

Seksuell helse som del av psykisk helse hos tenåringer



Helsevitenskapelig fakultet

Master i Relasjonsbehandling

E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter:

Mette Pettersen: 302307

Kjersti Nedrebø: 999111

Veileder:

Anna Elisabeth Willumsen

Dato for innlevering:

21.05.21

Antall ord: 16 324

Forord

Etter tre år som studenter ved Universitetet i Stavanger går studiet Erfaringsbasert Master i Relasjonsbehandling mot en avslutning. For vår del avsluttes denne tiden med å utarbeide en masteroppgave som inkluderer flere av de temaer som har vært del av pensum. Relasjonens betydning mellom terapeut og klient har særlig fått oppmerksomhet i oppgaven. Oppgavens hovedtema er å peke på betydningen av å synliggjøre seksuell helse som del av psykisk helse hos ungdommer.

Studiet i seg selv har til tider vært krevende i tillegg til fulltidsjobb og familieliv. Også Covid-19 pandemien har gjort det utfordrende å få deltatt på undervisninger, samlinger og veiledninger hvor nye digitale metoder plutselig har kommet på banen og erstattet tradisjonelle undervisningsmetoder, noe som virkelig har fått satt oss på prøve. Dette har nok også ført til at vi som studenter har måttet ta mer ansvar og tenke nytt for å få gjennomført Masteren. Samtidig har vi tilbrakt mye tid hjemme og slik har vi fått mer tid til skriving. Det har med andre ord ikke vært vanskelig å fylle fritiden. Men først og fremst har vi begge erfart disse årene og studiets innhold som en lærerik og fin tid. Vi har tilegnet oss mer kunnskap og fått utvikle oss som sykepleiere og fagpersoner. Vi er blitt oss bevisst relasjoner og at samspillet mellom mennesker er avgjørende for bedringsprosesser. Vi er også blitt tryggere i og mer bevisst vår egen rolle i pasient- hjelper relasjonen og har fått et grunnfestet syn på oss selv som relasjonsbehandlere.

Vi vil gjerne rette en stor takk til vår veileder; Professor Elisabeth Willumsen. Hun har vist oss tålmodighet og kommet med gode, faglige innspill i utformingen av denne masteroppgaven. Hun har vært fleksibel og tilrettelagt for både personlige møter ved hennes kontor og over digitale tjenester som teams når smittesituasjonen i forhold til Covid-19 har lagt føringer for det. Hun har gjort oss trygge i en ellers uvanlig studiesituasjon, noe som har vært av stor betydning for gjennomføring av masteren. Sist, men ikke minst vil vi takke bibliotekar Kari Hølland ved UiS som har vært med oss å gjøre omfattende litteratursøk i flere omganger. Hun har også vært behjelpelig med å sende interessante artikler på tema, samt holdt orden i søkehistorikken av studier som ble aktuelle for oppgaven vår. Uten henne hadde vi nok ikke hatt de samme forutsetningene for gjennomføring av studien vår.

Innhold

FORORD	2
1.0 SAMMENDRAG	4
1.1 INTRODUKSJON	4
1.2 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	7
1.3 BEGREPSAVKLARING	7
2.0 TEORETISK FUNDAMENT	8
2.1.0 Bevisstgjøring av seksualitet som del av psykisk helse	8
2.1.1 Samfunnets oppfatning av seksualitet og kjønn	9
2.1.2 Stigma og seksualitet	10
2.1.3 Skam og seksualitet	11
2.2 SEKSUALITET I ET HISTORISK PERSPEKTIV	11
2.3 SEKSUALITET OG KJØNNSPERSPEKTIVET	13
2.4 FORELDRE, SKOLEN OG MEDIAS ROLLE OVERFOR TENÅRINGER OG SEKSUALITET	14
2.5 RELASJONENS BETYDNING I SAMTALE OM SEKSUALITET I TERAPI	15
2.5.1 Skamtriggere i den psykoterapeutiske konteksten	15
2.5.2 Terapeutens skamkompetanse i samtale om seksualitet	16
2.5.3 Kartleggingsverktøy	16
3.0 METODE	18
3.1 SYSTEMATISK LITTERATUROVERSIKT	18
3.2 METAANALYSE	18
3.3 SØK	19
3.4 FORFORSTÅELSE	19
3.5 INNSAMLING AV DATA	19
3.6 ANALYSEPROSSEN	24
3.7 MENINGSBÆRENDE ENHETER	24
3.8 VALIDITET OG RELIABILITET	24
3.9 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	25
4.0 FUNN	26
5.0 DISKUSJON	31
5.1 VIKTIGHETEN AV Å VÆRE OPPMERKSOM PÅ UTFORDRINGER MED SEKSUALITET HOS TENÅRINGER	31
5.1.1 Diskusjon av sensitive tema øker tillit	32
5.1.2 Foreldre, skolen og medias tilnærming til temaet	33
5.2 HVORDAN HELSEARBEIDERE KAN HA ET HENSIKTMESSIG FOKUS PÅ TEMAET SEKSUALITET I SAMTALE MED TENÅRINGER	35
5.2.1 Terapeutens holdninger og karakter ser ut til å være avgjørende	35
5.2.2 Viktigheten av kompetanse og undervisning	40
5.2.3 Viktigheten av erfaring, trygghet og rutiner	42
5.2.4 Verktøy for kartlegging av sensitive tema kan være hensiktsmessig	43
6.0 AVSLUTNING	44
REFERANSER	46
VEDLEGG 1	50
VEDLEGG 2	54

1.0 Sammendrag

Bakgrunn: Vi har gjennom vårt arbeide i psykiatriske klinikker sett at utfordringer med seksuell helse kan gi dårlig psykisk helse. Vi har erfart at det kan være lite åpenhet om temaet og at vi som helsepersonell kan ha manglende kunnskap i møte med ungdommer som har spørsmål og utfordringer i forhold til seksualitet. Foreløpige søk i databaser indikerer at det er lite forskning på området.

Mål: Vi antar at god seksuell helse er en viktig del i det å ha en god psykisk helse. Hensikten med oppgaven er å studere hvordan temaet kan bli inkludert i møte med hjelpesøkende tenåringer. Som sykepleiere ønsker vi å øke vår kunnskap og forståelse om temaet for så å forbedre utøvelse av yrket.

Metode: Vi har valgt å benytte en systematisk litteraturoversikt med 12 inkluderte studier som metode. Vi har inkludert studier som omhandler seksualitet i psykodynamisk terapi med utgangspunkt i ungdommer. Emnet skal med andre ord ses i sammenheng med psykisk helse hos tenåringer. Grunnet redusert forskning på seksualitet i forhold til ungdommer, har vi inkludert forskning som har et aldersmessig bredere spenn. Vi har også inkludert studier innenfor individuellterapi og familierapi da det er begrenset forskning på temaet innen miljøterapi. Grunnet begrensede funn på sykepleiergruppen, har vi også innbefattet studier som omhandler annet helsepersonell som familierapeuter, leger og psykologer i en pasient-hjelperrelasjon. Vi har inkludert studier som sier noe om utfordringene seksualitet gir i det terapeutiske rom, samt hensiktsmessige måter å snakke om temaet på. Vi har slik valgt å bygge videre på det kunnskapsgrunnlaget som allerede er tilgjengelig på det aktuelle feltet. Vi har sammenfattet og presentert litteratur hvor vi som forfattere etter skjønn har prioritert hvilken litteratur som vektlegges (Malterud, 2017, s. 176).

1.1 Introduksjon

Temaet for denne masteroppgaven ble valgt av flere årsaker. Først og fremst fordi vi har erfart at utfordringer med seksualitet kan vise seg å gi alvorlige konsekvenser for dem som involveres. Dette økte vår nysgjerrighet over å finne svar på hva som kan forbedres og hvordan miljøterapeuter kan jobbe med å håndtere kompleksiteten ved seksualitet. Bakgrunn for valg av tema skyldes også økt interesse etter å ha jobbet på psykiatrisk avdeling hvor problematikken har vært en sentral del i vår profesjonsutøvelse. Vår erfaring har vært preget av lite kunnskap knyttet til fenomenet seksualitet gjennom grunnutdanningen i sykepleie.

Manglende kunnskap har så preget vår profesjonsutøvelse som sykepleier. I tillegg viser foreløpige søk at det er behov for økt oppmerksomhet om temaet. Undersøkelser viser at mange ønsker å ta opp ting som omhandler seksualitet i terapi, men vegrer seg. Terapeuter på sin side kan unngå temaet grunnet tidspress, mange føler seg ukomfortable, har manglende kunnskap og lite erfaring i å diskutere slike anliggender. Holdninger kan også komme i konflikt (Herbild et al., 2016).

Det er verdt å merke seg at det helsetilbudet det norske helsevesen tilbyr, ikke er en «skal» eller «må»-tjeneste. Dette medfører at helsetilbudet som gis ikke er helhetlig og kvalitetssikret. Det vil si at de helsetjenester som tilbys har karakter av tilfeldighet. Denne tilfeldigheten forutsetter at det er den enkelte helsearbeiders egen kompetanse og interesse for fagfeltet som ligger til grunn i de helsetjenester som serveres. Ivaretagelse av seksuell helse har tradisjonelt sett verken vært lovpålagt eller forankret i det kommunale helsetilbud eller i helseforetakene. Dette betyr at kvaliteten på de helsetjenester en mottar i dag er avhengig av hvor du bor. Ofte også om du har økonomi og råd til å betale for disse tjenestene. Dette gir en skeivdeling og tilfeldighet i befolkningen i forhold til tjenestene vi mottar, både når det kommer til kvalitet og tilbud generelt (Sørensen, 2010).

Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (2017-2021) hevder at helsepersonell glemmer at seksuell helse er en ressurs for pasienter og at vi trenger både kunnskap og bevissthet om dette. Strategiplanen setter seksuell helse inn i et livsløpsperspektiv der seksualiteten blir sett på som en ressurs for den generelle livskvaliteten til den enkelte. Planen slår fast at helsepersonell skal kunne hjelpe pasienter med seksuell helse nettopp fordi seksuell helse er en viktig del av pasienters livskvalitet. Noen av de konkrete tiltakene i strategiplanen er å inkludere seksualitet i behandlingsplaner og utvikle sjekklistor for å sikre at den enkelte blir ivarettatt. Bent Høie skriver følgende i forordet til regjeringens strategi for seksuell helse 2017-2021: «Noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina. Men den sitter like mye mellom ørene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2021).

Menneskets seksualitet har mange nyanser. Det er store variasjoner når det gjelder den individuelle opplevelsen av kjønnsstilling og identitet. Det er flere ulike faktorer som kan virke inn på den enkeltes utvikling og opplevelse av preferanser og egen identitet. Herunder ligger blant annet somatiske forhold, psykiske forhold og kulturelle betingelser. Seksuelle preferanser og kjønnsstilling har nær sammenheng med identitet, selvfølelse og psykisk

helse (Langfeldt, 1993a; Almås & Benestad, 2001). Usikker kjønnsidentitet eller det å oppleve problemer knyttet til seksuell orientering, er faktorer som medfører risiko for både dårligere psykisk og fysisk helse som en direkte følgetilstand sammenliknet med personer som har en trygg seksuell orientering og kjønnsidentitet. Det viser seg at hvis mennesker kjenner seg annerledes enn folk flest rundt seg, er det større risiko for å oppleve en skamfølelse knyttet til egen seksualitet. I samfunnet er det ønskelig å formidle en holdning som åpner opp for og viser at aksept for individuelle variasjoner er hensiktsmessig. Det er ofte følelsen av å være annerledes og å være alene som kan medføre skam og usikkerhet (Vildalen & Langfeldt, 2014, s. 71–72).

Alle pasienter har behov for å bli møtt og behandlet som enkeltindivider. Det er viktig at pasienten i sitt møte med helsevesenet møtes med respekt og blir behandlet uten diskriminering. I en behandlerrelasjon kan det være utfordrende å komme inn på tema som seksualitet og seksuell helse. Selv om dette kan kjennes ubehagelig og krever mye i relasjonen, vil det samtidig være med på å gi bekreftelse inn i behandlerrommet om at også seksualitet anerkjennes som del av psykisk helse. Det at en åpner opp for og tillater dette som tema kan sikre at pasienten mottar et holistisk helsetilbud. Ved å benytte en holistisk tilnærming vil vi kunne implementere alle deler ved menneskets helse og ut fra dette kunne danne oss et helhetsinntrykk av pasienten. Det er også ved å innta en holistisk tilnærming til pasienten at en viser at seksuell helse ikke kun er et fysisk anliggende, men inkluderer mennesket med sine åndelige, sosiale, emosjonelle og psykiske behov (Bates, 2011)

Foreløpige søk på temaet viser at det eksisterer lite forskning på ungdommer og seksualitet i forbindelse med miljøterapi. Midlertidige søk viser dessuten at seksualitet er et oversett tema av ulike grunner hvor blant annet utfordringer med seksualitet ofte blir henvist videre da dette ikke alltid anses å være et problem som hører inn under psykisk helse (Herbild et al., 2016). Hensikten med oppgaven er å studere hvilken betydning det har å synliggjøre seksuell helse som del av psykisk helse og hvordan helsepersonell kan ha et hensiktsmessig fokus på temaet i møte med hjelpesøkende tenåringer. Samtidig håper vi resultatene vil bidra til sykepleiefaglig kompetanse som kan forbedre praksis, inkludert miljøterapi som er fokus i denne oppgaven.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Basert på begrunnelsene over er følgende problemstilling valgt:

Hvilken betydning har det å synliggjøre seksuell helse som del av psykisk helse hos tenåringer?

Vi har valgt å inkludere følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvorfor er det viktig å være oppmerksom på utfordringer med seksualitet hos tenåringer?
- 2) Hvordan kan helsearbeidere ha et hensiktsmessig fokus på temaet seksualitet i samtale med tenåringer?

1.3 Begrepsavklaring

Begrepet *seksualitet* inkluderer kjønnslivet, forplantning, tiltrekning, lyst, fantasier, moral og kulturelle normer. Seksualitet karakteriserer og fyller personligheten vår på en grunnleggende måte. Seksuelle og erotiske følelser, tanker og handlinger utspiller seg i seksualiteten. Seksualiteten følger mennesket gjennom hele livet (Grünfeld & Almås, 2019). Selve begrepet oppstod på 1700-tallet på grunn av behov for et fellesbegrep i arbeidet med å kjempe mot umoral (Vildalen & Langfeldt, 2014, s. 19).

I den vestlige verden blir *ungdomsfasen* oppfattet som en nokså lang periode hvor man i noen situasjoner har voksen identitet og i andre barnets. Det kan ikke trekkes en klar linje mellom barn og ungdom. Puberteten (mellom 10- og 17-årsalder) innebærer en relativt raskt biologisk modning og utgjør et viktig skille for den enkelte, mens ulike politisk fastsatte aldersgrenser, for eksempel den kriminelle lavalder gir et skille ved 16 år. Psykologisk representerer ungdomstiden en utvikling fra barn til voksen. Utviklingen kjennetegnes av fysiske og psykologiske endringer. Viktige eksempler er den kognitive utviklingen, moralutvikling og utforming av personlighet og identitet. Særlig er personlighets- og identitetsutvikling viktige tema i ungdomstiden (Tønnesson & Svartdal, 2021). I denne studien har vi valgt å avgrense fokuset vårt til tenåringer i aldersgruppen 13-19 år.

Tenåringer er ungdommer mellom 13 og 19 år som er den alderen som angis med tall som slutter på –ten (Nilstun, 2018).

LHBTIQ er en forkortelse for lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, intetkjønn og queer. Det er et samlebegrep for disse minoritetsgruppene og brukes oftest som forstavelse som for eksempel: lhbtqi-personer. Når LHBTIQ står alene eller forekommer i et navn kan det skrives med store bokstaver, mens i et sammensatt ord skrives lhbtqi-forkortelsen oftest med små bokstaver (Skeiv ungdom, 2021).

Queer er et engelsk ord og betyr *Skeiv*. Som identitetsbetegnelse blir skeiv brukt av mennesker som ikke kjenner seg igjen i betegnelser som heterofil, lesbisk, homofil eller bifil. Mennesker som definerer seg som skeive mener gjerne at det er feilaktig og undertrykkende å dele mennesker inn i lukkede båser basert på seksuell legning (Kristiansen, 2012).

