

Storaas, Embla Marie
Lilleseth, Taran Karoline G.

Seksuell helse som meningsfull aktivitet

På hvilken måte kan ergoterapeuter bruke sin kompetanse om meningsfull aktivitet til å jobbe med seksuell helse for personer med ulike funksjonsnedsettelse?

Bacheloroppgave i ergoterapi
Veileder: Lindstad, Marte Ørud
Mai 2020

Storaas, Embla Marie
Lilleseth, Taran Karoline G.

Seksuell helse som meningsfull aktivitet

På hvilken måte kan ergoterapeuter bruke sin kompetanse om meningsfull aktivitet til å jobbe med seksuell helse for personer med ulike funksjonsnedsettelse?

Bacheloroppgave i ergoterapi
Veileder: Lindstad, Marte Ørud
Mai 2020

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel	Seksuell helse som meningsfull aktivitet På hvilken måte kan ergoterapeuter bruke sin kompetanse om meningsfull aktivitet til å jobbe med seksuell helse for personer med ulike funksjonsnedsettelse?
Forfattere	Embla Marie Storaas – 493347 Taran Karoline G. Lilleseth – 493349
Veileder	Marte Ørud Lindstad
Nøkkelord	Ergoterapi, Seksuell helse, Meningsfull aktivitet, Litteraturstudie

Antall ord: 9580	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: JA
<p>Introduksjon: Meningsfull aktivitet er en del av kjernen i ergoterapi og aktivitet gir mening til våre liv. Studier viser at seksualitet er viktig for brukere og at ergoterapeuter anser dette som et område i sin praksis. Likevel blir temaet sjeldent adressert av ergoterapeuter.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne studien er å videre utforske og bidra til den eksisterende litteraturen om seksuell helse som en meningsfull aktivitet og ergoterapiens relevans i forhold til dette.</p> <p>Forskningsspørsmål: På hvilken måte kan ergoterapeuter bruke sin kompetanse om meningsfull aktivitet, til å jobbe med seksuell helse for personer med ulike funksjonsnedsettelse?</p> <p>Metode: Litteraturstudie som har sett på 8 kvalitative forskningsstudier, valgt ut fra inklusjons-og eksklusjonskriterier.</p> <p>Resultat: Resultatene viser at manglende kompetanse om seksuell helse kan bidra til at ergoterapeuter ikke adresserer temaet i møte med brukere. Ergoterapeuter innehar kompetanse som muligens kan brukes for å fremme seksuell helse som en meningsfull aktivitet hos mennesker med funksjonsnedsettelse. Det er likevel ulike meninger blant brukere og ergoterapeuter om hvilken rolle de skal ha på området.</p> <p>Konklusjon: Denne studien har gitt ny kunnskap om hvilken måte ergoterapeuter kan bruke sin kompetanse om meningsfull aktivitet til å jobbe med seksuell helse for personer med ulike funksjonsnedsettelse, ved at rollen til ergoterapeuten ikke er å drive sexologisk veiledning, men å bruke sin kjernekompetanse om mennesket, meningsfull aktivitet og omgivelser. Samtidig sees det et behov for å utvikle mer kunnskap på dette feltet og videre forskning anbefales.</p>		

ABSTRACT

Title	Sexual health as a meaningful occupation In what way can occupational therapists use their competence on meaningful occupations to work with sexual health for people with various disabilities?
Authors	Embla Marie Storaas – 493347 Taran Karoline G. Lilleseth – 493349
Supervisor	Marte Ørud Lindstad
Keywords	Occupational Therapy, Sexual health, Meaningful occupations, Litterature review

Number of words: 9580	Number of appendix: 3	Availability (open/confidential): Open
<p>Introduction: Meaningful occupations is a part of the core domain of occupational therapy practice, and occupations brings a sense of meaning to our lives. Studies show that sexuality is an important aspect for clients and that occupational therapists consider this as an area of their practice. Nevertheless, the topic is rarely addressed by occupational therapists.</p> <p>Purpose: The purpose of this study is to further explore and contribute to the existing literature on sexual health as a meaningful occupation and the relevance of occupational therapy in relation to this.</p> <p>Research question: In what way can occupational therapists use their competence on meaningful occupations to work with sexual health for people with various disabilities?</p> <p>Method: Literature review that studied 8 qualitative research papers, selected on the basis of inclusion and exclusion criteria.</p> <p>Results: The results show that lack of competence in sexual health can prevent occupational therapists from addressing the topic with clients. Occupational therapists hold competence that could possibly be used to promote sexual health as a meaningful occupation with people with disabilities. Nevertheless, there are different opinions among clients and occupational therapists about the role of the occupational therapist in this field.</p> <p>Conclusion: This study has provided new knowledge on how occupational therapists can use their competence in meaningful occupations to work with sexual health for people with various disabilities. The role of an occupational therapist is not to provide sexual guidance, but to use their competence about humans, meaningful occupations and their surroundings. At the same time, there is a need to develop more knowledge in this field and further research is recommended.</p>		

FORORD

Tre lærerike år ved ergoterapiutdanningen NTNU Gjøvik er ved veis ende, og de siste månedene har gått med til et intenst arbeid med bacheloroppgaven. Vi er stolte av å nå kunne presentere vårt endelige resultat, og vi ønsker derfor å takke alle som har bidratt og støttet oss i denne perioden. En spesiell takk rettes mot vår veileder, Marte Ørud Lindstad, som har ledet oss gjennom arbeidet på en god og konstruktiv måte. Det rettes også en takk til emneansvarlig, Linda Stigen, for å ha skapt gode bacheloremner som har resultert i en strukturert prosess på veien mot selve bacheloroppgaven.

Vi ønsker å takke våre nærmeste for tålmodighet og støtte i disse månedene. Vi vil også takke hverandre for et godt og lærerikt samarbeid som har resultert i ny kunnskap om seksuell helse og faget vårt ergoterapi. Ikke minst har vi lært mye om oss selv i denne prosessen.

Vi vil avslutte med et dikt av Helene J. Polatajko, som sier noe om dimensjonene av meningsfulle aktiviteter og som vi kommer til å ta med oss videre i vårt fremtidige yrke som ergoterapeuter:

Occupation is a curious thing
It pervades our lives and marks our days
It defines us and is defined by us
It both shapes the world and is shaped by the world
It can be known by the tools it uses and the wake it leaves in its path
It is intangible and invisible until a person engages in it
It is a performing art
It can only be seen when a person performs it and only understood when a
persons tells you its meaning

(Helene J. Polatajko, 2007)

Gjøvik og Oslo, 03.05.20

Embla Marie Storaas og Taran Karoline G. Lilleseth

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	I
ABSTRACT	II
FORORD	III
1. Introduksjon	1
1.1 Teoretisk rammeverk.....	2
1.1.1 Aktivitetsvitenskap	2
1.1.2 Påvirkende- og deltakende verdenssyn	3
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål	4
2. Metode	4
2.1 Kvalitativ litteraturstudie.....	4
2.2 Studiens forskningsspørsmål.....	5
2.3 Søkeprosess og innhenting av data.....	5
2.4 Analyseprosess	7
2.5 Etske hensyn.....	8
3. Resultater	9
3.1 Potensielle barrierer.....	10
3.2 Ergoterapeutens kompetanse	11
3.3 Hjelpemidler	12
3.4 The Occupational Perspective of Health	13
3.5 Ergoterapeutens rolle.....	15
4. Diskusjon	16
4.1 Oppsummering av resultater	16
4.2 Diskusjon av resultater	17
4.2.1 Potensielle barrierer	17
4.2.2 Ergoterapeutens kompetanse	19
4.2.3 Hjelpemidler.....	21
4.2.4 The Occupational Perspective of Health.....	22
4.2.5 Ergoterapeutens rolle.....	24
4.3 Refleksjon av forfatternes rolle som forskere	25
4.4 Diskusjon av metode	26
4.5 Anbefalinger og implikasjoner for praksis	27

5. Konklusjon	28
6. Referanseliste	29
7. Vedlegg	33
7.1 Vedlegg 1. PICOT-skjema	33
7.2 Vedlegg 2. Søkehistorikk	34
7.3 Vedlegg 3. Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie	35

1. Introduksjon

Den seksuelle helsen har en innvirkning på den generelle helsen og er en viktig del av menneskers liv (Anderson, 2013). American Occupational Therapy Association (2014) har definert seksuell helse og seksuell aktivitet som en av de hverdagslige aktivitetene til mennesker. Seksuell helse omfatter både fysisk, mentalt, emosjonelt og sosialt velvære i forhold til seksualitet, hvor både seksuell aktivitet, roller, nytelse og intimitet er viktige aspekter (World Health Organization, 2006).

Seksuell aktivitet handler om å engasjere seg i aktiviteter som resulterer i seksuell tilfredsstillelse og/eller møter relasjonelle eller reproduktive behov (American Occupational Therapy Association, 2014). Aktivitet er en del av kjernen i ergoterapifaget (Ergoterapeutene, 2017) og aktivitet er en stor kilde til mening i livene våre (Hasselkus, 2011). Mennesker fortsetter å være seksuelle vesener gjennom sykdom og funksjonsnedsettelse, og derfor bør deres seksuelle bekymringer bli adressert sammen med andre helserelaterte behov (Young *et al.*, 2020).

Kielhofner (1993, som sitert i Couldrick, 2005) har argumentert for at ergoterapeuter mangler kompetanse på seksuell helse som et aktivitetsområde. Samtidig viser tidligere studier at seksualitet er viktig for brukere og at ergoterapeuter anser dette som legitimt område i sin praksis, som bør inkluderes for å bevare den holistiske tilnærmingen (Helland *et al.*, 2013; Couldrick, 1998; Young *et al.*, 2020). Likevel viser resultater at både ergoterapeuter og annet helsepersonell i stor grad ikke diskuterer seksuell helse med brukere i sin praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Young *et al.*, 2020; Helland *et al.*, 2013; Hyland og Mc Grath, 2012). Mangel på kunnskap og utdanning innen området blir ofte nevnt som en årsak til dette (Areskoug-Josefsson *et al.*, 2016; Helland *et al.*, 2013; Young *et al.*, 2020). På bakgrunn av dette har det blitt argumentert for at seksuell aktivitet skal vurderes som et område for utforskning og inkludering i ergoterapi teori-og praksis (Pollard og Sakellariou, 2007).

1.1 Teoretisk rammeverk

1.1.1 Aktivitetsvitenskap

I denne studien er aktivitetsvitenskap valgt som et teoretisk rammeverk på bakgrunn av hensikt og forskningsspørsmål, og det vil legge føringen for å kunne utforske hvordan ergoterapeuter kan arbeide med seksuell helse. Aktivitetsvitenskap er et vitenskapelig fundament for ergoterapeutisk praksis. Vitenskapen belyser aktivitetene mennesker utfører og hvorfor de utføres, samt sammenhengen mellom aktivitet, trivsel, velvære og sunnhet (Kristensen, 2017). Sunnhetsbegrepet innen aktivitetsvitenskap har en holistisk tilnærming, og vitenskapen fokuserer på hva mennesker gjør, er, blir og tilhører (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017). Formålet med å studere aktivitet er å forstå dens rolle i hverdagslivet til de som opplever restriksjoner eller funksjonsnedsettelse. Aktivitet kan beskrives som alt et menneske ønsker, trenger eller må gjøre, enten det er av en fysisk, mental, sosial, seksuell, politisk eller spirituell natur. Dette inkluderer også søvn og hvile (Wilcock og Townsend, 2014). Ergoterapeuter hjelper personer å overkomme aktivitets-restriksjoner ved å identifisere barrierer som begrenser deltakelsen i aktiviteter (Connor *et al.*, 2014).

