

Helsesøsters seksualundervisning til ungdomsskoleelever

En kvalitativ studie om helsesøstres erfaringer med gjennomføring av seksualundervisning

Elise Christine Lien

Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøsterfag

Antall Ord:21260

Forord

Å skrive denne oppgaven har vært en lærerik og krevende prosess. Jeg er lettet og glad for at jeg endelig kan sette punktum. Nå gleder jeg meg til å fortsette å lære i rollen som helsesøster og menneske. I motsetning til denne oppgaven, er det en prosess som ingen ende tar. Det er flere som har bidratt til at jeg omsider har kommet i mål, og som fortjener en stor takk.

Informantene: Først og fremst må jeg takke dere for noen hyggelige intervjuer hvor dere har bidratt med deres erfaringer, refleksjoner og tid.

Ellinor Beddari; Du fortjener en stor takk. Din veiledning, kunnskap og kritiske innspill har hjulpet meg underveis i prosessen og frem til målet.

Pappa og Mamma; Takk for at dere alltid har troen på meg. Deres støtte og oppmuntring hadde jeg ikke klart meg foruten. Pappa, takk for at du har lest deg opp på faglitteratur og oppgaven. Du har på mange måter kvalitetssikret arbeidsprosessen.

Kristian; Takk for din tålmodighet i den siste perioden. Nå får vi endelig bedre tid! Jeg gleder meg til å ta fatt på fremtiden med deg.

Tante Marit, bror og venner er en gruppe flotte mennesker som fortjener en stor takk for gode innspill, samtaler og gjennomlesning.

Jeg er i sannhet et heldig menneske.

Sammendrag

Bakgrunn: Det har i de siste årene vært et økt fokus på kvaliteten på seksualundervisning til skoleelever. Det påstås fra mange hold at seksualundervisningen varierer og ikke er tilstrekkelig knyttet til ungdoms behov.

Problemstilling: Hvordan gjennomfører helsesøstre seksualundervisningen til ungdomsskoleelever, og hvilke tilpasninger gjøres knyttet til deres behov angående temaet seksualitet?

Litteratur: Tidligere forskning knyttet til ungdommers oppfatning av seksualundervisning, deres informasjonskilder, og helsesøstres opplevelser av å undervise om seksualitet. Litteratur om sosiokulturelle perspektiver på seksualitet, skolehelsetjenesten, helsesøstres ansvarsområde, samt didaktikk og health literacy belyser denne oppgaven.

Metode: Kvalitativ metode av seks individuelle intervjuer. Intervjuene ble analysert med en hermeneutisk tilnærming.

Resultat: Helsesøstrene anser seksualundervisning som en del av sitt ansvarsområde. De opplever at de har en annen kompetanse om ungdom og seksualitet enn hva lærere har. Gjennomføring og tilpasning kan være utfordrende grunnet elevenes variasjoner i erfaring, utvikling, interesser og temaets natur. Helsesøstrene har ulike tilnærminger til kjønnsinndeling av grupper. Helsesøstrene ønsker i større å grad tematisere positive aspekter ved seksualitet. Det fremkommer utfordringer knyttet til stor bredde av tematikker i undervisningen og anledning til å gjennomgå alle. De lærer i stor grad om ungdoms behov gjennom elever som oppsøker dem med ulike problemstillinger knyttet til seksualitet.

Avslutning: Studien viser at tilpasning i seksualundervisning skjer gjennom ulike metoder og vurderinger. Seksualundervisningen tar utgangspunkt i bevisstgjøring av elevenes refleksjoner knyttet til holdningsbaserte spørsmål. Seksualundervisningen viser seg som en arena hvor helsesøster kan synliggjøre seg som en aktør innen skolehelsetjenesten som elevene kan oppsøke ved behov. Studien viser dessuten at helsesøstrene gjør tilpasninger knyttet til språklig avklaring for å kunne gi adekvat undervisning. Språklig avklaring blir benyttet som en plattform for utveksling av forståelse mellom seg selv som individ og faglig aktør, og for elevene som individ og ungdom. Alders og kulturdifferanse er faktorer som krever at helsesøstre er oppdaterte på hva som er aktuelt for ungdomsskoleelevene.

Nøkkelord: Seksualundervisning, seksuell helse, oppfatninger, helsesøster, ungdom, elever.

Summary

Background: In recent years there has been an increased focus on the quality of sexual education for school students. It is claimed from many teams that sexual education varies and is not sufficiently related to youth needs.

Issue: How do public health nurses implement sexual education for junior school students and what adaptations are made to their needs regarding the topic of sexuality?

Literature: Previous research related to youth's perception of sexual education, their sources of information, and healthcare experiences of teaching sexuality. Literature on socio-cultural perspectives on sexuality, school health services, public health nurses responsibility, and didactics and health literacy illustrates this task.

Method: Qualitative method of six individual interviews. The interviews were analyzed with a hermeneutical approach.

Result: The public health nurses consider sexual education as part of their area of responsibility. They find that they have another competence about youth and sexuality than what teachers have. Implementation and adaptation can be challenging due to the pupils' variations in experience, development, interests and the nature of the subject. The public health nurses have different approaches to gender segregation of groups. The public health nurses want to more thematically address positive aspects of sexuality. There are challenges related to the wide variety of themes in the teaching and the opportunity to review all. They largely learn about the needs of young people through students who seek them with different issues related to sexuality.

Conclusion: The study shows that adaptation in sexual education takes place through different methods and assessments. Sexual education is based on awareness raising of the students' reflections related to attitude-based questions. Sexual education appears as an arena where public health nurses can be seen as an actor in the school health service that pupils can seek as needed. The study also shows that the public health nurses make adaptations related to language clarification in order to provide adequate education. Language clarification is used as a platform for the exchange of understanding between themselves as an individual and a professional actor, and for the students as an individual and youth. Age and cultural differences are factors that require the public health nurses to be up to date on what is relevant to the youth school life.

Keywords: Sexual education, sexual health, perceptions, public health sisters, youth, students.