Hen er et kjønnsnøytralt pronomen i tredje person entall. Det kan brukes der kjønn er ukjent, og da i stedet for *hun/han* eller *vedkommende* (Nylund, Benestad, 2019).

Seksualitet kan assosieres med mye forskjellig og i denne studien fokuserer vi på seksualitet som del av psykisk helse hos tenåringer i alderen 13-19 år.

2.0 Teoretisk fundament

2.1.0 Bevisstgjøring av seksualitet som del av psykisk helse

Flere har gjort forsøk på å beskrive hva god seksuell helse er. Oppsummert kan en slå fast at det å finne enighet om hva begrepet innebærer kan sees fra forskjellige vinkler. Ollendorf er en psykolog som uttaler at «Seksuell autonomi» er god seksuell helse (Ollendorff, 2013). Her vises det til at når den enkelte opplever seksuell autonomi vil personen også kunne erfare god seksuell helse.

Seksualitet er et emne som når det behandles, ofte fokuserer rundt temaer som seksuelt overførbare sykdommer og uønsket graviditet. Dette er viktige tema, men en må samtidig ikke glemme at seksualitet er tett forbundet med den enkeltes fysiske og mentale sunnhet og helse. Helse, trivsel og livsstil kan påvirke seksuallivet i både positiv og negativ retning. Likeså kan det seksuelle liv i seg selv være et utgangspunkt og faktor i å utøve enten positiv eller negativ effekt på individets helse og trivsel (Graugaard et al., 2015).

WHO kom med sin definisjon om seksuell helse i 2006: «Opplevelsen av god seksuell helse er vesentlig for utvikling av identitet og personlighet. Seksuell helse er en tilstand av fysisk,

emosjonelt, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller skrøpelighet. Tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner må møtes med positiv og respektfull holdning fra hjelperen. For individet betyr det å ha rom for behagelige og trygge seksuelle erfaringer, uten tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og vedlikeholdes, må de seksuelle rettighetene til alle mennesker respekteres, beskyttes og være oppfylt» (World Health Organization, 2010).

WHO sin definisjon fra 2006 er bio-psykososial, det vil si et resultat av et dynamisk samspill mellom psykologiske, biologiske og sosiale komponenter. Definisjonen inkluderer også et aspekt om at seksuell helse sees som noe annet og mer enn fravær av seksuell uhelse.

Definisjonen baserer seg også til å hvile på det grunnleggende fundament som en menneskerettighet. I denne utformingen omfavner definisjonen mennesker i alle aldre fra tidlig barndom til alderdom. I dette perspektivet er det også viktig å merke seg at seksualitet blir sett på som noe mer enn sex og samleie. WHO sin arbeidsgruppe har inkludert et mangfoldig og bredt syn på seksualitet og vektlagt det relasjonelle og rekreative aspektet. Den tidligere vektlegging i det å kun framheve forplantningsfunksjonen har nå måtte vike plass (Graugaard et al., 2015).

WHO sin definisjon omfatter videre en samfunnsmessig og politisk tilrettelegging for at gode seksuelle levekår blir muliggjort for alle. Et av flere tiltak er seksualundervisning og prevensjonsrådgivning i skolen, men også bekjempe seksuelle overgrep, stoppe spredning av seksuelt overførbare sykdommer og påvirke endringer i lovverket som gir homofile og lesbiske like rettigheter som heterofile (Graugaard et al., 2015).

2.1.1 Samfunnets oppfatning av seksualitet og kjønn

Mennesket finnes i alle varianter og har forskjellige behov. Heller ikke alle passer inn i de to kjønnskategoriene som de fleste tar for gitt. Det ser ut til at seksuelle tenningsmønster preges fra tidlig alder av og hva som tenner den enkelte er unikt fra person til person. Mange kan oppleve at deres egen eller andres kjønnsidentitet, seksuell orientering eller tenningsmønstre er problematiske og som oftest skyldes dette uvitenhet og intoleranse (Vildalen & Langfeldt, 2014, s 18).

I vår kultur defineres kjønn i hovedsak ut fra forplantningsfunksjon og kjønnnet stadfestes derfor på bakgrunn av kjønnsorganenes utseende som gutt eller jente. Men kjønn har ikke

nødvendigvis et en- til en- forhold. I dyreverdenen skifter Østers kjønn flere ganger i løpet av livet og flere dyrearter kan skifte kjønn avhengig av temperatur og kjønnsbalansen i flokken. Så fleksible er ikke vi mennesker, men i noen kulturer forekommer det større aksept når det gjelder kjønnskategorier. I India er Hijraene regnet som det tredje kjønn, det samme er Fa'afafine på Samoa. I Indonesia bruker den etniske folkegruppen Bugi fem ulike kjønn: menn, kvinner, mann til kvinne, kvinne til mann, transseksuelle og bisu som er begge kjønn samtidig. Mennesker kan dessuten gi uttrykk for mange varianter av kjønn, også varianter som ikke er beskrevet i den generelle litteraturen. Det har også blitt hevdet at kjønn ikke finnes som et biologisk grunnlag, men heller er en sosiologisk konstruksjon (Vildalen & Langfeldt, 2014, s 73-74).

2.1.2 Stigma og seksualitet

Det er kjent at holdninger er sterkt forankret i oss. Vi danner oppfatninger av andre, generelle antagelser knyttet til atferd og personlighet som bygger på gruppetilhørigheter som kjønn, etnisitet, nasjonalitet og sosial klasse (Myers et.al., 2014). Her er det naturlig å nevne *sosialiseringprosessen* som er den prosessen alle mennesker i alle samfunn går gjennom for å lære verdiene, normene, ferdighetene og kunnskapene en behøver i samfunnet en inngår i. Sosialiseringprosessen er et uttrykk for *sosial læring* som begynner dagen vi blir født. Vi lærer oss hvordan å passe inn og fungere i det samfunnet og de sosiale gruppene vi alle er en del av. Sosial læring er med andre ord den erfaringen vi gjør oss gjennom samvær med andre mennesker, samt læren om hvilke kulturelle mønstre og sosiale normer som forventes av oss. Dette danner grunnlaget for å bli sosialt akseptert i den kulturen, sub-kulturen, de sosiale klassene og referansegruppene vi inngår i (Skirbekk & Tjora, 2018).

Det er først når holdninger blir negative og forutbestemte at vi snakker om fordommer. En fordom er basert på manglende kunnskap hvor en person uttrykker antipati ovenfor andre individer, grupper, objekter eller ideer. Et hverdagseksempel på fordommer kan knyttes til mennesker av en annen etnisitet, religiøs bakgrunn eller nettopp seksuell legning (Myers et.al., 2014).

Man skiller oftest mellom to ulike former for stigmatisering. Den ene er der kjennetegnet er synlig og kjent som for eksempel hudfarge eller kroppslige forandringer. I nyere tid er nazistenes krav om at jødene skulle bære «jødestjerne» et godt eksempel på et synlig tegn som fører til stigmatisering. Den andre formen er når kjennetegnet ikke er synlig, men blir

kjent likevel og slik utløser stigmatisering. Eksempler på dette kan være en diagnose, tidligere fengselsopphold eller seksuelle preferanser. Her kan man si at stigmaet betegner skammen ved å være annerledes uten at det nødvendigvis er knyttet til ytre kjennetegn. Stigmatisering er uansett et sosialt samspill mellom den/dem som påfører stigmaet og den/dem som stigmatiseres. I de tilfeller individet eller gruppen ikke er sterk nok til å hevde sin fulle menneskeverd, vil resultatet i mange tilfeller bli resignasjon og en stadig forverring av livskvaliteten (Dybvig et al., 2009, s. 9–11).

2.1.3 Skam og seksualitet

Seksualitet er en del av livet som mange forbinder med skam og kanskje det å kjenne på skamfølelser. Både religiøse verdier og kulturelle normer har opp gjennom historien vært med på å knytte begrepet skam til seksualiteten på ulike måter. Noe som ganske umiddelbart blir knyttet til begrepet er både seksualitet og nakenhet. Forbindelsen her er blitt så tett at det nesten er umulig skille mellom seksualitet og skam. For å kunne forstå skammens tilknytning til seksualitet, blir ofte religion og moral knyttet til emnet. Det finnes i tillegg ytterligere tilknytningspunkter enn dette. Opp gjennom tidene har hva som blir regnet som skammelig variert. Det er allikevel nødvendig å gjenkjenne at det å ha en sunn skam er viktig for å beskytte egne grenser og ikke minst vår personlige integritet (Farstad, 2016, s. 58)

Seksualitet er med sine ulike sider å regne som et ømtålig tema. Vi viser oss både sårbare og nakne i møte med seksualiteten i dobbel forstand. Emosjonelt og kroppslig går vi i utgangspunktet frem med en positiv forventning om å bli mottatt. Det å møte en eventuell avvisning kan endre vår selvoppfattelse og vi fylles med frykt og en følelse av skam. I møte med avvisning kan seksualiteten ligge nær opplevelsen av vond skam som følge av at grenser er blitt brutt. Skammen blir et resultat av sårbarheten vedkommende har vist (Farstad, 2016, s. 58).

2.2 Seksualitet i et historisk perspektiv

Skiftelige kilder og bildekunst sier oss mye om synet på seksualitet opp gjennom tidene. Salomos høysang i Bibelen er ett av flere eksempler på hyllest til erotikken i tidlig jødedom. I tidlig kristen tid representerte man derimot sølibatet som ideal. Kirkens linje ble imidlertid å akseptere seksualitet innenfor rammene av ekteskapet med tanke på forplantning. Under hekseprosessene i Europa ble mennesker dødsdømt som følge av anklager om seksuelle

avvik. Seksuelle forbrytelser som samleie før eller utenom ekteskapet forekommer ofte i norske rettskilder fra tidligmoderne tid. Det er imidlertid usikkert hvor høy grad av overensstemmelse det var mellom kirkens og statsmaktens syn på seksualitet på den ene siden, og den folkelige seksualmoralen på den andre (Tønnesson, 2018).

I den greske og romerske antikken var det utbredt toleranse for forskjellige former for seksuell atferd, også homoseksualitet. I antikkens Hellas så grekerne på mannlig biseksualitet som et ideal. En fundamental regel i enhver seksuell relasjon var at det var mellom en overlegen og en underlegen person og at de seksuelle handlingene skulle bekrefte dette forholdet. Så lenge den overlegne mannen var den aktive part, ble en manns forhold til en yngre mann sett på som like naturlig som at han hadde et forhold til en kvinne. Da Alexander den store kysset en spesielt pen og yngre mann blant et teaterpublikum, heter det at mengden reiste seg og jublet spontant. At Alexander var gift, var irrelevant. I antikken var seksuell trofasthet bare idealet for frie kvinner. En skikkelig mann derimot, skulle ta sjansene som bød seg (Tid, 2004).

Under opplysningstiden og den spirende sekulariseringen som foregikk i Europa fra 1700-tallet fikk spesielt den medisinske vitenskapen økende oppmerksomhet, også i spørsmål som hadde med seksualitet å gjøre. Mest fattet man interesse for den ikke-reproduktive seksualitetens konsekvenser for helsen. Sigmund Freuds vektlegging av seksuelle komponenter i sjelslivets utvikling brakte stor interesse for seksualitet innenfor psykologien gjennom 1900-tallet (Tønnesson, 2018).

Etter hvert som Europa beveget seg fra å være et bondesamfunn til et industrielt samfunn, fikk kirken og borgerskapet sammenfallende interesser. Et produksjonssamfunn appellerte til orden og effektivitet og ledere med økonomisk makt styrte arbeidskraften gjennom kontroll og disiplin. I en verden der reproduksjon og effektivitet var essensielt, ble kontroll over seksualiteten viktig og definisjonen av skam et virkemiddel for å utøve makt. Strengt regler for seksuell atferd økte den mellommenneskelige sosiale kontrollen som skulle hindre mennesker i å bruke tid og krefter rettet mot økonomisk og sosial urettferdighet. Seksualiteten er opprørsk i seg selv fordi den handler om at lidenskap og lyst og ble sett på som trussel mot effektivitet og produktivitet. Begrepet seksualitet oppstod dermed på 1700-tallet på grunn av behov for et fellesbegrep i arbeidet med å kjempe mot umoral (Vildalen & Langfeldt, 2014, s. 19). Behovet for disiplin skapte rom for moralske regler der det heteroseksuelle samleie, i

fertil alder og innenfor rammene av ekteskapet, ble definert som riktig. Barns eller eldres seksualitet og seksualitet som ikke førte til at det ble født flere barn, ble ikke anerkjent. Seksualitet for nytelsens skyld ble i så tilfelle definert som perverst, sykt og syndig. Dette har ført til mye lidelse for utsatte samfunnsgrupper (Vildalen & Langfeldt, 2014, s 30).

I 1960- og 70årene oppstod den seksuelle revolusjon i den vestlige verden. Denne revolusjonen liberaliserte og individualiserte seksualitet i store deler av den industrialiserte verden. I velferdsstatene har det blitt nokså vanlig å oppfatte seksualitet som en rettighet og forutsetning for livskvalitet. Det ble blant annet betraktet som en offentlig oppgave å hjelpe mennesker med nedsatt funksjonsevne med seksuelle utfordringer (Tønnesson, 2018).

2.3 Seksualitet og kjønnsperspektivet

Det offentlige synet på 1800-tallet var særpreget av at kvinner per definisjon ikke hadde en egen seksualitet og at kvinners seksualitet ble vekket i møtet med mannen. Seksuell lyst ble derfor sett på som et maskulint tilfelle. Freud skrev at kvinner som er seksuelle er «maskulint infantilt perverse» og at kvinner som utvikles normalt mister sine seksuelle følelser i 4-5 årsalder. Hos menn dukket seksualiteten opp igjen i puberteten, mens for kvinner ble den vekket gjennom samleie med mannen. Denne usynliggjøringen av kvinners seksualitet har vært gjeldende fram til vår tid, og kom historisk sett til uttrykk i både lovgivning og innenfor psykiatrien (Vildalen & Langfeldt, 2014, s. 23-25). Det er blant annet interessant å se at kvinnelig homoseksualitet ikke ble rammet av straffeloven som gjaldt frem til 1972. Dette skyldes nettopp den oppfatningen at kvinners seksualitet var avhengig av mannens. Kvinner ble ikke sett på som seksuelle individer og utgjorde derfor ingen trussel (Vildalen & Langfeldt, 2014 s. 79-81).

Mye har skjedd med åpenheten i forhold til kvinnelig seksualitet etter at kvinnefrigjøringen startet i 1970-årene. Dessverre eksisterer myter fortsatt i dag og åpenhet og rettigheter kan ikke tas for gitt. Mange unge jenter tør blant annet ikke å dusje sammen med andre i dagens samfunn. En ny form for sjenanse har oppstått hvor mange unge er redde for å bli tatt bilder av som slippes på internett og er tilgjengelige for hvem som helst (Aars, 2021).

2.4 Foreldre, skolen og medias rolle overfor tenåringer og seksualitet

Puberteten strekker seg over flere år, vanligvis fra 10-16 år hos jenter. Gutter kommer i puberteten cirka 2 år senere enn jentene. Puberteten er en overgangsperiode hvor gutten eller jenten hverken er barn eller voksen. Høyde og vekt endres. Hormoner gjør at kroppen endrer utseende til et voksent utseende. Hypofysen skiller ut hormoner som stimulerer til kjønnsmodning. Også her er variasjonene aldersmessig store (Ulvund, 2009, s. 15–16).

Tenåringer blir mer bevisst sin egen kropp og seksualitet under puberteten. Det er viktig for tenåringen å frigjøre seg fra sine foreldre, samt å finne sin egen seksuelle identitet. For de fleste ungdommer er det utfordrende å snakke om seksualitet med sine nærmeste og mange gir uttrykk for at foreldrene begynner å snakke med dem om sex altfor sent. Mange foreldre på sin side har tillit til at skolen vil gi god nok informasjon. Her er det fort gjort å glemme den individuelle faktor hvor de unge blir prisgitt den kunnskap og de holdninger lærerne som underviser i faget har (Ulvund, 2009, s. 53–54).