Alle mennesker er aktivitetsvesener (Johnson og Dickie, 2019). Aktivitet er en stor kilde til mening i livene våre. Mening oppstår fra aktivitet og aktivitet oppstår fra mening. Aktivitet og mening er sammenvevd i livene våre og det ene bidrar til det andre gjennom våre livsløp (Hasselkus, 2011). Selv om mening ikke er tilgjengelig gjennom vår normale form for persepsjon og ikke kan bli beskrevet ved å benytte vitenskapelige metoder, er den ekte fordi den er opplevd (Beer, 1997). For noen kan mening i livet stamme fra deres personlige og unike verdier og historier, men for andre kan mening komme fra samfunnet og kulturen de lever i (Hasselkus, 2011). Engasjement i meningsfulle aktiviteter knyttes til begrepene «å gjøre» (doing), «å være» (being), «å bli» (becoming) og «å tilhøre» (belonging). Når mennesker engasjerer seg i meningsfulle aktiviteter kan dette resultere i en økende selvtillit og en motivasjon til å engasjere seg i andre aktiviteter som er meningsfulle. Denne kunnskapen benyttes i ergoterapi ved at meningsfulle aktiviteter er både et mål og et middel for å fremme god helse (Aagaard og Langdal, 2019).

Utfordringene oppstår når mennesker ikke får utøvd sine meningsfulle aktiviteter, i aktivitetsvitenskapen omtales dette som aktivitetsfrarøvelse (Whiteford, 2014).

Aktivitetsfrarøvelse oppstår når et individ opplever en tilstand av langvarig utestengelse i meningsfulle og nødvendige aktiviteter som grunnet eksterne faktorer utenfor individets kontroll, begrenses. Det er ikke de indre faktorene som diagnose og sykdom som utløser en slik frarøvelse, men heller økonomi, politikk, sosiale, kulturelle eller geografiske faktorer. Aktivitetsfrarøvelse er et følelsesladet fenomen, ettersom narrativer fra livene til mennesker med funksjonsnedsettelse forteller at holdningene i samfunnet er en av de største barrierene. Marginalisering, stereotypiske oppfatninger og begrensede forventninger gjør det utfordrende å delta i meningsfylt og nødvendig aktivitet (Whiteford, 2014).

1.1.2 Påvirkende- og deltakende verdenssyn

Denne studien har et påvirkende og deltakende verdenssyn på bakgrunn av at temaet seksuell helse for personer med funksjonsnedsettelse kan preges av sosiale utfordringer i samfunnet som likestilling, myndiggjøring og undertrykkelse (Creswell, 2009). I Norge har seksualitet og samlivsformer vært regulert og begrenset gjennom moralske og religiøse påbud i tillegg til juridisk lovverk. Dette har vært med på å forme seksualitet til et tabubelagt område i den norske kulturen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dette kan også sees i andre land og kulturer (Tepper, 2000; Inglis, 1998, som sitert i Hyland og Mc Grath, 2012). Fra 1970-tallet startet et gradvis skifte til i dag, hvor seksualitet er et tema det er større åpenhet rundt. Likevel er det fortsatt grupper av mennesker som opplever fordommer knyttet til seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Den stereotypiske normen for en seksuell person blir ansett å være hvit, heteronormativ, «able-bodied» og i en reproduktiv alder. De som ikke passer inn under denne normen, for eksempel personer som benytter rullestol, risikerer å bli sett på som aseksuelle (Tepper, 2000). Dette kan bidra til at disse menneskene blir en marginalisert gruppe i samfunnet. Målet i det påvirkende-og deltakende verdenssynet er at forskningen skal være en stemme for disse personene og oppnå en mulighet for endring hos de marginaliserte gruppene (Creswell, 2009).

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

I betraktning av dette er hensikten med denne studien å videre utforske og bidra til den eksisterende litteraturen om seksuell helse som en meningsfull aktivitet og ergoterapiens relevans i forhold til dette. For å undersøke dette temaet er det utviklet følgende forskningsspørsmål:

«På hvilken måte kan ergoterapeuter bruke sin kompetanse om meningsfull aktivitet, til å jobbe med seksuell helse for personer med ulike funksjonsnedsettelse?»

2. Metode

Metodekapittelet inneholder stegene i den systematiske fremgangen i denne litteraturstudien. Først begrunnes valg av kvalitativ litteraturstudie som metode, deretter følger to kapitler på prosessene med å søke, innhente og analysere data. Til slutt er etiske hensyn beskrevet. Metodekapittelet bidrar til studiens reliabilitet ved å vise hvordan dataene er samlet inn og hvilke valg som er gjort underveis (Leseth og Tellmann, 2014). Leseth og Tellmann (2014) påpeker at det er ikke mulig å gjenta en kvalitativ studie med identiske resultater, fordi forskeren har en innvirkning på forskningsprosessen ved valg av fremgangsmåte og fortolkninger. Likevel poengterer de at kvalitative studiers reliabilitet er målbar, ved å se på dataenes kvalitet og fremgangsmåten bak datainnsamlingen.

2.1 Kvalitativ litteraturstudie

En kvalitativ litteraturstudie ble valgt i denne studien for å kunne utforske helheten av opplevelser og meninger. Med dette kan det utvikles en større forståelse for hvordan ergoterapeuter kan benytte sin kunnskap om meningsfull aktivitet innen seksuell helse. Bakgrunnen for dette valget er den kvalitative studien til Grøttå og Hjell (2019) som undersøkte, med fokusgruppeintervjuer, hvilken kompetanse ergoterapeuter har som kan bidra i arbeidet med seksualitet innenfor rehabilitering. Resultatene i studien viser at ergoterapeuter har en potensiell rolle i arbeidet med seksualitet ved å benytte kunnskap om aktivitet og hvordan aktivitet kan påvirke mennesket (Grøttå og Hjell, 2019). I denne studien var det derfor ønskelig å se mer konkret på aktivitetsperspektivet i arbeidet med seksuell helse, ved å se hva som finnes i tidligere publisert forskning. Ved å ta utgangspunkt i innhentete materiale

for å besvare problemstillingen har studien en deduktiv tilnærming. For å se en større sammenheng må studiene vurderes opp mot hverandre og dette vil kunne gi mer anvendelige og overbevisende resultater enn det enkeltstudier gjør. Litteraturstudier bidrar også til å arbeide etter kunnskapsbasert praksis (Aveyard, 2019).

2.2 Studiens forskningsspørsmål

Utviklingen av studiens forskningsspørsmål har vært en omfattende prosess. Aveyard (2019) sin guide ble tatt i bruk, for at forskningsspørsmålet skulle være nøytralt, konkret og realistisk i forhold til tid og omfang. Ved å benytte et PICOT-skjema (vedlegg 1) og med veiledning, ble det enklere å tydeliggjøre temaet og presisere hva studien ønsket å finne svar på. Denne utviklingen viser seg tydelig ved et eksempel på et av forskningsspørsmålene i studiens oppstartsfase: «Hvorfor er ergoterapeuter en yrkesgruppe som kan ta opp temaet seksuell helse med brukere?». Ved å benytte PICOT ble det blant annet enklere å konkretisere det studien ønsket å undersøke, som er kompetansen ergoterapeuter har om meningsfull aktivitet. Det ble gjort et valg på å ikke avgrense studien til en bestemt funksjonsnedsettelse eller diagnose, eller en bestemt yrkesretning innen ergoterapi. Årsaken til dette var at flere avgrensninger kunne gjøre det vanskelig å finne relevant forskning. Forfatterne ønsket derfor å være åpne for de ulike diagnosegruppene som studiene hadde tatt for seg.

2.3 Søkeprosess og innhenting av data

For å kunne utføre strukturerte litteratursøk må det identifiseres hvilken type forskning som trengs for å kunne besvare forskningsspørsmålet (Aveyard, 2019). I denne studien vil kvalitativ forskning være best egnet for å gi nødvendige perspektiver på erfaringene til de yrkesgruppene som jobber med seksuell helse og de som opplever utfordringer med den seksuelle helsen. Studien tar ikke sikte på å identifisere hvor mange som jobber med det eller hvor ofte, altså kvantitative data målt i tall.

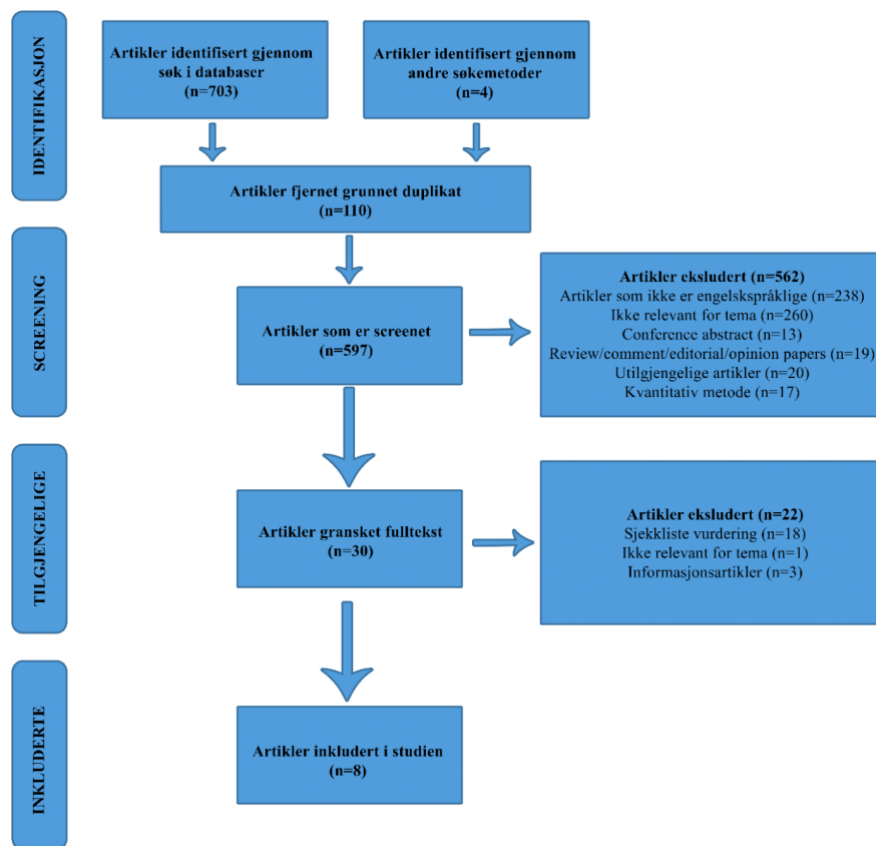
For å identifisere relevant forskning til temaet, ble boken til Aveyard (2019) benyttet som støtte til å utvikle en systematisk søkestrategi. Aveyard (2019) påpeker at søkestrategien sikrer at all relevant forskning på temaet blir identifisert og at utvalget blir gjort basert på dokumenterte kriterier. For å identifisere studier som adresserer forskningsspørsmålet og vise

omfanget av denne studien, ble det utviklet inklusjon- og eksklusjonskriterier. Inkluderte studier skal ha et hovedinnhold som omhandler seksuell helse og hvordan dette temaet håndteres i praksis, det skal være kvalitativ forskning som er fagfellevurderte og tilgjengelige gjennom databaser som universitetet har avtaler på. Studier der hovedinnholdet begrenses til kjønnsidentitet, kjønnssykdom, seksuelle overgrep og HIV/AIDS, skal ekskluderes. På bakgrunn av tidsperspektivet på denne studien, vil også studier identifisert etter siste søkedato (25.mars 2020) ekskluderes. Studier som ikke er engelskspråklige eller som begrenses til å være konferanseabstrakt, meningsytringer og lignende skal også ekskluderes.

Det ble gjennomført søk i større medisinske databaser som Cinahl, Medline og Embase, samt mer fagspesifikke databaser som OTSeeker og SveMed+. Søkeord og kombinasjoner som ble benyttet var: Sexuality OR Sexual health AND Occupational therapy OR occupational therapist og Sexual health OR Sexuality AND Healthcare. Se vedlegg 2 for fullstendig søkehistorikk. Søkene ble gjennomført av begge forfatterne sammen over skjermdeling med Skype. Utviklingen av søkeordene ble gjort ved å lage en fullstendig liste av nøkkelord som var relevant i forhold til forskningsspørsmålet og ulike kombinasjoner ble testet ut. Det ble erfart at søkene genererte for få treff. Dette resulterte i at det ble benyttet færre og bredere søkeord for å ikke ekskludere aktuelle artikler. Søk i databaser ble avsluttet når de samme studiene gikk igjen i flere av databasene. Når aktuelle artikler var funnet ble det også gjennomført søk i referanselistene til disse, for å forsikre at alle aktuelle artikler ble funnet.

