



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKS390

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 21-03-2023 12:00 CET | Termin: | 2023 VÅR |
| Sluttdato: | 31-03-2023 14:00 CEST | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgave | | |
| Flowkode: | 203 SYKS390 1 O 2023 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 214 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|------|
| Antall ord *: | 7942 |
|----------------------|------|

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Seksuell helse blant personer med mild og moderat psykisk utviklingshemming.

Sexual health among people with mild and moderate intellectual disability.

Kandidatnummer: 214

SYKS390 Bachelor i Sykepleie

Institutt for Helse- og Omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 31.03.2023

Antall ord: 7942

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Det du tror om meg,
slik du er mot meg,
hvordan du ser på meg,
hva du gjør mot meg,
slik blir jeg.

- M. Jennes

Kilde: Gjengitt etter boken «Tidlig hjelp til bedre samspill», av Henning Rye, 2002.

Sammendrag

Tittel: Seksuell helse blant personer med mild og moderat psykisk utviklingshemming.

Bakgrunn for valg av tema: God seksuell helse er et grunnleggende aspekt av det å være menneske, og personer med psykisk utviklingshemming opplever å møte en rekke fordommer og stigmatisering i samfunnet relatert til deres seksualitet. Sykepleie bør legge til rette for et verdig helsetilbud, som kan ivareta og anerkjenne seksuell helse som et behov.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleie fremme opplevelsen av verdighet, knyttet til seksuell helse, blant unge voksne med psykisk utviklingshemming i bofellesskap».

Hensikt: Oppnå økt kunnskap om seksuell helse, blant personer med utviklingshemming i bofellesskap, og blant samfunnet, familie og helsepersonell for å sikre ivaretagelse av menneskeverdet.

Metode: Oppgaven er et systematisk litteraturstudie.

Funn: Personer med psykisk utviklingshemming har en manglende forståelse og kunnskap rundt seksuell helse, som kan føre negative konsekvenser som økt risiko for overgrep og deltakelse i utrygge seksuelle aktiviteter. Helsepersonell og foreldre opplever det som ukomfortabelt og krevende å prate om seksualitet, og foreldre tilbakeholder informasjon med en intensjon om å beskytte barna sine.

Konklusjon: Personer med utviklingshemming trenger mer opplæring og veiledning om seksuell helse, samtidig som samfunnet, familie og helsepersonell trenger å bli bevisst over sine holdninger og verdier, for å forebygge krenkelse av verdigheten. Gjennom å tilby veiledning om kropp, seksualitet, nytelse, regler og normer kan sykepleie bidra i empowerment prosessen. Respekt for menneskeverdet, både i sykepleie og samfunnet forøvrig, kan styrke brukernes seksuelle helse og øke deres opplevelse av verdighet.

Nøkkelord: Seksuell helse, psykisk utviklingshemming, verdighet, sykepleie, helsepedagogikk.

Abstract

Title: Sexual health among people with mild and moderate intellectual disability.

Background: Good sexual health is a fundamental aspect of being human, and people with intellectual disability can experience prejudices and social stigma in relation to their sexuality. It is important that nursing can facilitate a worthy health service, which can care for and recognize sexual health as a need.

Issue: “How can nursing promote the experience of dignity, in relation to sexual health, among young adults with intellectual disability living in an institution”.

Purpose: To gain an increased knowledge about sexual health, among young adults with intellectual disability, who lives in an institution, and to gain knowledge about how society, families and health care workers can ensure safeguarding of the human dignity.

Method: The assignment is a systematic literature study.

Findings: People with intellectual disabilities have a lack of understanding and knowledge about sexual health, which can lead to negative consequences such as increased risk of abuse and participation in unsafe sexual activities. Healthcare workers and parents express that it is uncomfortable and demanding to talk about sexuality, and parents often withhold information from their children with an intention of protecting them from harm.

Conclusion: People with intellectual disabilities need more training and guidance in relation to sexual health. At the same time society, family and healthcare workers need to become aware of their attitudes and values, in order to prevent violation of dignity. By offering guidance about the body, sexuality, intimacy, legislation and norms, nursing can contribute to empowerment. Respecting the human dignity, both in nursing and society as a whole, can contribute to strengthening people with intellectual disabilities sexual health, and increase their experience of dignity.

Keywords: Sexual health, intellectual disability, dignity, nursing, health education.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 Sykepleiefaglig relevans | 1 |
| 1.3 Problemstilling | 3 |
| 1.3.1 Avgrensning | 3 |
| 1.4 Oppgavens disposisjon | 3 |
| 2.0 Teori | 4 |
| 2.1 Sykepleieteori | 4 |
| 2.2 Verdighet som sykepleiefaglig begrep | 5 |
| 2.3 Psykisk utviklingshemming | 6 |
| 2.4 Seksuell helse | 7 |
| 2.4.1 Seksuell helse og utviklingshemming | 8 |
| 2.5 Helsepedagogiske metoder | 9 |
| 2.5.1 Empowerment | 10 |
| 3.0 Metode | 12 |
| 3.1 Litteraturstudie som metode | 12 |
| 3.2 Litteratursøk | 13 |
| 3.4 Tematisk analyse | 19 |
| 3.5 Metodiske overveielser | 19 |
| 3.5.1 Kildekritikk | 20 |
| 4.0 Resultat | 21 |
| 4.1 Presentasjon av artiklene | 21 |
| 5.0 Drøfting | 26 |
| 5.1 Manglende kunnskap om seksuell helse blant psykisk utviklingshemmede | 26 |
| 5.2 Økt risiko for utnyttelse og seksuelle overgrep | 27 |
| 5.3 Behov for veiledning og opplæring innen seksuell helse | 28 |
| 5.4 Helhets fortolkning | 30 |

| | |
|--|-----------|
| 6.0 Konklusjon | 33 |
| <i>6.1 Implikasjoner for praksis</i> | 33 |
| Referanseliste | 34 |
| Vedlegg | 38 |
| <i>Vedlegg 1. PLISSIT-modell</i> | 38 |
| <i>Vedlegg 2. Sjekkliste for vurdering av kvalitativt studie</i> | 39 |
| <i>Vedlegg 3. Litteratormatrise</i> | 45 |

1.0 Innledning

Folkehelseinstituttet (2020) skriver at forekomsten på personer med psykisk utviklingshemming i Norge, i 2019, var på mellom 0,95 – 1,23%, noe som tilsvarer rundt 47 000 – 61 500 mennesker. Den dominerende boformen for denne brukergruppen er bofellesskap, men det antas at rundt 20% av dem fortsatt bor hjemme hos familien, etter fylte 18 år (Tøssebro & Wendelborg, 2021). Personer med psykisk utviklingshemming har en forsinket og avvikende utviklingen som kan være en medvirkende faktor for redusert helsekompetanse. Den begrensede kunnskapen brukergruppen har rundt egen helse skal i denne bacheloroppgaven knyttes opp mot deres seksuelle helse.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

God seksuell helse er et helt grunnleggende aspekt av det å være menneske, og er ifølge Helsedirektoratet (2022) en viktig faktor for å kunne oppnå god livskvalitet. Dette er noe jeg som sykepleierstudent synes det er for lite fokus på gjennom studieforløpet, uavhengig om det er utviklingshemming eller annen sykdom.

Personer med psykisk utviklingshemming kan oppleve å møte fordommer og stigmatisering i hverdagen, og det kommer frem i en rapport fra Unge funksjonshemmede (2018), at unge voksne med funksjonsnedsettelse erfarer at helsepersonell antar at de ikke er opptatt av seksualitet og intimitet, følelser og relasjoner. Dette belyser hvorfor det er et viktig tema å sette fokus på, da slike holdninger kan føre til krenkelse av den enkelte persons liv. Hensikten med denne oppgaven vil derfor være å fremme opplevelsen av verdighet for unge voksne psykisk utviklingshemming. På denne måten kan man bidra til å redusere krenkelse, og de kan oppnå en opplevelse av verdighet.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleie i dag har mange funksjoner innenfor både helbredende, helsefremmende og

forebyggende arbeid, og man har et ansvar for å sikre at man har tilstrekkelig kunnskap for å hjelpe mennesker i alle livssituasjoner. Innenfor bachelorutdanningen for sykepleiere står det at man skal ha kunnskaper om lærings-, mestrings- og endringsprosesser, for å kunne veilede og undervise pasienter, deres pårørende og annet helsepersonell (Høgskulen på Vestlandet, u.å.-a). Nært tilknyttet disse prosessene er det å nytte relasjons-, kommunikasjons- og rettleiingskompetanse, viktige egenskaper man har bruk for i arbeidshverdagen. Sykepleiere har også en pedagogisk funksjon, som har som mål å bidra til å styrke brukernes egne ressurser, også kalt empowerment (Kristoffersen, 2019, s. 351). Ved å styrke empowerment vil man bidra til at mennesker i ulike situasjoner kan tilfredsstille egne behov, løse problemer og ha ressursene som trenger for å kunne ta kontroll over eget liv (Kristoffersen, 2019, s. 352).

Det står innledningsvis i Helse- og omsorgstjenesteloven §1-1 (2011) at formålet er å sikre tjenestetilbudets kvalitet og likeverdighet, fremme sosial trygghet, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende samt tilpasse tilbudet etter den enkeltes behov, og sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Dette fremmer viktige faktorer som kan bidra til å oppnå et trygt og rettferdig helsetilbud, og sykepleiere har en viktig rolle i dette arbeidet. Ifølge emneplanen til folkehelse faget, i bachelor for sykepleie på HVL, står det at studenten skal ha kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering uavhengig av kjønn, etnisitet, funksjonsnedsettelse mfl., og at studenten kan bruke kunnskap om helsefremmende og forebyggende tiltak (Høgskulen på Vestlandet, u.å.-b).

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2019) står det at: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet». Dette fremhever selve essensen i arbeid med pasienter, brukere og pårørende, hvor det å sikre at den omsorgen man gir er i tråd med etiske standarder, og bidrar til å ivareta verdigheten til pasienten (Knutstad, 2010, s. 21). I situasjoner hvor pasienter må tilpasse seg et liv med funksjonsnedsettelse eller andre begrensninger, vil sykepleierens funksjon bidra til at pasienten kan oppleve å kontrollere livet sitt mest mulig på egenhånd, ved å gi tilpasset hjelp

ut fra ressursene hen har tilgjengelig. Styrket livsvilje, selvrespekt og følelse av frihet vil være resultatet av å ivareta verdigheten, og vil kunne bidra til en opplevelse av suksessfull mestring.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleie fremme opplevelsen av verdighet, knyttet til seksuell helse, blant unge voksne med psykisk utviklingshemming i bofellesskap»

1.3.1 Avgrensning

Problemstillingen avgrenses til unge voksne med psykisk utviklingshemming, menn og kvinner, primært i alderen 18-25 år, som bor i bofellesskap hvor de får bistand av helsepersonell. Oppgaven skrives med forbehold om at personer med utviklingshemming i andre aldre også kan inkluderes, da behovet for støtte kan oppstå uavhengig av alder. Kun personer med lett til moderat grad av utviklingshemming inkluderes i oppgaven, da personer med alvorlig og dyp utviklingshemming ofte har store kognitive vansker og trenger mer spesialisert hjelp, som ikke skal fordypes i dette arbeidet. Hvilke intervensjoner sykepleie kan sette i verk for å fremme verdighet relatert til god seksuell helse vil bli belyst. Selv om oppgavens utgangspunkt er sykepleie, vil resultatene ha overføringsverdi til andre profesjoner innenfor helsetjenesten, og uttrykket «helsepersonell» vil være et begrep som også blir anvendt. Dette gjelder også i forhold til ordet sykepleie, hvor begrepet omsorg benyttes grunnet valg av sykepleieteoretiker.