Dagens seksualundervisning i skolesammenheng handler i stor grad om voksens seksualitet og er ikke tilpasset barn og ungdommers seksuelle utvikling. Det har skjedd få endringer i undervisningen om seksualitet på skolen siden 1970-tallet. Når informasjon om seksualitet også reduseres til å handle om det voksne, heterofile samleie, blir det lite oppmerksomhet på de følelsesmessige egenskapene og desto mer fokus på risikoen ved sex. I norsk som amerikansk grunnskole dreier seksualundervisningen seg i stor grad om problemer og i liten grad om lyst. Ungdommer lærer å passe seg for å bli gravide, for kjønnssykdommer, for slemme menn, hvordan sette grenser og å ikke gjøre noe de ikke er modne for. Velmenende undervisningsopplegg illustrerer også hvor vanskelig det er å være homofil. Denne usynliggjøringen fører til at barn og unge ikke får den sentrale informasjonen som ville ha hjulpet dem med å unngå mange utfordringer. Det skal nevnes at enkelte kommuner og skoler har tatt et godt grep om seksualundervisningen, men også her later det til at det er tilfeldig hvem som får slik undervisning da det avhenger av hvilken kommune du bor i og hvilken skole du går på (Vildalen & Langfeldt, 2014, s. 195).

Savnende opplysning fra foreldre og manglende undervisning i skolesammenheng fører til at mange ungdommer søker andre kilder for å få vite mer om seksualitet. Medias tilnærming til temaet blir hyppig kritisert da fokuset ofte er på kropp. Ungdom kan få en uheldig oppfattelse av seksualitet ved at eksplisitt sex blir sett på som «normalen», mens lyst og kjærlighet blir

satt i bakgrunnen. Det blir her gitt lite fokus på den mentale delen, noe som kan gi uheldige konsekvenser for unge mennesker (Johansen, 2017, s. 20–21).

2.5 Relasjonens betydning i samtale om seksualitet i terapi

Mange unge kommer til terapi med ulike problemstillinger. Som i alle områder i det terapeutiske arbeidet, er vanskelige og komplekse tema lettere å ta opp dersom det eksisterer en god terapeutisk allianse mellom behandler og klient. Nyere psykoterapiforskning har vist at den terapeutiske alliansen mellom klient og terapeut er den viktigste fellesfaktor som påvirker terapiutfall. I psykoanalytisk og psykodynamisk terapiteori har alltid relasjonen blitt sett på som en viktig endringsfaktor, noe som også har fått økt fokus innen andre terapeutiske retninger. Det eksisterer imidlertid stor uenighet om hva som utgjør en god eller virksom terapeutisk allianse (Rønnestad & Lippe, 2002, s. 73). Den terapeutiske alliansen i psykoterapi er utfordrende å definere da det først og fremst dreier seg om den mellommenneskelige prosessen som oppstår i møtet mellom to eller flere mennesker. Nøkkelordet er medmenneskelighet hvor terapeuten må være pålitelig, forutsigbar og evne til å ha respekt samtidig som å sette grenser og utfordre klienten da dette er nødvendig for å skape utvikling og vekst. Ut fra egne holdninger skal terapeuten forsøke å forstå en dypere mening bak ord, atferd og symptomer (Thorgaard & Haga, 2009, s. 34–36). Terapeuten må derfor evne til å reflektere over egne holdninger, antakelser, kunnskap og erfaringer knyttet opp til mangfoldet seksualitet byr på. Videre, er det å være oppmerksom på det brede og destruktive spekteret av stigma sentralt når en utøver etisk og bekreftende arbeid i terapi. Slik vil enhver terapeut være bedre rustet til møte klienter som ønsker å snakke om seksualitet (Vossler et al., 2017).

2.5.1 Skamtriggere i den psykoterapeutiske konteksten

En potensiell skamkilde kan være den terapeutiske relasjonen i seg selv. Dette kan komme av både kontekst og de rammene som er gitt rundt selve relasjonen. I en begynnende relasjon er det viktig at pasienten kjenner seg møtt og sett av terapeuten. Ved første møte er det ikke uvanlig at pasienten kjenner på en viss uro og engstelse og for hvordan å bli mottatt. Det å være hjelpesøkende kan i seg selv være med på å gjøre at den som søker hjelp kan kjenne på at hen kommer i en underdanig posisjon. Det er pasienten som deler av sin sårbarhet og viser hvem hen er, mens terapeuten er til stede med sin kompetanse uten og nødvendigvis måtte dele noe fra sitt privatliv. En må ikke glemme at skam kan oppstå da pasienten deler av sine

livserfaringer uten den naturlige gjensidigheten som ligger i en vanlig relasjon. Det er ikke uvanlig at pasienten har et skjult ønske om en større gjensidighet og det å kjenne terapeuten bedre i den terapeutiske relasjonen som oppstår. For enkelte kan dette i seg selv være nok til å aktivere skam (DeYoung & Sanderson, 2015).

2.5.2 Terapeutens skamkompetanse i samtale om seksualitet

Det å kjenne til og ha bearbeidet egen skam er viktig å ha på plass i møte med andres skam. For terapeuten vil dette muliggjøre det å møte andres skam på en god måte. Det å bearbeide betyr å kjenne til egne skamfølelser og hva de gjør med en. Dette gjelder allmenne og sunne varianter, men også å identifisere egen skam som kan være vond og eventuelt destruktiv. Et patologisert selvilde som er påvirket av skyld, skam og angst for å føle annerledes enn hva som er forventet, kan bli en base for utvikling av psykiske problemer. Som terapeut i møte med klienten ønsker vi å hjelpe vedkommende til å utvikle aksept og empati for den hen er. Det er viktig å støtte opp om og legge til rette for at den enkelte kan bygge selvverd og stolthet i eget liv. Når selvomsorg er en integrert del av oss som terapeuter, blir det både enklere og mer troverdig når vi hjelper våre klienter til å utvikle dette. Det å ha empati med seg selv og lære å akseptere og verdsette seg selv er den viktigste motgift en kan ha i møte med skam i andre menneskers liv (Farstad, 2016, s. 299-302).

2.5.3 Kartleggingsverktøy

PLISSIT-Modellen som ble utviklet av psykolog Jack Annon på 1970-tallet kan være en hjelp for helsepersonell til å strukturere og komme i gang med samtalen om seksuell helse med klienten. Modellen er oversiktlig og vil indikere når det er nødvendig å trekke inn andre fagpersoner med den nødvendige kompetansen. Modellen illustrerer fire nivåer eller trinn som terapeuten går gjennom sammen med klienten. Det første nivået; P (permission) dreier seg om tillatelse til å være et seksuelt vesen og dette er det mest generelle nivået i modellen. De fleste som kommer til behandling har behov for bekreftelse og det første nivået bekrefter at det er ok å være slik de er. Tillatelse innebærer at pasienten får en tydelig opplevelse av at seksualitet er naturlige samtaleemner i behandling. Det neste nivået; LI (limited information) gir begrenset informasjon som for eksempel grunnleggende kunnskap om kroppens anatomi. Eksempelvis kan det være nyttig å kunnskap om at en biologisk født jente på 14 år som har identitet som gutt vil ha stor nytte av å få stoppet menstruasjonen med P-sprøyte, samt bruke vest til å skjule brystene. Det tredje nivået angår seksualrådgiving og konkrete råd og her stilles det økende krav til terapeuten. På dette nivået skal en eksempelvis vurdere hvilke

medisiner som kan ha innvirkning på den seksuelle fungeringen. Her er det nødvendig å trekke inn andre fagfolk som lege. Det siste nivået; IT (intensiv terapi) er nivået hvor det seksuelle problemet krever henvisning til en annen instans som for eksempel en klinikk som behandler personer som ønsker å skifte kjønn (Aaserud, 2016).



naku.no

PLISSIT-modellens to første nivåer handler om å åpne opp for og invitere til samtale samt kunne gi begrenset informasjon om temaet. Til tross for at mange problemer og utfordringer kan løses på de to første nivåene, vil det være noen som har behov for henvisning videre. Videre hjelp tar utgangspunkt i en grundigere kartlegging av klientens seksuelle helse og danner grunnlaget for å arbeide på nivå tre og fire (Annon, 1976).

Pamela Hays utviklet ADRESSING- modellen, et rammeverk som letter anerkjennelse og forståelse av kompleksiteten til individuell identitet. For å bli en kulturell, sensitiv og responderende terapeut, er dette best forstått som en prosess. ADRESSING-modellen legger til rette for denne prosessen gjennom et rammeverk som kartlegger vår egen bias og organiserer informasjon om ulike kulturelle innflytelser og bestemt minoritetsgrupper. Ifølge Hays bidrar hensyn til alder, utviklingshemming, ervervet funksjonshemming, religion, etnisitet, seksuell orientering, sosioøkonomisk status, urfolksgruppemedlemskap, nasjonalitet og kjønn til en fullstendig forståelse av kulturell identitet. Hver faktor kan hjelpe forskerne til å forstå underrepresenterte grupper som har blitt ignorert av dominant Euro- Amerikansk kultur (Hays, 1996).

3.0 Metode

3.1 Systematisk litteraturoversikt

I denne studien har vi valgt å benytte en systematisk litteraturoversikt og metaanalyse som metode. I det vitenskapelige arbeid har vi valgt å bygge videre på det kunnskapsgrunnlaget som allerede er tilgjengelig på det aktuelle feltet. Vi har sammenfattet og presenterer en oppsummering av det kunnskapsgrunnlaget som er i tilgjengelig litteratur. En systematisk oversikt sammenfatter og identifiserer aktuell forskningslitteratur på et felt. Ved å utføre en reanalyse vil dette være til hjelp til å utforme en sammenfatning av allerede publiserte primærstudier. Videre vil vi i denne prosessen kunne være med på å belyse problemstillingen og det aktuelle tema. Summen av disse primærstudiene vil dermed også være med på å styrke det helhetsbildet som blir dannet (Malterud, 2017, s. 174-175).

En god systematisk oversikt kjennetegnes blant annet ved at oppgaven i seg selv har et klart formål i hvorfor denne gjennomføres gjennom en tydelig problemstilling. Søkestrategien er beskrevet og i utvelgelsen av litteratur blir klare eksklusjon- og inklusjonskriterier presentert (Helsebiblioteket, 2016). Vi brukte CASP-skjema for å kvalitetssikre de inkluderte artiklene i studien. Se vedlegg 1. Vi fremstiller et PRISMA flytskjema som sikrer at oppgaven er transparent (PRISMA, 2020). Karakteristika av de inkluderte studiene er presentert i en tabell under punkt 4.0 hvor artiklene er gjengitt i alfabetisk rekkefølge ut fra navn på forfatterne.

3.2 Metaanalyse

Metanalyser er et fellesbegrep på ulike fremgangsmåter for sammendrag, oppsummering og reanalyse av allerede publiserte primærstudier om samme tema. En metaanalyse kan sammenfatte kvalitative eller kvantitative studier, eventuelt begge deler; Mixed Methods. Strategien forutsetter kritisk vurdering av de inkluderte studiene. Vi har valgt å utføre en kvalitativ metaanalyse som startet med utarbeiding av en best mulig fokusert problemstilling. Dette for å øke sannsynligheten for å finne relevante studier blant eksisterende forskning. Problemstillingen vår ble justert etter hvert som vi tydeligere så hvilken kunnskap våre data ga grunnlag for å utvikle. Vi brukte resultatene fra de inkluderte studiene til en ny analyserunde for å identifisere hva disse studiene til sammen kunne gi oss av ny kunnskap i forhold til problemstillingen vår. Formålet var dermed å bruke eksisterende forskning på temaet til å gjennomføre en syntese hvor resultatet blir mer enn summen av de enkelte delene (Malterud, 2017 176-177).

3.3 Søk

For å skaffe oss en oversikt over den vitenskapelige litteraturen gjennomførte vi et testsøk. Dette ble utført med tanke på å få en viss oversikt over litteratur i lys av vår problemstilling. Dette som en indikator på om det var mulig å få gjennomført studiet. I selve søkeprosessen ble aktuell litteratur identifisert og selektert ut til videre vurdering. Vi ønsket å identifisere den forskningslitteraturen som er tilgjengelig for å inkludere kritisk tenkning og gjøre en reanalyse av aktuelle funn. (Malterud, 2017, s. 176 - 177). I denne oppgaven har vi fokusert på kvalitative studier, men vi har også inkludert Mixed Methods studier.

3.4 Forforståelse

Malterud skriver at forforståelse er en viktig motivator for hvilke tema som velges for oppgaveskriving. Det at vi som forfattere selv finner temaet interessant er viktig for å kunne utføre et godt stykke arbeid. Det er likevel viktig å ta med seg at det å eie en forforståelse kan være med på å dominere de data vi samler inn. Dette kan farge den måte vi både leser og tolker de innsamlede dataene på (Malterud, 2017, s. 44).

Utgangspunkt for vår studie har vært egne erfaringer fra arbeidslivet i møte med pasienter som har utfordringer med seksualitet. Vi har ved flere anledninger møtt unge mennesker som sliter med symptomer på angst og depresjon. Disse kommer i kontakt med oss i psykisk helsetjeneste på grunn av et høyt symptom- og lidelsestrykk. I møte med disse ungdommene kan vi enkelte ganger se at utfordringer og bakenforliggende årsak til psykisk uhelse har en sammenheng med seksualitet og identitet. Problemstillingen har etter hvert blitt tydeligere da det viser seg at det er et kunnskapsgap mellom pasientens behov og vår kompetanse og kjennskap til seksualitetens betydning for psykisk helse. Dette dannet utgangspunktet for studien vår.

3.5 Innsamling av data

Søkeprosessen har tatt utgangspunkt i litteratur som kan søkes etter på biblioteket ved Universitetet i Stavanger og Universitetssykehuset i Stavanger. Data for studien er samlet inn gjennom perioden oktober 2020 frem til april 2021. En systematisk kunnskapsoppsummering skal ha som mål å identifisere holdepunkter for den kunnskap som avdekkes. Det å benytte ulike databaser i søkeprosessen er viktig. Vi har gjennomført søk i følgende databaser: Cinahl, Medline, Psycinfo, Soc INDEX, Web of Science og NORART. I denne prosessen har vi

benyttet oss av faglig kunnskap og hjelp fra bibliotekar ansatt ved Universitetet i Stavanger. Utvalget har bestått av både engelske og norske søkeord og artiklene vi har gjennomgått har vært skrevet på norsk, dansk og engelsk. Søkeord som “sexuality, sexual health, intimacy”, “youth, adolescent, young adult, young people, teen, youngster”, “therapist attitudes, health personell attitudes, psychotherapist attitudes, psychologist attitudes, psychiatric nurse attitudes, psychotherapist attitudes”, “psychotherapeutic processes, therapeutic processes, therapeutic alliance, milieu therapy” ble brukt for å få en oversikt over litteratur som eksisterer på området. Ulike kombinasjoner av søkeord var nødvendig for å få flest mulige treff. Det var nødvendig med utvidede søk da det var lite forskning om temaet i forhold til miljøterapi. Det ble en del støy i søkene da det er mye om akkurat seksualitet, men ikke i forbindelse med vår problemstilling. Søkehistorikken ble lagret i de ulike databasene for å få en oversikt over søkene. Se vedlegg 2 for eksempel på søk.

Vi har benyttet en såkalt PICO til å hjelpe oss med å finne kriterier for søkeord. En PICO har som formål å hjelpe til med å finne en retning for litteratursøk i databaser.

Inklusjonskriteriene skal kunne bli identifisert med-, samt komplimentere eventuelle forskningsspørsmål. I en PICO skal de kriterier som kvalifiserer for inklusjon være detaljert og være med på å sikre en nøye utvelgelse av de artikler som blir inkludert. De inkluderte studiene skal være relevante for tema av oppgaven. Det er viktig å gjøre spørsmålet i problemstillingen tydelig. En PICO er et godt verktøy til å gi struktur til formulering av disse spørsmålene (Helsebiblioteket, 2016).

Bokstavene i ordet PICO peker på de delene som det kan være viktig å inkludere. De hjelper oss til å identifisere søkeord og gi retning for hvilke kriterier som skal settes som inklusjons- og eksklusjonskriterier. En PICO identifiserer hvilken populasjon og hvilket problem som danner grunnlaget for studien. Videre vil en ved intervensjon kunne avdekke hvilke deler av populasjonen og de problemer en finner som kan være av interesse for oss i forskningsprosessen. Vi har som mål for oppgaven å kunne sammenlikne for eksempel mangler ved dagens praksis og si noe om hvilket utfall vi ideelt ønsker.

P:	Population/problem	Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?
I:	Intervention	Hva er det med denne populasjonen eller dette problemet du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon) eller noe populasjonen blir utsatt for (eksponering)?
C:	Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).
O:	Outcome	Hvilke utfall eller endepunkter er du interessert i?