Forord	
Sammendrag	
Summary	
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	4
1.3 Avgrensning og presisering.....	5
2.0 Tidligere forskning	7
2.1 Ungdommers informasjonskilder og behov	7
2.2 Ungdommers oppfatning av seksualundervisning	8
2.3 Helsesøstres oppfatning av seksualundervisning	9
3.0 Litteratur.....	11
3.1 Skolehelsetjenesten	11
3.2 Helsesøsters ansvarsområder.....	12
3.3 Kunnskap, erfaring og skjønnets betydning i praksis	15
3.4 Seksualitet som sosial læring	16
3.5 Didaktiske overveielser	18
4.0 Metode.....	21
4.1 Vitenskapsteoretisk Ståsted.....	21
4.2 Klargjøring av egen forforståelse	22
4.3 Utvalg og rekruttering	23
4.4 Gjennomføring av intervju og transkripsjon	24
4.5 Etske overveielser	25
4.6 Analysemetode	27
4.7 Metodeoverveielser	31
5.0 Presentasjon av resultater	34

5.1 Faglig kunnskap og refleksjoner	34
5.2 Didaktiske overveielser	36
5.3 Seksualundervisningens innhold	39
6.0 Drøfting	41
6.1 Forebyggende faktakunnskap og helsefremmende holdninger	41
6.2 En personlig og profesjonell arbeidsoppgave	45
6.3 Didaktiske overveielser	50
6.4 Kunnskap om ungdom, erfaring og skjønnsbasert praksis	56
7.0 Avslutning	62
7.1 Videre forskning	63
Litteraturliste	
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	
Vedlegg 4	
Vedlegg 5	
Vedlegg 6	
Vedlegg 7	

1.0 Innledning

Dette prosjektet omhandler helsesøsters seksualundervisning til ungdom. Jeg vil undersøke hvordan helsesøstre gjennomfører seksualundervisning og hvilke tilpasninger som gjøres til elevenes behov. Tilpasning handler om at undervisning skal være givende for alle elever (Lyngsnes & Rismark, 2015). For en hensiktsmessig utforming av undervisningsopplegg vil det å ha forhåndskunnskap om hva ungdom selv mener være viktig (Berggrav, 2015). Også med tanke på at ungdom er mottakere av informasjon og inntrykk av seksuell karakter fra mange varierende kilder (Helsedirektoratet, 2017b). Ungdom lærer om seksualitet på forskjellige måter, og landskapet de lærer i forandrer seg. Omfanget og betydningen av kilder har endret i seg over tid. Dette skaper både muligheter og utfordringer for ungdoms seksuelle velvære. Jeg vil også se på hvordan forebyggende og helsefremmede arbeid gjenspeiles i seksualundervisningen.

Senmodernitetens samfunn kan beskrives med stikkord som individualisering, refleksiv modernitet og nye former for risiko. Teknologi og vitenskap skaper muligheter, men også risikofaktorer som er vanskelig å se konsekvensene av, og som først og fremst kan observeres hos ungdom (Helland & Øia, 2000). En konsekvens av samfunnsendringen er at barn og unge i større grad er overlatt til seg selv når det kommer til spørsmål som voksne har liten eller ingen erfaring med (Mach-Zagal, 2009). Flere artikler viser til at ungdom oppgir venner eller jevnaldrende som kilde til informasjon ved spørsmål om seksualitet blant ungdom (Wallmyr & Welin, 2006; Tanton, m.fl, 2015; Whitfield, Jomeen, Hayter & Gardiner, 2013).

Selv om det nå er enkelt å få tilgang til informasjon om seksuell helse av høy kvalitet, er det også økende tilgang til seksuelt eksplisitt materiale, som pornografi. Det er bekymring for at dette kan skape urealistiske forventninger om sex og relasjoner (Tanton, m.fl, 2015; Træen, 2017). En spørreundersøkelse gjennomført i 25 land i Europa viser at norske barn er de som ser mest på porno. Kun et av fire barn mener det er mye bra innhold for dem på nett (Iversen, 2011). Helsepersonell som jobber med ungdom etterlyser adekvate verktøy for å forbedre undervisning om seksualitet og helse, inkludert perspektiver angående kjønnslikestilling og kritisk medieanalyse som følge av pornografiens spredning i media (Mattebo, Larsson, Tydén & Häggström-Nordin, 2013).

I dag er samfunnet er i større grad preget av et kulturell mangfold enn for bare noen år tilbake. Skole består av elever fra ulike kulturer og tradisjoner, og vil gi variasjoner angående

holdninger og kunnskap i forbindelse med seksualitet. Dette gjør at behovet for kompetanse om seksualitet varierer, og kan kreve at det i skolehelsetjenesten blir benyttet ulike pedagogisk virkemidler og innhold avhengig av elevenes sammensetning og bakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Skolehelsetjenesten har en unik posisjon som en arena hvor de aller fleste kan nås (Haugland & Grimsmo, 2004), ved å befinne seg og treffe barn og unge på deres arena (Barneombudet, 2013).

Det er ikke et formalisert krav at helsesøstre gjennomfører seksualundervisningen i skolen, men 92% av kommunene i Norge samarbeider med skolehelsetjenesten når det gjelder prevensjon- og samlivsveiledning (Utdanningsdirektoratet 2009, referert i Toreid, 2015). Målet er å gi ungdom informasjon som vil kunne bidra til at de gjør helsebringende valg (Mattebo m.fl, 2013). Få har seksualitet som tema i sin utdanning. Det innebærer at man ofte må bruke sin egen seksualitet som referanse (Vildalen, 2014). Seksuelle problemstillinger utfordrer oss på en annen måte enn andre menneskelige problemstillinger fordi det berører oss følelsesmessig, moralsk og faglig (Pedersen, 2016).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Foucault (1995) sine betraktninger kan bidra til en forståelse for hvorfor seksualitet ofte blir omtalt som et utfordrende tema. Jeg anser at beskrivelsene har vært betydningsfulle for mitt forståelsesgrunnlag gjennom oppgaven, og vil derfor kort nevnes. Langfeldt (2013) betraktninger vil også kort nevnes. Foucault (1995) beskriver hvordan kroppen og kjønnet blir tilnærmet som objekter fremfor individsubjekter. Foucault (1995) hevder at vi i et samfunnsperspektiv heller viderefører 1800- tallets måte å forholde seg til kjønnet ved å objektivere kjønn som tematikk. Dette gjøres med vitenskapelige termologier og tilnærminger.