1.4 Oppgavens disposisjon

Videre i oppgaven vil det teoretiske ståstedet presenteres med fokus på sykepleieteori, begrepsavklaring og annen relevant kunnskap. Metodedelen beskriver fremgangsmåten til funn av forskning, samt en kort forklaring på metoden som er benyttet og kritiske vurderinger. De forskningsartiklene som anvendes blir presentert i resultatdelen, og oppgaven avsluttes med drøfting og konklusjon, hvor teori og funn fra forskningen brukes til å svare på problemstillingen.

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteori

Katie Eriksson har hatt en fremtredende rolle i utvikling av sykepleieteorier. Hun var selv sykepleier, og hadde mye erfaring og utdanning innenfor filosofien (Eriksson, 2018).

Omsorgsbegrepet stod sentralt hos Eriksson, og hun var opptatt av at omsorg var sykepleierens primære ansvar, noe som involverte å lindre lidelse og fremme opplevelsen av velvære og verdighet (Kristoffersen, 2019, s. 18).

Omsorg ble ifølge Eriksson (1987, s. 9) beskrevet som å oppnå en tilstand av tillit, tilfredsstillelse, kroppslig og åndelig velvære, samt en følelse av å være i utvikling med sikte på å forandre (oppretholde, igangsette eller støtte) helseprosessene, gjennom ulike former for omsorg, læring og lek. Hun hevder videre at det er i omsorgen den andres eksistens bekreftes, omsorgen blir sett på som noe naturlig menneskelig, en slags kjærlighetsgjerning (Eriksson, 2018, s. 26). Gjennom å gi og motta kjærlighet, får mennesket kraft til å vokse og utvikle seg. Kjærligheten og omtanken er et uttrykk for det virkelig menneskelige, og det er noe som bekrefter menneske som et menneske. Omsorg er både en vitenskap og en praktisk aktivitet, og pleierens primære oppgave er å ivareta pasienten, noe som krever, i tillegg til sykepleiekunnskap, mestring av kunsten. Kunsten representerer det unike ved hver omsorgssituasjon, som krever at pleieren utfører omsorgs handlinger tilpasset den enkelte pasienten (Eriksson, 2018, s. 28).

For det praktiske omsorgsarbeidet trenger man en form for inndeling av omsorgen. Helt grunnleggende mener Eriksson (2018, s. 88) at man kan dele omsorgen i tre kategorier: naturlig-, grunnleggende- og spesial omsorg. De ulike formene for omsorg må vurderes ut fra pasientens ønsker, behov og problem.

Tabell 2. Erikssons (2018, s. 88) beskrivelse av omsorgens inndeling.

| <i>Naturlig omsorg</i> | <i>Grunnleggende omsorg</i> | <i>Spesial omsorg</i> |
|--|--|--|
| Inneholder alt mennesket har behov for, uavhengig av grad av helse. Den tilfredsstillende menneskets innerste ønske om nærhet, kjærlighet og omsorg. | Utgår fra pasientens grunnleggende behov. Grunntanken her er at mennesket, pasienten, kan få et behov for hjelp til hverdagslige gjøremål, som de selv ville gjort om de hadde ressursene til det. | Innebærer den omsorgen som blir gitt utover det grunnleggende, hvor grunnleggende omsorg ikke lenger er tilstrekkelig nok for å opprettholde eller gjenopprette pasientens helse. Dette er en form for erstattende omsorg. |
| Grunnleggende- og spesialomsorg inkluderer alltid naturlig omsorg. | Sykepleieren har en kompenserende funksjon, og skal imøtekomme de organiske, emosjonelle, kulturelle og sosiale, utviklings- og åndelige behovene pasienten har. | |

Omsorgsrelasjonen blir ifølge Eriksson (2018, s. 67) beskrevet som grunnlaget i omsorg og omsorgsprosessen. Det er i relasjon til omsorgspersonen at pasienten skal gis rom for å uttrykke sine ønsker, behov og problem. Et hvert ekte menneske-til-menneske forhold betyr en kilde til ny styrke, en mulighet til å gå videre (Eriksson, 2018, s. 440). Det er i relasjoner at pasienten i forholdet til omsorgspersonen, skal ha mulighet til å fremstå som den de er i øyeblikket, og gi uttrykk for sine ønsker og erfaringer, og være med på å kunne skape noe. Ifølge Eriksson (2018, s. 441) har omsorg som en profesjonell relasjon alltid en begrensning, som ikke en vennskapelig relasjon har. Man kan uttrykke det slik at profesjonell omsorg alltid er relativ i sin relasjon, og relativiteten består i nødvendig bevaring av nærhet-avstand forholdet. Det handler om å bruke den naturlige makten man har som profesjonsutøver, på en etisk og forsvarlig måte, slik at man ivaretar brukerens autonomi og rettigheter, og minsker risikoen for krenkelse av verdigheten deres (Gonzalez, 2021, s. 66).

2.2 Verdighet som sykepleiefaglig begrep

Katie Eriksson (2018, s. 389) beskriver verdighet som et begrep med mange dimensjoner. Ordet stammer fra det latinske ordet *dignitus, dignus*, som betyr likeverdighet og troverdighet.

Eriksson hevder at verdighet betyr å ha en verdi, men at ordene ikke er synonyme med hverandre. Begrepsmessig har verdighet en indre og en ytre dimensjon, hvor den indre innebærer troverdighet, æresfølelse og moral. Den ytre delen involverer egenskaper som ære, rang, stilling, utseende og rykte. Hun hevder at alle mennesker har samme verdi og verdighet, men at den enkelte har sin egen oppfatning om hva man anser som sin egen verdighet. I forbindelse med Erikssons omsorgsteori er verdigheten forbundet med det menneskelige embetet, hvor likeverdighet og troverdighet er tilstede - den absolutte verdien et menneske har. Videre ses verdighet som en tilstand i mer relativ eller subjektiv betydning, dette er delvis den verdien mennesket har tillagt seg selv, selvfølelsen, og delvis den verdien som blir tilskrevet av andre eller basert på en normsystem. Menneskets absolutte verdighet er gitt den enkelte, gjennom det menneskelige embetet, det vil si at mennesker opplever sin absolutte verdighet når man kan fullføre sin oppgave som menneske. Menneskeverdet inkluderer også frihet til å velge og retten til å beskytte seg mot krenkelse (Eriksson, 2018, s. 389).

Det som kan true pasientens verdighet er mangel på empati og forståelse for situasjonen pasienten befinner seg i (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 120). Katie Erikssons beskrivelse av krenkelse mot pasientens verdighet involverer at man fratrar den enkelte muligheten for å fullt og helt være et menneske. Dette kan skje gjennom direkte og konkrete handlinger, eller mer abstrakt gjennom mangel på etisk standpunkt eller ved å ikke «se» mennesket eller gi det plass (Eriksson, 2019, s. 388-389). Omsorgsutøverens oppgave er å gi pasienten mulighet til å oppleve sin fulle verdighet og forhindre alle former for krenkelse (Eriksson, 2018, s. 390). Betydningen av pasientens verdighet bekreftes i omsorgen.

2.3 Psykisk utviklingshemming

Begrepet *psykisk utviklingshemming* har gått gjennom en historisk endring, og betraktes fortsatt i dag som et sensitivt begrep. Benevnelser som idiot, imbesill, debil, åndssvak og evneveik har vært offisielle ord for å beskrive personer med utviklingshemming, og det speiler på mange måter den kulturelle holdningen man for litt over 50 år siden, hadde av mennesker som ble oppfattet som annerledes (Wigaard & Larsen, 2014). I denne oppgaven vil både *psykisk utviklingshemming* og *personer med utviklingshemming*, bli brukt som begrep.

ICD-10, den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, er utviklet av Verdens Helseorganisasjon, og definerer psykisk utviklingshemming som: «en tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivå, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale» (Helsedirektoratet, 2018). Utviklingshemmingen kan deles inn i fire kategorier:

Tabell 1. De fire gradene av utviklingshemming, 2018, av Helsedirektoratet.

| Grad | IQ-nivå | Mental alder | Beskrivelse |
|-----------------|----------|-----------------------|--|
| Lett | 50-69 | Fra 9 til under 12 år | Lærevansker gjennom skolealder. Ofte sosiale og følelsesmessige vansker/forsinkelser. Mange voksne kan klare en enkel, praktisk jobb og inngå i gode sosiale relasjoner. |
| Moderat | 35-49 | Fra 6 til under 9 år | Markert forsinkelse i utvikling. Kan lære praktiske og kommunikative ferdigheter. Trenger varierende grad av bistand i voksenlivet. |
| Alvorlig | 20-34 | Fra 3 til under 6 år | Vil som regel trenge kontinuerlig bistand. |
| Dyp | Under 20 | Under 3 år | Store begrensninger i selvhjelpsferdigheter, kommunikasjon og mobilitet. |

Uansett hvilken grad av utviklingshemming en person har, er det felles for alle at det er en funksjonssvikt i hjernens nerveceller, og i situasjoner hvor man skal tilegne seg ferdigheter, eller sette sammen og tolke sanseinntrykk, trenger de lengre tid på å lære seg disse, og i noen tilfeller greier de aldri å lære dem (Wigaard & Larsen, 2014).

2.4 Seksuell helse

Helsedirektoratet (2021) definerer seksuell helse som: «fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet». Det å ha en god seksuell helse gjennom hele livet blir sett på

som en ressurs og beskyttelsesfaktor for mennesket (Helsedirektoratet, 2021). Seksualitet forbindes ofte med det erotiske, men innebærer like ofte sensualitet, intimitet, glede og nærkontakt med andre mennesker.

En opplevelse av positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, er en viktig forutsetning for å oppnå god seksuell helse. Man skal ha muligheten til å erfare trygge og gode seksuelle opplevelser, og fravær av tvang, vold og diskriminering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Som et samfunn skal man jobbe mot inkludering og åpenhet, hvor positive holdninger og respekt for mangfoldet er viktige samfunnsmessige faktorer som kan bidra til å fremme befolkningens seksuelle helse.

2.4.1 Seksuell helse og utviklingshemming

Seksualitet og seksuell helse er i stor grad et tabubelagt tema innenfor denne brukergruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), og det kan oppstå misvisende antakelser om at personer med psykisk utviklingshemming ikke har seksuelle behov. Selv om denne gruppen mennesker har forsinkete, eller manglende, kognitive evner og funksjoner gjennom oppveksten, vil de fortsatt oppleve å gå gjennom puberteten som innebærer en seksuell modningsprosess, og de vil kunne utvikle de samme følelsene og behovene som andre jevnaldrende uten utviklingshemming.

Det kommer frem i boken til Dahl & Sørensen (2020, s. 38) at personer med utviklingshemming trolig er mer utsatt for seksuelle overgrep enn den generelle befolkningen, noe Helse- og omsorgsdepartementet (2016) støtter i sin uttalelse. En mulig forklaring på hvorfor det er slik kan være nært tilknyttet de kognitive, språklige og sosiale funksjonsnedsettelsene deres, og det kan oppstå problemer med å tilegne seg sosiale normer, og forstå hvor egne og andres grenser går. Noen deler av forskningen peker på det å forsøke å passe inn med jevnaldrende uten utviklingshemming, som en mulig faktor som kan føre til utnyttelse blant denne sårbare brukergruppen (Dahl & Sørensen, 2020, s. 38-39).

Personer med utviklingshemming trenger på bakgrunn av sine lærevansker en tilpasset og målrettet seksualundervisning. I Helsedirektoratet (2022) sin nasjonale veileder for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming står det at kommunen skal legge til rette for god seksuell helse, og behovet for tilrettelagt og spesifikk veiledning angående sin seksuell helse. Undervisningen skal ta for seg temaer som kjærlighet, følelser, grensesetting, kropp (anatomi og fysiologi), seksuell orientering, seksuell nytelse, graviditet, prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner. Respekt, åpenhet og toleranse er viktige holdninger i møte med dette temaet og helsepersonell skal legge til rette for at brukeren kan ha et privatliv, samt at de kan være trygge på at seksualitet er et tema man kan prate åpent om sammen (Helsedirektoratet, 2022).