(Helsebiblioteket, 2016)

Vi valgte å benytte kvalitativ metode som forskningsstrategi i oppgaven vår. Denne metoden benyttet vi for å analysere, beskrive og tolke kvaliteter og egenskaper av de fenomener vi studerer. Materialet vi har valgt stammer fra tekst basert på spørreundersøkelser og utførte samtaler om verdier, erfaringer og samhandling mellom mennesker. I studier hvor både kvalitative og kvantitative metoder er brukt, har vi i stor grad fokusert på de delene med kvalitativ metode. Det som er viktig å merke seg er at ved å benytte kvalitative metoder åpner det opp for å presentere subjektive erfaringer og nyanser. Dette vil kunne bidra til å presentere et mangfold. Den virkeligheten vi ønsker å presentere som et resultat av forskningsprosessen, kan beskrives fra ulike perspektiver. Det er viktig å holde fokus og være seg bevisst at ikke alle perspektiver nødvendigvis er like relevante med tanke på den problemstillingen vi ønsker å belyse (Malterud 2017, s 30). Vi laget derfor en oversikt over eksklusjon- og inklusjonskriterier. På denne måten sorterte vi bort det som ikke var relevant for problemstillingen. Det som vi til slutt satt igjen med dannet grunnlaget for videre utarbeiding av kunnskap (Malterud, 2017, s. 176).

Inklusjonskriterier for valg av litteratur:

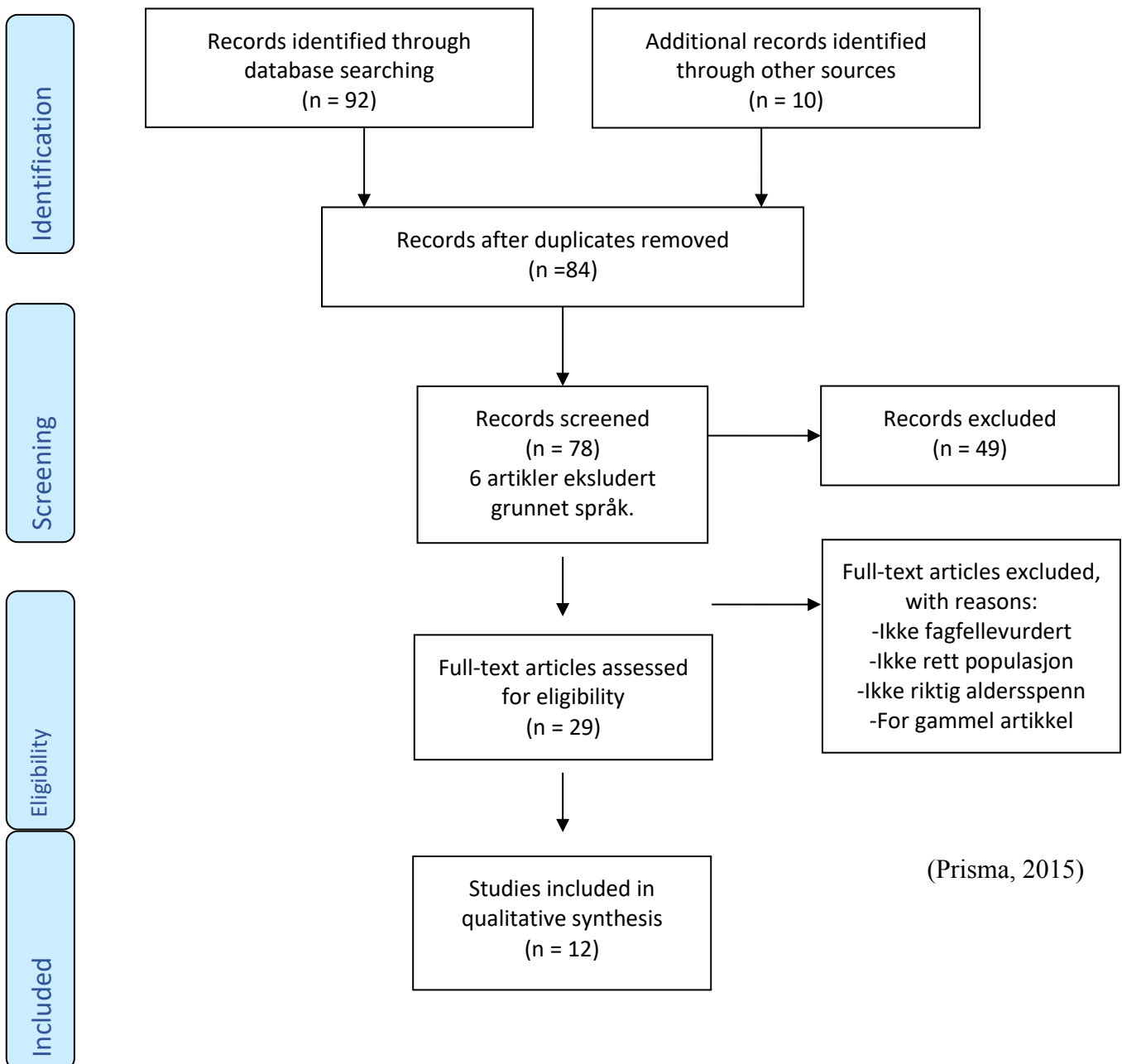
- Forskningskunnskap som er fra tidsrommet 1998 – 2021.
- Alder på fokusgruppen er 13 til 19 år.
- Temaet seksualitet sett i sammenheng med psykisk helse hos tenåringer. På grunn av begrenset forskning på temaet har vi også inkludert noe forskning som har et aldersmessig bredere spenn. Da har inklusjonskriteriet vært at den gjeldende forskningskunnskap sannsynligvis også vil kunne gjelde tenåringer.
- Forskningskunnskap som sier noe om utfordringene temaet seksualitet gir i det terapeutiske rom. Da det er begrenset studier på temaet i miljøterapi har vi inkludert studier som inkluderer individuell terapi og familieterapi.
- Forskning som sier noe om en hensiktsmessig fremgangsmåte for å snakke om sensitive tema i en pasient- hjelperrelasjon.
- Studier som inkluderer personell som familieterapeuter, leger, psykologer, psykiatere og annet helsepersonell som også har pasientperspektivet.
- Internasjonale studier som er skrevet på engelsk, samt studier på norsk og dansk.
- Fagfellevurderte artikler.

Eksklusjonskriterier for valg av litteratur:

- Forskningskunnskap som er eldre enn 1998.
- Fysiske anliggender ved seksualitet.
- Internasjonale studier på annet språk enn engelsk, norsk og dansk.
- Barn og eldre.

Søkeprosessen er blitt fremstilt gjennom et flytdiagram. De forskjellige punktene som ble besluttet for eksklusjon og inklusjon av primærstudier blir synliggjort i dette diagrammet. Et PRISMA flytskjema sikrer at oppgaven blir transparent og videre at det blir en uavhengighet av utvalget av studiene som blir inkludert (PRISMA, 2020). Karakteristika av de inkluderte studiene er videre presentert i en tabell under punkt 4.0 hvor studiene er gjengitt i alfabetisk rekkefølge ut fra navn på forfatterne.

PRISMA 2009 Flow Diagram



Vi satt til slutt igjen med 12 artikler som vi ville inkludere i studien vår.

3.6 Analyseprosessen

Vi brukte som nevnt metaanalyse som metode. I analysefasen er det viktig og først starte med å bestemme hvilke teoretiske perspektiver og hvilket fokus de spørsmål vi stiller skal ha. Spørsmål vi stiller i problemstillingen har vært i fokus under analysen og slik blitt mer spesifisert. Under analyseprosessen er det hensiktsmessig å bruke den innsikt og de erfaringer vi får til å utvikle studien. Det å prioritere tekst skal stå i fokus i analyseprosessen. Teksten som blir prioritert er en del av den forskningskompetansen vi ønsker å vise at vi kan anvende, dette med formål om å utarbeide og vise til ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 83–84).

3.7 Meningsbærende enheter

Vi forsøkte å samle oss om fem foreløpige tema som dannet grunnlaget vårt for kodegrupper. Slik identifiserte vi meningsbærende enheter og skilte ut relevant tekst samtidig som vi sorterte bort det som ikke belyste problemstillingen vår. Fordelen med å være to forfattere ved utforming av studien, var at vi begge først gikk gjennom samme materiale hver for oss. Dette ga rom for forhandlinger og videre utvelgelse av artikler under de meningsbærende kodene vi ble enige om. Vi gikk deretter gjennom teksten systematisk for å kunne ta veloverveide valg for veien videre (Malterud, 2017, s. 100–101).

Som koder og meningsbærende enheter valgte vi å fokusere på følgende:
1. Seksualitet som del av psykisk helse hos tenåringer. Hvem ønsker tenåringer å snakke med om seksualitet.
2. Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid hvor seksualitet er tema.
3. Hvordan snakke om sensitive tema i det terapeutiske rom. Holdninger, tradisjoner.

3.8 Validitet og reliabilitet

Validitet handler om gyldigheten av tolkningene vi som forskere har kommet frem til. Validitet betyr at disse tolkningene skal være så nær virkeligheten som mulig og ikke tillegger funnene informasjon eller egenskaper de ikke har. Det er viktig at man er objektiv til det man leser, samt være bevisst om at en ikke tolker funn på en måte som gir det en annen mening enn det som opprinnelig var utgangspunktet (Thagaard, 2013, s 204).

Troverdighet er reliabilitet og sier noe om kvaliteten på dataene studien er bygget på. En skal vurdere kilder kritisk da flere forskere ofte har studert det samme. Det at resultatene samsvarer sier noe om troverdigheten (Thagaard, 2013, s 201). Vi brukte som nevnt CASP-skjema for å kvalitetssikre artiklene vi satt igjen med.

3.9 Forskningsetiske vurderinger

Studien er godkjent av Personvernombudet ved Forskningsavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus. Denne studien er en kunnskapsoppsummering hvor personopplysninger ikke er relevant. Det har derfor ikke vært nødvendig å søke tillatelse fra REK. Det har heller ikke vært nødvendig med anonymisering av intervjuobjektene i studiene vi har inkludert da dette allerede er gjort i de opprinnelige studiene (World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects, 2013). Studien beskriver seksualitet på bakgrunn av eksisterende forskning. Det er viktig å huske at størstedelen av forskningen det refereres til hovedsakelig er framkommet på bakgrunn av hvite middelklassepopulasjoner. Funn og teorier kan ikke nødvendigvis generaliseres til å gjelde andre populasjoner.

4.0 Funn

Denne systematiske litteraturoversikten identifiserte 12 studier som vi valgte å inkludere i studien vår:

Forfatter	År	Tittel	Metode	Resultater
Brown & Wissow	2009	<i>Discussion of Sensitive Health Topics with Youth During Primary care visits: Relationship to Youth Perceptions of Care.</i>	Kvalitativ studie	Ungdommer opplevde kontroll og tok mer ansvar når sensitive tema diskuteres.
Fuzzel et al	2016	<i>"I just think that doctors need to ask more questions": Sexual minority and majority adolescents' experience talking about sexuality with healthcare providers</i>	Kvalitativ Studie	En tredjedel av terapeutene i studien snakket jevnlig med ungdommer om seksuell orientering. Behov for mer kommunikasjon, konfidensialitet, komfortabilitet, inklusivitet og økt kvalitet.
Harry & Hays	2008	<i>Family therapist comfort with and willingness to discuss client sexuality.</i>	Kvalitativ studie	Familieterapeuter var ikke komfortable. Utdanning og kurs hadde effekt på om tema ble tatt opp i terapi.
Hensel et al	2020	<i>Adolescent's Discussion of Sexual and Reproductive Health Care Topics With Providers: Findings From a Nationally Representative Probability Sample of U.S. Adolescents</i>	Kvalitativ studie	52,1% av ungdommene i undersøkelsen som hadde vært i kontakt med en helsearbeider det siste året ble spurt om de var seksuelt aktive. 2,2% av ungdommene diskuterte alle inkluderte emner med en helsearbeider.
Johnston et al	2015	<i>Increasing access to sexual health care for rural and regional young people: Similarities and differences in the views of young people and service providers</i>	Mixed-Methods Studie	Holdningsskapende arbeid blant helsearbeidere både under og etter utdanning vil være med på å forbedre de helsetjenester som tilbys ungdom. For at ungdom skal søke hjelp fra helsevesenet er de opptatt av at de er sikret konfidensialitet og det å bli møtt med en ikke-dømmende holdning (Johnston et al., 2015).

McCabe & Cummins	1998	<i>Sexuality and quality of life among young people.</i>	Kvalitativ studie	Sex fører i stor grad til angst hos ungdommer.
Russel	2012	<i>Sexual Health Attitudes, Knowledge, and Clinical Behaviors: Implications for Counseling</i>	Kvalitativ studie	Terapeuter som hadde lavere barriere for å ta opp tema med barn og unge, hadde høyere kunnskapspoeng og mindre begrensende holdninger.
Russel, Gates & Viggiani	2015	<i>Sexual health knowledge and training in a child and adolescent mental health setting</i>	Mixed-Methods Studie	Jo høyere utdanning terapeuter har, jo større sannsynlighet for at de vil ta opp tema som anngår seksualitet.
Shuster, Houck & Tooley	2020	<i>Adolescent Emotion Regulation and Parent- Child Discussions about Sexual Behaviors</i>	Kvalitativ studie (RCT)	Kommunikasjon mellom foreldre og barn er viktig for å forhindre risiko ved sex, samt øke fokus på de positive aspektene og de emosjonelt romantiske delene av et forhold.
Stewart et al	2014	<i>Physicians' use of Inclusive Orientation Language During Teenage Annual Visits.</i>	Kvalitativ studie	Terapeuter savner muligheter for å skape trygge rammer for tenåringer når seksualitet diskuteres.
Træen & Schaller	2013	<i>Talking to patients about sexual issues: experience of Norwegian psychologists.</i>	Kvalitativ studie	Leger erfarer at de ikke kan nok om temaet til å jobbe med det i terapi.
Urry, Hansen & Khaw	2019	<i>It's just a peripheral issue: A qualitative analysis of mental health clinicians' accounts of (not) addressing sexuality in their work.</i>	Kvalitativ Studie	Terapeuter tar sjelden opp temaet og henviser ofte videre.

Studien til Brown & Wisow (2009) USA fant at ungdommer fikk et positivt og forbedret inntrykk av terapeuten når besøket inkluderte diskusjon av sensitive helsetema som seksualitet. Videre viste studien at klienter var mer tilbøyelige for å ta en aktiv rolle i

behandlingen når sensitive tema ble inkludert. Diskusjon av sensitive tema møtte forventningene unge hadde til terapi og hadde en positiv innvirkning på oppfattelsen av tilfredshet og deltakelse i behandling. Undersøkelsen fant at jo flere sensitive tema som ble diskutert, jo mer økte de unges positive oppfatning av terapi.

Studien til Fuzzel et al (2016) fant at mindre enn en tredjedel av ungdommene som deltok i undersøkelsen rapporterte at de jevnlig snakket med sin behandler om seksuell orientering. Mange terapeuter var usikre og var ikke klar over tilgjengelige ressurser for seksuelle minoritetsgrupper. I stedet brukte terapeuter ofte et språk som gikk ut ifra at ungdommene de snakket med var heteroseksuelle. Fem tema kom opp som resultat etter å ha intervjuet ungdommer om tema seksualitet i det terapeutiske rom: behov for mer kommunikasjon om seksualitet, konfidensialitet og taushetsplikt, komfortabilitet, inklusivitet og behov for økt kvalitet for kommunikasjon om seksualitet.

Studien til Harris & Hays (2008) som undersøkte komfortabilitet med å ta opp seksualitet blant familieterapeuter, fant at de fleste deltakerne i studien følte seg ukomfortable og uforberedt på å snakke om seksualitet. Mange av terapeutene var redde de ikke hadde nok tid til å diskutere slike tema, noen syntes ikke de hadde de riktige ressursene tilgjengelige, noen følte seg ikke trent nok til å snakke om seksualitet, noen opplevde at de ikke var komfortable nok, noen var redde for å fornærme klienten, mens noen ikke forstod sin egen seksualitet og var derfor ikke komfortable med å ta initiativ til samtale om deres klients seksualitet.