En visuell fremstilling av søkeprosessen ble skapt ved bruk av flytdiagram (Figur 1). Flytdiagrammet illustrerer søkestrategiens beslutningsprosess (Forsberg og Wengström, 2015).

Figur 1. Flytdiagram



Totalt ble 597 sammendrag gjennomlest og vurdert opp mot inklusjon-og eksklusjonskriterier. Dette resulterte i 30 artikler som ble gransket i fulltekst og kritisk vurdert ut ifra «sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie» fra Helsebiblioteket (2016)(vedlegg 3). I tillegg ble det også gjennomført siteringssøk i Scopus på de 30 artiklene, for å se om artiklene var benyttet i andre kilder og hvilke typer kilder det var. Ytterligere 22 artikler ble ekskludert og totalt 8 artikler ble inkludert i studien, som vist i figur 1.

2.4 Analyseprosess

I denne studien ble det benyttet en tematisk analyse av studiene for å utforske seksuell helse, meningsfull aktivitet og ergoterapi. Dette ble gjort ved å se på funnene i artiklene og å sammenligne de, både ved å se på ulikheter og likheter. Aveyard (2019) poengterer at målet med en litteraturstudie er å skape en ny og integrerende tolkning av funnene, enn det som resulterer ut fra analyser gjort isolert på enkeltartikler. For å gjøre dette ble de ulike stegene til Aveyard (2019) fulgt. Første steg i prosessen var å utvikle en oppsummeringstabell, som i

følge Aveyard (2019) gir en detaljert forståelse av funnene i studiene. Oppsummeringstabellen (Figur 3) ga en strukturert oversikt over studienes metode, type litteratur, hovedfunn og den kritiske vurderingen som ble gjort ved sjekklister (Helsebiblioteket, 2016)(vedlegg 3). Hovedfunnene i denne tabellen hadde provisoriske navn. Begge forfatterne lagde en individuell oversikt over temaer som fremkom i resultat-og diskusjonsdelen til de åtte studiene, før de ble sammenlignet og diskutert. Det ble plukket ut og sammenfattet resultater fra hver enkelt artikkel, ved å benytte fargekoder for å systematisere funnene opp mot hvert tema. Etter hvert som forståelsen av de ulike resultatene økte, ble navnene på temaene videreutviklet for å gi en bedre beskrivelse. For å skape en mer strukturert prosess videre, ble temaene som reflekterte forskningsspørsmålet delt i ulike kategorier i en tematisk analyse tabell (Figur 2) og de studiene som omfattet disse temaene ble vist.

Figur 2 Tematisk analyse tabell

Temaer → Studier ↓	Potensielle barrierer	Ergoterapeutens kompetanse	Hjelpemidler	The Occupational Perspective of Health	Ergoterapeutens rolle
The impact of assistive equipment on intimacy and sexual expression (Taylor, 2011)			X		X
Sexuality After Spinal Cord Injury: The Greek Male's Perspective (Sakellariou og Sawada, 2006)		X			
Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study (Traumer, Jacobsen og Laursen, 2018)	X				
Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation (McGrath og Lynch, 2014)	X	X			X
Applying an Occupational Lens to Thinking about and Addressing Sexuality (Lynch og Fortune, 2019)		X	X	X	
Occupational therapy students' views on addressing sexual health (Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019)	X	X	X		X
Sexual Aspects of Rehabilitation: the Client's Perspective (Northcott and Chard, 2000).					X
Sexuality in the context of physical rehabilitation as perceived by occupational therapists (Lepage, Auger og Rochette, 2020).	X	X			X

2.5 Etiske hensyn

Forskning har en stor betydning for enkeltmennesker og for samfunnet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Forfatterne av denne studien har et ansvar for å følge de fire forskningsetiske prinsippene utviklet av De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016), for å ivareta at forskningen blir gjennomført på en etisk forsvarlig måte. *Respekt* for informantene i materialet til de inkluderte studiene er viktig. Dette innebærer at denne studien gjengir resultatene slik de fremkommer i de ulike studiene og ordlyden disse er gjengitt med. Forskningen skal ha *gode konsekvenser* for enkeltmennesker og samfunnet. For at denne

studien skal bidra til en positiv endring innenfor feltet seksuell helse og funksjonsnedsettelse, er det viktig at forskerne er mest mulig objektive i prosessen med valg og håndtering av materialet. I tillegg skal også forskningsprosjektet være utformet og utført etter prinsippet om *rettferdighet*, samt at forskeren plikter å vise *integritet* ved å være åpen og ærlig om prosessen og forskernes roller.

3. Resultater

Totalt ble åtte kvalitative studier valgt ut for analyse. Fire av studiene har intervjuet personer med brukererfaring (Taylor, 2011; Sakellariou og Sawada, 2006; Traumer, Jacobsen og Laursen, 2018; Northcott og Chard, 2000). Den andre halvparten av studiene har intervjuet ergoterapeuter og ergoterapeutstudenter (McGrath og Lynch, 2014; Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020).

Oppsummeringstabellen gir en oversikt over studiene som temaene er utviklet fra:

Figur 3. Oppsummeringstabell

Forfatter (år): publisert i	Tittel på studie	Type litteratur	Metode og antall deltakere	Hovedfunn	Kritisk vurdering
Taylor, B. (2011): <i>British Journal of Occupational Therapy</i>	The impact of assistive equipment on intimacy and sexual expression	Primærforskning	Samtaleintervjuer 13 personer med ALS (8 menn og 5 kvinner) og 10 av partnerne deres	Viktigheten av berøring, innvirkningen av hjelpemidler på parforhold, ergoterapeutens rolle	Stor grad av refleksivitet og transparens, høy validitet, godkjent etisk komité, kun heteroseksuelle informanter
Sakellariou, D. Og Sawada, Y. (2006): <i>The American Journal of Occupational Therapy</i>	Sexuality After Spinal Cord Injury: The Greek Male's Perspective	Primærforskning	Ustrukturerte dybdeintervjuer, feltnoter og refleksjonslogg 6 menn med ryggmargsskade	Barrierer, endring av vaner, nytelse	Stor grad av refleksivitet og transparens (refleksjonslogg), godkjent etisk komité, høy validitet
Traumer, L., Jacobsen, M.H. og Laursen, B.S. (2018): <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>	Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study	Primærforskning	Semistrukturerte intervjuer 10 kvinner diagnostisert med kreft eller kronisk sykdom	Seksualitet: et toveis tabu Barrierer mot å snakke om seksualitet	Manglende mannlige perspektiv, mulig ekstern validitet til andre settinger, kommentert at godkjenning etisk komité ikke nødvendig
McGrath, M. Og Lynch, E. (2014): <i>Disability and Rehabilitation</i>	Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation	Primærforskning	Fokusgruppeintervjuer 5 fokusgrupper med 3-6 ergoterapeut deltakere i hver gruppe	Sosiale forventninger til seksualitet, kompetanse og selvtillit til å adressere seksualitet, prioritering av ressurser	Lav ekstern validitet, god reliabilitet, fulgt etiske prinsipper, påvirkning i fokusgr. intervju
Lynch, C. og Fortune, T. (2019): <i>Sexuality and Disability</i>	Applying an Occupational Lens to Thinking About and Addressing Sexuality	Primærforskning	Semistrukturerte intervjuer 16 ergoterapeuter	Seksualitet som å gjøre, å være, å bli og å tilhøre	Stor grad av refleksivitet og transparens, godkjent etisk komité, mulig påvirkning ved bruk av rammeverk
Areskoug-Josefsson, K. og Fristedt, S. (2019): <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>	Occupational therapy students' views on addressing sexual health	Primærforskning	Fokusgruppeintervjuer 37 ergoterapeutstudenter	Seksuell helse: en del av ergoterapi men ikke av utdanningen, behov for kunnskap, kommunikasjon om seksuell helse	Høy begrepsvaliditet, majoriteten av informanter kvinner, fulgt etiske prinsipper, god reliabilitet
Northcott, R. og Chard, G. (2000): <i>British Journal of Occupational Therapy</i>	Sexual Aspects of Rehabilitation: the Client's Perspective	Primærforskning	Semistrukturerte intervjuer 7 mennesker med ulike funksjonsnedsettelse	Meninger om informasjon mottatt om seksuell helse, karakteristikk av helsepersonell, seksuelle utfordringer behandles rutinemessig i rehabilitering, ergoterapeutens rolle	Lav grad av ekstern validitet (innsamlingsmetode), få deltakere som hadde mottatt seksuell rehab, god reliabilitet
Lepage, C., Auger, L-P. og Rochette, A. (2020): <i>Disability and Rehabilitation</i>	Sexuality in the context of physical rehabilitation as perceived by occupational therapists	Primærforskning	Fokusgruppeintervjuer To forskjellige fokusgrupper med 7 ergoterapeuter	Ergoterapeutens kunnskap, ferdigheter, følelser og verdier kontekstuelle og prosessfaktorer klientens faktorer	Stor grad av refleksivitet og transparens, godkjent etisk komité, positiv innstilling til temaet kan ha hatt innvirkning

I dette kapittelet vil resultatene fra forskningen bli presentert i de fem kategoriene som analyseprosessen førte frem til: Potensielle barrierer, ergoterapeutens kompetanse, hjelpemidler, The Occupational Perspective of Health og ergoterapeutens rolle.

3.1 Potensielle barrierer

Studiene tar for seg ulike barrierer i forhold til å ta opp temaet seksuell helse. De forskjellige barrierene blir sett fra ulike perspektiver. I to av studiene viste det seg at deltakerne så på det motsatte kjønn som en mulig barriere for å ta opp temaet seksuell helse (Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Traumer, Jacobsen og Laursen, 2018). Hvor mye tid helsepersonell hadde tilgjengelig til å snakke om seksuell helse ble sett på som en utfordring. Samtlige deltakere opplevde at helsepersonell hadde lite eller ingen tid til å ta opp seksuell helse. En av deltakerne fortalte eksempelvis at besøkene hos legen varte i fem minutter, og at det derfor ikke var tid til å ta opp seksuelle problemer. Tid var også avgjørende i forhold til når brukerne ønsket å snakke om seksuell helse, for eksempel hvor forberedt og mentalt klare de var for å ta opp et så privat og sensitivt tema (Traumer, Jacobsen og Laursen, 2018).

Resultatene i studien av Lepage, Auger og Rochette (2020) viste at kognitive utfordringer hos brukere ble sett på som en potensiell barriere av ergoterapeutene. Årsaken til dette var få intervensjoner tilgjengelig og utfordringene var ofte komplekse hos disse brukerne. Dette resulterte i at seksuell helse ikke nødvendigvis var en førsteprioritet. Samme studie viser at psykososiale faktorer og problematikk rundt mental helse kunne være barrierer for å ta opp seksuell helse med brukere. En deltaker forklarte det med at noen av disse brukerne kan ha en så vanskelig og problematisk bakgrunn, at man ikke engang ønsket å nevne seksuell helse. Andre barrierer som fremkommer i denne studien var kultur og etnisitet. En deltaker opplevde det som vanskelig å ta opp seksuell helse med brukere fra en annen kultur, ettersom de kunne være mer reserverte, samt at temaet kunne være mer tabu (Lepage, Auger og Rochette, 2020). Lignende funn kan sees i studien av Areskoug-Josefsson og Fristedt (2019) hvor ergoterapeutstudenter opplevde at det var vanskelig nok å snakke med en svensk person om seksuell helse og at det da ville være enda vanskeligere ved å tilføye en annen kultur og etnisitet.