I følge Foucault (1995) kan seksualitet betraktes i forbindelse med sosial kontroll, og beskriver to typer biologisk makt. Makt som kontroll av kroppen, og makt ved kontroll over befolkningen. Seksualitet er bindeleddet mellom disse to typene av makt, og seksualitet kan slik sett anses som område for myndighetenes disiplinering og kontroll (Foucault, 1995). Ordet seksualitet er nokså nytt i språket vårt, og ble skapt en gang på 1700-tallet. Heller ikke Foucault fant opphavet til ordet (Langfeldt, 2013:11). Seksualitet ble en betegnelse på den vitenskapelige forståelsen av kjødets lyster, men den vitenskapelige forståelsen knyttet til

seksuelle handlinger var utelukkende styrt av kirken, som hadde monopol på sannheten. Onani og homofili ble patologisert som symptom på psykiske lidelser (Langfeldt, 2013). Først i 1972 ble samliv utenfor ekteskapet og sex mellom to menn avkriminalisert i Norge, slik at det ikke lenger var formelt straffbart (Røthing & Svendsen, 2009).

Det fins ulike måter å definere og forstå begrepet helse. Glavin & Kvarme (2003) skriver at helsesøsters arbeid skal utøves sett ut fra en forståelse om at det er ulike perspektiver på helse og innebærer at helsesøster har forståelse for hvordan ulike faktorer av samfunnsmessige, miljømessige og personlig karakter påvirker helsen. Veiledning, rådgivning og undervisning er metoder som benyttes for å initiere hjelp til selvhjelp, brukermedvirkning og nettverksarbeid. Ulike yrkesgrupper, organisasjoner, administrasjoner og politikere er noen aktører som er helsesøstres samarbeidspartnere (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1998, referert i Glavin & Kvarme, 2003).

Min oppfattelse har vært knyttet til et perspektiv på at fokus i seksualundervisningen er knyttet til risikofaktorer og forebygging. Jeg har stilt spørsmål om ikke helsefremmende faktorer innen seksualitet i større grad burde bli tematisert i seksualundervisningen. Videre oppsto en undring angående hvordan helsesøstre imøtekommer ungdommenes nysgjerrighet og behov angående seksualitet i seksualundervisningen, og hvordan medvirkningsmuligheter elever og helsesøster har knyttet til undervisningen. Medvirkning kan slik forstås som en forlengelse av tilpasning av undervisningen.

Dette bidro derfor også til valg av teoretiske forståelsesrammer og forskning jeg benyttet meg av. Ved forskningssøk fremkom det mye som omhandlet forebyggingseffekt av seksuelle overførbare sykdom og reduksjon av abort og tidlig samleiedebut. I nyere litteratur fant jeg derimot teorier og refleksjoner som omhandlet både viktigheten av det å forhindre ulike negative aspekter som seksuelle situasjoner kan føre til, men også viktigheten av å fokusere på positive aspekter med seksualitet.

Ungdom blir eksponert med inntrykk og informasjon med seksuelt innhold fra flere ulike hold (Helsedirektoratet, 2017b). Medier som tv og internett har blitt arenaer hvor alvorlige temaer presenteres som underholdning, der kontrastene vies oppmerksomhet og nyansene blir borte. Det kan stilles spørsmål ved hvordan påvirkning det har når en erigert penis blir redigert vekk eller gis høy aldersgrense, men ikke mennesker som får skutt vekk hodet eller kappet av

kroppsdeler (Langfeldt, 2005). Dessuten fører den teknologiske utviklingen og informasjonsflyten fra internett og media med seg ukjente og nye problemstillinger. Samfunnsendringer vil også føre til endringer i det forebyggende og helsefremmede arbeidet. Spørsmålet om hvordan helsesøstre håndterer dette knyttet til seksualitetsundervisning fremkom etter refleksjoner som nettopp nevnt.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i overnevnte begrunnelser er problemstillingen følgende:

- *Hvordan gjennomfører helsesøstre seksualundervisningen til ungdomsskoleelever, og hvilke tilpasninger gjøres knyttet til deres behov angående temaet seksualitet?*

Problemstillingen kan knyttes til følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan forstår og vurderer helsesøstre elevens behov knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid når det gjelder seksualitet?

Ulike sider ved helsesøsters håndtering ses i lys av helsesøsters oppgaver, ansvar og mandat hvor helsetjenesten og skolens forskjelligartet ståsted fokuseres. Videre belyses oppgaven skolehelsetjenestens overordnede ansvar rettet mot helsefremmende og forebyggende arbeid og de tilpasninger helsesøstre gjør for å fremme seksuell helse og forebygge sykdom og risiko.

Hensikten med studien er å bidra til kunnskapsutvikling i tjenesten ved å innhente helsesøstres betraktninger og oppfatninger om hvordan ungdomsskoleelever behov vurderes av helsesøstre og hvordan disse behovene imøtekommes i seksualundervisning. Faglig perspektiver og diskusjon rundt tema kan bidra til dette. Målet er å belyse betraktninger og nyanser angående tematikken. Forskningsspørsmålene kan sies å være en forlengelse av begrepet medvirkning. Da studien har fokus på helsesøstres betraktninger, vil tilpasning også innebære tilpasninger helsesøstre gjør knyttet til egen komfort for å best kunne tematisere et emne som kan være utfordrende å snakke om.

1.3 Avgrensning og presisering

Skolehelsetjenesten skal ifølge Helsedirektoratet (2017a) tilby seg å bidra i undervisning om seksuell helse. Målet er at alle barn og unge får nødvendig kunnskap og handlingskompetanse om seksuell helse og skal bidra til å forebygge seksuelle overgrep (Helsedirektoratet, 2017a). Min studie avgrenser seg til den undervisningen helsesøstre gir i temaet seksualitet til ungdomsskoleelever. Dette inkluderer helsesøstre som jobber ved helsestasjon for ungdom og helsesøstre ansatt i skolehelsetjenesten. Helsestasjon for ungdom skal være et supplement til undervisningen i skolen og til den undervisningen skolehelsetjenesten gir innen seksuell helse (Helsedirektoratet, 2017a).