Samme studie undersøkte familieterapeuters vilje til å ta opp temaet og fant at når en først var komfortabel med å diskutere seksualitet, var sjansen høyere for at terapeuter tok initiativ til samtale om det. Terapeutens egen komfortabilitet med temaet hadde det største og direkte utslaget på om terapeuten tok initiativ til diskusjon om seksualitet, mens utdanning og kurs hadde den nest største direkte effekten på om terapeuter tok initiativ til samtale. Disse funnene impliserer at utdanning, veiledning og kurs er de beste prediktorene for om terapeuten tar initiativ til seksualitetrelaterte diskusjoner med klientene sine. Ettersom kurser og veiledning økte, økte initiativet til terapeutene om å ta denne samtalen (Harris & Hays, 2008).

Hensel et al (2020) fant at 52.1 % av ungdommer som hadde vært i kontakt med en helsearbeider det siste året ble spurt om de var seksuelt aktive, 31,6% ble konsultert i forhold

til graviditet eller seksuelt overførbare sykdommer, 12,6% ble spurt om seksuell identitet og 7,6% ble spurt om de opplever seksuelle vansker. Bare 2,2% av ungdommene diskuterte alle anliggender med helsearbeideren.

Johnston et al (2015) fant at det var flere faktorer som kunne være med på å øke barrieren det kan være for unge mennesker å søke støtte og hjelp fra helsevesenet. Blant disse faktorene fant studien at tjenestene som tilbys måtte være lett tilgjengelige og både åpningstider og eventuelle kostnader knyttet til å benytte disse tjenestene spilte inn. En annen faktor kunne være mangel på oppmerksomhet rundt temaet seksuell helse. Det ungdommer la størst vekt på var personalets personlige egenskaper og det at de følte seg velkomne og samtidig ble møtt med en ikke-dømmende holdning fra helsepersonell.

Studien til McCabe & Cummins (1998) blant 240 videregående elever i Chicago fant ut at majoriteten av jenter og gutter syntes sex var et vanskelig tema, men plasserte det godt under skole, venner og dating når det kom til viktigheten det hadde i livene deres. I motsetning til den relativt lave graden av viktighet, fant studien at temaet i stor grad førte til angst, noe som igjen gikk ut over livskvaliteten til ungdommene.

Russel (2012) sin studie blant klinisk helsepersonell bestående av rådgivere, sosialarbeidere, terapeuter og omsorgsarbeidere, fant at behandler sine holdninger kombinert med generell kunnskap om seksuell helse er av betydning i møte med pasienten. Videre fant studien viktigheten av å ha fokus på kommunikasjon med unge under utdanning av helsepersonell. Videre var det viktig å ha et fokus på samtale om seksuell helse med ungdommer i videre utdanning og kompetanseheving av helsepersonell.

Studien til Russell, Gates og Viggiani (2015) blant helsepersonell som jobbet i en kommunal mentalhelsetjeneste, fant at dersom terapeutene hadde mastergrad, var sannsynligheten større for at de ville ta opp tema om seksuell helse sammenlignet med dem som ikke hadde mastergrad. Resultatene indikerte at dersom respondantenes utdanning økte, økte sannsynligheten for at de ville ta opp tema om seksuell helse med klientene sine. De mest vanlige temaene som ble inkludert var: seksuelt misbruk, seksuell aktivitet/oppførsel, seksuelt overførbare sykdommer og graviditet. 47% nevnte et generelt behov for ytterligere opplæring om seksualitet som det viktigste og mest utbredte temaet. Resultatene indikerte at klinikerene ofte ikke innleder til samtalen, men venter på at klienten først skal diskutere det.

Studien til Shuster, Houck and Tooley (2020) er randomisert kontrollert studie blant 420 ungdommer sammen med en forelder fant at når ungdommer snakket med foreldrene sine om hva det vil si å ha en sunn seksuell livsstil, viste det tendens til at disse ungdommene hadde en høyere terskel for å engasjere seg i seksuelt aktive relasjoner. Dersom de skulle gjøre det var sannsynligheten høy for at de ville ta forhåndsregler og utøve sikker sex.

En studie gjort i North Carolina, USA av Stewart et al (2014) blant 392 ungdommer og 49 terapeuter, fant at leger savnet muligheter for å skape trygge rammer for tenåringer når seksualitet diskuteres. Studien konkluderte med at leger generelt ikke brukte et inkluderende språk når seksualitet ble diskutert. Kun 3,3% av ungdommene oppga at et inkluderende språk var gjeldene når tema ble brakt på bane. 48% av ungdommene oppga at et ikke-inkluderende språk var dominerende dersom temaet ble diskutert. En av utfordringene legene møtte var å skape et miljø hvor ungdommer følte seg trygge når de fikk spørsmål som gikk på seksualitet. Rigide merkelapper som «heteroseksuell» og «homoseksuell» passer ikke til ungdommene da deres seksualitet, tanker, følelser, oppførsel, fantasier og identitet fortsatt utvikles.

I undersøkelsen gjort av Træen og Schaller (2013) kom det frem at de fleste terapeuter erfarte at de ikke kunne nok om seksualitet og seksuelle problemer til å jobbe med dette i terapi. I Norge og i andre land i Europa er andelen spesialister i klinisk sexologi per innbygger svært lav. Dette fører til at det som oftest er terapeuter uten sexologisk videreutdanning som møtte pasienter med seksuelle problemer. Undersøkelsen viser videre at det nødvendigvis ikke var slik at unge psykologer som hadde vokst opp i en tid med mer aksepterende holdninger til seksualitet enn foregående generasjoner, var mer tilbøyelige til å snakke med klientene sine om seksualitet. Personlig og faglig erfaring og modning syntes å være mer betydningsfullt.

I en Australsk studie av Urry, Chur-Hansen og Khaw (2019) med 22 deltakere hvor 8 var psykiatriske sykepleiere, 8 var psykologer og 6 psykiatere, kom det frem at deltakere som følte seg komfortable med å diskutere seksualitet i en terapeutisk setting, ofte så seg selv som anderledes enn majoriteten av sine kollegaer. De som vegret seg for å ta opp slike tema så på seksualitet som en potensiell trussel for den terapeutiske relasjonen og følte at dersom klienten hadde et slikt problem, vil de selv ta det opp uoppfordret. Mange av deltakerene følte seg videre ukomfortable med å ta opp slike tema dersom klienten hadde et annet kjønn, var mye eldre eller yngre enn terapeuten, dersom klienten var veldig religiøs eller hørte til en minoritetsgruppe. Slike karakteristika tok terapeuten som en indikasjon på at vedkommende

ville finne diskusjoner om seksualitet som upassende; klienten ville være ukomfortabel noe som igjen forsterket terapeutens ubehag. Det var videre en generell oppfatning av at det var uvanlig å ta opp seksuelle bekymringer i terapi og derfor tok terapeutene sjelden opp temaet. Det var også en underliggende oppfatning om at klienter ikke har seksuelle bekymringer, eller at seksuelle bekymringer ikke er relevant til deres psykiske symptomer. Noen av deltakerene forstod seksualitet som primært et biologisk fenomen. På den andre siden, ble manglende interesse i å snakke om seksualitet fra klientens siden sett å som negative symptomer på schizofreni og at seksualitet ofte er forstått som mindre relevant for mennesker med denne diagnosen. Tilsvarende viste det seg at dersom klienten brakte på bane seksuelle bekymringer, ble klientene ofte henvist videre til andre instanser som psykologspesialister med erfaring innen feltet. Studien viste videre at seksualitet også var noe som terapeutene følte ikke hørte inn under mental helse og slike tilfeller ble raskt henvist videre. De fleste av deltakerene så seksuelle bekymringer som en oppgave for fastlege eller psykiater som en del av deres medisinske rutine.

Vi har inkludert én dansk studie, én norsk studie, to studier er austalske og åtte er amerikanske. Alle de inkluderte studiene har seksualitet som del av psykisk helse som tema, hvorav én studie eksplesitt ser på i hvor stor grad temaet fører til angst blant ungdommer. I syv av studiene var ungdommer deltakere, i to studier var generell helsepersonell i sentrum (herunder rådgivere, sosialarbeidere og omsorgsarbeidere), én studie har familierapeuter som fokus, i tre studier er psykologer deltakere, to studier så på legers tilnærming til tema og én studie inkluderte psykiatriske sykepleiere og psykiatere. Totalt fire studier så på viktigheten undervisning av helsepersonell har for at temaet skal få økt oppmerksomhet. Fire studier så på hvorfor det savnes rutiner på temaet. Samtlige studier inkluderte holdninger i en eller annen grad. En studie undersøkte viktigheten av kommunikasjon mellom foreldre og unge om temaet.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere funnene opp mot teori presentert i kapittel 2.

5.1 Viktigheten av å være oppmerksom på utfordringer med seksualitet hos tenåringer

I dette underkapittelet diskuterer vi funnene vi gjorde i studien opp mot forskningsspørsmål 1:

Hvorfor er det viktig å være oppmerksom på utfordringer med seksualitet hos tenåringer?

5.1.1 Diskusjon av sensitive tema øker tillit

Funnene i studien til Brown og Wissow (2009) viste at ungdommer ofte var åpne for og ønsket å snakke om seksuelle tema med sin behandler. Klientene fikk et positivt og forbedret inntrykk av terapeuten når besøket inkluderte diskusjon av sensitive helsetema som seksualitet. Det så videre ut til at diskusjon av sensitive tema i primæromsorgen hadde en positiv innvirkning på de unges oppfatning av helsetjenesten. Videre så det ut til at klienter var mer tilbøyelige for å ta en aktiv rolle i behandlingen når sensitive tema ble inkludert. Diskusjon av sensitive tema møtte forventningene unge hadde til terapi og hadde en positiv innvirkning på oppfattelsen av tilfredshet og deltakelse i behandling. Jo flere sensitive tema som ble diskutert, jo mer økte de unges positive oppfatning av terapi. Resultatene fra studien viste at unge følte seg forstått, de følte de kunne være med på å ta avgjørelser om behandling, de følte kontroll i behandlingen og tok mer ansvar dersom diskusjon av tema ble inkludert.

Helsearbeidere jobber med sensitive og private tema hvor mennesker føler seg på det mest sårbare. Det er derfor viktig å forstå at mange klienter vil ønske muligheten til å diskutere bekymringer om deres seksuelle helse velkommen. Dersom de får muligheten til å diskutere slike bekymringer vil dette i seg selv ofte være nok til å lindre bekymringene. Det er derfor avgjørende at terapeuter tilbyr klienter muligheten til å ta opp intime tema og lytter åpent og fordomsfritt uavhengig av egne personlige preferanser og antakelser (Bates, 2011).

Å være ungdom og føle seg avvikende er ingen situasjon forbeholdt unge LHBTIQ. Oppvekst og brytningstid gir utfordringer for de fleste ungdommer, uavhengig av legning og seksualitet. For noen får denne annerledesfølelsen mer alvorlige konsekvenser i møte med uerfarne voksne, transsynte lokalsamfunn eller mobbing i skolegården. Selv om den allmenne holdningen har endret seg mye i positiv retning de siste årene, er fortsatt «homo» det mest brukte skjellsordet i skolegårder. Forskning forteller at unge LHBTIQ er mer utsatte for psykiske vansker i ungdomstiden, har høyere risiko for selvskading og selvmord og de opplever oftere trakassering (Bates, 2011).

Noen kommer til behandling med en åpenbar skamproblematikk. Dette ofte uten å først være identifisert av klienten selv som skamrelatert. Klienten kan gjerne kjenne på en skamfølelse, men uten å være seg bevisst at det er skam de kjenner. Affektarbeid i forhold til affektbevissthet, toleranse og regulering er viktig at blir utført. Erfaringer tilsier at de fleste vil kjenne på en lettelse når de kjenner på får et navn, og videre også lettelse ved å få

kjennskap og innsikt i hva fenomenet skam er og hvordan det kan oppstå. Enkelte helsepersonell kan under veiledning, eller i en undervisningssituasjon gi uttrykk for bekymring for å sette navn på skamfølelsen overfor sine klienter. Dette kan vise seg som en engstelse for å påføre den andre skam, det kan handle om at hjelperen i situasjonen møter egen skam og det kan ha sitt utspring i det ubehaget selve skamfølelsen vekker i de fleste av oss. Det er imidlertid viktig å ikke vike vekk, men stå opp mot skammen. Ved å ikke overse skammen, vil vi samtidig kunne ta både pasientens biografi og skam på alvor. Når skam blir identifisert, viser det seg ofte at det er denne som er årsak til både relasjonelle utfordringer og psykiske lidelser som angst og depresjon (Farstad, 2016, s. 295).

WHO opererer med et bredt og positivt sunnhetsbegrep når seksualitet defineres. Her legges det ikke bare vekt på biologisk funksjon eller dysfunksjon, men også de sosiale og psykologiske aspektene i det enkelte menneskets liv. Livskvalitet og trivsel bør prioriteres inn på lik linje med biomedisinske faktorer når en snakker om seksuell helse (WHO, 2010). Seksualitet har videre vist seg å være en betydningsfull del av tilværelsen når befolkningen selv skal rapportere om helse og trivsel. Seksualitet er med andre ord relevant når det kommer til den generelle folkehelsen. På bakgrunn av dette mener vi at den seksuelle dimensjon i helse bør inkluderes i både psykisk som somatisk helsearbeid. Som nevnt kan både somatisk og psykisk sykdom føre til seksuelle utfordringer, men seksuell mistrivsel kan også føre til en opplevelse av redusert helse eller være med på å forverre en allerede oppstått lidelse. Et seksuelt symptom kan slik være både primært og sekundært. Det vil si at det kan være årsak til et helseproblem, eller tvert imot oppstår som en følgevirkning av det. I de fleste tilfeller kan det være snakk om en vekselvirkning (Graugaard et al., 2015).

Det later til at terapeuter som er oppmerksomme på egen og klienters historie som omhandler seksualitet, vil utvikle en økt forståelse og medfølelse for klienten og temaet (Glăveanu, 2010, s. 149). Mye tyder på at det eksisterer markante sunnhets- og trivselsfordeler som er forbundet med en sunn seksualitet og som kliniker er det gode grunner for å kjenne til seksualitetens betydning, ikke bare når det gjelder å kartlegge risiko- og sunnhetsfaktorer hos klienten, men også for å styrke relasjonen (Graugaard et al., 2015).

5.1.2 Foreldre, skolen og medias tilnærming til temaet

I studien blant 240 videregående elever i Chicago fant forskerne ut at til tross for at ungdommer plasserte temaet seksualitet godt under skole, venner og dating når det kom til

viktigheten det har i livene deres, viste studien at temaet i stor grad førte til angst, noe som igjen gikk ut over livskvaliteten (McCabe & Cummins, 1998). Studien til Shuster, Houck og Tooley (2020) fant at kommunikasjon mellom foreldre og barn er viktig for å forhindre risiko ved sex og det å øke fokus på de positive aspektene og emosjonelt romantiske delene av et forhold. Hyppigheten av kommunikasjon mellom foreldre og barn om seksualitet ble påvirket av flere individuelle faktorer inkludert barnets kjønn, alder, kjønnet til forelder og hvilket tema som ble diskutert.

Studien til Shuster et al (2020) viser at er flere ting som tyder på at økt kommunikasjon mellom foreldre og unge om seksuell helse kan bidra til trygghet. Det vil kunne være med på å legge til rette for at ungdommer kan innlede sunne og emosjonelt romantiske forhold. Med et slik grunnlag vil det kunne bidra til å redusere faren for negative følger som blant annet manglende prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer og multiple partnere.

Kommunikasjon mellom foreldre og barn er viktig for å forhindre risiko ved sex og det å øke fokus på de positive aspektene og emosjonelt romantiske delene av et forhold. Dette er viktige implikasjoner på flere områder av både psykisk og seksuell art for ungdommer.

En kan redusere negativ seksuell helse om en også sikrer at barn og unge får adekvat undervisning når de er under utvikling. Helsedirektoratet påpeker viktigheten av at seksuell helse tas på alvor som del av psykisk helse. Det er viktig å belyse de positive sidene slik at en muliggjør en god utvikling hos individet. For at dette skal bli en realitet må undervisning presenteres i de rette fora og tilpasset alder, modenhet og kjønn (Helsedirektoratet, 2010).