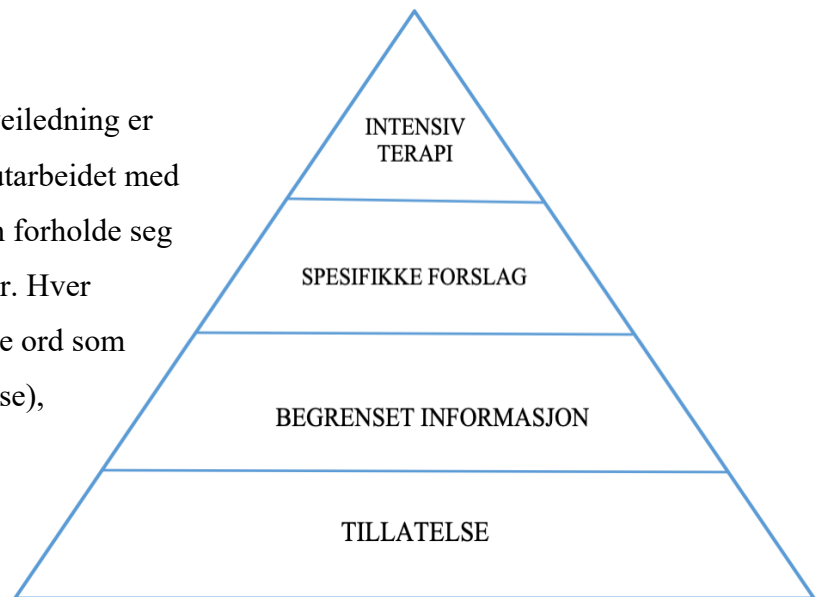
2.5 Helsepedagogiske metoder

André Vågan (2020, s. 14) beskriver i boken sin om helsepedagogiske metoder at begrepet helsepedagogikk anvendes innenfor både spesialist- og kommunehelsetjenesten, som et forebyggende og helsefremmende verktøy, og innebærer læring, veiledning og undervisning. At ansatte innenfor helse- og omsorgssektoren har helsepedagogisk kompetanse er helt avgjørende for å kunne imøtekomme behovene for veiledning, informasjon og undervisning i helsevesenet. Som helsepersonell skal man støtte pasienter, brukere og pårørende, og bidra til å mestre helseutfordringer ved å legge til rette for økt kunnskap rundt egen helse. Det er viktig å ta hensyn til at alle mennesker er forskjellige og har ulike utgangspunkt, det å gi tilpasset informasjon og veiledning ut fra den enkeltes behov er helt essensielt for å styrke deres helsekompetanse (Vågan, 2020, s. 14). Som sykepleier er man en del av den største gruppen helsepersonell innenfor helsetjenesten, og flere studier peker på at sykepleierne egner seg svært godt innenfor lærings- og mestringsarbeid (Kristoffersen, 2019, s. 361). Hvordan relasjonen mellom pleier og pasient er har en betydning for hvordan utfallet av veiledningen blir (Vågan, 2020, s. 81). Bevissthet ovenfor egen væremåte, empati og anerkjennelse vil være viktige faktorer for å kunne skape en god relasjon, som er preget av respekt, tillit og likeverd (Gonzalez, 2021, s. 64).

Det finnes mange begreper innenfor pedagogikken, *veiledning* blir definert som den formelle, relasjonelle og pedagogiske prosessen som settes i gang for å styrke mestringskompetanse

gjennom kunnskapsbasert dialog. *Undervisning* er måten kunnskapen blir formidlet på, i den hensikt at man den skal tilrettelegges for læring, og *informasjon* er formidling av fakta (Vågan, 2020, s. 79).

Et verktøy som kan anvendes innenfor veiledning er PLISSIT-modellen. Dette er en modell utarbeidet med ulike nivåer man som helsepersonell kan forholde seg til i behandlingen av seksuelle problemer. Hver bokstav i PLISSIT står for ulike engelske ord som beskriver hvert ledd: Permission (tillatelse), Limited Information (begrenset informasjon), Specific Suggestions (spesifikke forslag) og Intensive Therapy (intensiv terapi).



Figur 1. PLISSIT – modell, egen modell

Denne modellen kan benyttes i grupper eller alene, og egner seg til veiledning blant psykisk utviklingshemmede på samme nivå. I vedlegg en har jeg utarbeidet en tabell med beskrivelse av de ulike nivåene, og som det fremkommer der så trenger man ikke være spesialutdannet for å snakke om seksuell helse. Ved å bare formidle tillatelse til å prate om det, samt lytte til brukeren, ha kunnskap om temaet og vise empati og selvinnsikt, kan man gi god hjelp til den som trenger det (Gamnes, 2016, s. 400).

2.5.1 Empowerment

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer *empowerment* innenfor helsefremmende arbeid som styrking av pasientens egne ressurser, ved hjelp av sykepleierens pedagogiske funksjon (Kristoffersen, 2019, s. 351). Begrepet empowerment er ikke entydig, men en av de nyere definisjonene er at det på individnivå kan beskrives som: «en prosess som hjelper pasienter til å bli i stand til å ha mer innflytelse på egen kapasitet (ressurser, muligheter) til å ta kontroll over det de selv synes er viktig i livet sitt» (Vågan, 2020, s. 75). Ser man på motsatsen til empowerment, blir det kanskje enklere å forstå begrepet i sin helhet, den beskrives som opplevelse av hjelpeløshet, avmakt og manglende kontroll over eget liv. Det man ønsker å oppnå med empowerment er at mennesker effektivt skal kunne styre eget liv, ut fra sine behov

og mål. Sykepleieren fungerer som en slags fasilitator i dette arbeidet, hvor man er med på å igangsette og utløse prosesser hos den enkelte (Kristoffersen, 2019, s. 351). Brukeren må være aktiv og deltakende og deres pårørende kan spille en viktig rolle fordi de ofte er en del av helheten rundt brukeren (Vågan, 2020, s. 81).

3.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte som beskriver hvordan man må jobbe for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2021, s. 53). I vitenskapelig forstand betyr det å være metodisk at man bruker og overholder intellektuelle standarder i argumentasjonen, noe som krever systematisering av tankene sine og ærlighet i arbeidet. Man kan ta i bruk ulike metoder for å fremme ny kunnskap og etterprøve hvor holdbar eller gyldig vitenskapen som presenteres er. I relasjon til Eriksson omsorgsteori beskrives vitenskap som både en prosess og et produkt. Den vitenskapelige prosessen innebærer å forske på omsorg, hvor målet er å skape kunnskap og utvikle omsorgsteorier. Produktet er den kunnskapen vi har om omsorgsprosessen, som kan bestå av kunnskap om individuelle omsorgsfenomen eller av teoretiske teoremer og teorier. Eriksson hevder at de som skal utøve omsorg trenger en omsorgsteori og dermed kunnskap om omsorg som vitenskap (Eriksson, 2018, s. 28).

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven anvendes litteraturstudie som metode, som ifølge Forsberg & Wengström (2012, s. 34) innebærer å utføre systematiske søk, kritisk vurdere og sammenfatte litteraturen innenfor et bestemt tema og problemstilling. Litteraturstudiet bør ha fokus på aktuell forskning innenfor temaet og ta sikte på å finne beslutningsgrunnlag for klinisk virksomhet. I et litteraturstudie anvender man sekundærdata, som vil si data innhentet av andre. På bakgrunn av dette skal man ha et kritisk blikk på forskningen, og vurdere om litteraturen er troverdig (Thidemann, 2019, s. 75). Å skrive et litteraturstudie foregår i flere trinn hvor man har en systematisk tilnærming hele prosessen, man skal dokumentere søkestrategi, som innebærer å vise søkehistorikk og beskrive utvelgelsesprosess, samt hvilke kritiske vurderinger som blir gjort. Dersom funnene viser seg å være relevante skal artiklene analyseres og tolkes, og anvendes sammen med teori for å drøfte problemstilling (Thidemann, 2019, s. 92).

3.2 Litteratursøk

Første del av søkestrategien innebærer å formulere gode søkeord ved hjelp av PICO skjema. Disse ble brukt i databaser som Medline, CINAHL og PsycINFO, et av søkene ble gjort manuelt i PubMed.

Tabell 3. Oversikt over søkeord i PICO skjema.

| P = Population/ Patient/ Problem | I = Intervensjon | C = Comparison | O = Outcome |
|--|---|--|--|
| Hvilke pasientgruppe handler det om? | Hva er du interessert i å finne ut av med denne pasientgruppen – og hvilke tiltak er det du vurderer? | Ønsker du å sammenligne to ulike tiltak? | Hvilket utfall er du interessert i? Hvordan kan intervensjonen påvirke utfallet? Hva ønsker du å oppnå? |
| Personer med mild/ moderat psykisk utviklingshemming. | Undervisning og veiledning for å oppnå økt kunnskap rundt seksuell helse. | | Opplevelse av verdighet rundt sin seksualitet og seksuelle helse. Forebygge farlig og usunn seksuell helse. |
| Søkeord: | | | |
| « <i>Intellectual disability</i> » « <i>Mild intellectual disability</i> » « <i>Moderate intellectual disability</i> » | « <i>Health literacy</i> » « <i>Educational guidance</i> » « <i>Nurse</i> » « <i>Nurse staff</i> » « <i>communication</i> » | | “ <i>Healthy sexual activity</i> ” « <i>Sexual activity</i> ” “ <i>Sexual behavior</i> ” « <i>Sexual health education</i> » « <i>Sexual health awareness</i> » |

Fremgangsmåten jeg har anvendt for å finne relevant forskning er å først legge inn søkeordene, for deretter å legge til eventuelle eksklusjons- og inklusjonskriterier. Dette blir gjort for å komprimere søket ved for mange resultat og for å utelukke ikke-relevante studier. De vanligste avgrensningene som ble brukt er at de skal være fagfellevurdert og ikke eldre enn 10 år. Ut fra resultatene leste jeg alle overskriftene for å finne en tittel som kan passe problemstillingen, deretter leser jeg abstracten og ser på publikasjonsdato. Dersom den fremstår som relevant leser jeg den mer grundig, og vurderer kvaliteten på den for å determinere om jeg ønsker å anvende den i oppgaven. I noen tilfeller valgte jeg å endre søkeord og strategi på bakgrunn av lite relevant forskning.

Tabell 4. Søkehistorikk i MEDLINE (Ovid).

| Søkedato | Søk nummer | Søkeord og ordkombinasjoner | Avgrensninger | Antall treff |
|----------------|------------|----------------------------------|---------------|--------------|
| 1.02.23 | 1 | Intellectual disability | | 104 238 |
| | 2 | Mild intellectual disability | | 762 |
| | 3 | Moderate intellectual disability | | 495 |
| | 4 | 1 OR 2 OR 3 | | 104 723 |
| | 5 | Health literacy | | 8 998 |
| | 6 | Educational guidance | | 82 |
| | 7 | Nurses | | 97 133 |
| | 8 | Nursing staff | | 69 541 |
| | 9 | Communication | | 357 319 |
| | 10 | 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 | | 508 467 |
| | 11 | Healthy sexual activity | | 3 |
| | 12 | Sexual behavior | | 121 316 |
| | 13 | Sexual activity | | 13 062 |

| | | | | |
|--|----|----------------------------|-----------------|---------|
| | 14 | Sexual health education | | 649 |
| | 15 | Sexual health awareness | | 19 |
| | 16 | 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 | | 127 892 |
| | 17 | 4 AND 10 AND 16 | Year: 2013-2023 | 6 |

Søket gav 6 resultat og jeg valgte en artikkel som heter: «*Understanding as a practical issue in sexual health education for people with intellectual disabilities: a study using two qualitative methods*» (Finlay et al., 2015). Denne fremstår som relevant for min problemstilling fordi den beskriver hvordan seksualundervisning blir gitt til unge personer med mild eller moderat utviklingshemming.

