteerd, om zo mogelijke invloeden aan het licht te brengen. Vermoedens, reflecties en afwegingen van de onderzoeker worden verder in het onderzoek opgenomen in een hoofdstuk 'reflecties'. Hier staan ook de moeilijkheden waar tegen men opbotste opgesomd, samen met de gevonden oplossingen en beslissingen. Om generaliseerbaarheid van het onderzoek na te streven werden de resultaten achteraf ingepast in bestaand onderzoek.

Er zijn verschillende stappen die men doorloopt bij TA (Braun & Clarke, 2006). Ten eerste werd het transcript een aantal keer gelezen, met als doel vertrouwd te raken met de data. Het uitschrijven van de interviews was hierin een eerste stap, maar het herhaaldelijk lezen op actieve wijze is aangewezen. Hierbij werd een marge gebruikt wordt om interessante of significante opmerkingen te noteren: de eerste ideeën voor codes. Wanneer we de eerste ideeën voor codes gegeneerd hebben, werd overgegaan naar stap twee, namelijk het genereren van initiële codes. Deeltjes uit de data die ons interessant leken, werden gecodeerd en georganiseerd in betekenisvolle groepen. Eens alle data gecodeerd en verzameld waren, werden de verschillende codes gesorteerd in potentiële thema's en alle relevante gecodeerde data-extracten verzameld binnen de geïdentificeerde thema's (stap drie). De vierde stap wordt opgesplitst in twee levels. Op het level van de gecodeerde data-extracten werd gekeken of de verzamelde extracten een coherent patroon vormden binnen een thema. Een gelijkaardige proces nam plaats over de gehele dataset. Hier werd nagegaan of de individuele thema's valide waren voor de dataset en of het thema accuraat de betekenissen reflecteren. Tijdens de vijfde stap werden de gevonden thema's gedefinieerd en benoemd. Meer specifiek werd de essentie van ieder individueel thema beschreven en werd vastgesteld welk aspect van de data het thema juist omvat. Als laatste stap werd rapport over de analyses geschreven.

Resultaten

Aan de hand van Thematische Analyse werden de uitgeschreven interviews geanalyseerd. Uiteindelijk kwamen we uit op 4 clusters en 17 thema's, die worden opgelijst in tabel 2. In de eerste cluster bespreken we de rol die seksualiteit speelt in het leven van de participanten, zowel in het heden als in het verleden. De tweede cluster staat stil bij welke factoren een invloed uitgespeeld hebben op de afname van seksualiteit. De derde cluster betreft opvattingen van de bewoners die een invloed kunnen hebben op hun seksualiteit. Ten slotte behandelt de vierde cluster het thema seksualiteit verder binnen de context van het WZC. Bij elk thema worden steeds de gelijkenissen en verschillen tussen participanten aangehaald. Om verduidelijking te scheppen worden fragmenten uit de interviews toegevoegd.

Tabel 2

Clusters en thema's die voortvloeien uit de analyse

Clusters	Thema's	Aantal interview waarin thema voorkomt
Seksualiteit van de bewoners	Heden	8
	Verleden	8
	Vervanging voor geslachtsgemeenschap	4
	Tevredenheid over seksualiteit	8
Beïnvloedende factoren	Overlijden echtgenoot	8
	Gezondheid partner	4
	Gezondheid participant	2
	Leeftijd	6
	Nieuwe partner?	8
Opvattingen van de bewoners	Over seks	4
	Over mannen	5
	Over relaties en het huwelijk	6
Seksualiteit binnen WZC	Hinderende factoren	8

Ondersteunende factoren	8
Houding WZC volgens de bewoners	8
Suggesties toekomst	

1. Seksualiteit van de bewoners

Seksualiteit neemt verschillende vormen aan bij verschillende personen, over verschillende situaties heen. Eveneens kan de mate van seksualiteit erg uiteenlopend zijn. In deze eerste cluster wordt het huidige toestandsbeeld geschetst, waarbij we kijken naar de rol van seksualiteit in het heden en terugblikken naar het verleden en hun tevredenheid rond dit thema. Eveneens kwamen enkele vervangingen voor seksuele activiteiten naar boven.

1.1 Seksualiteit in het heden

Alle participanten geven aan dat seksualiteit voor hen iets uit het verleden is. Ze verklaren dat in deze fase van hun leven hun interesses elders liggen. De meerderheid verklaart hier geen behoeftes meer rond te hebben.

R1: *Nee, dat speelt nooit door mijn hoofd. Dat is een thema dat voor mij niet meer bestaat, dat is simpel.*

De grote meerderheid geeft aan hier niet meer aan te denken. Één participant vertelt af en toe eens terug te denken aan vroeger seksueel gedrag met haar man, maar het draait hier om herinneringen. In kader van het heden denkt ze niet meer aan seksualiteit.

R9: *Goh ja, ge denkt nog eens, vroeger was dat zus en zo. Dat zijn herinneringen, maar het is niet meer zo... Ge denkt er aan, aan uw jonge tijd, aan uw schone tijd. Ook aan latere tijd, dat wel, maar dat zijn herinneringen. Dat is iets anders.*

Een paar participanten melden dat ze, in de jaren na het overlijden van hun echtgenoot, nog fysieke begeerte hebben gevoeld, hoewel dit zelden was/is. Dit is echter niet in die hoedanigheid dat ze hieromtrent actie zouden ondernemen.

R5: *Het zal misschien eens komen piepen zijn, als ik alleen was. Dat ging over en dat was gedaan. Dat is geen tien keer geweest in mijn leven.*

1.2 Seksualiteit in het verleden

Een tendens die we opmerken over de interviews heen, bevindt zich in het verloop van hun vroeger seksleven. In het grootste deel van de interviews kwam naar voor dat dit aspect in het begin van hun relatie en/of leven vuriger was en verminderde over de jaren heen. De helft van de participanten geeft hierbij te kennen dat de laatste jaren voor het overlijden van hun echtgenoot er geen sprake meer was van seksuele handelingen.