En sentral arena for formidling av kunnskap og seksualundervisning er skolen. Skolen er i tillegg i stor grad en aktør når det kommer til holdningsskapende arbeid blant unge mennesker. Det en kan bemerke seg er at det undervisningsmaterialet som er tilgjengelig til undervisning i den norske skole blir regnet som utdatert. Lærere har heller ikke lett tilgjengelige muligheter til å oppdatere seg i forhold til seksualkunnskap slik at de kan gi elevene oppdatert informasjon og tilstrekkelig handlingskompetanse (Vildalen & Langfeldt, 2014, s. 186). Det er Utdanningsdirektoratet som utvikler den læreplan som benyttes i den norske grunnskole og videregående skole. Den største endringen i norsk skole kom i 2006 sammen med det såkalte «Kunnskapsløftet» hvor en nå har et fokus på målsetningen for elevens kompetanse, mot at det tidligere var beskrevet et klart mål om hva innholdet i selve opplæringen skulle være. Enkelte lærere og skoler har en god forståelse av hva

seksualundervisningen i skolen bør inneholde. Utfordringene ligger i at temaet seksualitet er vagt beskrevet i læreplanen slik at dette påvirker undervisningen eleven mottar.

Enkeltpersoners holdninger, kunnskap og engasjement i lærerstaben er det som da blir styrende for den seksualundervisningen som blir gitt elevene i den norske skolen (Vildalen & Langfeldt, 2014, s. 194–195).

Mange foreldre har tillit til at nettopp skolen vil gi god nok informasjon om temaet (Ulvund, 2009, s. 53–54). Undervisningen i skolen er som nevnt begrenset. Mye tyder på at dersom ikke foreldrene tar oppgaven med å informere om seksualitet, samt manglende undervisning i skolesammenheng, er med på å føre til at unge ofte søker andre kilder for å få vite mer om temaet. Pornhub er en gratis strømmetjeneste for å se porno på internett og har 92 millioner besøkende hver dag. Her er «hard core» porno vanlig og gjennomsnittsalderen for barns første møte med porno er 11 år. Barn ser og forandres og dersom en blir eksponert for porno over lang tid, vil mange oppfatte porno som normalen for intimitet. Dette kan få alvorlige følger i forhold til grensesetting og hvordan man former relasjoner. Bekymringen er at barn ned i 11 års alder som ikke har fått adekvat undervisning om seksualitet, kan få uheldige tenningsmønstre ved å se porno som en informasjonskilde til hva sex er (Nath, Beard & Slade, 2019). Tenningsmønstre kan bli et problem dersom vedkommende tenner på uakseptable eller straffbare ting, eller blir helt avhengig av porno for å tenne, slik at dette blir vanskelig i seksuelle relasjoner senere. Personer med forstyrrende tenningsmønstre vil i mange tilfeller behøve behandling da dette ofte gjelder personer med tilknytningsforstyrrelser eller relasjonsforstyrrelser (Vildalen & Langfeldt, 2014, s 90).

5.2 Hvordan helsearbeidere kan ha et hensiktsmessig fokus på temaet seksualitet i samtale med tenåringer

I dette underkapittelet diskuterer vi funnene i studien opp mot forskningsspørsmål 2:

Hvordan kan helsearbeidere ha et hensiktsmessig fokus på temaet seksualitet i samtale med tenåringer?

5.2.1 Terapeutens holdninger og karakter ser ut til å være avgjørende

Studien til Stewart et al (2014) indikerer at terapeuter generelt ikke brukte et inkluderende språk når seksualitet ble diskutert. En av utfordringene terapeutene møtte var å skape et miljø hvor ungdommer følte seg trygge når de fikk spørsmål som gikk på seksualitet. Rigide merkelapper som «heterosekuell» og «homoseksuell» passet ikke til ungdommene da deres

seksualitet, tanker, følelser, oppførsel, fantasier og identitet fortsatt var under utvikling. Personlig kompetanse som engasjement, oppmerksomhet, ansvarlighet og trygghet var nødvendig for å kunne håndtere utfordringene klienter hadde. Studien til Johnston et al (2015) understøtter dette og fant at ungdommer legger størst vekt på personalets personlige egenskaper og at de føler seg velkommen. For at ungdommene skulle søke hjelp fra helsevesenet var de opptatt av at de var sikret konfidensialitet og samtidig ble møtt med en ikke-dømmende holdning fra helsepersonell. Studien til Brown og Wissow (2009) er i tråd med dette og fant at terapeutens karakter påvirket kommunikasjonen i terapien. Hvor terapeuten kom fra demografisk, dens erfaringer, selvtillit og holdninger spilte inn på kommunikasjonen når en behandlet seksuelle helseproblemer. Pasientens karakter på sin side påvirket også kommunikasjonen med sin demografiske bakgrunn, helsestatus, tidligere erfaringer med helsetjenesten og troen på at terapeuten var en konfidensiell kilde som hjelp. Studien til Fuzzel et al (2016) understøtter funnene og fant at mange ungdommer var bekymret for at terapeuten skulle fortelle om deres seksuelle historie og orientering videre til foreldrene. Deltakerne uttrykket at dersom terapeuten understreket konfidensialitet, var de mer villige til å dele. Mange ga uttrykk for at det å spørre om seksualitet uten foreldre til stede var av betydning for om de snakket åpent om temaet. Deltakere fra seksuelle minoritetsbakgrunner oppga behov for inkluderende tegn som regnbueflagg eller menneskerettighetsplakater i ungdommelige omgivelser når en skulle dele orientering og kjønnsidentitet. Studien til Hensel et al (2020) fant videre at ungdommer som tilhørte seksuelle minoritetsgrupper hadde mindre sannsynlighet for å bli spurt om seksuell identitet sammenlignet med heteroseksuelle ungdommer. Studien til Harris og Hays (2008) fant at det å ha et høyt nivå av komfort med seksuelt innhold var en forløper til om terapeuter tok initiativ til slike diskusjoner med klienten.

Normer er uskrevne regler og vil på denne måten påvirke den terapeutiske relasjonen ubevisst. De vanligste normene er kjønnsnormen, heteronormen og funksjonsnormen. Kjønnsnormen er antakelsen om at alle opplever seg som det kjønnnet vi fikk utdelt ved fødselen. Heteronormen er antakelsen om at alle tiltrekkes av det motsatte kjønn, mens funksjonsnormen tar utgangspunkt i at en kropp må fungere på en gitt måte for å leve et godt liv. Slik kan egne holdninger komme i konflikt (Thunem, 2021). Eksempelvis kan helsepersonell i møte med pasienter som har en annen seksuell orientering enn dem selv komme i konflikt i forhold til om de tar opp temaet eller ikke.

Kulturelle, religiøse og politiske normer har gjennom tidene skambelagt seksualitet på mange ulike måter, hvor både nakenhet og seksualitet ofte har vært knyttet til skam. Kaufman uttalte: «Of all the psychologically based drives, the one most significant in its association with shame is sexuality» (Kaufman, 1985, s.47). Det eksisterer med andre ord en klar og allmenn forbindelse mellom seksualitet og skam. Det er dermed ikke vanskelig å forstå at seksualitet kanskje er det livsområdet de fleste umiddelbart forbinder med skam og skamfølelser. Forbindelsen har også vist seg gjennom stigmatisering av mennesker med andre seksuelle preferanser enn det heterofile. Skam identifiseres forståelig nok som en kjent følelse hos mange LHBTIQ og skam kan med stor sannsynlighet erfares dersom man står frem som LHBTIQ og blir negativt vurdert og stigmatisert (Farstad, 2016, s. 58). Å definere seksualatferd innunder et minoritetsstempel selv om det ikke regnes som mainstream, kan få ungdommer til å føle seg mer annerledes enn de er. Jo mer annerledes mennesker føler seg, jo større sjanse er det for å oppleve skam for egen seksualitet. En holdning som derimot gir aksept for individuelle variasjoner er hensiktsmessig fordi det er følelsen av å være alene som ofte medfører skamfølelse og usikkerhet (Vildalen & Langfeldt, 2014, s. 71–72).

Alle stigmatiserte grupper er på en eller annen måte klar over at de møtes med et sett fordommer og vil til en viss grad handle i samsvar med holdningene de møter. Dette fordi en person i noen grad identifiserer seg med de negative egenskapene stigmaet assosieres med og blir på denne måten svekket i sin evne til å kreve rettferdighet og likestilling. Her kommer vi inn på begrepet *selvstigma* som betyr at man identifiserer seg med de egenskapene som forbindes med stigmaet; en begynner å tro på de fordommene andre har om en. Dette kan føre til dårlig selvbilde som igjen kan følges av handlingslammelse, samt en følelse av håpløshet (Dybvig et al., 2009, s. 9–11).

Den skammen som vokser frem som gjensvar på andre menneskers stigmatisering er en sterk skamfølelse. Lege Edvin Schei skriver om stigma i forbindelse med skam og sier at stigma opprinnelig var et arr eller et brennemerke som kjennetegnet en slave, en lovløs eller en utstøtt i antikkens Hellas. Schei hevder at ordet i dag brukes på lignende måte; en får tildelt et uønsket kjennetegn som skaper utestengning fra et fellesskap av det normale. Vi behøver ikke å gå mange tiår tilbake før mange trodde at en rullestol kunne symbolisere at personen som satt i den var mindre intelligent. Psykologen Marta Cullberg Weston hevder at vedkommende som blir utsatt for stigma gjerne også blir redusert til kun denne ene egenskapen (Farstad, 2016, s. 41).

Opplevelsen av kjønnsstilhørighet har nær sammenheng med identitet, selvfølelse og psykisk helse. Kjønnsideitet beskriver hvordan en oppfatter seg som kjønn, hvilken seksuell orientering en har og hvilket kjønn en tiltrekkes av. Identitet og tiltrekning som ikke faller innenfor en heteroseksuell reproduktiv praksis, har bydd på utfordringer i helsevesenet historisk sett og ser ut for å gjøre det fremdeles. Møtet med helsevesenet kan bli spesielt problematisk dersom personer ikke faller inn under hun- eller hannkjønnsategorien. Det er viktig å spørre seg om samfunnets konservative definisjoner av hva som er normalt, bidrar til vansker for enkeltmennesker som ellers kunne vært unngått (Vildalen & Langfeldt, 2014, s 93).

Forbindelsen i en pasient-hjelperrelasjon vil i seg selv være asymmetrisk med tanke på at i situasjonen er det terapeuten som har mer makt enn pasienten. En terapeut bør være seg bevisst denne ubalansen, samt innta en reflektert holdning for å slik hindre at makten som oppstår potensielt blir misbrukt. En ubalanse i makt kan være det som i seg selv gjør at skam blir aktivert. Makt finnes i alle relasjoner. Det er viktig at vi som helsearbeidere er bevisste og reflekterer over denne makten slik at vi kan gå inn i relasjonen med formål om å minske skamdynamikken (DeYoung & Sanderson, 2015). Her blir terapeutens vektlegging av det å vise ekthet, selektiv åpenhet og ærlighet noe som kan lette denne potensielle skamkilden hos klienten. Det å være selektiv åpen må her forstås som det å være bevisst i hva som deles og når dette vurderes som nyttig for klienten. Det å legge vekt på at relasjonen er ekte er skamreducerende, til tross for at rammene som er satt er annerledes enn i andre relasjoner (Farstad, 2016, s. 293–294).

DeYoung snakker om å utvikle en skamfri ramme for terapien (2015). DeYoung legger i stor grad vekt på at rammene rundt klienten er tydelige. Mennesker som har en opplevelse av dyp skam vil lett kunne bli usikre hvis rammene rundt forventninger er utydelige. Dette gjelder forventningene klienten har til terapeuten. Det ses en sammenheng med den tydelighet og trygghet terapeuten har i møte med den skamfulle pasienten. Jo tryggere vi er jo tryggere blir pasienten. Det å vise tydelighet og trygghet vil hjelpe klienten til å redusere angst og den destruktive skammen gis mindre spillerom. Samtidig vil det relasjonelle samarbeidet bli styrket (Farstad, 2016, s. 301).

Det er med andre ord viktig at helsearbeidere og samtalepartnere får en forståelse av hvordan skam kan vise seg i den terapeutiske relasjonen. Det er viktig å benytte denne kunnskapen konstruktivt slik at en unngår en situasjon hvor en er med på å re-skamme klienten. Det er avgjørende å forstå skammens dynamikk både i eget liv, og i møte med andre. Terapeuten må derfor være i stand til å gjenkjenne hvordan skammens dynamikker viser seg. Det å kjenne til egne reaksjoner og skamforsvar er viktig å være seg bevisst slik at man ikke handler på disse impulsene dersom dette skjer. Skulle vi være ukjent med våre reaksjonsmønstre i forhold til skam vil vi komme i en situasjon hvor vi kan utagere på disse impulsene. Skulle vi gjøre dette vil vi stå i fare for å påføre klienten større skam (Farstad, 2016, s. 301). Ved at pasienten får kjenne å bli møtt med aksept, vil dette gjøre det mulig for pasienten å ta eierskap til sine følelsesmessige tanker og opplevelser. Terapeuten åpner da opp for at pasienten kan sette ord på følelser uten restriksjoner ut ifra de følelser terapeuten eventuelt sitter inne med selv. Mennesker som sliter med psykologiske tema strever ofte med følelser som de selv kan skamme seg over og kjenne på som uakseptable. Disse tankene kan føre til selvfordømmelse og det å kjenne på en følelse av utilstrekkelighet. En pasient har behov for at de tanker og følelser som kommer til uttrykk blir akseptert og mottatt. Et viktig ønske for en terapeut er at pasienten kan få en endret selvoppfatning. Når dette formidles i relasjonen er det fra hjelperens ståsted med ønske om at pasienten kan begynne å se seg selv i lys av hjelperens øyne. Det er på denne måten en pasient kan få nødvendig støtte til å endre selvoppfattelse og få de rette verktøy til å utvikle en trygg identitet. En slik relasjon vil være mulig ved at man først etablerer en trygg allianse basert på gjensidighet og tillit (Vatne, 2006, s. 140–142).

Normalisering av multiple attraksjoner hos ungdommer ser ut for å være en effektiv måte å skape en god samtale om seksualitet på. Dette innebærer at en som terapeut ikke kan ha forutinntatte oppfatninger om vedkommende sin seksualitet og identitet. Med andre ord må klienter bli spurt på måter som demonstrerer at terapeuten er kompetent til å kartlegge ungdomsbekymringer på en ikke-dømmende måte, samt ta inn klientens perspektiver om hva de ønsker å snakke om (Surko et al., 2005). Den tryggeste holdningen en kan ha som helsepersonell er å tillate seg og ikke vite alt, men vite hvor kunnskapen er tilgjengelig (Pedersen, 2016). For å kartlegge utfordringer med seksualitet kan det være nok å spørre: «Har du noen seksuelle utfordringer?». Hvis pasienten sier «nei», vil det å spørre lite sannsynlig fornærme klienten (Robinson, 2011). Terapeuter må også vurdere *timing*en for å ta opp temaer som det kan være utfordrende å få en god dialog på, men det viktigste er nok likevel å signalisere at en åpent kan ta opp forhold som angår seksualitet. På denne måten

viser terapeuten at dette er akseptable tema som en kan ta opp i terapi. Dersom vedkommende ikke er klar for å snakke om det enda, vil det å spørre om temaet på en åpen og fortrolig måte skape et trygt rom slik at klienten kan ta det opp når vedkommende eventuelt er klar for det (Vossler et al., 2017).

Kommunikasjon er essensielt i enhver terapi og er særlig understreket i forbindelse med å jobbe med ungdommer. Konfidensialitet er avgjørende for å utvikle tillit, noe som er betydningsfullt for om den hjelpesøkende deler intime tema og vil oppleve terapi som nyttig. Når man jobber med ungdommer er det kritisk å balansere deres rett til konfidensialitet, respekt for autonomi og samtidig vurdere når det er hensiktsmessig for å involvere andre instanser (Zsabo, 2006). Det ser ut til at terapeuter kan øke ivaretagelsen av klienter ved å minimisere negative ikke-verbale reaksjoner, legge vekt på ungdommelige og inkluderende omgivelser, be foreldre forlate rommet dersom intime tema skal diskuteres, samt utdanne helsepersonell om seksualitet og kjønnsrelaterte tema.