Søkeord ble også brukt i CINAHL (Ovid), hvor et par artikler raskt ble utelukket grunnet geografisk lokalisering og språk, da jeg hovedsakelig ønsker artikler fra steder med relativt likt helsesystem som Skandinavia og språket skal være engelsk, norsk, svensk eller dansk. De resterende artiklene ble utelukket grunnet manglende relevans ved abstrakt lesning. På bakgrunn av dette ble ingen artikler valgt i søket og jeg bestemte meg for å endre litt på søkestrategien hvor jeg brukte færre søkeord, men flere inklusjonskriterier for å spesifisere det.

Tabell 5. Søkehistorikk CINAHL (Ovid).

| Søkedato | Søk nummer | Søkeord og ordkombinasjoner | Avgrensninger | Antall treff |
|-----------------|------------|-----------------------------|---------------|--------------|
| 06.02.23 | 1 | Sexual health | | 5 459 |
| | 2 | Intellectual Disability | | 12 088 |
| | 3 | 1 AND 2 | | 64 |

| | | | | |
|--|---|---------|---|----|
| | 4 | 1 AND 2 | "Peer Reviewed" "Age groups: Adolescent 13-18 years, Adult: 19-44 years" "Geographic subset: Australia & New Zealand, Europe, UK & Ireland, USA" "Language: Danish, English, Norwegian, Swedish" "Publication: 2014-2022" | 24 |
|--|---|---------|---|----|

Søket gav 24 artikler, hvor: *"How can sexual and reproductive health and rights be enhanced for young people with intellectual disability? – focus group interviews with staff in Sweden"* (Wickström et al., 2020), ble valgt fordi den fokuserer på forståelse og erfaringer blant helsepersonell som arbeider med psykisk utviklingshemmede, rundt seksuell- og reproduktiv helse og rettigheter.

Tabell 6. Søkehistorikk CINAHL (EBSCOhost).

| Søkedato | Søk nummer | Søkeord og ordkombinasjoner | Avgrensninger | Antall treff |
|----------|------------|----------------------------------|---------------|--------------|
| 10.02.23 | 1 | Intellectual disability | | 23 597 |
| | 2 | Mild intellectual disability | | 17 979 |
| | 3 | Moderate intellectual disability | | 212 |
| | 4 | 1 OR 2 OR 3 | | 23 767 |
| | 5 | Sexual abuse | | 10 331 |
| | 6 | Sexual trauma | | 70 |

| | | | | |
|--|---|-----------------|---|--------|
| | 7 | Sexual violence | | 3 472 |
| | 8 | 5 OR 6 OR 7 | | 11 991 |
| | 9 | 4 AND 8 | Year: 2013-2023 Peer reviewed Age groups: Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Europe, UK & Ireland, USA Language: Danish, English, Norwegian, Swedish | 35 |

Det ble også gjort et søk med en hensikt om å finne forskning om mulige risikoer knyttet til seksuell helse. Grunnet over 200 treff ble de samme kriterier som på forrige søk tilført, og begrenset antallet til 35 treff. Artikkelen: *“Characteristics and prevalence of lifetime sexual victimization among a sample of men and women with intellectual disabilities”* (Codina & Pereda, 2022) ble valgt fordi den undersøker forekomst og kjennetegn ved seksuelle overgrep blant individer med utviklingshemming. Dette kan være med å belyse hvilke negative effekter lite kunnskap om seksualitet og seksuell helse kan ha.

Manuelt søk i PubMed ble gjennomført 25. januar 2023 ved å søke: «sexual health and people with intellectual disability». Jeg inkluderte at artikkelen ikke skulle være eldre enn 10 år, og skulle omhandle ungdommer og unge voksne mellom 13-24 år. Et prevalensstudie ble valgt: *«Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/ moderate intellectual disability»* (Baines et al., 2018), fordi den presenterer hvordan seksuell helse og aktivitet oppfattes, fra perspektivet til personer med utviklingshemming og sammenligner dette med jevnaldrende uten utviklingshemming.

Tabell 7. Søkehistorikk PsycINFO (Ovid).

| Søkedato | Søk nummer | Søkeord og ordkombinasjoner | Avgrensninger | Antall treff |
|-----------------|------------|-------------------------------------|-----------------|--------------|
| 02.03.23 | 1 | Intellectual Developmental Disorder | | 31 575 |
| | 2 | Intellectual disability | | 20 701 |
| | 3 | 1 OR 2 | | 38 931 |
| | 4 | Parents | | 117 111 |
| | 5 | Caregivers | | 35 130 |
| | 6 | Nurses | | 34 395 |
| | 7 | Sex Education | | 3 289 |
| | 8 | Sexual Health | | 3 202 |
| | 9 | Health Literacy | | 4 276 |
| | 10 | 4 OR 5 OR 6 | | 181 764 |
| | 11 | 7 OR 8 OR 9 | | 10 356 |
| | 12 | 3 AND 10 AND 11 | Year: 2013-2023 | 36 |

Et siste søk ble utført i ny database og artikkelen: «*Parental support for sexuality education and expression among adults with an intellectual disability*» (Kammes et al., 2020), ble valgt. Denne artikkelen er relevant fordi den belyser foreldre til barn med psykisk utviklingshemming sine holdninger rundt seksuell helse, og presenterer hvilken rolle de kan spille i seksualundervisning.

3.4 Tematisk analyse

Gjennom inspirasjon fra Aveyard's tematiske analysemodell har jeg utarbeidet en tabell for å strukturere oversikten over hovedtematikken i artiklene, og for å undersøke sammenhenger på tvers av dem.

Tabell nr 8. Samlet tematisk analyse

| Artikkel | Manglende kunnskap om seksuell helse blant personer med psykisk utviklingshemming | Pårørende og/ eller personalet syntes det var krevende å prate om seksualitet, og opplevde negative holdninger til temaet i samfunnet | Økt risiko for utnyttelse og seksuelle overgrep blant personer med utviklingshemming | Behov og hensyn til seksuell helse opplæring, veiledning og kommunikasjon |
|----------|---|---|--|---|
| 1 | X | X | X | X |
| 2 | | X | X | X |
| 3 | X | X | X | X |
| 4 | X | X | X | X |
| 5 | X | X | X | X |

3.5 Metodiske overveielser

Man kan støte på flere utfordringer i arbeid med en bacheloroppgave og det er nødvendig å være aktsom undervegs, og håndtere etiske utfordringer som kan oppstå. Først og fremst er denne bacheloroppgaven et litteraturstudie som vil si at man anvender sekundærdata. Dette kan begrense oppgaven til et visst nivå, fordi man er forholder seg til data, intervju og statistikk utviklet av andre, og man kan ikke stille spørsmål eller føringer selv og vil derfor få det synspunktet forfatterne har formulert og ikke noe eget. En svakhet med oppgaven er at egen forståelse om temaet kan påvirke resultatet, da man ofte leter etter forskning som sier noe om det man ønsker å få frem og fremhever derfor kun ene siden av saken og andre

synspunkter kan bli forsømt.

Arbeidet i denne oppgaven er helt anonymisert, og forskningsartiklene verner om personopplysninger. Artiklene er hovedsakelig fra Europa, med unntak om en fra USA, dette er steder med relativt likt helsesystem som Norge og jeg vurderer det derfor som overførbart til norske forhold. Alt av teori og pensum har referanser for å sikre at man ikke plagierer en annen persons verk, og det blir referert til primærkilder dersom dette er opplyst.

3.5.1 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer vurdering og karakterisering av litteraturen som anvendes (Dalland, 2021, s. 152). Sjekklistene for de ulike metodene, utarbeidet av helsebiblioteket (2016), anvendes som et hjelpemiddel for å kritisk vurdere den forskningslitteraturen som skal brukes. Vedlegg to viser hvordan en slik sjekklister skal besvares, og dette er vurderinger som er gjort på alle artiklene. Det står også om kvalitetsvurdering i litteratormatrisen, som kan finnes i vedlegg tre. Etske overveielser skal være tatt hensyn til i artiklene, dette innebærer frivillighet, samtykke, anonymisering og ivaretagelse av de involverte (Dalland, 2021).

4.0 Resultat

I denne delen skal jeg beskrive resultatene fra hver artikkel. Det har blitt utarbeidet en detaljert litteratormatrise, hvor fullstendige opplysninger står, den kan finnes som vedlegg tre.

4.1 Presentasjon av artiklene

Artikkel 1

Artikkelen «*Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability*», skrevet av Baines S., Emerson E., Robertson J & Hatton C. (2018), er et prevalensstudie skrevet med hensikt å undersøke forskjeller rundt seksuell aktivitet og helse blant personer med, og uten, psykisk utviklingshemming. Studien ble gjort ut fra et longitudinelt studie og inkluderte 15 770 barn i alderen 13-14 år, som ble fulgt opp hvert år til de var 19-20 år. Forfattere hevder personer med utviklingshemming har større sannsynlighet for å ha et mindre sosialt nettverk, og de er ofte avhengig av hjelp i hverdagen enten fra foreldre eller helsepersonell, noe som kan begrense mulighetene de har til å skape selvstendige relasjoner og ha et privatliv. Foreldre diskuterte sjeldent seksuelle temaer, og startet samtale i en senere alder, med en intensjon om å beskytte barnet sitt fra utnyttelse.

Resultatene fremmer en manglende kunnskap om seksuell helse, og det var mindre sannsynlig at personer med utviklingshemming hadde seksuelt samleie før fylte 19-20 år, sammenlignet med jevnaldrende uten, ved samleie hadde personer med utviklingshemming større sannsynlighet for å ikke bruke beskyttelse. Det kommer frem at helsetjenestene, samt pårørende og personale må anta at de fleste med utviklingshemming kommer til å ha samleie på et tidspunkt, derfor må opplæring og intervensjoner om seksuell helse være tilgjengelig og effektive for dem (Baines et al., 2018).

Artikkel 2

«*Characteristics and Prevalence of Lifetime Sexual Victimization Among a Sample of Men and Women with Intellectual Disabilities*» (2022), skrevet av Codina M. & Pereda N. undersøker forekomsten av, og kjennetegn ved seksuelle overgrep mot personer med utviklingshemming, gjennom et prevalensstudie hvor 260 personer deltok. Codina & Pereda trekker frem antakelser i samfunnet ovenfor personer med utviklingshemming, hvor de blir oppfattet som aseksuelle og som personer som ikke kan identifisere og forhandle rundt sine seksuelle behov. I studien fremheves det at 35% av deltakerne med utviklingshemming hadde opplevd en form for seksuelt overgrep, sammenlignet med den generelle populasjonen hvor forekomsten varierte mellom ti og tjue prosent. De som opplevde å bli utsatt for seksuelle overgrep hadde en markant økning i psykologiske konsekvenser som følge av det. Forfatterne hevder det er indikasjoner på at personer med utviklingshemming som har blitt utsatt for overgrep tidligere, har en mindre forståelse for hvordan et overgrep fungerer og er mer utsatt for å gjenskape denne situasjonen mot noen andre, uten å forstå at det som har blitt gjort mot dem er upassende og ikke burde skjedd eller skje igjen. Det argumenteres for at effektiv seksualundervisning kan forebygge potensielle voldelige situasjoner, samtidig som man tidligere kan oppdage og sette i verk intervensjoner for å lindre de fysiske og psykiske plagene som kan oppstå. Det oppfordres til å utføre veiledningen i et språk og format som er passende for personer med utviklingshemming (Codina & Pereda, 2022).