R9: *Ja, dat evolueert van in het begin prille liefde. Daarna mindert dat iets omdat ge kinderen krijgt. De liefde wordt gesplitst zal ik zeggen (lacht). Maar dan, in de latere dinge, als ge alleen komt te staan, zonder kinderen, is dat op een normale manier verder gegaan, zonder extreem te zijn. Noch bij mij, noch bij mijn man.*

R1: *Dat is geleidelijk gekomen. Mijn partner was minder actief, ik zal het zo betittelen, door zijn gezondheid en ik had er echt geen behoefte aan, dus ik heb het niet gemist. Dat is stilletjes weggeleden, ook toen hij nog leefde.*

De participanten kunnen grofweg ingedeeld worden in twee groepen. De eerste groep bestaat uit de helft van de participanten. Deze geven aan dat seksualiteit enig of veel belang had voor hen en ze tevreden waren over hun seksuele relaties. Een tweede groep meldt dat seksueel gedrag weinig of niet belangrijk was voor hun en zij haalden persoonlijk weinig uit deze contacten. Slechts 1 participant gaf aan geen erg seksueel persoon te zijn, maar wel steeds tevreden was over haar seksleven met haar echtgenoot. We zien hier dat de meningen en ondervindingen enorm uiteenlopend kunnen zijn.

R7: *(Echtgenoot), die kon me niet passeren zonder een keer te knijpen of me eens vast te pakken. Dat was er altijd bij. Het was langs beide kanten eigenlijk, langs beide kanten.*

R1: *Nee, het heeft me nooit gestoord doordat ik er persoonlijk niet veel behoefte aan had. Ik onderging het meer omdat het een normaal feit is, maar niet omdat ik het behoefde. Het ging nooit van mij uit, ik zal het zo zeggen.*

1.3 Vervanging voor geslachtsgemeenschap

In relatie tot hun partner geven de participanten aan dat de frequentie van geslachtsgemeenschap naar het einde toe afnam of zelfs volledig stopte. Echter, ze geven aan dat andere zaken in de plaats kwamen. De meerderheid vertelt dat intimiteit en

tederheid nog een belangrijke rol innam in hun huishouden. Elkaar eens vastnemen, kussen of 's nachts bij elkaar liggen, zijn enkele voorbeelden die ze aanhalen.

R9: *Ja, er was niet altijd meer gemeenschap, maar het was een andere soort. Ge zijt beperkter in uw dingen, hé.*

Interviewer: *In die tijd was het meer intimiteit? Het was eens een knuffel of eens samen slapen?*

R9: *Ja, dat wel. Dat bleef. Misschien zelfs nog een beetje meer dan vroeger, omdat dat, ik zal niet zeggen de enige manier was, maar toch een betere manier was om uw liefde te betuigen, laat ons zeggen.*

Interviewer: *U zegt dus dat de seksualiteit wel afnam, maar intimiteit nam nog een grote rol in.*

R9: *Ja, zelfs op de laatste moment. Dat was echt... Ook opbeurend voor hem. Absoluut.*

Nu, na het overlijden van hun echtgenoot, zien we andere zaken op de voorgrond treden. De zorg voor en het contact met de familie – vooral de (achter)kleinkinderen – is zeer belangrijk voor hen. Ook het contact met vrienden wordt enkele keren aangehaald.

R1: *Ik heb een soort vervanging genomen, dat is al. Die vervanging is geen andere man.*

1.4 Tevredenheid over seksualiteit

Over de interviews heen merken we dat de participanten op verschillende domeinen eens aangeven minder tevreden te zijn of ergens last rond te ondervinden (fysiek kwaaltje, gemis van echtgenoot, drukte in het WZC, ...), maar allemaal geven ze aan tevreden te zijn over hun huidig seksueel leven. Ze ervaren geen gemis op dit gebied.

Interviewer: Maar u gaf ook aan dat u daar ook tevreden rond bent, dat er geen ongemakken bij zijn?

R2: *Nee, nee.*

Interviewer: *Nee, dat is geen gemis?*

R2: *Op dat gebied niet, nee. Alleen het gemis van met twee te kunnen zijn, ja.*

2. Beïnvloedende factoren

De afname of stopzetting van seksuele verlangens en activiteiten wordt beïnvloed voor een aantal factoren. Vaak draait het om een samenspel van verschillende factoren, met elk een ander gewicht. We onderscheiden vijf factoren: het overlijden van de partner, de gezondheid van de partner en van de participant, de leeftijd en ten slotte het al dan niet (willen) nemen van een nieuwe partner.

2.1 Overlijden partner

Het overlijden van de partner heeft bij alle participanten een grote impact gehad op hun seksueel leven. Het verlies van hun partner of het alleen zijn wordt vaak als (een van de) eerste argument(en) aangehaald wanneer het thema seksualiteit aangesneden wordt. Voor velen stopt de mogelijkheid tot een seksueel leven bij het overlijden van hun partner.

R8: *En die dat ge nodig hebt, is overleden, zodus ge mankeert iemand, hé.*

Een paar geven ook uitdrukkelijk aan dat ze hun echtgenoot niet missen op het gebied van seksualiteit. Dit betreft participanten die aangeven helemaal geen behoeftes of gedachtes te hebben aan seksuele contacten.

R1: *Ik heb hem nooit in functie van die zaak gemist.*

Naast een aanzienlijke invloed uit te oefenen op het seksueel leven, kunnen we tevens een grote invloed bespeuren op emotioneel vlak. Het verlies van hun compagnon, hun metgezel lijkt hen zwaarder te treffen dan het verlies van hun sekspartner.

R7: *Ja, ja... Ik zeg het, het kan iedereen overkomen (partner verliezen), maar het is wel erg, hoor. Het is zwaar om dragen en ge geraakt er niet over.*

2.2 Gezondheid partner

De helft van de participanten geeft aan dat de gezondheid van hun partner een bijdragende factor was in de afname van hun seksueel leven. Bij sommigen zorgde dit voor een volledige stopzetting van activiteiten, bij anderen viel dit niet stil, maar ze gaven wel aan dat het niet meer hetzelfde was. Ze vertellen dat gedurende ettelijke jaren ze een zorgfunctie opnamen voor hun partner.

R5: *11 jaar heeft hij daartegen gevochten, 11 jaar heb ik al het zware werk moeten doen.*

De gezondheidsproblemen van hun partner brachten verschillende gevolgen met zich mee. De voornaamste klacht die wordt meegedeeld was een verlies of vermindering van kracht. Tevens wordt aangegeven dat hun partner minder actief was en een lager niveau van seksueel verlangen vertoonde. De mate van seksuele omgang fluctueerde bij sommigen mee met de gezondheid.

R9: *Het feit dat mijn man ziek was... Er waren goede perioden, maar er waren ook perioden waar het helemaal niet aan te pas kwam, laat ons zeggen.*

2.3 Gezondheid participant

Er komt naar voor dat de zorg voor partners met gezondheidsproblemen erg zwaar kon wegen op de participanten. Zeker in combinatie met een hogere leeftijd of het uitoefenen van een beroep, gingen sommige participanten gebukt onder de verschillende lasten.