I den nye nasjonale strategien for seksuell helse er seksualundervisning definert som følgende:

«Seksualitetsundervisning defineres av WHO Europa som en livslang prosess hvor individet tilegner seg informasjon og danner egne holdninger og verdier. Seksualitetsundervisning etter denne standarden omfatter temaer som seksuell utvikling, seksuell og reproduktiv helse, relasjoner mellom mennesker, følelser, intimitet, kroppsbilde og kjønnsroller. Det vektlegges at undervisningen skal respektere menneskerettigheter og mangfold, tilpasses barn og unges alder, kunnskapsbehov og kulturbakgrunn, oppmuntre til kritisk tenkning og kommunisere en positiv livsløpstilnærming til seksualitet. Undervisningen skal være fundert i vitenskapelig informasjon og bør diskutere konsekvenser av at menneskerettigheter/seksuelle rettigheter krenkes» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017:18).

Når jeg underveis i oppgaven refererer til seksualundervisning, så gjelder dette hovedsakelig helsesøstres undervisning om seksualitet. Jeg benytter samme definisjon av begrepet som Helse- og omsorgsdepartementet, da det er Norges ledende departementet innen helsepolitikk, folkehelse, helsetjenester og helselovgivning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Begrepene seksualundervisning og seksuell helse vil begge benyttes i oppgaven. Jeg forstår det slik i definisjonen til Helse- og omsorgsdepartementet (2017) at seksuell helse er utgangspunkt for seksualundervisning, og som videre innebærer ulike begreper som utdyper og påvirker seksuell helse.

Seksuell helse blir i dag beskrevet som fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet. I tillegg til å omhandle det fysiologiske og fysiske, omfatter seksuell helse også tanker, følelser og handlinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Alle mennesker er født med en seksualitet (Langfeldt 2013; Kruse & Carlberg, 2014; Træen 2017). Seksualitet er et grunnbehov og aspekt av å være menneskelig og kan ikke skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet finnes i energien som driver mennesker til å søke nytelse, kontakt, varme, nærhet, og kjærlighet. Seksualitet påvirker tanker, følelser, handlinger og reaksjoner og er slik sett en del av vår fysiske og psykiske helse (Kruse & Carlberg, 2014).

Studiens avgrensning gjenspeiles i problemstillingen ettersom jeg har valgt å ta utgangspunkt i helsesøstre som gjennomfører seksualundervisning til ungdomsskoleelever. Jeg har en forståelse at det varierer mellom klassetrinnene for når undervisningen gjennomføres. Jeg vurderte at det kunne føre til vanskeligheter med rekruttering slik at dersom jeg avgrenset studien til å kun omhandle undervisning gitt til et spesifikt klassetrinn. Jeg anså det derfor som hensiktsmessig å inkludere alle tre klassetrinnene i ungdomsskolen. Studien tar sikte på seksualundervisning gitt til begge kjønn.

2.0 Tidligere forskning

Under utarbeidelsen av problemstillingen søkte jeg Jeg benyttet Oria, Idunn, PubMed, Cinahl, Erik, Cochrane, SweMed+ og Google scholar som databaser for mine søk. Søkeord som ble benyttet var blant annet «*sexual education*», *“youth”*, *“adolescence”*, *“public health nurse”*, *“school nurse”*, *“sexuality”*, *“user involvement”*, *“participation”*, *“engagement”* og *“adjustment”*. Jeg kombinerte begrepene og søkte dem også på norsk. Det var sparsomt med vitenskapelig forskning knyttet direkte til mitt forskningsfokus.

Neste underkapitler vil presentere forskningsartikler som viser til ungdoms perspektiver på seksualundervisning. Jeg har valgt å inkludere forskning angående ungdoms perspektiv angående informasjonskilder og seksualundervisning, da jeg anser dette som relevant knyttet til problemstilling og forskningsspørsmål.

Ved søk fremkom det i hovedsak kvantitative data angående tematikken. Foruten forskning fra Norge er det inkludert forskning fra Storbritannia, Canada og Amerika da jeg tenker det er sammenlignbart med Norge grunnet kultur, utdanning og levevilkår. Forskning fra land som i liten grad har overføringsverdi til Norge ble utelukket, deriblant afrikanske og asiatiske land.

2.1 Ungdommers informasjonskilder og behov

En tverrsnittsundersøkelse fra England benyttet spørreskjema i en undersøkelse av 2036 ungdommer i alderen 13-16 år. Målet var å identifisere ungdommers foretrukne kilder til informasjon og støtte angående seksuell helse. Resultatene viser at ungdommer finner uformelle kilder mer nyttige. Venner, TV, mødre og internett er de mest foretrukne kildene. Ungdom føler seg mer komfortable ved å benytte slike uformelle kilder. Det fremkom at informasjonsbehovet angående seksuell helse bestemmes ut fra alder og kjønn, og endres ved økt seksuell aktivitet. Som formell kilde til informasjon rapporterte 33,9 % helsesøster som nyttig kilde (Whitfield, Jomeen, Hayter & Gardiner, 2013).

En sannsynlighetsundersøkelse fra Storbritannia vurderte blant annet ungdommers informasjonsbehov angående seksualitet, hvordan de opplevde at seksualundervisning imøtekom deres informasjonsbehov og foretrukne kilder til ytterligere informasjon. Den siste av tre undersøkelser foregikk i 2010-2012 hvor 1729 menn og 2140 kvinner i alderen 16-24 år besvarte spørreskjema. Majoriteten av både menn og kvinner oppgir undervisning på skolen som kilde til informasjon angående seksualitet, etterfulgt av jevnaldrende. 28,6% av mennene oppgir internett som kilde mot 14% av kvinnene. Pornografi ble oppgitt som kilde til

informasjon av 22,9% av mennene mot 2,2% av kvinnene (Tanton, m.fl, 2015). Studien i sin helhet gir gode data angående ungdommers kilder til seksualinformasjon og hvordan de har endret seg de siste 20 årene. En grov oppsummering av funnene viser at skolens seksualundervisning i økende grad identifiseres som informasjonskilde, men at den ikke imøtekommer informasjonsbehovet i den grad ungdommer ønsker. Ungdom etterlyser mer informasjon av et bredere spekter emner (Tanton, m.fl, 2015).