I flere av studiene viste resultatene at seksuell helse blir sett på som et tabu emne. I studien av Areskoug-Josefsson og Fristedt (2019) sa en av ergoterapeutstudentene at eldre mennesker som har sex er et tabu, og det kom frem at en av studentene var redd for å skremme de eldre pasientene med spørsmål angående seksuell helse. Lignende resultater kan sees i studien av McGrath og Lynch (2014), der ergoterapeutene så på seksualitet som en privatsak i den irske kulturen og da særlig hos de eldre i samfunnet. Dette resulterte i at seksuell helse ikke ble snakket om, og at dette ble ansett som det riktige å gjøre. Fra et annet perspektiv, viser studien

av Traumer, Jacobsen og Laursen (2018) at brukere av helsetjenester ble avvist av helsepersonell når de tok initiativ til å snakke om sine seksuelle problemer. Plagene deres ble derfor ikke fulgt opp, og dette resulterte i at deltakerne følte seg oversett og avvist. En bruker sa at det ga henne en bekreftelse av egen utilstrekkelighet og en følelse av ikke å være god nok. Studien kaller dette for et toveis-tabu, der hverken helsepersonell eller brukere tar opp temaet seksuell helse (Traumer, Jacobsen og Laursen, 2018).

3.2 Ergoterapeutens kompetanse

Aktivitetsperspektivet var et gjennomgående tema i flere av studiene (Sakellariou og Sawada, 2006; Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020). En ergoterapeutstudent uttrykte «We work with activities and this is an activity; it's as simple as that!» (Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019, s. 308). Studien viser også at studentene så på seksuell helse som en viktig del av hverdagslivet og de hadde et personsentrert perspektiv på temaet. Likevel viser resultatene at studentene manglet kunnskap om seksuell helse og seksualitet i et større perspektiv enn kun samleie og reproduksjon. Studentene ønsket et større fokus på seksuell helse innen utdanningen, og klare eksempler på mulige intervensjoner. De savnet også kunnskap om hvordan man kommuniserer om temaet. Studien konkluderte med at å anerkjenne seksuell helse som et viktig tema ikke er nok, når ergoterapeutene mangler den kompetansen som kreves for å fremme seksuell helse i sitt arbeid. En student sa det slik «I wouldn't have considered it if you hadn't brought it up today. No one has talked about it before, and our role to ask [clients about these issues]» (Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019, s. 308).

Samtlige resultater viser at ergoterapeuter kan bruke sin kompetanse i å ha en holistisk tilnærming i møte med pasienter som opplever problemer med seksuell helse. Det kommer frem i studien gjort av Sakellariou og Sawada (2006) hvor de viser til at ergoterapeuter, ved bruk av empowerment, kan styrke brukere tilbake i meningsfulle aktiviteter ved å anerkjenne deres seksuelle behov og ved å gi løsninger til disse problemene. Flere av studiene viser også at ergoterapeuter kan ta i bruk sin spesialkompetanse på områder som tilrettelegging, posisjonering, målsetting, energiøkonomisering, tilpasning av aktiviteter, endring i aktivitetsutførelse og seksualtekniske hjelpemidler i arbeidet med seksuell helse (Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020). En

deltaker sa «we can just use our problem solving approach that we use in every other ADL... We've just got to find out what the issues are, what they've tried, what's worked, what hasn't worked and then try and problem solve some other strategies» (Lynch og Fortune, 2019a, s. 151). Samtidig sier funnene i Lynch og Fortune (2019a) at ergoterapeuter ikke bør glemme seksuell helse i en større kontekst. Dette vises ytterligere i McGrath og Lynch (2014) sin studie, der det blir rapportert at ergoterapeuter er mer komfortable med å arbeide med de mer tekniske sidene av seksuell helse, enn de mer komplekse følelsesmessige aspektene. Flere studier viser mulige grunner til dette, der det blir rapportert om manglende fokus på seksuell helse i utdanningsforløpene, få videreutdanninger, mangelfullt tverrfaglig samarbeid og manglende retningslinjer og rammeverk (McGrath og Lynch, 2014; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020). Disse faktorene bidro også til at ergoterapeutstudenter og ergoterapeuter opplevde en motvilje til å snakke om temaet med brukere, da de ikke følte seg kompetente nok på området (McGrath og Lynch, 2014; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020).

3.3 Hjelpemidler

Selv om det ofte ble nevnt at ergoterapeutene hadde manglende kompetanse, ble hjelpemidler trukket frem som et kompetanseområde innen seksuell helse for ergoterapeuter (Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019). Resultatene i studien til Lynch og Fortune (2019a) viser at hjelpemidler var en viktig intervensjon for at ergoterapeuter kunne bidra til å muliggjøre seksuell aktivitet. Dette gjenspeiles også av ergoterapeutstudenter hvor det å oppnå kompetanse om hjelpemidler ble sett på som et viktig steg i å støtte individer i å forbedre sin seksuelle helse. Ergoterapeutstudentene uttrykte at «Assistive devices are our [OTs'] thing. Also, sheets made of silk or a change of mattress [could be relevant]. It doesn't have to be embarrassing devices» (Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019, s. 310). Studentene var mer oppmerksomme mot å benytte hjelpemidler, da dette kan være mer konkrete, «hands-on» intervensjoner som kan virke trygge for studenter å gjøre. De snakket mindre om aktivitetsadaptasjon, som kompensasjon gjennom å gjøre aktivitetene annerledes (Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019). Til forskjell fra ergoterapeutstudentene, snakket ergoterapeutene om både energiøkonomisering, posisjonering og informasjonsskriv som viktige intervensjoner (Lynch og Fortune, 2019a).

13 personer med amyotrofisk lateral sklerose (ALS) og deres partnere har uttalt seg om deres opplevelser av seksualitet og intimitet i studien til Taylor (2011). Resultatene viser innvirkningen hjelpemidler har på et forhold. Berøring og nærhet var viktig for å vedlikeholde de emosjonelle båndene som et par. En kvinnelig partner beskrev det som: «just being in bed; waking up in the morning next to each other and having a cuddle; even if you're not making love, it's just, you know, it's nest-making isn't it...» (Taylor, 2011, s. 437). Hjelpemidler som rullestoler, sykehussenger og ganghjelpemidler ble beskrevet som begrensende på intimiteten som ble uttrykt gjennom berøring. Flere deltakere beskrev vanskelighetene med overgangen fra dobbeltseng til enkeltseng, som også gjerne førte til at par sov i ulike rom. Et par prøvde å få til en løsning ved å bytte ut dobbeltsengen med en enkeltseng og skyve denne sammen med sykehussengen. Andre hjelpemidler som talemaskiner hadde resultert i at en kvinne hadde sluttet å si at hun elsket mannen sin, når dette ble uttrykt i en elektronisk, mannlig stemme mistet det den emosjonelle delen av budskapet hun ønsket å meddele (Taylor, 2011).

3.4 The Occupational Perspective of Health

Lynch og Fortune (2019a) har funnet i sin forskning at ergoterapeutene resonnerer rundt sin praksis og seksualitet på måter som reflekterte rammeverket «The Occupational Perspective of Health» (OPH). Rammeverket viser at aktivitet har fire dimensjoner: gjøre (doing), å være (being), å bli (becoming) og å tilhøre (belonging). Deltakere som snakket om dimensjonen *å gjøre* seksuell aktivitet, snakket hovedsakelig om fasilitering og læring assosiert med seksuelle teknikker, posisjonering, energioptimalisering og bruken av hjelpemidler for å hjelpe personer til å engasjere seg i seksuell aktivitet (Lynch og Fortune, 2019a).

Deltakere som hadde en «å være»-oppfatning fokuserte ikke bare på det å gjøre aktiviteten, men de så viktigheten av en persons identitet og roller som et kritisk aspekt av deltakelse i livet som et seksuelt vesen. Som Lynch og Fortune (2019a) påpeker har relasjonen mellom å gjøre og å være en gjensidig påvirkning på en persons følelse av seg selv som et aktivitetsvesen og deres aktive deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Dimensjonen av *å bli* i relasjon til ens seksualitet ble illustrert av deltakerne som forfektet viktigheten av å støtte personer som er på sin vei til å oppdage og vokse, slik at de etter hvert *blir* hvem de ønsker å være i forhold til deres seksualitet og seksuelle bekymringer. Deltakernes historier avslørte

hvordan det *å bli* skaper en følelse av en fremtid, endring og selvrealisering av dimensjonen *å være* (Lynch og Fortune, 2019a).

Lynch og Fortune (2019a) beskriver at dimensjonen av *å tilhøre* viser hvordan sammenhengen av *å gjøre*, *å være* og *å bli* det man ønsker i forhold til seksualitet relaterer til andre mennesker, steder, kulturer og samfunn for å muliggjøre en følelse av *å tilhøre*. En av deltakerne i studien beskrev sin opplevelse av kvinner med ryggmargsskade. Hennes erfaring var at disse kvinnene snakket om seksuell aktivitet, men at de var mer opptatt av nærheten, å ha meningsfulle relasjoner, å føle at de tilhører og er akseptert for den de er. Hun antok at de først og fremst ønsket intimiteten i stedet for selve seksuelle aktiviteten. Lynch og Fortune (2019a) påpeker at dette illustrerer hvordan tilhørighet overstyrer det fysiske *å gjøre* seksuell aktivitet og at dette viser det menneskelige behovet for *å tilhøre*.

Forfatterne har skapt en visuell fremstilling av resultatene (Figur 4). Det nederste nivået med *å gjøre* var den dimensjonen størstedelen av deltakerne reflekterte rundt, derav ble den plassert nederst og er størst. I tillegg ble denne dimensjonen sett på som et mindre komplekst område å fokusere på. *Å tilhøre* er plassert øverst i hierarkiet for å synliggjøre at for å utforske tilhørigheten må man først utforske hvordan individet *blir* det seksuelle individet forventet av deres sosiale kontekst og hvordan de engasjerer seg i seksuelle aktiviteter(*å gjøre*) som representerer deres seksuelle vesen(*å være*) (Lynch og Fortune, 2019a).

Figur 4. Seksualitet som å gjøre, være, bli og tilhøre



(Lynch og Fortune, 2019b)

Denne visuelle fremstillingen reflekterer det å tenke på seksualitet på flere nivåer og hvordan alle disse nivåene er en integrert del av hvert individs identitet. Samtidig viser den viktigheten av å se sammenhengen mellom alle nivåene og jobbe ut ifra dette, i stedet for en praksis hvor de ulike aspektene blir vurdert isolert sett (Lynch og Fortune, 2019a).

3.5 Ergoterapeutens rolle

I studiene beskrives det ulikt hvor stor rolle ergoterapeutene skal ha i arbeidet med seksuell helse (Northcott og Chard, 2000; Taylor, 2011; Lepage, Auger og Rochette, 2020; McGrath og Lynch, 2014; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019). Det sees at 4 av 7 personer med forskjellige funksjonsnedsettelse ikke trodde at seksuell rehabilitering var et område for ergoterapeuter. Årsaken til dette var ergoterapeuters arbeidsoppgaver innen andre felt, slik som fysisk rehabilitering og tilrettelegging, og at det var bedre hvis ergoterapeutene konsentrerte seg om den rollen (Northcott og Chard, 2000). Dette viser seg også i studien til Taylor (2011) hvor ingen hadde pratet med en ergoterapeut om seksuell helse og derfor hadde de vanskeligheter med å se for seg en slik samtale med ergoterapeuten. En kvinne sa: «An OT has never discussed anything other than aids, things that you need like bars to get you off the loo or whatever and things like that» (Taylor, 2011, s. 439). Flertallet av ergoterapeuter i studien til McGrath og Lynch (2014) var enige om at de som jobbet i kommunehelsetjenesten var fokusert på å hjelpe folk til å bo hjemme lengst mulig. Utfordringer som ikke hadde en umiddelbar innvirkning på evnen til å bo hjemme, var usannsynlige å ta opp. De fleste kommenterte at noen aspekter ved seksualitet kunne adresseres av ergoterapeuter, men at det var temaer som var mer passende å diskutere med sykepleiere eller leger (McGrath og Lynch, 2014).