R5: *Ge slaapt niet meer, ge... Ge slaap niet meer, hé! Ge slaapt niet meer. Ge eet niet meer hoe het moet zijn. Ge loop veel. Hij lag op het tweede en de winkel was beneden. Dat waren twee verdiepen. Ik moet zeggen, ik heb vaak 500 trappen gedaan. Ge kunt niet meer verder...*

De menopauze kan tevens een grote invloed uitoefenen op de gezondheid van de vrouw. Een aantal participanten geven aan hier amper of geen last van ondervonden te hebben, terwijl het voor een andere participant nog steeds voor ongemak zorgt. Vanwege overmatig zweten gedurende de menopauze, werd vastgesteld dat ze te droog was (aan o.a. haar baarmoeder). Dit had tot gevolg dat er onvoldoende vaginale lubricatie was en voor ongemak zorgde tijdens de geslachtsgemeenschap. Het resultaat hiervan was dat de participant er niet stond om te springen en ze zelf geen initiatief meer nam. Hedendaags heeft deze participant nog steeds last van deze kwaal.

R8: *Ze nemen dan een staaltje en ge zijt te droog. Nochtans, zei ik, ik ben altijd naar de dokter geweest als ik zo zweette. Dat had de dokter me wel gezegd, de huisdokter hé. En daarmee, ja, dan deed dat een beetje pijn. Ge moet het vlakaf zeggen, dat glijdt zo niet.*

2.4 Leeftijd

De grote meerderheid van de participanten geeft aan, in meer of mindere mate, de invloed van leeftijd ondervonden te hebben. Slechts twee participanten hebben leeftijd niet

vermeld als beïnvloedende factor. Deze laatste zijn personen die tevens te kennen geven dat seksualiteit nooit een grote rol heeft gespeeld in hun leven. Bij de eerstgenoemden geven sommigen aan dat leeftijd de hoofdrol speelt, terwijl het bij anderen eerder een bijkomende factor is. Verschillende participanten halen aan dat de mens niet kan hopen op een eeuwig jong leven, maar dat we het ouder worden moeten aanvaarden en ons hieraan moeten aanpassen. Hoewel ze bijna allemaal vertellen dat leeftijd een invloed heeft gehad op hun seksualiteit, toch merken we verschillen in de manier waarop deze invloed tot stand komt. De meeste participanten zinspelen voornamelijk op de fysieke beperkingen die de leeftijd met zich mee brengt. Wat we tevens een paar keer naar voor zien komen is het gebrek aan toekomstperspectief. Ze voelen zich beperkter in mogelijkheden.

R2: *Seks speelt veel minder een rol dan wanneer je nog jong bent, als er nog toekomst is. Nu is het... Alle dagen gaat u - ik word volgende maand 90 jaar - meer van dag tot dag leven. Ik toch.*

R3: *We zitten meer in onze winter. De herfst is ook al voorbij.*

Verschillende bewoners geven aan dat zowel zij als hun partner kalmer werden op dat gebied en ze eerder met andere zaken bezig waren. Echter, een paar participanten geven aan dat, vanaf dan, hun partner vaker het initiatief nam.

Onder de participanten zijn er een paar die zelf een aantal opmerkingen gaven omtrent leeftijd. Een aantal stelt zelf de vraag reeds of leeftijd niet veel invloed heeft. Als eerste wordt hier aangegeven dat er veel verschil kan zitten tussen personen van dezelfde leeftijd. Tegelijkertijd wordt opgemerkt dat 10 jaar jonger of ouder al een groot verschil kan maken.

2.5 Nieuwe partner?

Slechts één van de participanten heeft een nieuwe partner genomen. De overige participanten geven aan hierin geen interesse te hebben. Vaak geven ze aan dat ze hun leven geleid hebben met hun echtgenoot en er nooit bij hebben stilgestaan dit leven verder te zetten met een andere man.

R5: *Ik ben alleen en ik blijf alleen. Ik moet geen... Ah nee, er moet geen man naar mij komen. Hohoho, neen hé. Daar kan ik niet aan doen. Ik heb een man gehad en dat is genoeg.*

We zien verschillende redenen naar voren komen waarom participanten niet geïnteresseerd zijn om een nieuwe man te leren kennen. Een paar handelen bijvoorbeeld uit loyaliteit naar hun partner toe, anderen zitten nog te veel met hun vorige echtgenoot in hun hoofd en denken niet dat ze nog iemand zo goed gaan vinden en nog anderen hebben een slecht oordeel over mannen in het algemeen. Natuurlijk zijn er verschillende participanten die inherent geen behoefte hebben om hun resterende tijd nog door te brengen met een nieuwe partner.

Één van de deze participanten maakt wel de kanttekening dat ze momenteel geen behoefte heeft aan een nieuwe partner, maar dat ze niet weet wat de toekomst brengt. Indien ze later een nieuwe partner zou nemen, geeft ze wel reeds aan dat ze hem eerst goed zou moeten leren kennen en dat het zou moeten gaan om een relatie vooraleer er seksuele omgang bij aan te pas zou komen.

R7: *Het kan nog allemaal komen. Het is nog allemaal mogelijk misschien, maar op het ogenblik blijft het gewoon bij vrienden. Ik zal eerst heel goed moeten weten wie of wat het is en wat hij wilt eigenlijk. Want direct er op vallen, dat niet. Dat niet, neen, neen. Het zou een beetje tijd vragen.*

De participanten vertellen dat ze graag nieuwe vrienden maken en belang hechten aan vriendschap, maar dat het voor hen niet verder hoeft te gaan. Het menselijke contact is voor hen nog heel belangrijk, maar dit hoeft zich niet uit te breiden naar een relatie.

Één vrouw heeft in het WZC haar nieuwe partner leren kennen. De vrouw vertelt dat de relatie voornamelijk draait rond vriendschap en romantiek. Ze benadrukt ettelijke malen dat er geen geslachtsgemeenschap aan te pas komt en ze vooral van de vriendschap geniet. Het seksuele aspect is iets dat tussen haar echtgenoot en haarzelf blijft. Wel komt er een bepaald level van intimiteit bij kijken. Kusjes en knuffels worden wel nog aan elkaar gegeven.

R3: *Dat was mijn man en die dat erna komen, dat is vriendschap.*

Een aantal participanten verwijst naar de vorming van nieuwe koppels in WZC. Een participant vertelt dat nieuwe koppels niet zo vaak voorkomen, terwijl anderen dit regelmatig aangeven. Aan de tafels wordt af en toe eens opmerking rond de nieuwe koppels gemaakt, maar deze zijn veelal goed bedoeld. De grote meerderheid van de

participanten geeft specifiek aan dat anderen het recht hebben eigen te keuzes te maken en hoewel deze niet steeds volledig begrepen worden, wel aanvaarden.