2.2 Ungdommers oppfatning av seksualundervisning

Toreid (2015) utførte en undersøkelse basert på observasjon, intervju og spørreundersøkelse. Datainnsamlingen omfattet 212 elever fra 9- og 10- trinn. To norske skoler ble inkludert, derav en kasus-gruppe og en kontroll- gruppe. Kontrollgruppen besto av kun 19 elever, så det må stilles spørsmål på svarenes validitet. Elevene fikk seksualundervisning, og besvarte i etterkant et anonymisert spørreskjema med klassetrinn, kjønn, spørsmål om preferanser for kjønnsdelte klasser og tilfredshet med undervisningen. To helsesøstre ble intervjuet. Målet var å finne ut av om elevene hadde et bedre læringsutbytte av kjønnsdelt seksualundervisning. Resultatene viste at det elevene stort sett er tilfreds med undervisningen, særlig på 10-trinn. For 9-trinn ønsket 67, 9% av jentene og ca. 25% av guttene kjønnsdelt undervisning. For majoriteten av guttene spilte det ingen rolle.

Redd Barna (2005) gjennomførte en studie med ca. 50 ungdommer i alderen 15-20 år, fra ulike miljøer og med ulik bakgrunn og holdninger for å synliggjøre ungdommenes tanker og løsningsforslag angående seksualdebatten. De ble spurt om hvor de lærer om seksualitet, hvem de blir påvirket av, oppfatning av seksualundervisningen i skolen og hvordan de mener den kan bli bedre. Ungdommer ønsker at skolen skal spille en viktigere rolle når det gjelder seksualinformasjon og for å danne grunnlag angående holdninger til seksualitet. De oppfatter ikke helsesøster eller skolen som en negativ aktør, men mener de påvirker i liten grad. Videre fremstår det som viktig at den aktuelle personen som skal gi seksualundervisning har kompetanse om faget og kommuniserer godt med ungdom (Grande, 2005).

Videre nevner ungdom at de lærer om seksualitet fra ulike hold, deriblant venner og media. Det er delte meninger blant ungdommer om hvorvidt tidlig seksualundervisning vil medvirke til fokus på sex og press, eller om det å få god informasjon tidlig vil være forebyggende. Gjennomgående er ungdommene klare på at å stoppe medias fokus på sex er en stor prosess.

Derfor vil skolen være et egnet sted å starte fordi der kan de fleste nås, og det er gode muligheter for at undervisningen kan imøtekomme ungdommers behov og ønske for hva de skal lære. Gjennomgående er ungdommene bekymret over det økte sexfokus i media, både for ungdommer generelt og de som er yngre. De ønsker selv å ha størst påvirkning i forhold til egen seksualitet. Internett ble oppgitt som opplysningskilde for seksualinformasjon (Grande, 2005).

Også i 2015 gjennomførte Redd Barna en studie hvor ungdom etterlyser bedre og mer seksualundervisning i skolen. De etterlyser også seksualundervisning som ikke bare fokuserer på prevensjon og seksuelle overførbare sykdommer, men også sunne og trygge relasjoner, entusiastisk samtykke, hvordan man kan gjenkjenne lyst og ikke-lyst, og viktigheten av å kjenne sin egen kropp for å ha god sex. De ønsker også rom for å snakke om porno, slik at de bedre kan forstå at eget sex-liv ikke behøver å ligne det dem ser på film (Berggrav, 2015).

Bjørnebekk (2015) har intervjuet ungdommer om hvordan de opplever seksualundervisningen på skolen. Ved spørsmål om hva de gjør dersom de lurer på noe angående kropp og seksualitet, nevner de fleste at helsesøster kan være en løsning. Dette oppleves mer som en tenkt mulighet enn en realitet. Fordi helsesøster sjeldent er tilgjengelig, blir internett en løsning.

En studie fra Canada synliggjør viktigheten av å engasjere ungdommer i utarbeidelsen og planleggingen av seksualundervisningen. Den påpeker også at aktører som spiller en sentral rolle i seksualopplysning også bør vinkle undervisningen til positive aspekter ved sex, som nytelse og gode relasjoner, og ikke hovedsakelig på «risiko» som seksuell overførbare sykdommer og prevensjon (Oliver, Meulen, Larkin & Flicker, 2013).

2.3 Helsesøstres oppfatning av seksualundervisning

Toreid (2015) observerte 10 undervisningstimer og intervjuet to helsesøstre i forbindelse med undersøkelse om kjønnsdelt undervisning. Toreid (2015) observerte mer elevaktivitet som hun nærmere beskriver som klasseromsaktivitet, dialog og diskusjonsforum i kjønnsdelte klasser. Hovedkonklusjonen basert på intervjuene av helsesøstrene var at de foretrakk kjønnsdelte grupper da de hadde oppfatning av at elevene på den måten fikk best læringsmiljø, konsentrasjon og bedre muligheter for å lære.

En kvantitativ spørreundersøkelse fra Skottland viser at skolehelsesøstre blir ansett som egnede undervisere innen kjønnsopplæringen i skolen da det antas at de er velutdannet innen seksuell og reproduktiv helse. Likevel er det mangel på lederskap, strategi og en ukoordinert tilnærming til å formidle denne tematikken. Målet for studien var å utforske pedagogiske forberedelser til skolehelsesøstre som understøtter undervisning innen seksualitet for skotske skoleelever. Majoriteten av skolehelsesøstre mente at seksualundervisning var en del av deres rolle. Likevel oppga mange av helsesøstrene at opplevde seg utrygge i forbindelse med dette emnet og at en videre opplæring innen tematikken trengs. Over 75% av skolehelsesøstrene var involvert i undervisningen, og 58,5% mente de hadde behov for opplæring knyttet til seksualundervisning (McFadyen, 2004).

Sex & Samfunn (2017) utførte en undersøkelse med formål å kartlegge hvordan elever på 10-trinn og første år på videregående skole opplever seksualundervisningen i skolen og hva de savner av opplæring. Majoriteten var 16 år når undersøkelsen ble gjennomført. Elevene ble trukket tilfeldig på Kantar TNS sin befolkningsbase stratifisert etter alder og kjønn. 2433 elever besvare spørreundersøkelsen de fikk tilsendt via SMS (Hind, 2017). 5 av 10 elever oppgir at det var temaer de savnet i undervisningen. Blant dem var sex, sex generelt og knyttet til spesifikke problemstillinger, voldtekt, overgrep, grenser, kjønnsidentitet/-identitet, graviditet, debut og abort. Mellom seks og syv av 10 har hatt seksualundervisning gitt av helsesøster. Ellers ble kontaktlærer, andre lærere ved skolen eller eksterne aktører nevnt som undervisere i seksualitet (Hind, 2017).