5.2.2 Viktigheten av kompetanse og undervisning

Tidligere litteratur poengterer viktigheten av at temaet seksualitet får økt oppmerksomhet i utdanningen av helsepersonell og studien til Harris & Hays (2008) understøtter dette. Funnene deres indikerer at terapeutens egen komfortabilitet med temaet hadde det største og direkte utslaget på om terapeuten tok initiativ til diskusjon om seksualitet, mens utdanning og kurs hadde den nest største direkte effekten på om terapeuter tok initiativ til samtalen. Studien fant at utdanning, veiledning og kurs var de beste prediktorene for om terapeuten tok initiativ til seksualitetrelaterte diskusjoner med klientene sine. Ettersom kurser og veiledning økte, økte initiativet til terapeutene om å ta denne samtalen. Studien til Russel, Gates og Viggiani (2015) understøtter funnene og fant at terapeuter med master utdanning med klinisk trening var mer tilbøyelige til å snakke om seksualitet med klientene sine enn kollegaer med lavere utdanning. Resultatene indikerte at dersom utdanningen til respondenten økte, økte sannsynligheten for at terapeuten tok opp seksuell helse med klientene sine. Funn i studien til Brown og Wissow (2009) støtter opp om at kompetanse og trygghet om temaet og egne holdninger så ut til å gjøre det lettere for helsepersonell å avklare grenser uten å krenke eller ignorere seksualitet. Studien til Russel (2012) fant at en behandler sine holdninger kombinert med generell kunnskap om seksuell helse er av betydning i møte med pasienten. Funn i samme studie indikerer at det var av betydning at en behandler også har god kjennskap til innflytelsen av sosiokulturelle faktorer. Disse kan være kjønnsroller, seksuell identitet,

pasientens egen kunnskap og seksuelle kompetanse. Studien indikerer at det var viktig med videre utdanning og kompetanseheving av helsepersonell for å ha et slik fokus. Dette for å sikre at veiledning og kompetanse var på plass når det gjelder å effektivt sette ord på psykisk- og seksuell helse i klinisk praksis

En psykisk helsearbeider bør ha god kjennskap til betydningen og påvirkningen seksualitet i seg selv betyr i unge menneskers utvikling. Dette innebærer god kjennskap til ulik seksuell atferd og uttrykksmønstre, men også forskjeller i både kjønn og modning. Det er viktig å være oppmerksom på at helsearbeideren også kan møte på kulturforskjeller i møte med innvandrere og andre kulturer. Innvandrerungdom vil på lik linje med norsk ungdom gå gjennom ulike faser på sin vei inn i voksenlivet. Ungdomstiden er en periode i livet hvor det er vanlig å reise spørsmål ved egne tanker. Disse tankene kan være lett påvirkelige og formbare av holdninger ungdommen møter hos både foreldre og samfunnet for øvrig. Mye av undervisning og informasjon ungdommer får i dag er basert på å fortelle dem om hva de skal passe seg for å holde avstand til. Det som får mindre fokus blir da gjerne informasjon om hva som kan være med på å sikre seksuell glede og trygghet (Johansen, 2017 s. 8-9). Derfor er det viktig at den som skal formidle informasjon til andre har en egen trygghet i forhold til temaet. Slik kan en videreformidle trygghet og aksept i samtale med ungdommer. I møte med for eksempel unge i pubertet og i krise må seksualitet tas på alvor som en del av pasientens psykiske helse. Temaet må behandles varsomt og respektfullt i et individuelt tilpasset tempo (Johansen, 2017).

Seksualitet utvikles og forandres gjennom hele livet og barns seksuelle erfaringer henger sammen med utviklingen av seksualitet som voksen. Til tross for dette, er obligatorisk undervisning og pensum om seksualitet og seksuell helse så å si fraværende i profesjonsstudiene ved universiteter og høyskoler (Vildalen & Langfeldt, 2014, s. 16). En sykepleier eller lege som har fått lite eller ingen undervisning om temaet, kan vanskelig vite hvordan problemer med- og spørsmål om seksuell helse kan møtes og håndteres.

Woet Gianotten som er en Nederlandsk psykoterapeut hevder at: «No approach in medical care deserves the term holistic as long as sexuality and intimacy have not been addressed» (Gianotten, 2014). Funn indikerer at ved å gi temaet oppmerksomhet i utdanning av helsepersonell, vil temaet med større sannsynlighet bli tatt opp i terapi. Holdninger kombinert med undervisning av helsepersonell ser ut for å være avgjørende for hvorvidt terapeuten tar initiativ til samtale om seksualitet.

5.2.3 Viktigheten av erfaring, trygghet og rutiner

Funn i studien til Urry, Chur-Hansen og Khaw (2019) kartla at det var tilfeldig hvem som tok opp temaet. De som vegret seg for å ta opp slike tema så på seksualitet som en potensiell trussel for den terapeutiske relasjonen. Det avdekkes også at det var manglende rutiner for å ta opp temaet og at det ofte benyttes strategier for at seksualitet oversees og ikke ble vist oppmerksomhet i det terapeutiske rom. Dette kunne blant annet være en følge av terapeutens egen kompetanse eller mangel av denne. Helsearbeidere hadde ofte en begrenset kunnskap i forhold til en holistisk tilnærming til seksualitet og kjente seg ikke komfortable med å ta opp seksuelt relaterte tema med pasienten. Mange terapeuter følte seg ukomfortable med å ta opp slike tema dersom klienten hadde et annet kjønn, var mye eldre eller yngre enn terapeuten, dersom klienten var religiøs eller hørte til en minoritetsgruppe. Det later til at slike karakteristika hos klienten kunne føre til at terapeuten tok dette som en indikasjon på at vedkommende ville finne diskusjoner om seksualitet som upassende. Undersøkelsen gjort av Træen & Schaller (2013) fant at terapeuter erfarte at de ikke kunne nok om temaet til å ta det opp i terapi. Også studien til Harrys & Hays (2008) støtter funnene; mange terapeuter var redde de ikke hadde nok tid, noen syntes ikke de hadde de riktige ressursene tilgjengelige, noen følte seg ikke trent nok til å snakke om seksualitet og noen var redde for å fornærme klienten. Studien til Fuzzel et al (2016) understøtter funnene og fant at kun en tredjedel av terapeutene som deltok i undersøkelsen snakket jevnlig med ungdommer om seksuell orientering. Mange var usikre og var ikke klar over de tilgjengelige ressursene for seksuelle minoritetsgrupper. Også studien til Hensel et al (2020) er i tråd med disse funnene hvor bare litt over halvparten av ungdommene som hadde besøkt helsepersonell i løpet av det siste året ble spurt om temaet. Bare 2,2% hadde en samtale hvor flere tema om seksualitet var inkludert.

Mens det kanskje sier seg selv at det å hjelpe mennesker til å ha et sunt forhold til seg selv, sin egen kropp og sine egne grenser er viktig, tyder mye på at det har vært lite fokus på seksualitet i det terapeutiske rom opp gjennom tidene (Farstad, 2016, s. 58–60). Utfordringen ligger i at klienter kanskje er bekymret, flaue, skamfulle eller mangler selvtillit til å ta initiativ til å snakke om seksuelle forhold. Muligens bekymrer noen seg for å bli dømt eller avvist til tross for at de har diskutert andre intime og vanskelige tema. Det paradoksale her er at ved å unngå å snakke om seksualitet med klienten, kan dette i verste fall forsterke klientens egne følelser som frykt og skam for temaet (Vossler et al., 2017).

Mye kan tyde på at noen av årsakene til at seksualitet er et vanskelig tema, skyldes at menneskene på den ene siden i stor grad er påvirket av tradisjonelle, historiske og religiøse føringer hvor utdaterte holdninger ubevisst er sterkt forankret i oss. Den kommende generasjonen på sin side har stort sett en helt annen tilnærming til seksualitet mye grunnet medias påvirkning og er både åpne og villige til å snakke om temaet. De ulike holdningene vil prege terapien da vi på den ene siden finner en noen ganger taus unngåelse av temaet hvor seksualitet er tabu og privat. På den andre siden har vi media med en overdosert tilnærming til seksualitet med uendelig mange seksuelt ladede beskjeder (Sørensen, 2010). Det oppstår her en tradisjonskløft hvor det ser ut til at de unge blir ofrene for et dårlig tilpasset informasjons- og hjelpetilbud.

5.2.4 Verktøy for kartlegging av sensitive tema kan være hensiktsmessig

Undersøkelsen gjort av Træen & Schaller (2013) viser at det nødvendigvis ikke er slik at unge psykologer som har vokst opp i en tid med mer aksepterende holdninger til seksualitet enn foregående generasjoner, er mer tilbøyelige til å snakke med klientene sine om seksualitet. Personlig og faglig erfaring syntes å være mer betydningsfullt. Studien utført av Urry, Chur-Hansen & Khaw (2019) viste at klientene ofte ble henvist videre til andre spesialister dersom de brakte på bane seksuelle bekymringer. Studien viste videre at seksualitet også var noe som terapeutene ikke følte hørte inn under psykisk helse og slike tilfeller ble videre henvist. De fleste av deltakerene så seksuelle bekymringer som en oppgave for fastlege eller psykiater som en del av deres medisinske rutine.

Mye tyder på at grunnet samfunnet ikke snakker åpent om seksualitet, så har vi ikke funnet et sosialt akseptert språk å gjøre det på heller. Vi vil derfor argumentere for at bruk av ADDRESSING- modellen vil være til hjelp for enhver terapeut når sensitive tema skal diskuteres. ADDRESSING-modellen utviklet av Hays er en modell som kan være et bidrag til å bli en kulturell, sensitiv og responderende terapeut i samtale om sensitive tema. Modellen er et rammeverk som kartlegger vår egen bias og organiserer informasjon om ulike kulturelle innflytelser og bestemte minoritetsgrupper (Hays, 1996).

Ivaretagelse av pasientens seksuelle behov blir i studien tolket som en plikt til å opplyse og veilede. For å lykkes med dette kreves det at sykepleiere er konkrete med tanke på klientens seksuelle utfordringer (Annon, 1976). For at helsepersonellet skal kunne gi riktig og god hjelp, er det deres ansvar å få pasientenes seksuelle helseproblemer tydelig frem under

konsultasjonen. Det kan for eksempel være viktig å informere om at legemidler kan påvirke seksualiteten. De fleste bivirkninger av medisiner som omhandler seksualitet, er meldt av unge voksne menn. Dette skyldes at medisiner som påvirker sentralnervesystemet, som for eksempel antidepressiva og medisiner for ADHD, i stor grad brukes av yngre. Unge melder om diverse problemstillinger som manglende lyst og ereksjonsproblemer. For jenter kan det også være viktig å få informasjon om at P-piller kan gi bivirkninger som tørre slimhinner og nedsatt lyst (Hernæs, 2021). PLISSIT-modellen er et oversiktlig verktøy som kan brukes som utgangspunkt for å starte en samtale om seksualitet. De første to trinnene i modellen inviterer til samtale, samt gir praktisk og begrenset informasjon om sykdom og behandling. Denne modellen vil også være til hjelp for terapeuten å vite når en skal trekke inn andre instanser og når det er nødvendig å henvise videre til spesialist (Annon, 1976).

Når det gjelder fremtidig forskning savnes det studier gjort på temaet på ungdommer og terapeuter i henhold til miljøterapi. Videre kunne det vært interessant å gjøre spørreundersøkelser på hvordan unge oppfatter og påvirkes av porno da dette i noen grad later til å være de unges seksualundervisning i dag. Det kunne også vært interessant å gjøre en kvalitativ studie og sett på hvilke faktorer som gjør at terapeuter som tok opp sensitive tema, følte seg annerledes enn majoriteten av sine kollegaer. På denne måten kan vi kanskje bevisstgjøre utdaterte fordommer og jobbe frem en praksis hvor vi får rutiner på samtaler om seksualitet.

6.0 Avslutning

Vi har i oppgaven rettet oppmerksomheten mot flere faktorer ved håndtering av seksuell helse som vil være med på å bidra til å opprettholde god psykisk helse hos tenåringer. Funn indikerer at ungdommer får økt tillit i relasjonen dersom sensitive tema som seksualitet diskuteres i terapi, dessuten ønsker de gjerne muligheten for å diskutere slike anliggender velkommen. Ungdommer er i en sårbar fase og i puberteten skjer det store forandringer i kroppen innenfor et kort tidsrom som påvirker dem både fysisk og psykisk. Oppgaven belyser viktigheten av at tilpasset informasjon og undervisning blir gitt til ungdommer og her ligger ansvaret både hos foreldre, skole og helsevesenet.

Funnene antyder at terapeutens holdninger, karakter og personlige egenskaper er det ungdommene legger størst vekt på når det kommer til hvorvidt de ønsker å diskutere sensitive tema. Videre legger ungdommer vekt på konfidensialitet og inkluderende omgivelser. Funn

indikerer videre viktigheten av at helsepersonell under utdannelsen får en solid undervisning og veiledning i hvordan å snakke om seksualitet med unge. Helsepersonell med videreutdanning tar med større sannsynlighet initiativ til å diskutere tema som går på seksualitet med unge i terapi. Dersom seksualitet er mangelfull innenfor utdanning, lærer vi å tenke på seksualitet som noe adskilt fra læren om utvikling og sosiale relasjoner. Funnene viser også til at det eksisterer manglende initiativ og rutiner når det kommer til hvorvidt temaet tas opp med ungdommer i terapi.

ADDRESSING-modellen hjelper en å kartlegge egne holdninger og bias, noe som ser ut til å være vesentlig når sensitive tema diskuteres. Kartleggingsverktøy som PLISSIT- modellen kan hjelpe helsepersonell til å starte samtalen, vite når en må trekke inn andre instanser, samt få en indikasjon på når det eventuelt er hensiktsmessig å henvise videre.

Vi mener det er behov for at alle som arbeider med pasienter yter mer oppmerksomhet til denne delen av menneskets helse og livskvalitet, nettopp slik vi er pålagt i Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan for seksuell helse. Fokuset i denne oppgaven er miljøterapi og forskning peker på at seksualitet er et oversett tema. Funn i studien blir tolket til at det er av betydning å ha et helsevesen som er åpen for å inkludere seksualitet som del av en sykdomsforebyggende og helsefremmende tilnærming. Å ignorere seksuelle problemer ser ut til å være en kortsiktig strategi som kan påføre pasienten skam for følelser som i utgangspunktet er naturlige og universelle.

Som forfattere sitter vi først og fremst igjen med en oppfatning av at udaterte holdninger og myter fortsatt er sterkt forankret i dagens samfunn. Ved å overse tema om seksualitet opprettholdes disse mytene, fordommene og stigmaet. Det er derfor behov for mer forskning om temaet hvor begge kjønn er representert og hvor en ser seksualitet i lys av vedkommendes sosiale kontekst. Manglende kunnskap om seksualitet kan føre til at unge er dårligere forberedt i seksuelle situasjoner, noe som kan skape rom for vansker med utvikling av identitet.

Referanser

- Abrahamsen, G. (1997). *Det nødvendige samspillet*. Tano Aschehoug.
- Annon, JS. *The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems*. Journal of Sex Education and Therapy. 1976;2(1):1-15.
- Almås, E. & Benestad, E.E.P. (2001). *Kjønn i bevegelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bates, J. (2011). *Broaching sexual health issues with patients*. Nursing Times, s. 2-3.
- Brown, J. D., & Wissow, L. S. (2009). *Discussion of Sensitive Health Topics with Youth During Primary Care Visits: Relationship to Youth Perceptions of Care*. Journal of Adolescent Health, 44(1), 48–54.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.06.018>.
- DeYoung, P.A.(2015). *Understanding and treating chronic shame*. A relational/neurobiological approach. New York: Routledge.
- CASP (2020) CASP CHECKLISTS. *Critical appraisal skills programme*. Casp-uk.net. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Dybvig, S., Jensen, M. F., Johannessen, J. O., & Psykiatrisk opplysning, S. (2009). *Stigma - antistigma: Stigmatisering av personer med psykiske lidelser, hvordan kan det bekjempes?* (2. utg.). Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Eriksen, S., Gjessing, R., Sellevold, Sylvi. (2021, mars). *Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten*. Sykepleien. S. 21-22. *Europe's Journal of Psychology*, 6(2), 174. <https://doi.org/10.5964/ejop.v6i2.190>.
- Farstad, M. (2016). *Skam: Eksistens, relasjon, profesjon*. Cappelen Damm akademisk.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl. Ed). Lund: Studentlitteratur.
- Fuzzel, L., Fedesco, H., Alexander, S, C., Fortenberry, D, J., Shields, C, G. *"I just think that doctors need to ask more questions": Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers*. Patient Education and Counselling 99 (2016) 1467-1472. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.004>.
- Gianotten W. UICC. World Cancer Congress, Melbourne 4th December 2014, session PS. 3.24.
- Glăveanu, V. (2010). *Sex, Sexuality and Therapeutic Practice: A Manual for Therapists and Trainers*. *Europe's Journal of Psychology*, 6(2), 174. <https://doi.org/10.5964/ejop.v6i2.190>.
- Graneheim UH, Lundman B. *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today. 2004;24(2):105-12.
- Grasmo, H. (2018). Lhbt. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/lhbt>.
- Graugaard, C., Frisch, M., Klarlund Pedersen, B., & Vidensråd for Forebyggelse. (2015). *Seksualitet og sundhed*. Vidensråd for Forebyggelse.
- Grünfeld, Berthold; Almås, Elsa: *seksualitet i Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 19. mars 2021 fra <https://sml.snl.no/seksualitet>.
- Harris, S. M., Hays, P. A., *Family therapist comfort with and willingness to discuss client sexuality* (2008).
- Hays, P. A., & LeVine, P. (in press). *Culturally responsive assesment and diagnosis*. New York: Guilford Press.
- Hays, P. A. (1996). *Adressing the Complexities of Culture and Gender in Counseling*. Journal of Councelling & Development: JCD; Mar/apr 1996; 74,4; Health Research Premium Collection.