Likevel var det tre av syv deltakere i studien til Northcott og Chard (2000) som kanskje kunne tenke seg å prate med en ergoterapeut om seksuelle forhold. For to av disse var relasjonen de hadde til ergoterapeuten avgjørende for å samtale om seksuelle utfordringer. En av de tre deltakerne fortalte at han/hun hadde fått nok av sykepleiere og leger, fordi han/hun ikke ble behandlet som en person, bare en som kom gjennom døra, ble kureret og gikk ut igjen. Denne personen ville definitivt ikke gå til noen med en medisinsk bakgrunn. To av de tre deltakerne mente at ergoterapeuter var kvalifisert til å arbeide med området seksuell rehabilitering. Årsaker til dette var ergoterapeuters kunnskap om mobilitetsproblemer og generell bevissthet

om hvilke effekter funksjonsnedsettelse kan ha (Northcott og Chard, 2000).

Ergoterapeutstudentene reflekterer også rundt hvor stor rolle ergoterapeuter skal ha innen feltet seksuell helse. De tenker at ergoterapeuter ikke skal være spesialister eller sexologer, men at det er en profesjonell forpliktelse å være kompetent nok til å lytte, forstå og henvise videre til andre profesjoner ved behov (Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019).

4. Diskusjon

Dette kapittelet inneholder en oppsummering og diskusjon av resultatene, etterfulgt av diskusjon av metode. Til slutt presenteres anbefalinger og implikasjoner for praksis.

4.1 Oppsummering av resultater

Resultatene viser at kultur er en barriere for å adressere seksuell helse (Lepage, Auger og Rochette, 2020; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Traumer, Jacobsen og Laursen, 2018; McGrath og Lynch, 2014), samt at manglende kompetanse på temaet hos ergoterapeuter og ergoterapeutstudenter, kan bidra til at seksuell helse ikke snakkes om i praksis (Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; McGrath og Lynch, 2014; Lepage, Auger og Rochette, 2020). Samtidig er det også funnet at ergoterapeuter har en mulig kompetanse til å fremme seksuell helse som en meningsfull aktivitet for brukere (Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020; Sakellariou og Sawada, 2006). Hjelpemidler ble ansett som en viktig intervensjon som kan bidra til å muliggjøre seksuell aktivitet (Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019), men at hjelpemidler også har en potensiell negativ virkning på individ og parforhold (Taylor, 2011). Videre er det sett at rammeverket OPH kan bidra til et nytt perspektiv på å arbeide med seksuell helse (Lynch og Fortune, 2019a) og at det blant ergoterapeuter og brukere er ulike meninger om hvilken rolle ergoterapeuter skal ha på dette området (Northcott og Chard, 2000; Taylor, 2011; Lepage, Auger og Rochette, 2020; McGrath og Lynch, 2014; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019).

Funnene vil videre diskuteres opp mot teoretiske perspektiver og tidligere forskning, dette vil knytte bakgrunnen for studien og hovedfunnene sammen, for å kunne undersøke forskningsspørsmålet:

«På hvilken måte kan ergoterapeuter bruke sin kompetanse om meningsfull aktivitet, til å jobbe med seksuell helse for personer med ulike funksjonsnedsettelse?»

4.2 Diskusjon av resultater

Diskusjonen av resultatene er kategorisert i samsvar med resultatkapittelet, hvor resultatene vil bli diskutert opp mot annen forskning og litteratur.

4.2.1 Potensielle barrierer

Ergoterapeuter hjelper personer å overkomme aktivitetsrestriksjoner ved å identifisere barrierer som begrenser deltakelsen i aktiviteter (Connor *et al.*, 2014). Ulike potensielle barrierer i forhold til å ta opp temaet seksuell helse ble identifisert i resultatene. Ved å identifisere barrierer gir dette et grunnlag til å se på mulighetene for endring, slik at deltakelse i seksuelle aktiviteter eller den seksuelle helsen kan bli ivaretatt. Hasselkus (2011) beskriver at vår persepsjon av hva slags aktiviteter som er «passende» i relasjon til vårt samfunn, land, kjønn, alder, størrelse, hudfarge, tidligere erfaringer, religiøs oppdragelse, sosiale relasjoner, forpliktelser og ansvar er alle fenomener som utgjør elementer av kultur i våre aktivitetsliv. Hva som skaper mening i livet vil variere fra personlige og unike verdier og historier til det samfunnet og kulturen en lever i (Hasselkus, 2011). Sett ut ifra dette perspektivet vil de potensielle barrierene som kognitive utfordringer og mental helse også være elementer av kultur i tillegg til etnisitet, kultur og tabu som konkret fremkom i resultatene.

Viktigheten av å forstå og verdsette den kulturelle konteksten av personers aktivitetsverdener (forfatterens oversettelse av «occupational worlds», s.66) har fått økt anerkjennelse de siste årene innen ergoterapi og aktivitetsvitenskapen (Hasselkus, 2011). Hvert menneske lever i sin kulturelle verden (det familiære) og i møte med andre kulturer «det andre», kan man bli mer bevisst på ens egen kultur og kulturen til andre (forskjellene) (Hasselkus, 2011). Innen et kulturelt rammeverk vil personer med funksjonsnedsettelse representere en stor gruppe «andre» i mange samfunn og at helsepersonell er bidragsytere i kategoriseringen av personer med funksjonsnedsettelse som «andre» ved at de er «forskjellige» og trenger hjelp fra helsepersonell (Hasselkus, 2011). Resultatene viser at flere ergoterapeuter trekker frem forskjellene, blant annet at kognitive utfordringer og mental helse hos brukere var barrierer

mot å samtale om seksuell helse. Ergoterapeutstudentene (Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019) reflekterte også over utfordringer innen egen kultur, ved å samtale om seksuell helse med en svensk person (det familiære) og hvordan de så for seg at ytterligere utfordringer ville oppstå ved å samtale med en person av annen kultur og etnisitet (forskjellene). Lignende barrierer i form av tabuer, som eldre og sex eller seksualitet ble også funnet (Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; McGrath og Lynch, 2014). Det kan argumenteres for at ergoterapeutene og studentene som ikke ønsket å initiere til samtale om seksuell helse på bakgrunn av alder, kultur, funksjonsnedsettelse og lignende, gjorde dette fordi de fulgte den kulturelle konteksten de befant seg i. Likevel påpeker Hasselkus (2011) at å ha kulturell kompetanse er å være i stand til å reflektere over kultur som noe mer enn rase og etnisitet og å se innover, utfordre ens egne antakelser, verdier og oppfatninger som individer og yrkesutøvere innen helse.

Mangel på tid hos helsepersonell var en barriere (Traumer, Jacobsen og Laursen, 2018). Lignende funn er gjort hos sykepleiere i studien til Moore, Higgins og Sharek (2013). I begge studiene blir andre barrierer trukket frem før mangel på tid, som muligens kan indikere at andre barrierer er en større utfordring. Fra perspektivet til personer som hadde utfordring med den seksuelle helsen, var tidspunktet temaet ble tatt opp en potensiell barriere (Traumer, Jacobsen og Laursen, 2018). Den samme studien viste hvilke konsekvenser det fikk for brukerne når de selv var klare for å snakke om temaet, men ble avvist. Dette ga en følelse av å bli oversett og ikke være god nok. Avvisende oppførsel fra helsepersonell kan potensielt ha en negativ påvirkning på pasientens velvære og livskvalitet (Graugaard, 2017, som sitert i Traumer, Jacobsen og Laursen, 2018). Både ved at seksuell helse unngås på bakgrunn av ulike barrierer og at personer blir avvist i forsøk om å ta det opp, kan det tenkes at dette kan resultere i at mennesker ikke får utøvd sine meningsfulle aktiviteter. I aktivitetsvitenskapen omtales det som aktivitetsfrarøvelse når mennesker ikke får utøvd sine meningsfulle aktiviteter på bakgrunn av eksterne faktorer (Whiteford, 2014). Narrativer fra livene til mennesker med funksjonsnedsettelse forteller at holdningene i samfunnet er en av de største barrierene for å delta i meningsfylt og nødvendig aktivitet (Whiteford, 2014). Hasselkus (2011) trekker frem viktigheten av å tenke dypere om vår sosiokulturelle verden og konseptene om likheter og forskjeller. Ved å forstå ens egen kulturelle verden samt å undersøke forskjellene i møte med andre kulturer, vil det kanskje kunne oppstå et annet utgangspunkt å jobbe ut ifra, som fremmer den seksuelle helsen og unngår aktivitetsfrarøvelse.

4.2.2 Ergoterapeutens kompetanse

Aktivitet er en stor kilde til mening i livene våre. Mening oppstår fra aktivitet og aktivitet oppstår fra mening. Aktivitet og mening er sammenvevd i livene våre og det ene bidrar til det andre gjennom våre livsløp (Hasselkus, 2011). Aktivitetsperspektivet var også et gjennomgående tema i flere av studiene (Sakellariou og Sawada, 2006; Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020). Aagaard og Langdal (2019) påpeker at engasjement i meningsfulle aktiviteter kan resultere i en økende selvtillit og en motivasjon til å engasjere seg i andre aktiviteter som er meningsfulle. Denne kunnskapen benyttes i ergoterapi ved at meningsfulle aktiviteter er både et mål og et middel for å fremme god helse (Aagaard og Langdal, 2019).

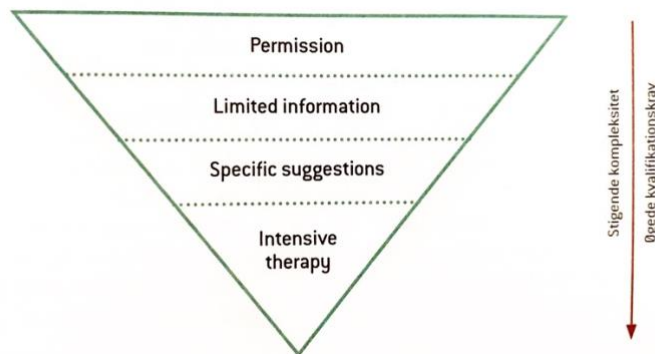
Flere av ergoterapeutene i studiene følte at de hadde kompetanse til å bidra innen seksuell helse (Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020). De kompetanseområdene som ble fremhevet i studiene var tilrettelegging, posisjonering, energiøkonomisering, tilpasning av aktiviteter, endring i aktivitetsutførelse og seksualtekniske hjelpemidler. Ergoterapeuters spesialkompetanse innebærer meningsfulle aktiviteter, der målet er deltakelse og inkludering for alle (Ergoterapeutene, 2017). Aktivitet skaper mening, og aktiviteter er komplekse fordi de har ulik betydning knyttet til seg, både individuelt og sosialt. Disse aktivitetene ønsker ergoterapeuter å identifisere, slik at mennesker skal kunne utvikle sine ferdigheter og å oppleve mestring i hverdagen, til tross for funksjonsnedsettelse, sykdom eller økt alder (Christiansen og Townsend, 2014). For å oppnå dette iverksetter ergoterapeuter tiltak ved å blant annet forenkle, gradere, tilpasse og dele opp aktiviteter slik at mennesker skal kunne vedlikeholde eller utvikle sine aktivitetsroller, aktivitetsvaner og ferdigheter (Ergoterapeutene, 2017). Dette gjøres ved å spørre brukerne om hva som er viktige aktiviteter i deres liv, og ved å ta i bruk analyser, kartleggingsverktøy og intervensjoner (Ergoterapeutene, 2017). Til sammenligning med tiltakene Ergoterapeutene (2017) trekker frem, viser MacRae (2013) konkrete intervensjoner som ergoterapeuter kan gjøre i arbeid med seksuell helse. En av tilnærmingene handler om å gjenopprette ferdigheter, slik som bevegelighet, styrke, kommunikasjon og sosialt engasjement, som en del av å møte seksuelle behov. En annen tilnærming består av å endre omgivelsene eller rutinene til å tillate seksuell aktivitet, slik som posisjonering gjennom vektbærende prinsipper, fysisk posisjon eller ved bruk av posisjoneringsputer (MacRae, 2013). Disse kunnskapene kan muligens være noe av grunnen til at flere av deltakerne i studiene følte seg kompetente nok til å bidra på området seksuell helse.