Artikkel 3

Wickström M., Larsson M. & Höglund B. (2020) sin artikkel: «*How can sexual and reproductive health and rights be enhanced for people with intellectual disability? – focus group interviews with staff in Sweden*», er et kvalitativt studie med formål om å oppnå en dypere forståelse av erfaringer og oppfatninger om seksuell- og reproduktiv helse og rettigheter blant ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede. Tjue ansatte deltok, og de beskrev at det kunne oppleves som krevende å skulle sikre privatliv til brukerne og skape en balanse mellom å gripe inn i situasjoner eller ikke. Personalet uttrykte at det generelt var en mangel på seksuell kunnskap blant brukerne med utviklingshemming, og forklarte at det var krevende å la dem ta egne beslutninger samtidig som man beskyttet dem fra farer. Videre beskriver de et ønske om at personer med utviklingshemming fikk tilpasset

informasjon om seksuell helse fra tidlig alder, for så å jevnlig repetere det etterhvert som de blir eldre. Deltakerne hevder at til tross for at veiledning bør gis fra tidlig alder, er det en forutsetning at det gis på et tidspunkt hvor brukeren er moden nok til å diskutere temaet. Å ta i bruk tekst, ord og filmer med tilpasset og positiv informasjon i undervisningen, mente personalet var viktige faktorer for læring (Wickström et al., 2020).

Artikkel 4

Artikkelen «*Understanding as a Practical Issue in Sexual Health Education for People With Intellectual Disabilities: A study Using Two Qualitative Methods*» (2015), er et kvalitativt studie skrevet av Finlay W. M. L., Rohleder P., Taylor N. & Culfear H., med hensikt å undersøke hvordan seksualundervisning blir gitt til personer med psykisk utviklingshemming. Forfatterne fremhever at denne brukergruppen støter på en rekke hindringer når det gjelder å oppnå et tilfredsstillende seksualliv, og mener dette bunner i at seksualitet historisk sett har blitt konstruert som noe farlig eller fraværende, og at sex ikke er ment for dem. Dette kan ha ført til at mange unge med utviklingshemming blir ekskludert fra seksualundervisning, fordi temaet oppfattes som ukomfortabelt å snakke om for de som skal veilede. Det fremkommer at personer med utviklingshemming spesielt mangler kunnskap rundt seksuelt overførbare kjønnssykdommer, graviditet, prevensjon og lovverk, og at de har en økt risiko for å bli seksuelt misbrukt (Finlay et al., 2015).

Studien ble utført på en gruppe unge personer med mild eller moderat utviklingshemming, og det fremheves at problemene med undervisningen var at den ble for avansert. Rollespill og aktiviteter som krevde abstrakt tenkning, bilder som var uklare eller inneholdt for mange detaljer og et komplekst verbalt innhold gjorde det krevende for deltakerne å forstå. Forfatterne hevder at informasjon må være tilrettelagt ut fra hvilken forståelse den enkelte har, og det best oppnås på første forsøk og sjeldent dersom man gir korrektur eller utfordrer det deltakerne sa (Finlay et al., 2015).

Artikkel 5

«*Parental Support for Sexuality Education and Expression Among Adults with an Intellectual Disability*» (2020) har en metodetriangulær (kvalitativ og kvantitativ) tilnærming, for å undersøke hvordan foreldre sine holdninger og opplevelser er rundt seksualundervisning for deres voksne barn med utviklingshemming, sammenlignet med den for deres voksne barn uten utviklingshemming. Forfatterne Kammes R. R., Douglas S. N., Maas M. K. & Black R. S. samlet 50 deltakere som skulle være med i undersøkelsen, som først var en nettbasert spørreundersøkelse, hvor 20 av dem deltok i den kvalitative delen som var intervjuform. Det kommer frem at seksuelle uttrykk og opplevelser ofte er ignorerte komponenter av helsen til personer med psykisk utviklingshemming, og de har ofte restriksjoner på hvordan seksuelle følelser kan uttrykkes, fordi de blir sett på som aseksuelle og ikke interesserte eller i stand til å ha seksuelle relasjoner. Personer med utviklingshemming, spesielt kvinner, rapporterte at den kunnskapen de fikk om seksuell helse var via egne opplevelser eller fra andre kvinner med psykisk utviklingshemming, til tross for samme manglende kompetansen (Kammes et al., 2020).

Foreldrene i studien uttrykte at de strevde med dualiteten i å forstå sårbarheten barnet deres med psykisk utviklingshemming har, samtidig som de anerkjenner deres normative seksuelle drifter og ønsker. Mange av dem unngikk derfor å prate om seksualitet, fordi de trodde diskusjonen kom til å øke barnets interesse og deltakelse i seksuelle aktiviteter. Det var også en bekymring blant foreldrene at barnet skulle handle ut fra seksuelle impulser hvor motparten ikke har gitt samtykke, eller at de skulle misforstå en potensiell seksuell interaksjon med andre mennesker, som et resultat av deres manglende kunnskap og erfaring (Kammes et al., 2020).

Videre i artikkelen beskrives det at foreldrene anerkjente at de spilte en viktig rolle i seksualundervisningen, men følte seg lite forberedt på å diskutere temaet. Når de først gav informasjon var det primært med fokus på det biologiske ved seksualitet, og hvordan man kunne forhindre utnyttelse og overgrep. Forfatterne hevder foreldre i større grad bør involveres i veiledningen, fordi de ofte vet hvordan man skal tilpasse kommunikasjonen på en slik måte at den med psykisk utviklingshemming forstår innholdet. Repetisjon av fagstoffet

blir fremhevet som en viktig faktor for læring blant de med utviklingshemming (Kammes et al., 2020).

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal problemstillingen argumenteres, sammen med teori og funn fra forskning. Problemstillingen er som følger: *«Hvordan kan sykepleie fremme opplevelsen av verdighet, knyttet til seksuell helse, blant unge voksne med psykisk utviklingshemming i bofellesskap»*.

5.1 Manglende kunnskap om seksuell helse blant psykisk utviklingshemmede

Det kommer tydelig frem i flere av artiklene at personer med utviklingshemming har betydelige kunnskapshull innenfor seksuell helse. Den reduserte forståelsen og kunnskapen de har er bekymringsverdig, og kan bidra til å sette den enkelte og personer rundt hen i ubehagelige og vanskelige situasjoner. Artikkelen til Finlay et al. (2015) belyser at seksualitet historisk sett har blitt konstruert som noe farlig eller fraværende, og at seksualitet og samleie ikke er ment for de som har en utviklingshemming. Disse antakelsene preger fortsatt samfunnet i dag, og det oppfattes som om foreldre og helsepersonell tilbakeholder informasjon om seksuell helse med en intensjon om å beskytte brukerne fra mulig utnyttelse (Baines et al., 2018, Wickström et al., 2020 & Kammes et al., 2020). Personlig opplever jeg et samfunn som syntes det er krevende å realisere behovene for personer med utviklingshemming, og jeg har hørt historier om helsepersonell som ser at seksualitet utfoldes i bofellesskapet. De gjentagende tankene som blir reflektert viser at personalet syntes det er ukomfortabelt, fordi de ikke vet hvordan de skal håndtere situasjonen, og ender derfor opp med å ikke anerkjenne faktumet. Det virker som om de fleste som jobber med denne brukergruppen har erfart at seksualitet og intimitet blir utøvd på forskjellige måter, men hendelsene blir ofte oversett på bakgrunn av de ansattes egne begrensninger rundt temaet.

Wickström et al. (2020) beskriver at seksualiteten til personer med utviklingshemming kunne fremkalle negative emosjoner i samfunnet, og de la merke til en motvilje blant personalet og lederne når seksuell helse ble et tema. Forskning viser at mange familiemedlem, lærere eller helsepersonell opplevde det som ukomfortabelt å diskutere seksuelle problemstillinger, disse holdningene kan påvirke arbeidet med personer med utviklingshemming, fordi man på

bakgrunn av sine antagelser ikke anerkjenner og støtter seksualitet og relasjon som en viktig ting for dem (Baines et al., 2018 & Finlay et al., 2015). Dette kan være en faktor som bidrar til at brukers verdighet krenkes, slik Katie Eriksson (2018, s. 388-389) beskriver den, fordi man mangler etiske standpunkt og ikke ser menneske eller gir det plass. Man fratrar personen med utviklingshemming muligheten til å fullt og helt være et menneske, som igjen vil kunne føre til manglende kunnskap fordi ingen tar ansvar for å gi nødvendig veiledning. Brukerne kan føle en manglende støtte fra personalet dersom spørsmål eller problemstillinger om seksuell helse blir neglisjert.

På bakgrunn av overnevnte opplysninger vil jeg argumentere for at god kunnskap og positive holdninger blant personalet er viktige faktorer som kan gi brukeren økt kompetanse for hvordan seksualitet kan utfoldes på en god, sunn og trygg måte. Det er helt tydelig at denne brukergruppen trenger den kunnskapen og veiledningen sykepleie kan tilby, og det er ignorant å fortsatt tenke at personer med utviklingshemming er aseksuelle og ikke bryr seg om seksualitet, da både pensum og forskning understreker at mange av dem er det. Ved å fremviser holdninger som undergraver deres seksuelle helse bidrar man til å skape et miljø hvor det fortsatt blir sett på som tabu, og man setter seg selv i en situasjon hvor man risikerer å ikke ivareta den enkeltes verdighet, fordi man ikke utøver tilstrekkelig omsorg og ivaretagelse av noe som betraktes som et grunnleggende behov av det å være et menneske, uavhengig av sykdom og skade.

5.2 Økt risiko for utnyttelse og seksuelle overgrep

Det blir fremhevet i teorien at personer med utviklingshemming trolig er mer utsatt for seksuelle overgrep enn den generelle befolkningen, noe Helsedirektoratet (2016) også støtter i sine uttalelser. I artikkelen til Codina & Pereda (2022) belyses det at 35% av personene med psykisk utviklingshemming som deltok i studiet hadde opplevd en form for seksuelt overgrep, sammenlignet med den generelle populasjonen hvor forekomsten varierte mellom ti og tjue prosent. Alle forskningsartiklene som er avendt bekrefter seksuell utnyttelse og overgrep som reelle farer blant denne brukergruppen. Lite sosialt nettverk, manglende forståelse og kunnskap og nedsatte kommunikasjons- og kognitive evner blir beskrevet som medvirkende faktorer til den økte sårbarheten. Codina & Pereda hevder også at det er mulige indikasjoner

for at personer med utviklingshemming som har blitt utsatt for overgrep tidligere, kan ha en redusert forståelse av hvordan et overgrep fungerer og dermed ha høyere risiko for å gjenskape dette mot andre uten å forstå at det ikke er lovlig. I artikkelen til Kammes et al., uttrykte flere av foreldrene bekymring for at barnet deres skulle handle ut fra seksuelle impulser, uten å ha fått samtykke fra motparten. Dette mener jeg styrker grunnlaget for å arbeide mot økt kunnskap om seksuell helse blant personer med utviklingshemming, da seksuelle overgrep er nært tilknyttet psykiske plager som angst og depresjon, og kan være en medvirkende faktor for krenkelse av menneskeverdet, og en opplevelse av å ikke ha kontroll over eget liv (Dahl & Sørensen, 2020, s. 38, Baines et al., 2018, Wickström et al., 2020, Finlay et al., 2015 & Kammes et al., 2020).