- Helsebiblioteket (2016) PICO. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>. (Lastet ned 24.03.21)
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Snakk om det. Strategi for Seksuell helse* (2017-2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*.
- Harris, S. M., & Hays, K. W. (2008). *Family Therapist Comfort with and Willingness to Discuss Client Sexuality*. Journal of Marital and Family Therapy, 34(2), 239–250. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00066.x>.
- Hensel D. J., Herbenick, D., Beckmeyer, J. J., Fu, Tsung-chieh., Dogde, B. (2020). *Adolescents' Discussion of Sexual and Reproductive Health Care Topics With Providers: Findings from a Nationally Representative Probability Sample of U.S Adolescents*. Journal of Adolescent Health, 68 (2021), 626-628. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.37>
- Hegg, T. (2019). *Snakker terapeuter for lite om seksuell helse?* Sykepleien, 107. <https://doi.org/10.4220>.
- Herbild, H., Larsen. C. M., Rolander, B., & Areskoug Josefsson, K. (2016). Health Care Students Attitudes.
- Hernæs, N. (2021). *Seksuelle problemer kan være en bivirkning*. Sykepleien, s 62.
- Towards Addressing Sexual Health in Their Future Professional Work. Springer Science + Business Media, New York.
- Johansen, G.M. (2017). *Betydningen av Undervisning om Seksuell Helse til Barn og Ungdom som Del av Helhetlig Psykisk Helse*. NTNU Fakultet for Helse- og Sosialvitenskap.
- Johnston, K., Harvey, C., Matich, P., Jukka, C., Hollins, J., & Larkins, S. (2015). *Increasing access to sexual health care for rural and regional young people: Similarities and differences in the views of young people and service providers*. ARJH The Australian Journal of Rural Health, 23, 257-264. <https://doi.org/10.1111/ajr.12186>.
- Kaltenthaler, E., Cooper, K., Pandor, A., Martyn St. James, M., Chatters, R., & Wong, R. (2016). The use of rapid review methods in health technology assessments: 3 case studies.
- Kaufman, G. (1985). *Shame. The power of caring* (2. utg.). Cambridge, Massachusetts: Schenkman Books, Inc.
- Karlsson, B. (2013). *Psykisk Helsearbeid: Humane og Sosiale Perspektiver* (1.utg., 1.oppl.) Gyldendal.
- Kristiansen, Hans: *skeiv i Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 5. mai 2021 fra <https://sml.snl.no/skeiv>
- Langfeldt, T. (1993a). Sexologi. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring*. Universitetsforlaget.
- McCabe, M. P., & Cummins, R. A. (1998). *Sexuality and quality of life among young people*. Adolescence, 33(132), 761–773.
- Myers, D., Abell, J., & Sani, F. (2014). *Social Psychology* (2. edt). London: McGraw-Hill Education.
- Nath, D., Beard, P., Slade, C. (2019). *Generasjon Porno*. Dokumentar. NRK.
- NAKU. (2021). *PLISSIT- Sexologisk rådgivningsmodell*. Hentet fra [https://naku.no/kunnskapsbanken/plissit---](https://naku.no/kunnskapsbanken/plissit---sexologisk-rådgivningsmodell)sexologisk-rådgivningsmodell.
- Nylund, Bård; Benestad, Esben Esther Pirelli: *hen i Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 19. mars 2021 fra <https://sml.snl.no/hen>.
- PRISMA (2015). *Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta- Analysis*. [Prisma- statement.org](http://prisma-statement.org) <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram>.
- PRISMA (2020). *Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta- Analysis*. [Prisma- statement.org](http://prisma-statement.org)

<http://prisma-statement.org>

Pedersen, L., (2016). *Psykisk helse og seksualitet -tør vi snakke om det?* Sykepleien, s 3.

Robinson, F. (2011). *Addressing sexual problems*. Practice Nurse : The Journal for Nurses in General Practice, 41(5), 10–11.

Russell, E.B. (2012). *Sexual Health Attitudes, Knowledge, and Clinical Behaviors: Implications for Counseling*. The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 20:1, 94-101.
<https://doi.org/10.1177/1066480711430196>.

Russel, E. B., Gates, T.G., Viggiani, P.A. (2015). *Sexual health knowledge and training in a child and adolescent mental health setting*. Social work in Mental Health.
<https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1008171>

Rønnestad, M. H., & Lippe, A. L. von der. (2002). *Det kliniske intervjuet*. Gyldendal akademisk.

Schuster, C.L., Houck, C.D., & Erin M. Tooley. (2020). Adolescent Emotion Regulation and Parent-Child Discussions about Sexual Behaviors. International Journal of Sexual Health., 33:1, 99-108.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1858381>.

Skirbekk, S., & Tjora, A. (2018). Sosialisering. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/sosialisering>.

Surko, M., Peake, K., Epstein, I., & Medeiros, D. (2005). *Multiple Risks, Multiple Worries, and Adolescent Coping: What Clinicians Need to Ask About*. Social Work in Mental Health, 3(3), 261–285.
https://doi.org/10.1300/J200v03n03_03.

Skeiv ungdom. *Skeiv fra A til Å*. Skeiv ungdom. Tilgjengelig fra: <https://skeivungdom.no/skeiv-a-a/>. No/skeiv-a-a/#A. (Nedlastet 17.03.2021).

Stewart, A., Fortenberry, D., Pollak, Bravender, T., Østbye, T., Shields, G. (2014). *Physicians use of Inclusive Orientation Language During Teenage Annual Visits*. LGBT Health, volume 4, S. 283, 290-291.
DOI: 10.1089/lgbt.2014.0035.

Sørensen, D. (2010). *Den norske seksualfolkehelse*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 7(4), s. 372.
tenåring i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 7. mai 2021 fra <https://snl.no/ten%C3%A5ring>

Tholens, B. (2021, mars). *En åpen plass*. Sykepleien. S. 15.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. Ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thorgaard, L., & Haga, E. (2009). *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi*. Stavanger: Hertervig.

Thorgaard, L., & Haga, E., og Psykiatrisk opplysning, S. (2006). *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi*. (Vol. B. 1). Stavanger: Hertevig forlag.

Thunem, I. (2021, mars). *Alle har rett til et sexliv*. Sykepleien. S. 72-73.

B, Træen & S, Schaller (2013). *Talking to patients about sexual issues: experiences of Norwegian psychologists*, *Sexual and Relationship Therapy*, 28:3, 281-291, DOI: 10.1080/14681994.2013.768338

Tønnesson, Øyvind; Svartdal, Frode: *ungdom* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 24. mars 2021 fra <https://sml.snl.no/ungdom>

Tønnesson, Ø. (2018). *Seksualitetens historie*. I *Store norske leksikon*.

http://snl.no/seksualitetens_historieUlvund, S. E. (2009). *Forstå barnet ditt 12-16 år*. Cappelen Damm.

Urry, K., Chur-Hansen, A., & Khaw, C. (2019). International Journal of Mental Health Nursing. *Australian College of Mental Health Nurses Inc.*, 28. <https://doi.org/10.1111/inm.12633>

- Urry, K., Chur-Hansen, A., & Khaw, C. (2019). *'It's just a peripheral issue': A qualitative analysis of mental health clinicians' accounts of (not) addressing sexuality in their work*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(6), 1278–1287. <https://doi.org/10.1111/inm.12633>.
- Vatne, S. (2006). Korrigere og anerkjenne relasjonens betydning i miljøterapi. Gyldendal akademisk.
- Vildalen, S., & Langfeldt, T. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner: Med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid*. Gyldendal akademisk.
- Vossler, A., Havard, C., Pike, G., Barker, M.-J., & Raabe, B. (2017). *Mad or Bad?: A Critical Approach to Counselling and Forensic Psychology*. s. 143-145, 153. (1. utg.). Sage Publications Ltd.
- World Health Organisation, (2010) Developing Sexual Health Programmes - A framework for Action. WHO - Department of Reproductive Health and Research.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22-eng.pdf.
- World Medical Association Declaration of Helsinki: *ethical principles for medical research involving human subjects*. (2013). *JAMA*, 310(20), 2191. doi:10.1001/jama.2013.281053.
- Aars, H. (2021). *Hva er seksuell helse?*, Sykepleien, s. 27-28.
- Aaserud, R. (2016). *Seksualitet—Hvordan og hvorfor snakke med pasientene om det? Let's talk*. Napha.

Vedlegg 1

1. Er resultatene valide?

	Ja	Uklart	Nei
Brown & Wissow	x		
Fuzzel et al	x		
Harris & Hays	x		
Hensel et al	x		
Johnston et al	x		
McCabe & Cummins	x		
Russel	x		
Russel, Gates & Viggiani	x		
Shuster, Houck & Tooley	x		
Stewart et al	x		
Træen & Schaller	x		
Urry, Hansen & Khaw	x		

2. Er kvalitativ metode riktig?

	Ja	Uklart	Nei
Brown & Wissow	x		
Fuzzel et al	x		
Harris & Hays	x		
Hensel et al	x		
Johnston et al	x		
McCabe & Cummins	x		
Russel	x		
Russel, Gates & Viggiani	x		
Shuster, Houck & Tooley	x		
Stewart et al	x		
Træen & Schaller	x		
Urry, Hansen & Khaw	x		

3. Var forskningsdesignet passende for å adressere målene med forskning?

	Ja	Uklart	Nei
Brown & Wissow			
Fuzzel et al	x		
Harris & Hays	x		
Hensel et al	x		
Johnston et al	x		
McCabe & Cummins	x		
Russel	x		
Russel, Gates & Viggiani	x		
Shuster, Houck & Tooley	x		
Stewart et al	x		
Træen & Schaller	x		
Urry, Hansen & Khaw	x		

4. Var rekrutteringsstrategien tilpasset målene for forskningen?

	Ja	Uklart	Nei
Brown & Wissow	x		
Fuzzel et al	x		
Harris & Hays	x		
Hensel et al	x		
Johnston et al	x		
McCabe & Cummins	x		
Russel	x		
Russel, Gates & Viggiani	x		
Shuster, Houck & Tooley	x		
Stewart et al	x		
Træen & Schaller	x		
Urry, Hansen & Khaw	x		

5. Var datainnsamlingen utført på en måte som adresserte forskningsspørsmålet?

	Ja	Uklart	Nei
Brown & Wissow	x		
Fuzzel et al	x		
Harris & Hays	x		
Hensel et al	x		
Johnston et al	x		
McCabe & Cummins	x		
Russel	x		
Russel, Gates & Viggiani	x		
Shuster, Houck & Tooley	x		
Stewart et al	x		
Træen & Schaller	x		
Urry, Hansen & Khaw	x		

6. Har forholdet mellom deltaker og forsker blitt vurdert tilstrekkelig?

	Ja	Uklart	Nei
Brown & Wissow	x		
Fuzzel et al	x		
Harris & Hays	x		
Hensel et al	x		
Johnston et al	x		
McCabe & Cummins	x		
Russel	x		
Russel, Gates & Viggiani	x		
Shuster, Houck & Tooley	x		
Stewart et al	x		
Træen & Schaller	x		
Urry, Hansen & Khaw	x		

7. Har etiske spørsmål blitt tatt i betraktning?

	Ja	Uklart	Nei
Brown & Wissow	x		
Fuzzel et al	x		
Harris & Hays	x		
Hensel et al	x		
Johnston et al	x		
McCabe & Cummins	x		
Russel	x		
Russel, Gates & Viggiani	x		
Shuster, Houck & Tooley	x		
Stewart et al	x		
Træen & Schaller	x		
Urry, Hansen & Khaw	x		

8. Var dataanalysen tilstrekkelig streng?

	Ja	Uklart	Nei
Brown & Wissow	x		
Fuzzel et al	x		
Harris & Hays	x		
Hensel et al	x		
Johnston et al	x		
McCabe & Cummins	x		
Russel	x		
Russel, Gates & Viggiani	x		
Shuster, Houck & Tooley	x		
Stewart et al	x		
Træen & Schaller	x		
Urry, Hansen & Khaw	x		

9. Er det en klar uttalelse om funn?

	Presise	Uklart	Upresise
Brown & Wissow	x		
Fuzzel et al	x		
Harris & Hays	x		
Hensel et al	x		
Johnston et al	x		
McCabe & Cummins	x		
Russel	x		
Russel, Gates & Viggiani	x		
Shuster, Houck & Tooley	x		
Stewart et al	x		
Træen & Schaller	x		
Urry, Hansen & Khaw	x		

10. Er forskningen verdifull?

	Ja	Uklart	Nei
Brown & Wissow	x		
Fuzzel et al	x		
Harris & Hays	x		
Hensel et al	x		
Johnston et al	x		
McCabe & Cummins	x		
Russel	x		
Russel, Gates & Viggiani	x		
Shuster, Houck & Tooley	x		
Stewart et al	x		
Træen & Schaller	x		
Urry, Hansen & Khaw	x		

(CASP, 2020)

Vedlegg 2

APA PsycInfo <1806 to April Week 3 2021>

- 1 sex/ or psychosexual behavior/ 29047
- 2 sexuality/ or sexual health/ or sexual satisfaction/ 19821
- 3 intimacy/ or physical contact/ 10107
- 4 (sex or psychosexual* or sexuality or sexual behavio* or sexual health or sexual satisfaction or intimacy or physical contact*).ti,ab,id. 255208
- 5 1 or 2 or 3 or 4 266907
- 6 (youth* or adolescent* or young adult* or young people* or teen* or youngster*).ti,ab,id. 360425
- 7 therapist attitudes/ or health personnel attitudes/ or psychotherapist attitudes/ or psychologist attitudes/ or psychiatric nurses/ 28652
- 8 ((health personnel or health professional* or healthcare personnel or healthcare professional* or health care personnel or health care professional* or health care worker* or healthcare worker* or therapist* or psychotherapist* or psychologist* or clinician*) adj5 (attitude* or perception*)).ti,ab,id. 9074
- 9 7 or 8 33781
- 10 5 and 6 and 9 136
- 11 psychotherapeutic processes/ or therapeutic processes/ or therapeutic alliance/ 67104
- 12 ((therap* adj3 alliance*) or (therap* adj3 relation*) or (therap* adj3 process*) or (psychotherap* adj3 process*) or (psychiatric nurs* or psychosocial work* or psychosocial intervention* or psychiatr* or mental health)).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh] 597636
- 13 11 or 12 597636
- 14 10 and 13 44
- 15 limit 14 to yr="2005 - 2021" 22
- 16 limit 15 to "0100 journal" 16
- 17 milieu therapy/ or (milieu therap* or milieut*).ti,ab,id. 912
- 18 5 and 17 15
- 19 limit 18 to yr="2005 - 2021" 5
- 20 limit 19 to "0100 journal" 4
- 21 6 and 20 0
- 22 (address* sex or address* sexual* or talk* about sex or talk* about sexual*).ti,ab,id. 1372
- 23 6 and 22 323
- 24 limit 23 to yr="2005 - 2021" 265
- 25 limit 24 to "0100 journal" 209
- 26 12 and 25 20
- 27 26 not 16 19