R2: *Ik heb ook altijd gezegd dat iemand die daar goesting voor heeft, die moet dat doen.*

3. Opvattingen van de bewoners

Doorheen de interviews merken we dat de participanten uiteenlopende opvattingen hebben over verschillende domeinen heen. Deze domeinen en opvattingen kunnen sterk een invloed uit oefenen op hun huidige en vroegere seksuele beleving.

3.4 Opvatting over seks

Seksualiteit is een onderwerp dat voor velen een heel andere betekenis heeft. Sommigen laten zich positief uit over seks en hun eigen ervaringen hierrond. Er zijn echter ook participanten die hier eerder negatieve bewoordingen gebruiken om hun ervaringen te delen. Het gaat hierbij tevens om de participanten die geen persoonlijke behoeftes hadden aan seksuele contacten. Het betreft omschrijvingen zoals 'ik onderging het meer', 'ik ben vrij nu', 'de gerustheid valt op u' en 'dat doet pijn, als ze u gebruiken'.

Het woord 'normaal' wordt ook enkele keren in de mond genomen. Hieraan merken we dat er algemene overtuigingen zijn die de ouderen hanteren. Zo wordt aangegeven dat geslachtsgemeenschap ondergaan werd omdat het een normaal feit is, dat het zoals bij iedereen bij een huwelijk komt kijken en dan de afwezigheid van seks een normaal gegeven is op latere leeftijd.

R8: *Ja, dat komt erbij, hé. Dat weet ge. Dat komt er bij. (Stilte). Het zal zijn zoals bij iedereen. Als de moment daar is, ja.*

De helft van de participanten geeft te kennen dat seksuele verlangens en contacten niet aan hen besteed waren. Één participant in het bijzonder geeft aan dat bij de geslachtsgemeenschap de sperma van de man een storende factor is.

R4: *Nee, want eigenlijk, ik was zo niet op de man gericht. Ik weet dat ik een beetje vies was van de mannen. Zelfs van mijn eigen man, mijn tweede man. Dat kwakske was er te veel aan.*

3.5 Opvattingen over mannen

Opnieuw zien we grote verschillen in de verschillende meningen over mannen. Het grootste deel van de participanten hebben een positief oordeel over mannen. Anderen, echter, laten zich negatief uit over het mannelijke geslacht. Een participant geeft aan dat vele mannen vrouwen minachten en hen aanzien alsof ze onder hen staan. Tevens zouden mannen meer op zichzelf gericht zijn. Een andere participant laat weten dat mannen het minderwaardige geslacht zijn en de wereld beter zou zijn zonder hen erin.

R4: *Eigenlijk, als ik daar nu aan denk, dan wou ik dat ik vroeger zou denken, zoals ik nu denk, maar dat kan niet. Dan zou ik zeggen: "geen man bezien, voor geen geld van de wereld niet". Neen, ik vind dat het echt schepsels zijn die we kunnen missen".*

Over andere zaken is er meer overeenkomst. Verschillende participanten geven aan dat het initiatief meer bij de partner ligt, zeker wanneer de leeftijd vordert, en dat deze meer belang hechten aan deze seksuele omgang. Hier wordt naar voor gebracht dat de man steeds meer de dader is.

3.6 Opvattingen over relaties en het huwelijk

Alle participanten geven aan een liefdevol huwelijk of op zijn minst een goede verstandhouding gehad te hebben. Één vrouw is gescheiden van haar eerste man en is vervolgens hertrouwd. Hoewel ze haar eerste huwelijk omschrijft als ongelukkig, uit ze een grote tevredenheid over haar tweede. Uit de interviews blijkt dat seksuele omgang gezien wordt als iets dat zich uitsluitend moet afspelen binnen een huwelijk of op zijn minst een vaste relatie.

Niet alle participanten zijn getrouwd uit eigen verlangen en uit liefde. Twee participanten waren niet gericht op mannen en hadden niet de ambitie om te trouwen. Echter, zij kregen beide eerder een impliciet ultimatum gesteld vanuit de maatschappij. De eerste kon thuis blijven en daar werken voor haar ouders of trouwen, terwijl de andere de keuze had tussen het klooster of trouwen.

R4: *Waarom zijt ge dan getrouwd, hoort ge mij zeggen? Ofwel ging ge naar het klooster in die tijd en werd ge non ofwel trouwde je en dan nog zo katholiek mogelijk.*

Een paar participanten verklaren ook dat ze homoseksuele relaties en relaties aangaan op latere leeftijd niet begrijpen. Met betrekking tot het laatste lijkt het hen te laat in het leven om nog een nuttige meerwaarde te bieden.

R4: *Ik denk dat gevoelens hebben op latere leeftijd, alle gevoelens hé, speciaal zijn van uw verstand niet volledig te hebben.*

4 Seksualiteit binnen het WZC

Natuurlijk wordt seksualiteit binnen het WZC aangehaald, aangezien hun levens zich daar momenteel afspelen. De vraag kwam naar voor of het WZC invloed heeft op de seksualiteit van de bewoners en hoe de bewoners dit ervaren. Op het einde werd navraag gedaan naar eventuele noden omtrent intimiteit en seksualiteit.

4.1 Hinderende factoren

Alle participanten delen mee geen hinder te ondervinden van het WZC uit op hun seksualiteit. Voor hen was het thema seksualiteit reeds langer uitgedoofd, waardoor het WZC hier geen invloed meer op uitoefende.

R1: *Nee, er heeft me nooit iets gestoord doordat ik er persoonlijk geen behoefte meer aan had.*

Wanneer het onderwerp intimiteit aan bod komt, geeft één participant wel mee dat ze het af en toe moeilijk heeft met de steeds aanwezige drukte. Vroeger kon ze rustig alleen eten, maar nu bevindt ze zich steeds in groep, wat niet altijd even makkelijk is.

4.2 Ondersteunende factoren

Op het gebied van ondersteunende factoren kunnen de participanten weinig opmerkingen maken. Aangezien seksualiteit voor hen een thema uit het verleden is en er geen hinder wordt ondervonden, ervaren ze ook weinig ondersteuning. Een aantal participanten reageren verward wanneer de vraag naar wat hen ondersteuning biedt gesteld wordt. Er is zagezegd niets om te ondersteunen.