I en kvalitativ undersøkelse fra Amerika fremkom det at selv om helsesøstrene ikke har formell undervisning om seksualitet i skolen, har dem jevnt over uformelle sesjoner med ungdom om seksualitet og seksuell helse (Brewin m,fl, 2014). De opplevde at ungdom har behov for mer informasjon om seksuell helse enn hva dem får, men at samarbeidet med skolen, eller mangelen på sådan, var til hinder for dette. De opplevde ofte at det var lav toleranse for å snakke om seksualitet blant skolens ansatte, deriblant lærerne (Brewin m, fl, 2014).

3.0 Litteratur

Innledningsvis i dette kapitlet vil jeg beskrive skolehelsetjenestens rolle som en helsetjeneste i et skolesystem. Dette for å danne en grunnlagsforståelse slik at senere presentert teori kan ses i lys av denne. Deretter vil jeg presentere teori om det forebyggende og helsefremmende arbeidet da det er en sentral del av helsesøsters ansvarsområde. Videre vil jeg benytte teori om betydningen av kunnskap, skjønn og erfaring i praksis. Deretter vil jeg kort nevne hvordan seksualitet kan forstås som sosial læring. Da problemstillingen omhandler undervisning anser jeg teori angående didaktikk som relevant, og vil derfor avslutningsvis i kapitlet beskrive betydningen av didaktiske overveielser og health literacy, da seksualundervisning innebærer formidling av helseinformasjon

3.1 Skolehelsetjenesten

Helsesøster må i skolehelsetjenesten forholde seg til to etater. Skolen ligger under skoleetaten, mens helsesøster representerer den kommunale helseetaten. Det er hensiktsmessig at helsesøster deltar på skolens planleggingsdager og presenterer skolehelsetjenestens oppgaver og tilbud. Siden kunnskap om helse inngår i skolens læreplaner bør helsesøster samarbeide med skolens ansatte om hvilke helseopplysning og undervisning de ønsker at skolehelsetjenesten skal bidra med (Glavin & Kvarme, 2003). Kompetansemål angående seksualitet er oppgitt i fagene KRLE (kristendom, religion, livssyn, etikk), samfunnsfag, naturfag og norsk (Utdanningsdirektoratet, 2011).

Helsearbeidet i skolen stammer tilbake til 1860-årene, da skolegang ble obligatorisk for alle barn (Glavin & Kvarme, 2003). Formålet med skolehelsetjenesten er å fremme fysisk og psykisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold, samt forebygge sykdom og skader (Helsedirektoratet, 2017a). God helse for barn handler foruten å hindre sykdom om å sikre deres fysisk, psykisk og sosial trivsel (Barneombudet, 2013). Tjenesten er lovfestet og skal sikre at alle skolebarn skal ha mulighet til å oppsøke en ansatt i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017a; Barneombudet, 2013). For elevene på skolen er det viktig at ansatte i skolehelsetjenesten er tilgjengelig på skolen og vet hvor, når og hvordan de kan ta kontakt med tjenesten (Helsedirektoratet, 2017a).

Gjennom å være til stede i skolen vil elever ha anledning til å ta kontakt ved behov (Helsedirektoratet, 2017a). Unge har behov for en voksen fagperson som de kan oppsøke med små og store spørsmål for veiledning knyttet til helse og trivsel og for å korrigere eventuelle

misoppfatninger (Kvarme i Glavin m, fl, 2016). Skolen er utpekt som den viktigste arenaen for helsefremmende og forebyggende arbeid blant unge (Haugland & Grimsmo, 2004), og gevinsten er signifikant sammenlignet med å sette inn ressurser på et senere tidspunkt (Helsedirektoratet, 2017b). Skolehelsetjenesten skal i samarbeid med skole, hjem og annet hjelpeapparat identifisere og løse helsemessige problemer både på individnivå og skolemiljøet i sin helhet (Kvarme i Glavin m, fl, 2016).

I skolehelsetjenesten består helsesøsters arbeids- og ansvarsoppgaver av planlegging, individ- og miljørettede tiltak, vaksinasjon og samarbeidsmøter med skolen. Helsesøster gir også helseopplysning ovenfor individer og grupper. En vesentlig viktig del av arbeidet er planlegging. Det bør utarbeides planer for hele skoleåret innen gitte rammer og i samarbeid med lærerne, slik at helsesøsters arbeid og skolens program kan tilpasses hverandre (Glavin & Kvarme, 2003). En undersøkelse viser at 7 av 10 lærere benytter seg av helsesøster når seksualundervisning skal gjennomføres (Hind, 2017).

I retningslinjene for skolehelsetjenesten er det opplyst som en sterkt anbefaling at tjenesten bør bidra i seksualundervisning gjennom samarbeid med skolen, samt tilby gruppeundervisning etter behov. Undervisningen bør sikre at unge får nødvendig handlingskompetanse og kunnskap om seksuell helse til å takle de seksuelle situasjonene de står ovenfor, og bidra til å forebygge seksuelle overgrep. Undervisningen skal sees i sammenheng med skolens læreplaner (Helsedirektoratet, 2017a).

3.2 Helsesøsters ansvarsområder

Helsesøstre er satt til å utføre tjenester som bidrar til å forebygge sykdom og fremme helse (Chalmers & Kristajanson, 1989). Helsefremmende og forebyggende arbeid utelukker ikke hverandre, men utfyller og har sammenheng med hverandre. Likevel har forebyggende og helsefremmende arbeid ulike formål. Helsefremming har som formål å styrke det som har positiv innvirkning på helsen, mens forebyggende arbeid har som formål å redusere risikofaktorer og forhindre sykdom (Kassah, Pedersen & Tingvoll, 2016).

Målet med helseopplysning er å gi den enkelte et kunnskapsgrunnlag for å ivareta egen helse (Helsedirektoratet, 2017 ab). Helseopplysning er et eksempel på helsesøsters forebyggende arbeid. Helseopplysning kan formidles på individ-, gruppe og samfunnsnivå.

Helsekommunikasjon er en annen form for helseopplysning, og helsesøstertjenestens helsefremmende arbeid kan være et eksempel på en slik kommunikasjon.

Helsekommunikasjon forutsetter at det er to likeverdige parter som har en dialog om hvordan

en kan fremme helse og forebygge sykdom. Kommunikasjonen vektlegger brukermedvirkning, og at mottakeren av informasjonen er aktivt deltakende, ekspert på eget liv og vet selv hva som passer best i egen situasjon (Kvarme i Glavin m, fl, 2007:33).