Til tross for den økte risikoen for seksuelle overgrep er det likevel viktig å være bevisst over forskjellen på å beskytte brukeren fra reelle farer, og å frata dem muligheten til å leve på egne premiss. Dersom man gir brukeren stadige anmodninger om å forholde seg til begrensninger og regler som blir satt, risikerer man å skape en ubalanse i relasjonen. Dersom man gir mennesker en så stor grad av beskyttelse, at de ikke får muligheten til å gjøre feil, vil dette medføre så store begrensninger i deres liv at det kan oppleves som at det ikke er mer frihet igjen. Det å tenke at selvbestemmelse er en rettighet personer med utviklingshemming har og at begrensninger er unntaket, bør være en grunnholdning blant helsepersonell. Det vil derfor være viktig å opptre årvåken ovenfor egne holdninger, og fremvise empati og respekt for brukernes liv og verdighet, ved å tilby veiledning og opplæring i hvordan man kan ta gode og gjennomtenkte valg, samtidig som man ikke fratru dem den retten til å medvirke i eget liv. På denne måten kan de oppleve mestringssituasjoner og se på livet sitt som verdig (Dahl & Sørensen, 2020, s. 130).

5.3 Behov for veiledning og opplæring innen seksuell helse

Baines et al. (2018) beskriver at helsetjenesten, pårørende og helsepersonell må arbeide ut fra antagelsen om at de fleste med mild og moderat utviklingshemming kommer til å ha samleie på et tidspunkt, og at opplæring og intervensjoner om seksuell aktivitet og helse derfor må være lett tilgjengelig og effektiv for dem. Noen av problemene med den undervisningen som er i dag er at den blir for avansert, med mange distraherende detaljer og et komplekst verbalt

innhold. Dette gjør det krevende for den med utviklingshemming, fordi mange av dem har problemer med å forstå språk, tilegne seg kunnskap og holde fokus over lengre tid. I forskningen argumenteres det for at bruk av tilpasset og positiv informasjon i form av tekst, ord, bilder og filmer er viktig for å fremme læring. Dette trenger å repeteres jevnlig gjennom oppveksten, og bør bli tilbudt på et tidspunkt hvor brukeren er moden nok til å diskutere temaet (Wickström et al., 2020 & Finlay et al., 2015).

Katie Eriksson beskriver omsorgen som en kjærlighetsgjerning, og at det er gjennom å gi og motta kjærlighet mennesket får kraft til å vokse og utvikle seg. Dette er en kunst å mestre som omsorgsutøver, og innebærer at man må se på hver omsorgssituasjon som unik, og tilpasse den til den enkelte (Eriksson, 2018). Dette mener jeg har stor overføringsverdi til hvordan man kan veilede personer med psykisk utviklingshemming, hvor det å individuelt tilpasse og tilrettelegge informasjon ut fra den enkeltes evne til å forstå bør være en grunnholdning. Gjennom omsorgen blir brukeren i stand til å utvikle seg, og realisere sitt potensial.

Foreldrene i artikkelen til Kammes et al. (2020) uttrykte selv at de hadde en viktig rolle i seksualundervisningen, men følte seg lite forberedt til det og skulle ønske de fikk mer veiledning og informasjon for å navigere disse opplevelsene. Det blir vurdert som en fordel at foreldrene i enkelte tilfeller involveres mer, fordi de ofte vet hvordan man best mulig kan tilpasse kommunikasjonen for at personen med psykisk utviklingshemming skal forstå innholdet. I undervisningssammenheng oppnås best resultat på første forsøk, og sjeldnere dersom man korrigerer svarene deres (Baines et al., 2018, Wickström et al., 2020 & Finlay et al., 2015). PLISSIT-modellen kan være et godt verktøy sykepleiere og helsepersonell forøvrig kan anvende i seksuelt helsearbeid, hvor respekt, åpenhet og toleranse praktiseres. Brukeren skal føle seg sett og hørt, og være trygg på at seksualitet er et tema man kan prate åpent om sammen.

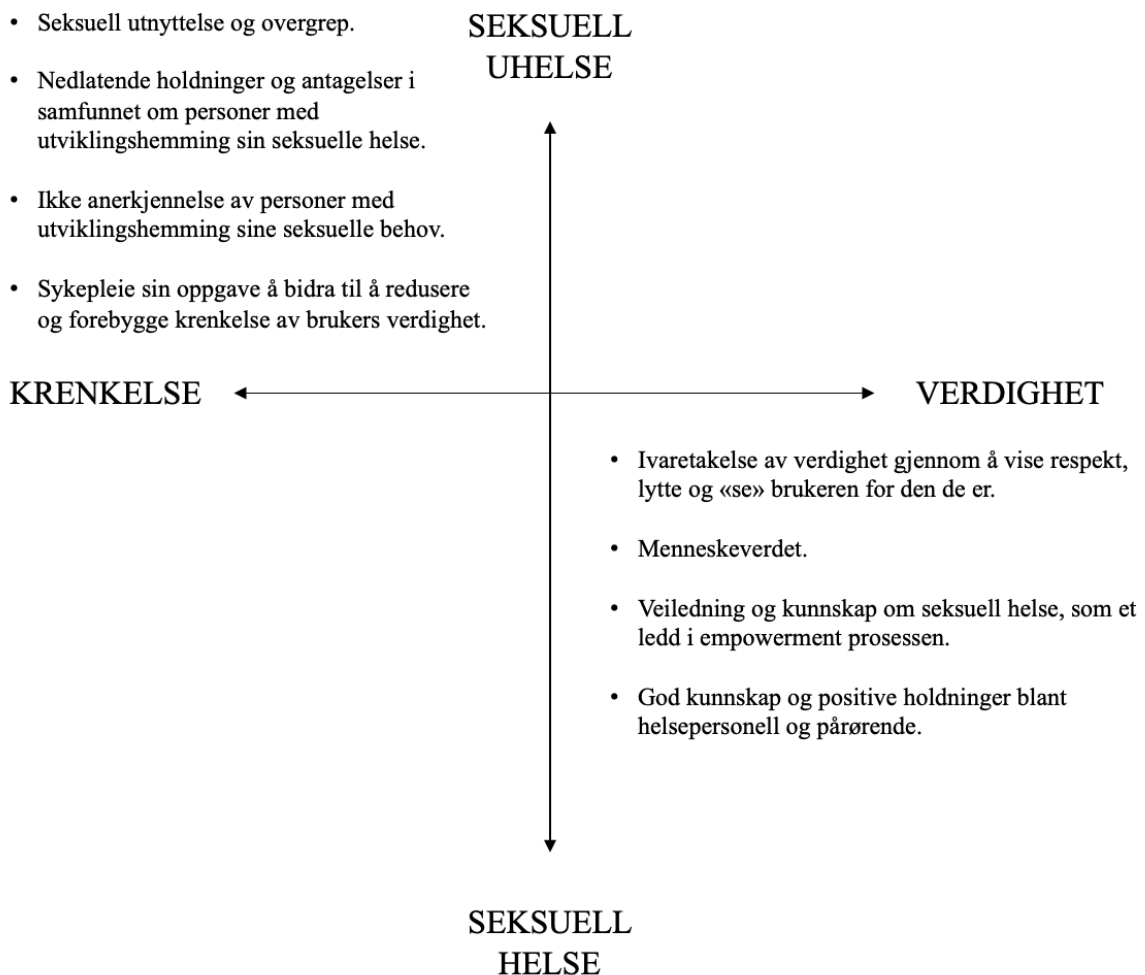
Ut fra Baines et al. (2018) sine uttalelser om at det er mindre sannsynlig at personer med psykisk utviklingshemming kommer til å ha samleie før fylte 19-20 år, vil jeg foreslå at veiledning og støtte rundt seksuell helse bør prioriteres i perioden før denne alderen, men også

enda tidligere dersom man ser en interesse eller behov for det. Personlig opplevde jeg at seksualundervisning i skolen kun ble gitt to ganger gjennom hele barne- og ungdomsskolen, og kvaliteten på den oppfattes som mangelfull. For personer som har reduserte kognitive evner vil det være enda viktigere å prioritere repetisjon av fagstoffet, hvor jeg mener man må være konsistent og gjerne ha minimum en, med oppfordring om flere, undervisninger iløpet av året. Øktene bør være korte og effektive, da mange av dem kan ha problemer med å holde fokus over lengre tid. Gjennom veiledning og undervisning støtter man brukeren i empowerment prosessen, og vil kunne sette den enkelte i stand til å velge om seksualitet er noe som er viktig for dem eller ikke.

5.4 Helhets fortolkning

For å bedre illustrere hvordan kunnskap og veiledning relatert til seksuell helse og verdighet har en sammenheng, har jeg utarbeidet en figur med grunnlag i drøftingene gjort ovenfor.

Figur 2. Helhetsfortolkning, egen modell.



Sett fra et metaforisk perspektiv er det kort veg fra verdighet til krenkelse og seksuell helse til seksuell uhelse. Katie Erikssons beskrivelse av verdighet belyser at begrepet har en relativ og subjektiv betydning, som er den verdien mennesket tillegger seg selv, samt den verdien man tillegges av andre, ofte basert på et normsystem. Dette normsystemet kan inneholde negative samfunnsmessige holdninger og antagelser om personer med psykisk utviklingshemming og deres seksuelle helse. Våre holdninger og antagelser vil påvirke hvordan personer med utviklingshemming ser på seg selv, og som diktet jeg innledet bacheloroppgaven med så godt beskriver: «det du gjør mot meg, slik blir jeg», fremhever hvordan våre personlige begrensninger rundt temaet kan hindre personer med utviklingshemming i å få et verdig seksualliv. På denne måten er man en medvirkende faktor for krenkelse og seksuell uhelse, enten gjennom direkte handlinger eller ved mangel på etiske standpunkt, og man fratrar brukeren muligheten til å være et menneske. Menneskeverdet skal innebære en følelse av frihet og mulighet til å beskytte seg selv mot krenkelse.

Som beskrevet innledningsvis i bacheloroppgaven står det lovfestet at man skal sikre et tjenestetilbudet som er likeverdig, fremmer sosial trygghet, sikrer nødvendig og tilpasset opplæring og at det tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven, §1-1, 2011). I tilknytning til dette anser jeg veiledning og økt kunnskap til personer med psykisk utviklingshemming som en beskyttelsesfaktor, hvor man kan fremme opplevelsen av verdighet, og redusere de negative konsekvensene en seksuell uhelse kan medføre. Bedre kunnskap i samfunnet og blant familie, venner og helsepersonell vil være en medvirkende faktor som kan bidra til å utjevne forskjeller, og fremme sosial trygghet. Ved å aktivt praktisere de Yrkesetiske retningslinjene (2019), hvor grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, kan man sikre menneskeverdet gjennom å lytte og «se» brukeren, og akseptere hen som et menneske med menneskelige behov.

Som sykepleier spør man ofte om hvordan pasienten ivaretar sine grunnleggende behov, og spørsmål som: «har du fått i deg næring i dag» eller «er det lenge siden du har hatt avføring», oppleves som en selvfølge å spør om. Vil det ikke være like naturlig at man skal kunne stille spørsmål ved hvordan en persons seksuelle helse er, da dette også blir vurdert som et

grunnleggende behov av det å være et menneske. Seksualitet er et intimt og sårbart tema, som oppleves å ha bli tilsidesatt i en tilværelse hvor andre grunnleggende behov blir oppfattet som mer viktig. I enkelte tilfeller er det naturlig at seksualitet kommer bakerst i rekken, for eksempel ved akutt sykdom hvor andre livsviktige behov blir nødvendige, men ut over dette bør man absolutt anerkjenne seksuell helse som et behov. Det kan oppleves som intimt og tabu å prate om seksualitet, og mange helsepersonell kan oppleve ulike barrierer i slike samtaler fordi man blir stilt opp mot egne holdninger og syn på temaet. Våg å være den sykepleieren som åpner opp for å prate om det, og som kan si: «dersom du ønsker å snakke med noen om seksualitet, så kan du komme til meg».