R1: *Doordat ik geen ondervinding heb, kan ik moeilijk antwoorden op die vraag.*

Verschillende malen wordt aangehaald dat de vriendelijkheid van het personeel voor hen heel belangrijk is. Dat op zich wordt enkele keren aangehaald als een ondersteunende factor. Een andere participant brengt naar voren dat het een opluchting

was dat ze zichzelf nog steeds kon wassen en hierbij geen hulp nodig had van verpleging. Dit zou een moeilijke stap zijn op het gebied van intimiteit.

4.3 Houding van het WZC volgens de bewoners

Alle participanten geven aan dat er met hen niet over seksualiteit gesproken wordt, waardoor sommigen niet zeker zijn hoe het WZC staat ten opzichte van seksualiteit bij en tussen de bewoners. Een participant geeft wel aan dat ze er van overtuigd is dat er over gesproken wordt, enkel niet met haar. Wanneer hen wordt gevraagd of ze dit wenselijk zouden vinden, geven de meeste aan dat het voor hen niet hoeft. Een paar participanten vertelt dat ze het goed vinden dat het onderwerp eens wordt aangesneden, hoewel het voor hen persoonlijk geen meerwaarde kan bieden. Één participant uit hier gemengde gevoelens rond. Langs de ene kant is ze blij dat er nog niet met haar over diepere onderwerpen (zoals seksualiteit, relaties, etc.) is gesproken, omdat dit te belastend zou zijn. Aan de andere kant geeft ze aan soms de behoefte te hebben te praten met iemand over de persoonlijker onderwerpen.

R7: *Ja, soms is het plezant om toch eens te kunnen babbelen, hé? Dat ge zegt, vandaag was het toch eenzaam of... Ge hebt toch dagen dat ge meer goede herinneringen hebt. Die kunnen soms te lang zijn, vind ik. Dat ze (de herinneringen) altijd terug komen. Met de lange duur begint ge 's nachts te huilen, met traantjes in de ogen.*

Interviewer: *En op die momenten zou het leuk zijn als ge het er eens uit kon laten?*

R7: *Ja.*

Voor geen enkele participant was het moeilijk om over seksualiteit te praten. Er waren geen gevoelens van schaamte of ongemak. Hoewel ze niet openlijk over seksualiteit spraken als ze jong waren, was het geen probleem om hier nu over uit te wijden. Ze vertellen blij te zijn te kunnen helpen en dat het een aangenaam gesprek was.

Hoewel ze omtrent de attitudes van het WZC weinig konden zeggen vanwege een beperkte persoonlijke ondervinding, gaven verschillende participanten wel aan op te merken dat het WZC geen probleem maakt omtrent nieuwe relaties. Ze laten deze ontwikkelen en maken hier geen opmerkingen over.

4.4 Suggesties voor de toekomst

Aangezien alle participanten geen noden of behoeften blijken te hebben omtrent seksualiteit en intimiteit, konden deze weinig suggesties doen. De meeste van hen zijn erg tevreden en hebben hier geen vragen meer rond. De participant die aangeeft af en toe nood te hebben aan een dieper gesprek, gaf tegelijkertijd ook aan het moeilijk zou zijn om erover te spreken en ze het ergens ook leuk vindt dat een bepaald stukje enkel van haar is. Toch wilt ze bij iemand terecht kunnen wanneer de nood daar is. Hier was het voornamelijk belangrijk dat ze dit op haar eigen houtje kon beslissen en het niet tegen eender wie was.

Discussie

Aan de hand van deze beschrijvende studie werd getracht de seksualiteitsbeleving van ouderen in een WZC in beeld te brengen. Aan de ene kant werd verkend wat de bewoners nog ervoeren, deden en wensten rond het thema seksualiteit. Aan de andere kant werd onderzocht hoe deze seksualiteit zich afspeelde binnen de specifieke context van het WZC. Hier werd speciale aandacht besteed aan hoe het WZC erde bewoners ondersteunt, hindert en wat zij in de toekomst graag anders zouden zien. Deze zaken werden onderzocht door middel van een literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek.

Na de analyse van de resultaten konden we 4 clusters onderscheiden. Ten eerste werd een beeld geschetst van de seksualiteit van de bewoners. Hier kwam naar voren dat seksualiteit een thema is dat amper of niet meer speelt bij hen, maar hierover zijn ze tevreden. Er zijn verschillende beïnvloedende factoren, die ervoor gezorgd hebben dat seksualiteit minder en minder aan bod kwam. Naast deze factoren merken we ook dat de bewoners verschillende opvattingen hebben, die op hun beurt tevens inwerken op hun seksualiteit. Vanuit het WZC merken de participanten weinig of geen hinder of ondersteuning, omdat voor hen seksualiteit iets van het verleden is. Suggesties waren moeilijker om te geven vanwege beperkte noden omtrent seksualiteit. Deze resultaten vormen de aanzet voor verder onderzoek.

De mannelijke respondent werd niet opgenomen in de analyse. Wanneer we zijn interview vergelijken met de vrouwelijke participanten zien we dat deze grotendeels overeenkomen. Het overlijden van zijn vrouw en zijn ouderdom spelen een grote rol. Hij heeft geen behoeftes meer rond seksualiteit en heeft geen interesse om een nieuwe partner te ontmoeten. Hij heeft wel heel af en toe seksuele gedachten. In context van het WZC ervaart hij geen hindernissen en kan hij geen suggesties doen. Wel geeft hij aan aandachtig te zijn een verpleegster niet te vaak aan te raken, ook wanneer het slechts gaat om een aanraking op de arm. In zijn beleving wordt er wel gesproken over seks met het personeel en bij de bewoners onderling. Uit het interview met deze mannelijke participant worden geen conclusies getrokken, maar een zelfde onderzoek uitgevoerd met enkel mannelijke participanten lijkt belangrijk en aangewezen.

Ons onderzoek toont zowel gelijkenissen als verschillen met de bestaande literatuur. Wanneer we kijken welke factoren de seksualiteit beïnvloeden, zien we dat deze passen binnen het biopsychosociale standpunt van DeLamater en Sill (2005). We vinden

zowel invloeden vanuit de biologie, psychologie als sociale/relatieve wereld. Net zoals Maurice (1999) en DeLamater en Sill (2005) stellen we een vermindering in seksueel gedrag en verlangen vast met een vooruitschrijdende leeftijd. Echter, we zien een volledige stopzetting van seksuele activiteit, terwijl Lindau et al. (2007) en Kalra et al. (2011) aangeven dat nog een aanzienlijk deel van de ouderen belang hecht aan seks en nog seksueel actief is. Net zoals De Cock (2000) aangeeft, werden andere aspecten van seksualiteit belangrijker, zoals knuffelen en kussen, toen hun partner nog leefde. In het onderzoek van Messelis (2009) vinden we een verminderde vaginale lubricatie, wat ook terug te vinden is in dit onderzoek.