Derimot opplevde noen av deltakerne en mangel på generell kunnskap om seksuell helse, og de mente at det bidro til at de valgte å ikke ta opp seksuell helse med brukere i deres praksis (McGrath og Lynch, 2014; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020). Ved å anerkjenne at seksuell aktivitet kan oppleves som en meningsfull aktivitet, vil muligens ergoterapeuter kunne skape intervensjoner med brukere på lik linje som ved en annen meningsfull aktivitet. Det kan eventuelt være en mulighet for at ergoterapeuter vil kunne ta i bruk verktøy, redskaper, referanserammer, teorier og modeller som allerede brukes i arbeidet med meningsfull aktivitet, og overføre disse til arbeidet med seksuell helse. Flere av studiene nevnte at ergoterapeuter kan benytte sin spesialkompetanse på tilrettelegging, posisjonering, målsetting, energiøkonomisering, tilpasning av aktiviteter, endring i aktivitetsutførelse og seksualtekniske hjelpemidler (Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020). Dette er kompetanse som ergoterapeuter benytter i arbeid med andre aktiviteter i dagliglivet (ADL) (Tuntland, 2016). Ut ifra at American Occupational Therapy Association (2014) har definert seksuell aktivitet under kategorien ADL, vil dette også kunne være et arbeidsområde ergoterapeuter kan benytte sin kompetanse på. Samtidig vil antageligvis ergoterapeuter med dette kunne bidra til å bryte det såkalte «toveis-tabuet» og bruke sin spesialkompetanse om meningsfull aktivitet og deltakelse i en aktivitet som ofte blir oversett av helsepersonell (Graugaard, Giraldi og Møhl, 2019b).

Manglende retningslinjer fremkommer i resultatene som klare utfordringer og barrierer som bidrar til at ergoterapeuter ikke tar opp temaet seksuell helse med brukere (McGrath og Lynch, 2014; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019; Lepage, Auger og Rochette, 2020). En modell som muligens kan bidra til å trygge terapeutene i sitt arbeid uten retningslinjer, er PLISSIT-modellen (Figur 5). Modellen består av fire nivåer, som viser en gradvis progresjon fra det som skal være allmenn kunnskap for helsepersonell, til det mer spesialisierende. Nivåene starter med å *anerkjenne* seksuelle problemer og helsen til brukere, gi *begrenset informasjon*, komme med *konkrete forslag* og tilby *intensiv terapi*. For å anerkjenne og gi begrenset informasjon, kreves det ingen spesialkompetanse og ergoterapeuter kan behandle brukere ut ifra disse prinsippene. De to siste nivåene krever derimot at helsepersonell har spesialkompetanse på feltet (Graugaard, Giraldi og Møhl, 2019b). Ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer sier at ergoterapeuter skal vite om og gi informasjon om grensene ergoterapeuter har når det kommer til kompetanse (Ergoterapeutene, 2018). Dette vil

muligens sees på som betryggende både for ergoterapeuten og bruker, og kan bidra til faglig forsvarlighet og kvalitet.

Figur 5. PLISSIT-modellen



(Graugaard, Giraldi og Møhl, 2019a)

Sakellariou og Algado (2006) poengterer at det er viktig å huske på at ergoterapeuter ikke er eksperter innen seksualitet, men at deres ekspertise er aktivitet. I studien til Areskoug-Josefsson og Fristedt (2019) kommer det frem at det ergoterapeuter eventuelt kan bidra med er å stille spørsmål og anerkjenne brukernes seksuelle problemer, gi konkret informasjon og henvise videre ved behov. Det å henvise videre og innhente bistand fra andre yrkesgrupper er også en yrkesetisk retningslinje for ergoterapeuter (Ergoterapeutene, 2018). Unge funksjonshemmede (2017) har utviklet tips til gode møter med ungdom med nedsatt funksjonsevne i sin rapport. Noen av tipsene er å se forbi funksjonsnedsettelsen, tilby informasjon om seksualitet, våge å innrømme at en ikke vet alt, samt å våge å spørre om seksualitet. Selv om disse er utviklet mot ungdom og seksualitet er det nærliggende å tenke at disse tipsene også kan være like hjelpsomme for å snakke med voksne eller eldre, innenfor de nivåene ergoterapeuter kan jobbe på i PLISSIT-modellen.

4.2.3 Hjelpemidler

Hjelpemidler ble trukket frem som et kompetanseområde innen seksuell helse for ergoterapeuter (Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019). Resultatene viser at hjelpemidler var en viktig intervensjon for at ergoterapeuter kunne bidra til å muliggjøre seksuell aktivitet (Lynch og Fortune, 2019a; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019). Et hjelpemiddel er et tiltak eller en gjenstand som minsker praktiske utfordringer for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Hjelpemiddelet løser ikke problemer isolert sett og er

ikke et mål i seg selv. Ved å ta i bruk et hjelpemiddel kreves det derfor en kombinasjon av flere tiltak (NAV, 2014). Ergoterapeuter kan sette i gang tiltakene ved ta i bruk ulike intervensjonsstrategier, der en av disse er å anskaffe tekniske hjelpemidler. Dette vil kunne gjøre hverdagen enklere for individer, og tilrettelegges slik at tiltakene på best mulig måte legger til rette for mestring og deltakelse i aktivitet (Ergoterapeutene, 2017). Slik tilrettelegging kan endre aktiviteten og miljøet, og det er viktig å gjøre så liten endring som mulig. Grunnen til dette er aktivitetens mening for den enkelte (Tuntland, 2016).

Meningsfull aktivitet er knyttet sammen med hvordan og hvor den utføres. Hvis tilretteleggingen blir for inngripende, vil aktiviteten kunne oppleves som unaturlig og bidra til at individet motsetter seg å gjøre aktiviteten (Tuntland, 2016). Dette kan ses i funnene i artikkelen av Taylor (2011) hvor ganghjelpemidler, rullestoler, sykehussenger og andre tekniske hjelpemidler var mulige hindre for intimitet. Kvinnen som grunnet sin sykdom hadde fått tildelt en talemaskin, opplevde en del utfordringer. Maskinen hadde en mannlig elektronisk stemme som bidro til at hun sluttet å uttrykke sin kjærlighet til sin mann (Taylor, 2011). Det kan tenkes at kvinnen ut ifra dette opplevde et tap av en viktig rolle i hennes aktivitetsliv, ved å ikke være en partner som får uttrykt sin kjærlighet. Kielhofner (2017) beskriver hvordan tap av roller har en stor innvirkning på menneskets oppfatning av egen identitet. Rollene har dermed en stor betydning og innflytelse på individers meningsfulle aktiviteter og utførelsen av disse (Kielhofner, 2017). Slike eksempler viser at ergoterapeuter bør være bevisst på hvilken effekt tekniske hjelpemidler kan ha på mellommenneskelige relasjoner, og hva et slikt rolletap vil si for enkeltindividet.

4.2.4 The Occupational Perspective of Health

Relasjonen mellom aktivitet og helse er allment anerkjent (Hocking, 2014). Modellen av aktivitet som «å gjøre, å være, å bli og å tilhøre» utviklet av Wilcock (2007) er satt inn i kontekst med seksualitet. Dette er kjente dimensjoner både innen aktivitetsvitenskapen og ergoterapi (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017). Lynch og Fortune (2019a) presenterer dette som et nytt perspektiv på seksualitet som gir større fokus til de ikke-funksjonelle aspektene av seksualitet. De påpeker at det av og til vil være fornuftig å fokusere på noen deler av aktivitet, for eksempel ved å fokusere på et individs evne til å gjøre en seksuell aktivitet, men at den større konteksten som seksuell aktivitet foregår i ikke må bli glemt. Den visuelle fremstillingen av resultatene (figur 4) viser de ulike dimensjonene og hvordan ergoterapeuter kan reflektere rundt seksualitet i sin praksis, samtidig som den viser mulige

innfallsvinkler til temaet med personer som opplever utfordringer med den seksuelle helsen (Lynch og Fortune, 2019a).

Studien til Hordern og Street (2007) tar for seg seksualitet og intimitet etter kreft. I kapittelet om implikasjoner for praksis kommer de med konkrete eksempler på hvordan helsepersonell kan spørre om seksuell helse, for eksempel: «Hvordan har denne behandlingen påvirket intime eller seksuelle aspekter av livet ditt?» eller «Du har vært gjennom så mye siden du fikk diagnosen, hvordan har det påvirket måten du ser på deg selv som en mann eller kvinne?» (Hordern og Street, 2007). Disse eksemplene gjenspeiler Lynch og Fortune (2019a) sin modell for seksualitet (figur 4). Det første eksempelet kan knyttes til aspektet med seksualitet som å gjøre seksuell aktivitet eller andre aktiviteter som omhandler seksuelle eller intime deler i livet. Det andre eksempelet reflekterer dimensjonen «å være» som i følge Lynch og Fortune (2019a) omfatter en persons identitet og roller, som igjen er viktige aspekter av deltakelse i livet som et seksuelt menneske. Forholdet mellom å gjøre og å være handler om sammenhengen mellom en persons følelse av seg selv som et aktivitetsvesen og deres aktive deltakelse i verdsatte og meningsfulle aktiviteter (Chapparo og Ranka, 1997, som sitert i Lynch og Fortune, 2019a).

Lichtenberg (2014) har også utviklet det han kaller åpne spørsmål, til å benytte i samtale om seksualitet med eldre i langtidspleie. Ett av spørsmålene er: «Hva er dine ønsker omkring det å ha et intimt forhold i livet ditt på nåværende tidspunkt?» (Lichtenberg, 2014). Dette spørsmålet kan sees i forhold til dimensjonen «å bli», da det knyttes til ønsker om aktiviteter eller aktivitetsroller en person ikke har på nåværende tidspunkt. Lynch og Fortune (2019a) mener at dimensjonen «å bli» skaper en følelse av en fremtid, endring og selvrealisering av dimensjonen «å være». Samtidig vil det hjelpe å fokusere oppmerksomheten på håpene og målene relatert til den seksuelle delen av en person ved å adressere seksualitet fra dimensjonen «å bli» (Lynch og Fortune, 2019a). Dette kan tyde på at tidligere studier har benyttet de ulike dimensjonene av aktivitet som tilnærming til temaet seksuell helse med ulike brukergrupper, bevisst eller ubevisst, men uten å knytte det direkte til begrepene «gjøre, være, bli og tilhøre».

Modellen til Lynch og Fortune (2019a) kan sees på som et nyttig redskap innen terapeutisk resonnering. Kielhofner (2009) beskriver terapeutisk resonnering som å tenke med teori og har utviklet seks steg av terapeutisk resonnering. Steg 1 og 3 omhandler å generere spørsmål

som støtte til å innhente informasjon om klienten og å utvikle en forståelse av klienten. For å få denne forståelsen skriver Kielhofner (2009) at en må finne ut hvem denne klienten er som et aktivitetsvesen, inkludert klientens ønsker og livsstil. Med de ulike tilnærmingene til seksualitet, kan man både generere spørsmål til informasjonsinnhenting og utvikle en forståelse av klienten.

4.2.5 Ergoterapeutens rolle

Stortingsmelding 15 (St. meld. 15 (2017-2018)) viser til at flesteparten av oss skal og vil bo hjemme lengst mulig. Flertallet av ergoterapeuter i studien til McGrath og Lynch (2014) mente at det var usannsynlig at de tok opp utfordringer som ikke hadde en umiddelbar innvirkning på evnen til å bo hjemme. Likevel viser stortingsmeldingen at for at personer skal bo hjemme lengst mulig er det et krav om systematisk observasjon, oppfølging og kartlegging av individet, inkludert den fysiske- og psykiske helsen, funksjon og de sosiale forhold man har. Ansvar for dette ligger i kommunene (St. meld. 15 (2017-2018)). Dette forutsetter et tverrfaglig samarbeid mellom yrkesgruppene, der ergoterapeuten er delaktig. Her kan ergoterapeuten bidra med å arbeide helsefremmende gjennom å kartlegge deltakelse og inkludering i meningsfull aktivitet hos brukeren (Ergoterapeutene, 2017).