6.0 Konklusjon

Jeg mener det er på høy tid å legge fra seg antagelsen om at økt seksuell oppmerksomhet i form av veiledning og informasjon til personer med mild og moderat utviklingshemming, automatisk fører til en økt interesse og deltakelse i seksuelle aktiviteter. Gjennom sykepleie bør man jobbe mot å tilby veiledning om kropp, seksualitet, nytelse, regler og normer, og den bør være individuelt tilpasset ut fra brukerens evner. Den oppfordres til å utføres i korte, effektive perioder og med repetisjon av fagstoffet minimum en gang i året (flere ved behov). Det må gis på et tidspunkt hvor personen er moden nok til å diskutere innholdet, men samtidig før seksuell debuttering. Foreldre bør også inkluderes i veiledning for å bli bedre rustet til å møte seksuelle problemstillinger i fremtiden. Overnevnte forslag fremstår som gode virkemidler som kan bidra til en opplevelse av verdighet relatert til seksuell helse.

Ivaretagelse av den enkeltes iboende verdighet er et viktig utfall det helsepedagogiske arbeidet kan medføre, hvor man gjennom ulike prosesser styrker den indre dimensjonen av verdighet (brukerens egne ressurser) og den ytre dimensjonen, gjennom å belyse temaet og anerkjenne seksualitet som et behov i samfunnet. På denne måten kan man bli mer bevisst over hvordan man oppfatter dem som mennesker og hvordan man opptrer ovenfor dem. Det å vise respekt, lytte, se, og ikke møte personene med nedlatende og negative holdninger, er viktige prosesser for at den enkelte skal føle seg verdifulle og ikke som en byrde.

6.1 Implikasjoner for praksis

Gjennom ulike argumentasjoner har det blitt belyst at seksuell helse burde vært en større del av utdanningen og profesjonen, for å sikre ivaretagelse av grunnleggende behov og fremme opplevelse av verdigheten til brukere og pasienter i helsetjenesten. Ved å praktisere respekt for menneskeverdet, og skape et positivt miljø innenfor helseforetaket, hvor seksuell helse er et tema man kan prate om, vil kunne bidra til større åpenhet og respekt blant helsepersonell, brukere, familien og samfunnet forøvrig.

Referanseliste

- Baines, S., Emerson, E., Robertson, J., & Hatton, C. (2018). Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability. *BMC Public Health*, 18(1), 667. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5572-9>
- Codina, M., & Pereda, N. (2022). Characteristics and Prevalence of Lifetime Sexual Victimization Among a Sample of Men and Women with Intellectual Disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15–16), NP14117–NP14139. <https://doi.org/10.1177/08862605211006373>
- Dahl, N. C., & Sørensen, D. (2020). *Vold, overgrep og omsorgssvikt mot risikoutsatte voksne: Forebygging, avdekking og håndtering*. Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal.
- Eriksson K. (1987). Vårdandets idé. I K. Eriksson (Red.), *Vårdvetenskap: Vetenskap om vårdandet: Om det tidlösa i tiden* (s.27). Liber.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet: Om det tidlösa i tiden*. Liber.
- Finlay, W. M. L., Rohleder, P., Taylor, N., & Culfear, H. (2015). «Understanding» as a Practical Issue in Sexual Health Education for People With Intellectual Disabilities: A Study Using Two Qualitative Methods. *Health Psychology*, 34(4), 328–338. <https://doi.org/10.1037/hea0000128>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2012). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation om omvårdnadsforskning* (2. utg.). Natur & Kultur.

Gamnes S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 373-405). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. (2021). *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *4.1 Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_9#%C2%A79-7

Helsedirektoratet. (2018, november 22). *Om psykisk utviklingshemming*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/om-psykisk-utviklingshemming>

Helsedirektoratet. (2021, oktober 20). *Seksuell helse*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunnevalg/seksuell-helse>

Helsedirektoratet. (2022, oktober 17). *Habilitering og bistand i dagliglivet*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming/habilitering-og-bistand-i-dagliglivet>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.-a). *Bachelor i sjukepleie*. Hentet 30. januar 2023, fra

<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/sykepleie/2020h/studieplan/>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.-b). *SYKS250 Folkehelse i eit nasjonalt og globalt perspektiv*.

Hentet 2. februar 2023, fra <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/syks250>

Kammes, R. R., Douglas, S. N., Maas, M. K., & Black, R. S. (2020). Parental Support for Sexuality Education and Expression Among Adults with an Intellectual Disability.

Sexuality and Disability, 38(4), 669–686. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09659-8>

Kanalregister. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 5. mars 2023

fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Knutstad, U. (2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie—Sykepleieboken 2* (3. utgave).

Akribe.

Kristoffersen N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I N. J.

Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-75). Gyldendal.

Kristoffersen N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser: sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H.

Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349-400). Gyldendal.

Kristoffersen N. J. & Nortvedt P. (2016). Pasient og sykepleier: verdier og samhandling. I N.

J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 89-134). Gyldendal.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Rye, H. (2002). *Tidlig hjelp til bedre samspill* (2. utg.). Gyldendal.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille*

motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Tøssebro, J., & Wendelborg, C. (2021). *Utviklingshemmetes bosituasjon 2021*. NTNU Samfunnsforskning.

https://samforsk.no/uploads/files/Utviklingshemmetes_bosituasjon_web.pdf

Unge funksjonshemmede. (2018, februar 13). Sex som funker—Unges erfaringer med seksualitet og funksjonsevne (2018). *Unge funksjonshemmede*.

<https://ungefunksjonshemmede.no/ressurser/publikasjoner/seksualitet/sex-funker-unges-erfaringer-seksualitet-funksjonsevne-2018/>

Vatne, T. M., & Breland, B. (2018, juni 9). *Selvbilde blant barn og unge med utviklingshemning*. Naku. <https://naku.no/kunnskapsbanken/selvbilde-blant-barn-og-unge-med-utviklingshemning>

Vågan, A. (2020). *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis*. Gyldendal.

Wickström, M., Larsson, M., & Höglund, B. (2020). How can sexual and reproductive health and rights be enhanced for young people with intellectual disability? – Focus group interviews with staff in Sweden. *Reproductive Health*, 17(1), 86.

<https://doi.org/10.1186/s12978-020-00928-5>

Wigaard, E., & Larsen, F. K. (2014). *Utviklingshemming og aldring* (2. utg.). Forlaget Aldring og helse.

Vedlegg

Vedlegg 1. PLISSIT-modell

| | |
|--|--|
| <i>Nivå P</i> <i>(tillatelse)</i> | Defineres som et nivå for alle, her skal det være åpent rom for å prate om seksualitet og seksuell helse i den mest alminnelige form, og det kreves ingen utdanning for å gjøre dette, kun trygghet i forhold til det å prate om seksualitet med andre. |
| <i>Nivå LI</i> <i>(begrenset informasjon)</i> | Er et nivå som kan passe for de som har behov for helt enkel informasjon om seksuell helse på et generelt nivå, dette er et trinn hvor mange befinner seg. Informasjon som kan bli gitt på dette nivået vil være relatert til prevensjon, seksualitet, seksuelt overførbare infeksjoner, seksuelle hjelpemidler og lignende. |
| <i>Nivå SS</i> <i>(spesifikke forslag)</i> | Dette er for de som trenger å stille spørsmål om sin situasjon, og få spesifikke svar og løsninger på sine problemer. Dette er et litt mer avansert nivå, og få utdanninger dekker behovet her. Derfor vil det være relevant at den som har ansvaret for å ivareta personen som har spørsmål, tilegner seg mer kunnskap enn det utdanningen deres har gitt dem grunnlaget for. |
| <i>Nivå IT</i> <i>(intensiv terapi)</i> | Nivået egner seg for mennesker som har et ekstra behov for spesialisert hjelp. Dette er en relativt liten gruppe, som kan ha behov for å snakke om kjønnsidentitetsproblematikk eller spesifikke seksuelle dysfunksjoner. Her er det sexolog eller personer med spesialkompetanse innen psykoterapi som gir pasientene et behandlingstilbud. |

(Gamnes, 2016, s. 400).

Vedlegg 2. Sjekkliste for vurdering av kvalitativt studie

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Wickström, M., Larsson, M., & Höglund, B. (2020). How can sexual and reproductive health and rights be enhanced for young people with intellectual disability? – Focus group interviews with staff in Sweden. *Reproductive Health*, 17(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00928-5>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Forfatterne mener personer med utviklingshemming skal ha de samme rettighetene til god seksuell og reproduktiv helse som personer uten utviklingshemming, og ønsket å finne svar på hvordan man kan styrke deres rettigheter i forhold til dette. De ønsket å finne svar ved å kartlegge hvordan de ansattes holdninger var, siden disse personene ofte er en stor del av livet til brukeren fordi de trenger støtte og hjelp relatert til sine behov.

Dette er absolutt en relevant problemstilling.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har som formål å forstå og belyse erfaringer og oppfatninger blant ansatte som jobber med psykisk utviklingshemmede, angående brukerens seksuelle- og reproduktive helse og rettigheter.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Forfatterne har beskrevet at de ønsket å oppnå en dypere forståelse av de ansattes opplevelser og oppfatninger, de har ikke videre spesifikt begrunnet og diskutert hvordan de bestemte metoden, men en kvalitativ tilnærming vil passe godt i forhold til det forfatterne søker etter å finne ut.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Fullstendig og tydelig begrunnelse for valg av intervju personer, og deres karakteristika. I studien valgte de å inkludere ansatte som arbeider med unge og voksne med mild/ moderat psykisk utviklingshemming – og de ekskluderte ansatte som jobbet i bofellesskap med personer med mer alvorlig utviklingshemming, hvor brukerne har redusert mobilitet og større hjelpebehov, fordi deres muligheter innenfor seksualitet og reproduksjon er annerledes og ikke i fokus i dette studiet.

Deltakerne var 18 kvinner og to menn i alderen 18 til 65 år, og som hadde arbeidserfaring på mellom 3 og mer enn 20 år, og alle fylte på forhånd ut en kort spørsmålsundersøkelse med sosiodemografiske data.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?

- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Fokus gruppe intervjuer ble gjennomført, alle disse ble tatt lydopptak av og transkribert ordrett.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Forfatterne har belyst både styrker og svakheter ved studien i et eget avsnitt, hvor det blant annet står at en svakhet med analysen og funnene er at informasjonen blir reflektert gjennom personalet, og man får derfor ikke synspunktet til unge personer med utviklingshemming.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Alle deltakerne mottok verbal og skriftlig informasjon før intervjuet og gav sitt skriftlige samtykke. Moderatoren beskrev til deltakerne hvordan strukturen på fokusgruppe intervjuet var, og forklarte at alle kunne snakke fritt og at all konfidensiell data skulle bli ekskludert fra analysen. Forskerne har også fått godkjenning av 'The Regional Ethical Committee' i Uppsala, Sverige.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det kommer klart frem hvordan analysen ble gjennomført, og det er gjort rede for at det var tre forskere som samarbeidet med datainnsamling og analyse. Det ble utført en innholdsanalyse med konvensjonell og/eller induktiv tilnærming. De delte funnene opp i flere kategorier, og jeg ser en sammenheng mellom resultatene og analysen.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige

slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Tre forskere utførte analysen, og funnene er i tråd med andre studier.

De trekker inn andre kilder i studien for å underbygge funnene.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Funnene blir sett på som nyttige, da forskerne diskuterer studien bredt og får frem mange nyttige poeng og refleksjoner. De trekker også inn dagens praksis ifht retningslinjer - og har også avdekket et behov for videre utvikling innenfor temaet, spesielt ifht å utvikle policyen og støtte implementasjon av intervensjoner relatert til retningslinjer som kan støtte personalet som jobber med unge personer med psykisk utviklingshemming.