Het eerste argument dat steeds naar boven kwam bij de bewoners wanneer bevraagd over hun seksueel leven was dat ze alleen waren en als gevolg geen seksualiteit meer beleefden. Dit staat in lijn met het onderzoek van DeLamater en Sill (2005) dat aangeeft dat niet medische redenen, maar psychologische en relationele factoren de belangrijkste invloeden zijn. Zij geven aan dat de afwezigheid van een partner een groot struikelblok is.

Doll (2012) geeft aan dat de visie van de andere bewoners een negatieve impact kan hebben op de seksualiteit en meer specifiek het beginnen van een nieuwe relatie binnen het WZC. De bewoners die deelnamen aan dit onderzoek stonden echter heel open en accepterend naar de keuzes van andere bewoners toe, hoewel ze deze niet altijd volledig begrepen. Doll (2012) verwijst tevens naar de cohorthe-invloed. De huidige bewoners hanteren meer conservatieve normen en staan anders tegenover seksualiteit dan de jongere generaties. In dit onderzoek merkt men dat de bewoners seksuele relaties als iets beschouwen voor binnen het huwelijk of op zijn minst binnen een vaste relatie en wordt het nemen van een nieuwe partner meestal niet eens overwogen. Er werd tevens niet over gesproken. Het is belangrijk dat WZC niet enkel denkt aan de noden van de huidige bewoners, maar dat ze ook stilstaan bij de toekomstige generaties, die andere normen hanteren.

Zoals eerder vermeld werd het woord 'normaal' enkele maal in de mond genomen wanneer het ging over seksualiteit op latere leeftijd en leek het velen vanzelfsprekend dat er geen sprake meer was van seksueel gedrag op hun leeftijd. Dit zou te maken kunnen hebben met ageïsme. Doll (2012) en Slabbinck (2017) gaven in eerder onderzoek al aan dat ouderen de denkwijzen van anderen kunnen internaliseren en zich ernaar gaan gedragen.

De participanten die aangeven af en toe nog aan seksualiteit te denken, seksueel verlangen te ervaren of terug te denken aan vroeger seksueel gedrag zijn diegenen die aangaven vroeger belang te hechten aan seks. Zij die daar vroeger geen belang aan hechten of persoonlijk weinig uithaalden, vertellen nu daar niet meer bij stil te staan. Dit sluit aan bij wat DeLamater en Sill (2005) zeggen: wanneer personen niet genieten van seks of zonder kunnen leven, zorgt dit voor een daling in seksueel verlangen.

Vanwege de beperkte noden rond seksualiteit bij de deelnemende bewoners, kwamen weinig hinderende of steunende factoren of suggesties naar boven. Wat vooral naar boven kwam was de nood aan een aanspreekpunt, waarmee meer persoonlijke ervaringen gedeeld kunnen worden. Er werd aangegeven dat het goed was dat het thema seksualiteit aan bod kwam, hoewel ze zelf weinig of geen noden hadden, en alle bewoners gaven aan zonder problemen over seksualiteit te kunnen spreken, wat erop wijst dat het voor hen een bespreekbaar onderwerp is.

Conclusie

Deze beschrijvende studie heeft tot doel na te gaan hoe ouderen, wonend in een WZC, seksualiteit beleven en hoe het WZC hierin een rol (kan) spelen. Dit werd getracht aan de hand van een uitgebreide, verkennende literatuurstudie en vervolgens een kwalitatief interviewonderzoek. Er werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek om op deze manier in directe aanraking te komen met de beleving van de ouderen. Na een grondige analyse van de resultaten aan de hand van Thematische Analyse werden 4 clusters geïdentificeerd, die een antwoord kunnen geven op de onderzoeksvraag:

"Hoe ziet de seksualiteitsbeleving van ouderen in een WZC eruit en hoe speelt zich dit af binnen de context van het WZC?"

Uit de analyse blijkt dat bewoners van een WZC geen behoeftes of noden hebben omtrent seksualiteit en bijgevolg niet meer actief te zijn op dit gebied. Een paar ouderen ervaren sporadisch nog fysiek verlangen, maar niet in die hoedanigheid dat ze er naar zouden handelen. Dit zou zich ontwikkeld hebben over de jaren heen, ook wanneer hun partner nog leefde. De frequentie van de geslachtsgemeenschap en andere aspecten van seksualiteit neemt af of wordt volledig stopgezet. Naast deze daling zien we echter dat andere aspecten van intimiteit in waarde stijgen. Hieronder rekenen we onder andere

strelen, knuffelen, naast elkaar liggen en kussen. Verscheidene elementen spelen hierin een rol en leveren hun bijdrage. Vooral het verlies van partner en de ouderdom worden gerapporteerd als beïnvloedende factoren. Hiermee beginnen ze vaak hun verhaal, wanneer bevraagd over hun huidige seksualiteit. Het overlijden van hun partner gecombineerd met een weerstand tot het nemen van een nieuwe partner, zorgt ervoor dat ze alleen staan in hun seksualiteit. Bij de ouderdom doelen ze vooral op de fysieke beperkingen die de leeftijd met zich meebrengt. Hiernaast oefent de gezondheid van de partner en van de participant zelf een invloed uit. Vaak namen ze een zorgfunctie voor hun zieke partner voor zich, wat op zijn beurt invloed uitoefent op hun gezondheid. Slechts één participant gaf aan een nieuwe partner te hebben, maar specificeert hier dat het voornamelijk gaat om vriendschap en romantiek. Seksualiteit komt hier niet aan te pas, omdat dit iets blijft tussen man en vrouw. De opvatting dat seksueel contact thuis hoort binnen het huwelijk of een vaste relatie zien we vaak terugkomen, net als de opvatting dat het initiatief vaker bij de man ligt en dat de mannen meer belang hechten aan seksualiteit.

Deze factoren hebben samen gezorgd voor een beperkt of ontbrekend seksueel verlangen en gedrag bij de ouderen. Door een gelimiteerde, persoonlijke ervaring werden weinig invloeden vanuit het WZC gerapporteerd. Noch hinder, noch ondersteuning werd ervaren, maar de ouderen geven te kennen dat dit ook niet nodig is voor hen. Het is een thema dat niet langer actief is voor hen. Er werd nooit met hen persoonlijk gesproken over seksualiteit, wat doet vermoeden dat dit onderwerp niet frequent wordt aangehaald binnen het WZC. Wel blijkt dat het aansnijden van het thema seksualiteit positief ontvangen wordt, omdat opgemerkt wordt dat het bij anderen wel nog leeft. Bovendien was het niet moeilijk dit onderwerp te bespreken. De wens naar een vertrouwenspersoon werd wel uitgesproken. Het is hier van belang dat de ouderen zelf de stap kunnen zetten naar een dieper, persoonlijker gesprek wanneer ze hieraan nood hebben.