Resultatene viste delte meninger rundt ergoterapeutens rolle i arbeidet med seksuell helse (Northcott og Chard, 2000; Taylor, 2011; Lepage, Auger og Rochette, 2020; McGrath og Lynch, 2014; Areskoug-Josefsson og Fristedt, 2019). Årsaker som ergoterapeutens arbeidsområder innen fysisk rehabilitering (Northcott og Chard, 2000) og hjelpemiddelformidling (Taylor, 2011) ble nevnt som grunner for at ergoterapeuter ikke var de foretrukne personene å snakke med. Rehabilitering og hjelpemiddelformidling er noen av ergoterapeutens arbeidsoppgaver, men Ergoterapeutene (2017) viser at kjernekompetansen til ergoterapeuter har et større arbeidsområde. De utdyper kjernekompetansen som sammenhengen mellom mennesket, den meningsfulle aktiviteten og omgivelsene aktiviteten utføres i. Videre beskriver de at ergoterapeuten ser hvilke ressurser og utfordringer som finnes i dette samspillet gjennom kartlegging, og sammen med bruker kommer man frem til ulike målsettinger og intervensjoner. To deltakere i studien til Northcott og Chard (2000) mente at ergoterapeutens generelle bevissthet om hvilke effekter funksjonsnedsettelse kan ha og kunnskap om mobilitetsproblemer gjorde at de var kvalifiserte for å jobbe med seksuell helse. Likevel ble det trukket frem i den samme studien at relasjonen til den de skulle snakke med var avgjørende. Dette støttes av studien til Kirsh, Trentham og Cole (2006) som viste at å

oppleve trygghet og aksept i ergoterapeut–klient relasjonen var viktig når aspekter som seksualitet skulle snakkes om. Ut ifra dette kan det muligens se ut som at relasjonen til helsepersonellet er mer avgjørende enn kompetansen innen de ulike yrkene for hvem brukere ønsker å samtale med.

Definisjonen av aktivitet i ergoterapi har lenge blitt beskrevet ut ifra kategorier som blant annet: egenomsorg, fritid og produktivitet (Dickie, 2014; Hammell, 2009). McGrath og Sakellariou (2015) trekker frem at kategoriseringen gir lite rom for aktiviteter som seksualitet som ikke konkret går inn under noen av de brede kategoriene. Dickie (2014) mener at denne kategoriseringen ofte er problematisk, ettersom det som er fritid for noen kan være arbeid for andre, samt at hva en person opplever som fritid en dag kan oppleves som arbeid den andre dagen. Hammell (2009) påpeker at ergoterapeuter ofte har prioritert og promotert aktiviteter relatert til egenomsorg, fritid og produktivitet, og ved å gjøre dette har andre aktiviteter blitt ekskludert fra den profesjonelle praksisen. Dette kan muligens vise en side av hvorfor det kan være utfordrende å definere ergoterapeuters rolle innenfor arbeidsområdet seksuell helse. Ergoterapeutstudentene i studien til Areskoug-Josefsson og Fristedt (2019) mente at ergoterapeuter ikke skal ha rolle som spesialister innen seksuell helse, men at det er en profesjonell forpliktelse å være kompetent nok til å lytte, forstå og henvise videre til andre profesjoner ved behov. Dette kommer også frem i strategien for seksuell helse hvor det står at «Ikke alle skal drive sexologisk rådgivning, men helsepersonell med minimum relevant 3-årig utdanning bør være i stand til å ivareta de to nederste trinnene i pyramiden [PLISSIT-modellen]» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26).

4.3 Refleksjon av forfatterens rolle som forskere

Forfatterne i denne studien tok med seg både en forforståelse og forventninger inn i prosessen. Forforståelsen kan påvirke studien ved at den kan styre måten en samler inn og leser materialet (Malterud, 2011). I forkant av litteratursøkene ble forfatterens forforståelse av temaet notert ned og diskutert, for å skape en bevissthet over egen forståelse av temaet. Forfatterens forforståelse var at seksuell helse er et forbigått område innen helsesektoren, både hos ergoterapeuter, sykepleiere, leger og annet helsepersonell. Det var også forventninger om at det ville bli vanskelig å finne forskning på seksuell helse og ergoterapi. Å skrive ned og diskutere forforståelsen førte frem til en mer objektiv innstilling til materialet,

ved at man var mer åpen for at litteratursøkene kunne gi forskjellige og fravikende resultater. Selv om forfatterne i denne studien har vært bevisst på å inneha en objektiv tilnærming til studienes resultater, er det nærliggende å anta at forforståelsen og forventningene kan ha hatt en påvirkning på fremstillingen av resultatene i denne studien.

4.4 Diskusjon av metode

I dette underkapittelet vil styrker og svakheter i studien bli presentert. Dette omfatter diskusjon av valgte metode og analyseprosessen, samt påvirkningen Covid-19 har hatt på denne studien.

Studien har fulgt Aveyard (2019) sin tilnærming til en kvalitativ litteraturstudie, og dette har bidratt til en systematisk prosess. Valget av en kvalitativ litteraturstudie som har tatt for seg kvalitativ forskning har både styrker og svakheter. De kvalitative studiene ga et rikt innblikk i opplevelser og erfaringer til både ergoterapeuter, ergoterapeutstudenter og personer som opplever utfordringer med sin seksuelle helse. Dette var ønskelig da tanken var at det kunne gi mer utfyllende informasjon om hvordan temaet ble arbeidet med og tankene og erfaringene til de enkelte. Sett i ettertid kan det tenkes at å inkludere kvantitative studier i tillegg kunne ha gitt verdifull informasjon i form av at kvantitative studier ofte er gjennomført i en større skala. En blanding av både kvantitative og kvalitative resultater kunne ha bidratt til en bredere innsikt, men det kan tenkes at noe av dybden i resultatene ville ha forsvunnet. Dette begrunnes med at det er ingen interaksjon mellom deltakerne og forskeren i kvantitative studier, og at studiene involverer gjerne mange deltakere (Aveyard, 2019). Ved å benytte litteraturstudie som metode og bygge videre på resultatene fra studien til Grøttå og Hjell (2019), har dette skapt en ny interesse hos forfatterne til å gjennomføre intervjuer, hvis man skulle bygget videre på denne studien.

Mye av forskningen som er gjort innen seksuell helse er rettet mot kjønnssykdommer, HIV/AIDS og reproduksjon. Det er betydelig mindre funn i forskningsartikler som ser på seksuell helse holistisk, og som nytelse og velvære. Det ble ikke funnet studier som konkret viser hvordan ergoterapeuter benytter sin kompetanse om meningsfull aktivitet i arbeidet med seksuell helse. De inkluderte studiene tar for seg om seksuell helse blir/bør tas opp, hvem som tar det opp og hvorfor dette eventuelt ikke blir gjort. Derimot sees det en sammenheng mellom de åtte studiene, hvor alle anerkjenner seksualitet som en meningsfull aktivitet og aspekt i et liv. Selv om seksuell helse er et område som er lite forsket på (Areskoug-Josefsson

og Fristedt, 2019; Northcott og Chard, 2000; Taylor, 2011), kan det foreligge mer konkret forskning på hvordan ergoterapeuter arbeider innen dette feltet, men at det ikke ble avdekket gjennom litteratursøkene. Årsaker til dette kan være bruk av søkeord, databaser og at studien er gjennomført av to studenter som er nybegynnere på forskningsfeltet.

Underveis i studien brøt det ut en global pandemi; Covid-19. Denne ekstraordinære situasjonen har hatt en stor innvirkning på studiens prosess. Situasjonen har resultert i samarbeid og artikkelsøk mellom forfatterne over Skype, ettersom fysiske møter ble frarådet. Samarbeidet var avhengig av en stabil nettverkstilkobling, ikke minst under artikkelsøk der VPN ble brukt for å få tilgang til universitetets avtaler på databaser. VPN var flere ganger overbelastet på grunn av stor pågang, noe som resulterte i trege og avbrutte databasesøk. I tillegg resulterte dette også i at flere eventuelt aktuelle forskningsartikler ikke var tilgjengelige. Disse implikasjonene kan ha hatt en innvirkning på resultatet av studien.

Studien hadde en tidsbegrensning på 13 uker, på bakgrunn av dette ble søkeprosessen avsluttet i overkant av én måned innen ferdigstilling av studien. Det er ønskelig å presisere at det kan ha blitt publisert ny forskning etter endt søkedato, som ikke er inkludert i denne studien. Det er også viktig å påpeke at denne studien har kun brukt seg av databaser og søkemotorer som universitetet har avtaler med.

Studien var ikke begrenset til én spesifikk bruker- eller diagnosegruppe, likevel kunne det tenkes at de inkluderte artiklene kunne hatt like diagnosegrupper. Dette ble ikke tilfellet da de inkluderte studiene viser et bredt omfang av diagnoser, blant annet fra mennesker med ryggmargsskade, cerebral parese, ALS og kreft. Det gjenspeiler forfatterenes ønske om å se seksuell helse fra flere perspektiver.

4.5 Anbefalinger og implikasjoner for praksis

Dette er en studie av liten skala gjennomført på et felt hvor det foreligger lite forskning. Selv om studien inneholder funn fra skandinaviske land, er også andre land som Canada, Australia og Irland representert. Det kan også argumenteres for at seksuell helse som meningsfull aktivitet er individuelt betinget. På bakgrunn av dette er studiens eksterne validitet noe

usikker. Likevel kan denne kvalitative studien bidra til flere perspektiver innen seksuell helse og meningsfull aktivitet, som muligens kan være nyttig i arbeid med seksuell helse:

- Anerkjennelse seksuell aktivitet som en meningsfull aktivitet, dens gjensidige påvirkning på en persons følelse av seg selv som et seksuelt vesen. Støtte personer på sin vei til å bli hvem de ønsker å være i forhold til deres seksualitet, samt å se at dette relaterer til tilhørigheten til andre mennesker, steder, kulturer og samfunn
- Anerkjennelse at mennesker er seksuelle vesen, og at dette kan bidra til at ergoterapeuter kan jobbe mer holistisk og klientsentrert
- Benytte kompetansen om tilrettelegging, posisjonering, målsetting, energiøkonomisering, tilpasning av aktiviteter og teknikker, og tekniske hjelpemidler inn i arbeidet med seksuell helse
- Den seksuelle helsen påvirkning på den generelle helsen og deltakelse i en meningsfull aktivitet kan muliggjøre deltakelse i andre aktiviteter

5. Konklusjon

Hensikten med denne studien var å videre utforske og bidra til den eksisterende litteraturen om seksuell helse som en meningsfull aktivitet og ergoterapiens relevans i forhold til dette. Denne studien har gitt ny kunnskap om hvilken måte ergoterapeuter kan bruke sin kompetanse om meningsfull aktivitet til å jobbe med seksuell helse for personer med ulike funksjonsnedsettelse, ved at rollen til ergoterapeuten ikke er å drive sexologisk veiledning, men å bruke sin kjernekompetanse om mennesket, meningsfull aktivitet og omgivelser. Måten kjernekompetansen kan benyttes på er å ta i bruk eksisterende kunnskap og intervensjoner, som ergoterapeuter allerede bruker med andre aktiviteter i dagliglivet. Ergoterapeutene kan også ta i bruk kunnskap om de ulike dimensjonene av aktivitet for å reflektere og initiere til samtale om seksuell helse. Samtidig sees det et behov for å utvikle mer kunnskap på dette feltet og videre forskning anbefales.