Vedlegg 3. Litteratormatrise

| Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land | Tittel på artikkel | Type studie | Hensikt med studien | Metode | Utvalg/ populasjon | Hovedfunn/ resultater | Kvalitetsvurdering | Redegjort for etiske overveielser |
|--|--|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| Baines S. Emerson E. Robertson J. Hatton C. (2018) BMC Public Health England | <i>“Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability”</i> | Prevalensstudie | Å undersøke om det er forskjeller i seksuell aktivitet og helse blant personer med og uten psykisk utviklingshemming. | Basert på en sekundæranalyse av data samlet inn fra et nasjonalt longitudinelt studie fra England. Data samlet inn i første omgang fra personlige intervju, resterende metode etter deltakers ønske som f.eks online, telefon, ansikt til ansikt. Studiens bruker hovedsakelig resultatene fra spørreundersøkelsen hvor det var fokus på seksuell aktivitet og helse, men også | 15 770 unge personer i 13-14 års alderen fra England, ble fulgt opp frem til de var 19-20 år. Populasjonen var hentet fra skoler i England. | Det kommer frem at det var mindre sannsynlig at personer med PU hadde samleie før alderen 19/20 år, enn de som ikke hadde PU. Men dersom de hadde samleie, så hadde de større sannsynlighet for å ha utrygt samleie. | Kritisk vurdert etter sjekklister for prevalensstudie. Vurdert som moderat, da det er en viss grad av frafall av deltakere undervegs i studien, spesielt blant personer med PU, som gjør at det er et mindre antall deltakere i noen av analysene. Tidsskriftet er rangert som nivå 1 i kanalregisteret. | NHS Reserach Ethics Committees etiske godkjenning var søkt om og ble gitt. |

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------|--|--|---|--|---|---|
| | | | | sosialt nettverk og vennskap for å se sammenhenger. | | | | |
| Codina M. Pereda N. (2022) | <i>“Characteristics and Prevalence of Lifetime Sexual Victimization Among a Sample of Men and Women with Intellectual Disabilities”</i> | Prevalensstudie | Å undersøke forekomsten og kjennetegn ved seksuelle overgrep som mennesker med psykisk utviklingshemming (PU) har opplevd. | Spørreundersøkelse utført på 260 voksne med PU diagnose. Socio-demografiske data hentet gjennom et data ark laget spesifikt for studiet, og en adaptert versjon av «Juvenile Victimization Questionnaire» sin voksne retrospektive versjon ble brukt i intervjuformat for å samle inn overgrepsopplevelser blant deltakerne. Brukt versjon 26 av IBM SPSS statistikk program for å utføre den statistiske analysen av undersøkelsen. | Voksne personer med PU i alderen 20 til 71 år, 154 menn og 106 kvinner – rekruttert via en sosial enhet, nordøst i Spania (DINCAT) som arbeider med personer med PU og deres familie. Inklusjonskriterie var over 18 år, ha en PU diagnose, være i stand til å forstå og samtykke i studien, og ha gode kommunikasjonsferdigheter. Personer med alvorlige kognitive vansker som forhindrer dem fra å forstå ble ekskludert. | Det er en høy forekomst av seksuell utnyttelse for personer med psykisk utviklingshemming (35%) – høyest forekomst blir sett hos jenter med en sekundær psykisk lidelse diagnose, som ikke hadde rettslig handleevne. Hovedkarakteristika for overgriperen (for begge kjønn) var at det var en voksen mann som utførte overgrepet, og det var som regel en person offeret kjente fra før. | Kritisk vurdert etter sjekkliste for prevalensstudie. Vurderes som god. Tidsskriftet er rangert som nivå 2 i kanalregisteret. | Godkjenning av DINCAT, og samarbeidsavtale signert. Samtykke fra alle deltakerne og/eller deres juridiske verge ble skaffet. Frivillig deltakelse. Studien ble utført i samsvar med generelle etiske prinsipper fra «Helsinki Declaration on Research Involving Human Subjects». |

| | | | | | | | | |
|--|---|--------------------|---|---|--|--|---|--|
| Wickström M. Larsson M. Höglund B. (2020) | <i>“How can sexual and reproductive health and rights be enhanced for young people with intellectual disability? – focus group interviews with staff in Sweden”</i> | Kvalitativt studie | Å oppnå en dypere forståelse av erfaringer og oppfatninger om seksuell- og reproduktiv helse og rettigheter blant ansatte som jobber med personer med psykisk utviklingshemming (PU). | Data ble samlet inn i Sverige, via intervju i fire fokusgrupper med til sammen 20 deltakere. Intervjuene ble tatt lydopptak av, transkribert og analysert med innholdsanalyse. Intervjuene ble utført i 2015. | 18 kvinner og 2 menn i alderen 18 til 65 år ble brukt som subjekt – alle jobbet innenfor ulike profesjoner som arbeider med unge og voksne med PU. Personer som jobbet med mer alvorlig PU ble ekskludert. Deltakerne hadde arbeidserfaring mellom 3 og 20 år. | Deltakerne beskrev generelt positive holdninger til seksualitet blant personer med PU – men mange situasjoner som å sikre privatliv, balanse mellom når man skal gripe inn i situasjoner eller ikke og problemer rundt prevensjon og reproduksjon, ble opplevd som krevende å ta tak i. Det var en mangel på klare retningslinjer og mandat fra ledere – og et ønske om mer utdanning rundt dette. | Kritisk vurdert etter sjekkliste for kvalitativt studie. En limitasjon er at de ansatte snakker om personer med PU, så informasjonen er speilet gjennom de ansattes øyne. Studien er også gjort i et lite geografisk område i Sverige. De ansatte som var villige til å delta, så på seg selv som åpensinnet. De ansatte som ikke valgte å delta er kanskje ikke like åpensinnede, og vil derfor være underrepresentert i studien. Man får kun det ene perspektivet på temaet. Tidsskriftet artikkelen er publisert i er rangert | Alle deltakerne fikk verbal og nedskrevet informasjon før intervjuene, og gav et skriftlig samtykke. Konfidensiell data blir ekskludert fra analysen. Regional etikk komité i Uppsala, Sverige, godkjente studien. |
|--|---|--------------------|---|---|--|--|---|--|

| | | | | | | | | |
|---|---|--------------------|--|---|---|--|--|---|
| | | | | | | | som nivå 1 i kanalregisteret. | |
| Finlay W. M. L. Rohleder P. Taylor N. Culfear H. (2015) Health Psychology England | “ <i>Understanding as a Practical Issue in Sexual Health Education for People With Intellectual Disabilities: A study Using Two Qualitative Methods</i> ” | Kvalitativt studie | Å undersøke hvordan seksuell helseopplæring blir gitt til personer med psykisk utviklingshemming (PU). | Det ble utført video opptak av 4 økter med seksuell helse opplæring for personer med PU. Samtaleanalyse ble brukt til å undersøke i detalj, hvordan slik opplæring oppstår som en serie av interaksjoner mellom lærere og elever. Det ble gjennomført intervju med 4 personer som ledet opplæringen, intervjuene ble analysert med tematisk analyse. Opplæringsøktene var en del av et pågående ukentlig seksuell helseopplærings program, utført av en lokal ungdomstjeneste sør- | Unge personer i alderen 16-19 år, med mild eller moderat PU, som var deltakere i opplæringen. Fire tilretteleggere/ ledere av opplæringen, to ungdomsarbeidere, en nestleder på en skole for barn med spesielle behov og en som arbeidet med veldedighet for seksuell helse. | Det kommer frem at problemer med forståelse er viktig å ta hensyn til i seksuell helseopplæring for personer med PU. De kan ha problemer med å forstå komplekse, abstrakte og noen ganger eksplisitt informasjon – og trenger derfor tilrettelagt informasjon ut fra hvilke forståelse de har. Best forståelse ble oppnådd på første forsøk, og sjeldent dersom man gav korrektur eller utfordret det deltakerne sa. | Studien er kritisk vurdert med sjekklister for kvalitativt studie. Studien er gjennomført på en henholdsvis liten gruppe, og inkluderer ikke perspektivet til deltakerne i disse øktene med seksuell helseopplæring. Øktene var også ledet av ungdomsarbeidere, noe som kan påvirke hvordan opplæringen ble gitt, sett opp mot personer som er kvalifiserte lærere eller helsearbeidere. Vurderes som | Full etisk tillatelse ble gitt av forfatterne sin universitets komité. Kun de som var i stand til å samtykke ble inkludert i studien. Samtykke ble gitt av deltakerne før hvert møte. De filmet ikke deltakerne og foreldrene til deltakerne ble informert om studien og gitt en mulighet til å kontakte forskerne eller trenerne. Pseudonym ble brukt for anonymisering. |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|---|--|---|
| | | | | øst i England. | | | moderat. | |
| | | | | | | | Tidsskriftet er rangert som nivå 2 i kanalregisteret. | |
| <p>Kammes R. R. Douglas S. N. Maas M. K. Black R. S. (2020)</p> <p>Sexuality and Disability</p> <p>USA</p> | <p><i>“Parental Support for Sexuality Education and Expression Among Adults with an Intellectual Disability”</i></p> | <p>Metode-triangulært: Kvalitativ & Kvantitativ</p> | <p>Å undersøke hvordan foreldre sine holdninger og opplevelser rundt seksuell opplæring er forskjellig fra deres voksne-barn med PU og deres voksne-barn uten PU.</p> | <p>Foreldrene som deltok svarte først på en nettbasert spørreundersøkelse, for deretter å bli intervjuet gjennom telefon- eller videosamtale.</p> <p>Det ble utført en pilot studie med foreldre til personer uten PU, for å se om spørsmålene av anvendelige for dem også – da flere av seksjonene med spørsmål var hentet ut fra Cuskelly & Bryde’s «Attitudes to Sexuality Questionnaire – Individuals with an Intellectual Disability (ASQ-ID)».</p> | <p>De måtte være biologiske foreldre eller juridisk omsorgsperson til en person med PU mellom 18-35 år, og til et jevnaldrende barn uten PU – alle var fra USA.</p> <p>50 personer deltok i den nettbaserte spørreundersøkelsen, og bare 20 av disse deltok i intervjuene.</p> <p>Det var 46 mødre og 4 fedre som deltok i spørreundersøkelsen, og 19 mødre og 1 far</p> | <p>Resultatene viser at foreldre er mer engasjert i barna med PU sine liv, men strever med å finne hvilket nivå av seksuell opplæring de bør gi. Personene med PU manglet ofte en jevnaldrende gruppe de kunne kommunisere med, for å lære om seksualitet – og de fleste vennene deres var andre personer med PU.</p> <p>Når foreldrene gav opplæring var det mer fokus på det biologiske ved seksualitet, samt</p> | <p>Studien er kritisk vurdert ut fra sjekklister for tversnittstudie.</p> <p>Tidsskriftet er rangert som nivå 1 i kanalregisteret.</p> <p>Begrensninger ved studien er at av de 50 som deltok i spørreundersøkelsen var det bare 20 stk som deltok videre i intervju delen – noe som er en relativt liten gruppe, og det begrenser derfor generaliserbarheten for funnene. Det er et stort aldersspenn</p> | <p>Godkjenning fra en institusjonell vurderingskomité (etikkomité) ble gitt.</p> <p>Foreldrene fikk mulighet til å velge selv om de ville bruke barnets navn eller et pseudonym i undersøkelsen – dette ble kun gjort for at forskerne skulle kunne skille mellom barna med og uten utviklingshemming i svarene.</p> <p>Studien er anonymisert, og ingen navn eller</p> |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p>i intervjuene. Foreldrene var i alderen 40-76 år.</p> | <p>hvordan de kunne hindre utnyttelse og overgrep – og de ventet ofte med å diskutere det til personen med PU spurte selv.</p> | <p>blant foreldrene, så forskjell i funn kan være preget av hvilken generasjon de er en del av.</p> <p>Det ble heller ikke tatt hensyn til kjønnsforskjeller hos barnet med PU og barnet uten PU – noe som kan påvirke resultatene.</p> | <p>personlige opplysninger fremkommer.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