In het algemeen kunnen we stellen dat de bewoners tevreden over hun huidige seksualiteit en hier verder geen vragen rond hebben. Er wordt momenteel niet meer gevraagd van het personeel dan vriendelijk zijn tegen hun bewoners.

Reflecties onderzoeker

Aangezien het de eerste maal was dat ik kwalitatief onderzoek uitvoerde, bevond ik me op ongekend terrein. Reeds voordien in mijn opleiding kwam ik in contact met het afnemen van interviews, maar toch ervoer ik in het begin enkele moeilijkheden in verband met de semigestructureerde interviewleidraad. Aangezien alle participanten aangaven geen interesse meer te hebben in seksualiteit, waren sommige vragen voor hen moeilijk om te beantwoorden. Het leek voor hen erg vanzelfsprekend dat hun seksualiteit afgenomen of uitgedoofd was, waardoor vragen rond beïnvloedende, hinderende of ondersteunende factoren zeer verwarrend konden zijn. Het was als interviewer oorspronkelijk een opdracht om hier goed mee om te gaan. Ik heb toen geopteerd om me transparant op te stellen naar de participanten toe. Deze vanzelfsprekendheid zorgde eveneens dat vragen af en toe kort en stellig werden beantwoord, waardoor ik niet steeds de gewenste diepte in het gesprek bekwam. Als antwoord op deze opgave, heb ik gereageerd met een open vraag, zoals "kan je daar meer over vertellen?", wat effectief bleek.

Aanvankelijk was het uitvoeren van de data-analyse geen evidente opgave. Omdat participanten bij sommige onderwerpen minder uitgebreid konden antwoorden, voornamelijk bij het deel rond het WZC, wist ik niet goed waar te beginnen. Echter, door thematische analyse toe te passen en voornamelijk het herhaaldelijk lezen van de interviews, kwamen meer en meer aspecten naar boven die nuttig waren in het beantwoorden van mijn onderzoeksvraag. Hierin zit de sterkte van thematische analyse: door een intensief bestuderen van de data, 'ontdekken' we steeds nieuwe zaken en gingen we voorbij het oppervlak naar de diepere levels.

Wat aan de ene kant een struikelblok en aan de andere kant een fascinerend gegeven was, was de ontmoeting met de heel andere mindset van de ouderen. Wanneer deze een vergelijking maakten met de jongere generaties, herkende ik mezelf vaak in hierin en stond ik dus 'aan de andere kant'. Ik heb mijn eigen verwachtingen en ideeën aan de kant gezet om me optimaal te kunnen inleven in hun verhaal.

Ik werd als onderzoeker voor deze uitdagingen geplaatst en door deze door te werken, ben ik gegroeid als interviewer en als onderzoeker. Door het interview op een ongedwongen, vriendelijke manier af te nemen, voelden zowel de participanten als de

interviewer zich meer op hun gemak en hadden ze er geen probleem mee om intieme zaken te bespreken.

Kritische reflecties

Dit onderzoek werd uitgevoerd bij uitsluitend vrouwelijke participanten. Verschillende voorgaande onderzoeken rapporteren echter een gendergerelateerd verschil in de seksualiteitsbeleving. Hoewel de mannen een minderheid vormen in het WZC, is het van vitaal belang dat gelijkaardig onderzoek uitgevoerd wordt bij een exclusief mannelijke populatie. Hiernaast zou tevens een onderzoek moeten gebeuren met een gemengde populatie, zodat een vergelijking kan worden uitgevoerd tussen hoe de mannelijke en vrouwelijke bewoners omgaan met seksualiteit binnen eenzelfde WZC. De minimumleeftijd bij dit onderzoek bedraagt 84 jaar. Aangezien een WZC een oplossing biedt voor personen van 65 jaar of ouder, is het aangewezen dit onderzoek uit te voeren bij een jongere populatie. Deze tijdspanne van grofweg 20 jaar zou heel andere resultaten aan het licht kunnen brengen.

Opvallend is dat de helft van de participanten in het verleden weinig of geen behoefte had in seksuele omgang, wat invloed heeft op de huidige levels van seksueel verlangen en seksueel gedrag. We moeten er rekening mee houden dat personen waarbij seksualiteit wel steeds een belangrijke rol heeft gespeeld, mogelijk nog vragen hebben omtrent of naar seksualiteit. Als interviewer kreeg ik van tijd tot tijd de indruk dat een aantal bewoners niet warm liepen bij het idee van seksuele omgang, hoewel dit niet expliciet aangegeven werd. Bij deze had ik een vermoeden dat seksuele activiteiten eerder plaatsvonden omdat dit wordt verwacht binnen een huwelijk of wanneer hun partners aangaven zin te hebben. Nu deze drijfveren niet meer aanwezig zijn, lijkt het alsof ze rust vonden in dit gebied.

Vermits opvattingen rond seksualiteit, mannen, het huwelijk en relaties een grote invloed uitoefenen op seksualiteit, mogen we verwachten dat er veel onderlinge verschillen te bespeuren zijn bij personen van dezelfde leeftijd, maar ook veel verschillen te vinden zullen zijn tussen personen van variërende leeftijd. De normen en waarden die de oudere generaties nu hanteren wijken sterk af van deze van de jonge generaties. Bijgevolg zullen de noden van de toekomstige bewoners verschillen van de ouderen die nu verblijven in het

WZC. Het is uitermate belangrijk dat WZC's deze evolutie mee opvolgen en hun aanbod aanpassen naargelang de noden van hun bewoners.

Persoonlijk had ik meer weerstand verwacht bij de ouderen om te praten over intimiteit en seksualiteit en hoewel ze meer gesloten zijn dan jongere generaties, toch hing er een ontspannen sfeer waar openlijk gepraat kon worden. Dit wijst erop dat ouderen het niet erg vinden bevraagd te worden over hun seksualiteit, wat inhoudt dat verplegend personeel zich niet zou moeten schamen om hiernaar te informeren. Het lijkt me belangrijk dit bespreekbaar te houden, maar tevens het thema individueel te benaderen. Afstemming op ieders persoonlijkheid is hier van belang.