Teorien om det forebyggende og helsefremmende arbeidet kan sees i sammenheng med helsesøsters seksualundervisning til elever på ungdomstrinnet, da anbefalingene om hva som bør tematiseres kan påstås å innebære både forebyggende og helsefremmende faktorer. Skolehelsetjenesten bør tilby sin kompetanse i undervisning om kjærlighet, identitet, forelskelse, grenser, fysiologi og anatomi (herunder erogene soner) prevensjonsmiddel og seksuelle overførbare sykdommer (Helsedirektoratet, 2017a). Jeg vil derfor i de neste underkapitlene se nærmere på hva som kjennetegner det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

3.2.1 Forebyggende arbeid

Folkehelsemodellen har vært styrende helsesøsters arbeid hvor fokuset har vært på identifisering av risikoutsatte samfunnsgrupper og hvordan imøtekomme deres behov. Dette er definert som forebyggende arbeid. Screening av risikogrupper og helseopplysning til barn og foreldre er de mest brukte arbeidsmetodene innenfor denne modellen. Helsesøster definerer et aktuelt eller potensielt problem og etterstreber ut i fra dette å intervenere (Chalmers & Kristajanson, 1989).

Utgangspunktet for det forebyggende arbeidet er naturvitenskapelig kunnskap om hvordan sykdom oppstår og utvikles, og hovedmålet er å identifisere risikofaktorer slik at en forhindrer utvikling av problemene. Helseopplysning til befolkningen er et sentralt virkemiddel i det forebyggende arbeidet for å øke befolkningens kunnskapsgrunnlag, og foregår gjennom undervisning og rådgivning. Kritikkk mot det forebyggende arbeidet har vært rettet mot at det kan føre til et fokus mot sykdom- og risiko som bidrar til at befolkningen blir bekymret for det som kan gjøre dem syke (Kvarme, 2007).

3.2.2 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid beskrives som en prosess som muliggjør å øke kontrollen over og forbedre egen helse hos mennesker. Helse blir ansett som en ressurs for hverdagen, og ikke målet om å leve. Å være i stand til å identifisere og realisere ambisjoner, tilfredsstille behov og endre eller takle miljøer er faktorer får å kunne oppnå psykisk, fysisk og sosial velvære

(WHO, 1986). Et alternativ til folkehelsemodellen er samfunnsdeltakermodellen som styrer det helsefremmede arbeidet. Helsesøstre skal bidra til at samfunnsdeltakere selv kan identifisere og finne løsninger på sine problemer. På den måten flyttes makten fra den profesjonelle til individet selv (Chalmers & Kristajanson, 1989).

Empowerment kan knyttes til det helsefremmende arbeidet. Et grunnsyn i empowerment er et positivt syn på mennesket som et aktivt og handlende individ som vil handle etter sitt eget beste dersom forholdene tilrettelegges for det. Et grunnleggende metodisk prinsipp er at en som fagperson skal medvirke til at individet får bevissthet om sin egen situasjon og om hva som kan gjøres for å endre den i en positiv retning. Dette skjer gjennom en dialog hvor individet er ekspert på egen situasjon og fagpersonens funksjon består i å fungere som en ressursperson som skal hjelpe individet frem i sine refleksjoner om egen situasjon. Fagpersonen skal slik sett ikke være passiv, men bidra med sin kompetanse slik at tjenestebrukeren kan tenke over mulige resultater og konsekvenser av ulike beslutninger og handlingsvalg (Askheim & Starrin, 2007).

Veiledning er en pedagogisk metode for helsesøstre i dialog med tjenestebrukeren. I dialogen er det to eksperter på hvert sitt område og begge kompetanse skal være likestilt (Tveiten, 2007). Empowerment er et sentralt begrep i prosessen. Tveiten (2007) forklarer at et viktig prinsipp i veiledningsprosessen er å omfordele makten fra yrkesutøveren til tjenestebrukeren slik at en får tro på seg selv og uavhengighet til helsetjenesten. Målet i veiledningsprosessen er at tjenestebrukeren skal oppleve mestringskompetanse som innebærer kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Det må derfor fokuseres på disse aspektene og knytte det til hva som er den enkeltes behov (Tveiten, 2007). Veiledning skal i utgangspunktet ikke gi svar, men bidra til at tjenestebrukeren finner svarene selv (Glavin & Kvarme, 2003). Likevel kan veiledning innebære undervisning, informasjon og rådgivning dersom behovet tilsier det i situasjonen (Tveiten, 2007). Dette kan knyttes til helsesøsters seksualundervisning til ungdom, da denne kan baseres på både veiledning som dialog og veiledning som undervisning.

Teorien om empowerment kan også sees i sammenheng med teori om salutogenese, da det i sistnevnte også vies oppmerksomheten mot faktorer som kan bidra til å fremme helse (Antonovsky, 2012). Antonovsky (2012) fremstiller helse og uhelse som to motpoler på en skala. Mennesket forflytter seg mellom motpolene kontinuerlig ettersom en utsettes for små

og store påkjennelser. Påkjennelser kan bidra til utvikling, da mennesket har en evne til å tilpasse seg påkjennningene de gjennomgår. Slik kan påkjennningene forstås som helsefremmende. Dette kan knyttes til ungdommers tendens til risikofylt adferd. Ubalansen i modningsgrad av ulike deler av hjernen kan bidra til at ungdom kan tendere til risikofylt atferd (Plessen & Kabicheva, 2010). Påkjenninger, som eksempelvis smitte etter ubeskyttet sex, kan bidra til at en bedre ivaretar egen helse ved å beskytte seg.

Teori om det forebyggende og helsefremmende arbeidet knyttes til helsesøsters seksualundervisning, da både hindring av risikofaktorer og seksualitetens positive aspekter anbefales å bli tematisert i nasjonale retningslinjer for skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019a).