6. Referanseliste

- American Occupational Therapy Association (2014) Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.), *American Journal of Occupational Therapy*, 68 s. 1-48. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>.
- Anderson, R. M. (2013) Positive sexuality and its impact on overall well-being, *Bundesgesundheitsblatt*, 56, s. 208-214. doi: 10.1007/s00103-012-1607-z.
- Areskoug-Josefsson, K. *et al.* (2016) Health Care Students' Attitudes Towards Working with Sexual Health in Their Professional Roles: Survey of Students at Nursing, Physiotherapy and Occupational Therapy Programmes, *Sexuality and Disability*, 34(3), s. 289-302. doi: 10.1007/s11195-016-9442-z.
- Areskoug-Josefsson, K. og Fristedt, S. (2019) Occupational therapy students' views on addressing sexual health, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(4), s. 306-314. doi: 10.1080/11038128.2017.1418021.
- Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care : a practical guide*. 4. utg. London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Beer, D. W. (1997) "There's a Certain Slant of Light": The Experience of Discovery in Qualitative Interviewing, *The Occupational Therapy Journal of Research*, 17(2), s. 110-129. doi: 10.1177/153944929701700206.
- Christiansen, C. og Townsend, E. (2014) *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living*. 2. utg. Edinburgh Gate: Pearson Education Limited.
- Connor, L. T. *et al.* (2014) Participation and Engagement in Occupation in Adults With Disabilities iPierce, D. (red.) *Occupational Science for Occupational Therapy*. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated, s. 107-120.
- Couldrick, L. (1998) Sexual Issues within Occupational Therapy, Part 1: Attitudes and Practice, *British Journal of Occupational Therapy*, 61(12), s. 538-544. doi: 10.1177/030802269806101201.
- Couldrick, L. (2005) Sexual Expression and Occupational Therapy, *British Journal of Occupational Therapy*, 68(7), s. 315-318. doi: 10.1177/030802260506800705.
- Creswell, J. W. (2009) *Research design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3. utg. California: SAGE Publications, Inc.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/?fbclid=IwAR2VaATn48WabZQeamgaqSv7_X4mnHXxexeWrUj4njkuv5LUVVVIjhGjGhY (Hentet: 25. februar 2020).
- Dickie, V. (2014) What Is Occupation?, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. E. (red.) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, s. 2-8.
- Ergoterapeutene (2017) *Ergoterapeuters kjernekompetanse*. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/> (Hentet: 23. april 2020).

- Ergoterapeutene (2018) *Ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:w:/g/EZmYMwTeZVFHlj4s8xDDYwABRyyI0XWFQobjqHGmGyk8xQ?rttime=JRQqrM7u10g> (Hentet: 2. mars 2020).
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4. utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Graugaard, C., Giraldi, A. og Møhl, B. (2019a) *Figur 2* [Bilde].
- Graugaard, C., Giraldi, A. og Møhl, B. (2019b) *Sexologi, Faglige perspektiver på seksualitet*. 1. utg. København: Munksgaard.
- Grøttå, K. A. og Hjell, I. (2019) *Ergoterapi og seksualitet - hvordan kan vi bidra?* Bachelor, Norges teknisk - naturvitenskapelige universitet.
- Hammell, K. W. (2009) Self-Care, Productivity, and Leisure, or Dimensions of Occupational Experience? Rethinking Occupational “Categories”, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), s. 107-114. doi: 10.1177/000841740907600208.
- Hasselkus, B. R. (2011) *The Meaning of Everyday Occupation*. 2. utg. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Helland, Y. *et al.* (2013) Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals, *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 42(1), s. 20-26. doi: 10.3109/03009742.2012.709274.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/> (Hentet: 30. januar 2020).
- Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 3. april 2020).
- Hocking, C. (2014) Contribution of Occupation to Health and Well-Being, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. E. (red.) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, s. 72-81.
- Hordern, A. J. og Street, A. F. (2007) Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives, *Social Science & Medicine*, 64(8), s. 1704-1718. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.12.012.
- Hyland, A. og Mc Grath, M. (2012) Sexuality and occupational therapy in Ireland - a case of ambivalence?, *Disability and Rehabilitation*, 35:1, s. 73-80. doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.688920>.
- Johnson, K. R. og Dickie, V. (2019) What Is Occupation?, i Schell, B. A. B. og Gillen, G. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 13. utg. Baltimore, MD: Wolters Kluwer, s. 2-10.
- Kielhofner, G. (2009) *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. 4. utg. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Kielhofner, G. (2017) *Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til utdanning og praksis*. Overs. av Christophersen, S. 2. utg. København: Munksgaard.
- Kirsh, B., Trentham, B. og Cole, S. (2006) Diversity in occupational therapy: Experiences of consumers who identify themselves as minority group members, *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, s. 302-313. doi: 10.1111/j.1440-1630.2006.00576.x.

- Kristensen, H. K. (2017) Præsentation af aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv, i Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. og Mærsk, J. L. (red.) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. 1. utg. København: Munksgaard, s. 17-26.
- Lepage, C., Auger, L.-P. og Rochette, A. (2020) Sexuality in the context of physical rehabilitation as perceived by occupational therapists, *Disability and Rehabilitation*. doi: 10.1080/09638288.2020.1715494.
- Leseth, A. B. og Tellmann, S. M. (2014) *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm Akademisk. Tilgjengelig fra: <https://issuu.com/cdundervisning/docs/hvordan lese kvalitativ forskning?e=0/65967877>.
- Lichtenberg, P. A. (2014) Sexuality and Physical Intimacy in Long-Term Care, *Occupational Therapy In Health Care*, 28(1), s. 42-50. doi: 10.3109/07380577.2013.865858.
- Lindh-Jacobsen, L. og Jessen-Winge, C. (2017) Meningsfulde aktiviteterets betydning for sundhed og velvære, i Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. og Mærsk, J. L. (red.) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. 1. utg. København: Munksgaard, s. 61-74.
- Lynch, C. og Fortune, T. (2019a) Applying an Occupational Lens to Thinking About and Addressing Sexuality, *Sexuality and Disability*, 37, s. 145-159. doi: 10.1007/s11195-019-09566-7.
- Lynch, C. og Fortune, T. (2019b) *Fig. 1 Occupational perspective of sexuality* [digitalt bilde]. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09566-7> (Hentet: 24. mars 2020).
- MacRae, N. (2013) *Sexuality and the Role of Occupational Therapy*. Tilgjengelig fra: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/RDP/Sexuality.aspx> (Hentet: 20. april 2020).
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- McGrath, M. og Lynch, E. (2014) Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation, *Disability and Rehabilitation*, 36(8), s. 651-657. doi: 10.3109/09638288.2013.805823.
- McGrath, M. og Sakellariou, D. (2015) Why Has So Little Progress Been Made in the Practice of Occupational Therapy in Relation to Sexuality?, *American Journal of Occupational Therapy*, 70. doi: 10.5014/ajot.2016.017707.
- Moore, A., Higgins, A. og Sharek, D. (2013) Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer, *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), s. 416-422. doi: 10.1016/j.ejon.2012.11.008.
- NAV (2014) *Om hjelpemidler*. Tilgjengelig fra: https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/tjenester-og-produkter/hjelpemidler/om-hjelpemidler?fbclid=IwAR2i_3vFNiindOnHpI2wtD5SIw3bk4y5UF5BWEBihs0N-TeSNYkwZ9Oz1tA (Hentet: 17. april 2020).
- Northcott, R. og Chard, G. (2000) Sexual Aspects of Rehabilitation: The Client's Perspective, *British Journal of Occupational Therapy*, 63(9), s. 412-418. doi: 10.1177/030802260006300902.
- Pollard, N. og Sakellariou, D. (2007) Sex and Occupational Therapy: Contradictions or Contraindications?, *British Journal of Occupational Therapy*, 70(8), s. 362-365. doi: 10.1177/030802260707000807.

- Sakellariou, D. og Algado, S. S. (2006) Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link, *British Journal of Occupational Therapy*, 69(8), s. 350-356. doi: 10.1177/030802260606900802.
- Sakellariou, D. og Sawada, Y. (2006) Sexuality after spinal cord injury: The Greek male's perspective, *American Journal of Occupational Therapy*, 60, s. 311-319. doi: 10.5014/ajot.60.3.311.
- St. meld. 15 (2017-2018) (2018) *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?fbclid=IwAR0zQokjUnWqJR_Y5S4zXjv2PfacKi3B0i7DZTva uqsSCf9yjAGQPeYKxOo (Hentet: 15. mars 2020).
- Taylor, B. (2011) The impact of assistive equipment on intimacy and sexual expression, *British Journal of Occupational Therapy*, 74(9), s. 435-443. doi: 10.4276/030802211X13153015305637.
- Tepper, M. S. (2000) Sexuality and disability: The missing discourse of pleasure., *Sexuality and Disability*, 18, s. 283-290. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1005698311392>.
- Traumer, L., Jacobsen, M. H. og Laursen, B. S. (2018) Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, s. 57-66. doi: 10.1111/scs.12600.
- Tuntland, H. (2016) *En innføring i ADL, Teori og intervensjon*. 2. utg. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Unge funksjonshemmede (2017) *Sex som funker - Unges erfaring med seksualitet og funksjonsevne*. Tilgjengelig fra: <https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonsjemmede-no/wp-content/uploads/2019/03/Sex-som-funker-Unges-erfaringer-med-seksualitet-og-funksjonsevne.pdf> (Hentet: 3. februar 2020).
- Whiteford, G. (2014) Occupational Deprivation: Understanding Limited Participation, i Christiansen, C. og Townsend, E. (red.) *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living*. 2. utg. Edinburg Gate: Pearson Education Limited.
- Wilcock, A. A. (2007) Occupation and Health: Are They One and the Same?, *Journal of Occupational Science*, 14(1), s. 3-8. doi: 10.1080/14427591.2007.9686577.
- Wilcock, A. A. og Townsend, E. A. (2014) Occupational justice, i Boyt Schell, B. A., Gillen, G. og Scaffa, M. E. (red.) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, s. 541-552.
- World Health Organization (2006) *Defining sexual health, report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/ (Hentet: 3. februar 2020).
- Young, K. et al. (2020) Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(1), s. 52-62. doi: 10.1177/0008417419855237.
- Aagaard, M. og Langdal, I. (2019) Centrale begreber inden for ergoterapi, i Brandt, Å., Peoples, H. og Pedersen, U. (red.) *Basisbog i Ergoterapi*. København: Munksgaard, s. 111-125.

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg 1. PICOT-skjema

PICOT	
Population/patient/problem	Personer med funksjonsnedsettelse som opplever utfordringer med den seksuelle helsen
Intervention	Meningsfull aktivitet
Context	Ergoterapeuter i ulike arbeidssituasjoner
Outcome	Hvordan kan ergoterapeuter benytte denne kunnskapen i arbeidet med seksuell helse
Type of study	Kvalitativ litteraturstudie

7.2 Vedlegg 2. Søkehistorikk

Søkehistorikk					
Søkedato	Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikler
24.03.2020	1. Occupational therapy 2. Occupational therapist	Medline	1 OR 2 AND 3 OR 4	19	Occupational therapy students' views on addressing sexual health
24.03.2020	1. Occupational therapy 2. Occupational therapist 3. Sexual health 4. Sexuality	Embase	1 OR 2 AND 3 OR 4	180	Sexuality in the context of physical rehabilitation as perceived by occupational therapists Sexuality after spinal cord injury: the Greek male's perspective Sexual Aspects of Rehabilitation: the Client's Perspective
24.03.2020	1. Occupational therapy 2. Occupational therapist 3. Sexual health 4. Sexuality	Cinahl	1 OR 2 AND 3 OR 4	185	The impact of assistive equipment on intimacy and sexual expression Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation Applying an Occupational Lens to Thinking About and Addressing Sexuality.
25.03.2020	1. Sexual health 2. Sexuality 3. Healthcare	SveMed+	1 OR 2 AND 3	278	Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative

7.3 Vedlegg 3. Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Om sjekklisten

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.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

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

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

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

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

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

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *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, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

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

JA

UKLART

NEI

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? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. 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 (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

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

JA

UKLART

NEI

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?

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

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 f.eks. 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?

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

JA

UKLART

NEI

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 (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. 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?

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

JA

UKLART

NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

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 (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(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 f.eks. 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?