Referentielijst

- Agentschap Zorg en Gezondheid, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, afdeling Zorginspectie. (2016, 22 januari). *Interpretatie van de erkennings - woonzorgcentra (WZC), rust- en Verzorgingstehuizen (RVT) en centra voor kortverblijf (CVK) ingebed in een woonzorgcentrum*. Geraadpleegd op 21 mei, 2016, via https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/NORMINTERPRETATIES%20WZC-RVT-CVK%2022-01-2016_0.pdf
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. Geraadpleegd van http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised...
- De Cock, L. (2000). *Open en bloot, liefde, intimiteit en seksualiteit na de vijftig*. Roeselare: Roularta.
- DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research*, 42(2), 138-149.
- Doll, G. A. (2012). *Sexuality and long-term care*. Baltimore: Health Professions Press.
- Ehrenfeld, M., Tabak, N., Bronner, G., & Bergman, R. (1997). Ethical dilemmas concerning sexuality of elderly patients suffering from dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 3(4), 255-259.
- Elaut, E., Caen, M., Dewaele, A., & Van Houdenhove, E. (2013). Seksuele gezondheid in Vlaanderen. In A. Buysse, e.a., (Red.), *Sexpert. Seksuele gezondheid in Vlaanderen* (pp.41-118). Gent: Academia Press.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International journal of qualitative methods*, 5(1), 80-92.
- Gott, M., Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56(8), 1617-1628.
- Heath, H. (2011). Older people in care homes: sex, sexuality and intimate relationships. An RCN discussion and guidance document for the nursing workforce. *Nursing older people*, 23(6), 14-20.

- Hillman, J. (2000). *Clinical perspectives on elderly sexuality*. New York: Springer Science & Business Media.
- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian journal of psychiatry*, 53(4), 300-306.
- Levy, J. (1994). Sex and sexuality in later life stages. In A. S. Rossi (Ed.), *Sexuality across the life course* (pp. 287-309). Chicago: University of Chicago Press.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1994). *Heterosexuality*. New York: Harper Collins.
- Maurice, W. (1999). *Sexual medicine in primary care*. New York: Mosby.
- Messelis, E. (2009). *Mannen willen seks, vrouwen willen intimiteit. Wat 50-plussers er in de werkelijkheid zelf over denken*. Mechelen: Standaard Uitgeverij.
- Messelis, E., Van Velthoven, J., & Van Houdenhove, E. (2016). Seks in het woonzorgcentrum: geen evident verhaal. *Geron*, 18(1), 49-51.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven, België: Uitgeverij Acco
- Roach, S. M. (2004). Sexual behavior of nursing home residents: Staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 371-378.
- Slabbinck, W. (2017, 25 juni). Seks gaat niet altijd op rust. *Charlie*, 2017 (1).
Geraadpleegd van <https://www.charliemag.be/mensen/seks-op-rust/#0>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3). Buckingham: McGraw-Hill Education.
- Woonzorgcentra (vroeger rusthuizen). (z.d.). Geraadpleegd op 17 juli 2018, van <https://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/woonzorgcentra-vroeger-rusthuizen>

World Health Organization (2015). *Sexual health, humans rights and the law.*

Geraadpleegd op 21 mei, 2017, via

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1

Bijlagen

Interviewleidraad

Inleiding

Ik ben Iris Vandenmeersche en ik zit in mijn 2^e master psychologie. U neemt deel aan een onderzoek in het kader van mijn psychologieopleiding. Ik ga nu enkele vragen stellen rond het thema seksualiteit en meer specifiek binnen de context van het WZC. Alle informatie wordt anoniem verwerkt en met respect behandeld. Iedereen kan nuttige informatie geven, ongeacht of u nu een partner heeft of niet. We weten dat mensen heel verschillend omgaan met seksualiteit en intimiteit, dus uit ieders verhaal kunnen we nuttige informatie halen. Is het oké voor u als ik nu enkele vragen stel?

Semi-gestructureerd interview

- ❖ demografische gegevens:
 - Hoe oud bent u en wat is uw geboortedatum?
 - Hoelang verblijft u reeds in dit woonzorgcentrum?
 - Heeft u momenteel een partner?
 - Bent u vroeger getrouwd geweest?

- ❖ Seksualiteit:
 - Kunt me vertellen hoe uw huidige seksualiteit er uit ziet?
 - Heden
 - Verleden
 - Bijvragen:
 - Welke verschillen merkt u met vroeger?
 - Welke factoren spelen hierin een rol?

- ❖ Hinderende factoren:
 - Zijn er zaken die u hinderen? Zo ja, welke?
 - Bijvragen:
 - Gezondheid?
 - Relationeel?
 - Familiaal?
 - WZC?

- ❖ Ondersteunende factoren?
 - Van welke zaken ervaart u ondersteuning?
 - Bijvragen:
 - Gezondheid?
 - Relationeel?
 - Familiaal?
 - WZC?

❖ Woonzorgcentrum:

- Op welke manier komt seksualiteit aan bod in het woonzorgcentrum?
- Kan u terecht bij verplegend personeel met vragen of problemen rond seksualiteit?

❖ Noden:

- Wat zijn uw noden rond dit thema?
- Op welke manier zou het WZC kunnen helpen op het gebied van seksualiteit?

Zou u nog iets willen toevoegen aan het interview?

Heeft u nog vragen voor mij?

Dan wil ik u alvast hartelijk bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Informed Consent

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN EDUCATIEWETENSCHAPPEN

Informed Consent

De seksualiteitsbeleving van ouderen in een woonzorgcentrum

Datum:

Plaats:

Ik geef toestemming aan de masterstudente Iris Vandenmeersche, om een interview af te nemen bij mezelf over het thema "seksualiteit". Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Daarbij behoud ik me het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven. Ik besef dat ik op elk moment mag stoppen met het onderzoek.

De studente heeft mij mondeling ingelicht over de procedure van het onderzoek. De deelname aan het interview wordt gepland in samenspraak tussen Iris Vandenmeersche en de ondergetekende.

Als mijn onderzoeksresultaten worden gebruikt in wetenschappelijke publicaties, of op een andere manier openbaar worden gemaakt, dan zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen enkel bekend zijn voor de onderzoeker Iris Vandenmeersche en haar promotor Hubert Van Puyenbroeck en worden niet door derden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming.

Als ik meer informatie wil, nu of in de toekomst, dan kan ik me wenden tot (iris.vandenmeersche@vub.be; +32 473 23 86 42) of Hubert Van Puyenbroeck (Hubert.van.puyenbroeck@vub.be; +32 494 700 727)

Naam proefpersoon:
Handtekening:

Naam onderzoeker:
Handtekening:

Hartelijk dank voor uw bijdrage!