3.3 Kunnskap, erfaring og skjønnets betydning i praksis

Benner (1995) beskriver utviklingen av kunnskaper og ferdigheter fra sykepleieren er nyutdannet med liten eller ingen erfaring, til en ekspert med teoretisk kunnskap og erfaring. I nybegynnerstadiet kan sykepleieren være usikker i utøvelsen av faget, og kan være avhengig av metoder og prosedyrer. Clancy (2012) skriver at kyndighet i å utføre vaksineprosedyren er hovedsakelig basert på teoretiske kunnskaper og gjentatte handlinger. Når blikket til en nyutdannet helsesøster ikke lenger er bare på «stikkstedet» der hun skal sette vaksiner, kan en ny og kompleks verden fremtre. Jeg forstår dette som at handlingen blir innarbeidet gjennom erfaring, og øker kapasiteten for å også kunne fokusere noe annet enn selve prosedyren.

Clancy (2012) hevder at helsesøstre må benytte skjønn basert på livserfaring, et faglig kunnskapsgrunnlag, både praktisk og teoretisk, og la det smelte sammen med en visshet om at det aldri er mulig å bli ekspert på et annets menneskets liv. Det kan bidra til en mer ydmyk og undrende holdning å innse egne begrensinger og tåle usikkerheten som ligger i sårbarheten av å ikke vite hva som skal gjøres.

Ifølge Benner (1995) er teoretisk kunnskap og praktisk erfaring utfyllende for hverandre. Begge er nødvendige i utøvelsen av faget fordi teori alene ikke synliggjør kompleksiteten i ulike møter og kontekster. Prosedyrer og retningslinjer er likevel verdifullt for å ramme inn sykepleierens jobb. Teoretisk kunnskap og praktisk erfaring muliggjør tilpasning av prosedyrer i praksis og kan slik sett brukes fleksibelt. Erfaringer kan bidra til fortolkninger av situasjoner for deretter handle tilrådelig (Benner, 1995). Reflektert praksis bidrar til å utvikle

en klokskap som kan styrke helsesøstre til å se variasjonene i situasjonene, forstå egne begrensninger og tilpasse tilnæringsmåten til hvert enkelt møte (Clancy, 2012:69). Helsesøstres kunnskap om seksualitet, erfaring med formidling og bruk av skjønn er noe som kan knyttes til hvordan helsesøstre gjennomfører seksualundervisning til ungdomsskoleelever. Både kunnskap og erfaring vil påvirke hvordan helsesøstre gjennomfører seksualundervisningen.

Grimen (2009) beskriver viktigheten av å gjøre en profesjonell skjønnsmessig vurdering av den enkeltes situasjon for kunne håndtere den adekvat. Vektlegging av det profesjonelle skjønnnet er betydningsfullt fordi ingen måter å håndtere en situasjon i klinisk praksis er mulig å overføre til enhver situasjon (Grimen, 2009; Benner, 1995). Grimen (2009) uttrykker en frykt for standardisering av praksis fordi det potensielt kan føre til at det profesjonelle skjønnnet blir mindreverdige. Bruk av skjønn innebærer en vurdering og refleksjon om tilpasning av undervisningen, og vil slik påvirke gjennomføringen av seksualundervisningen.

3.4 Seksualitet som sosial læring

Seksualitet hevdes å være en kraft vi bærer med oss gjennom hele livet, og som kan ha forskjellige uttrykk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Aasland 2015; Langfeldt 2013). Seksualitet har opprinnelig tilknytning til den mest intime delen av livet vårt og rører ved dype og private følelser i oss (Pedersen, 2016). Alle har en seksualitet, men den er likevel oftest knyttet opp mot vår private sfære (Grundstad, 2016). For mange kan det innebære at en ikke prater med hvem som helst om seksualitet, og for andre kan det bety at en ikke prater med noen om det (Pedersen, 2016).

Selv om seksualitet fra naturens side er fundamental, vil uttrykkene for seksualitet, som seksuell atferd, variere mellom samfunn, kulturer, land og historisk tid. Dette indikerer at seksuelle uttrykk i stor grad er sosialt bestemt. De er lært og internalisert gjennom en sosial kontekst fra man er født. Hvordan mennesker oppfatter seksuelle uttrykksformer er dermed sosiale konstruksjoner (Træen, 2017). Hva som oppfattes som normalt og naturlig vil dermed variere ut fra hvilken sosial kontekst seksuell atferd og uttrykksformer utspiller seg i. Dette kan gi et inntrykk av et mangfold knyttet til seksualitet.

Voksne kan bidra til at barns utvikling tar retning til å bli sunne, selvstendige og trygge mennesker. Å tidlig snakke med barn om kropp, navn på kjønnsorganer og hvordan barn blir

til kan være et viktig bidrag til at barn tidlig evner å sette grenser for seg selv, og kan senere hjelpe med å avdekke overgrep eller forhindre det. Barn trenger hjelp til å sette ord på kroppsdeler og handlinger for å kunne fortelle om det (Aasland, 2015; Langfeldt 2000). Jeg forstår dette som at undervisere i seksuell helse er i posisjon til å lære barn, unge og voksne om seksuell utvikling. Slik kan de bidra til å fremme seksuell helse og gi handlingskompetanse til å forebygge uønskede situasjoner knyttet til seksualitet.

Vildalen (2014) hevder en usynliggjøring av barneseksualitet og en manglende helhetsforståelse for hvordan seksualiteten utvikler og endrer seg. Hun skriver at seksualundervisning i skolesammenheng ofte omhandler voksenseksualitet, og at den ikke er tilpasset barn eller ungdoms seksuelle utviklingstrinn. En konsekvens av dette er en forventning om at ungdom skal få kunnskap om seksualitet gjennom noen informasjonssamtaler. Dette i stedet for en pågående informasjons- og læringsprosess som starter tidlig og tilpasses underveis med hensyn til utvikling. Videre hevder Vildalen (2014) at det heterofile samleie blir vektlagt. Også at det vies lite oppmerksomhet på de følelsesmessige aspektene og mer oppmerksomhet på farene ved sex. Usynliggjøringen av barneseksualiteten fører til at barn og unge ikke får sentral informasjon som kan hjelpe dem til å unngå mye vanskelig.

Selv om seksualitet er biologisk nedfelt i mennesket, er det ikke vår biologi eller natur som avgjør hvordan vi utvikler, opplever og praktiserer vår seksualitet. Kulturen og de sosiale omgivelsene preger hva vi opplever som normalt, riktig eller naturlig. Vår seksualitet blir slik sett formet og kontrollert gjennom en omfattende og indirekte læringsprosess i barne- og ungdomsårene (Træen & Sørensen, 1999). Træen & Sørensen(1999) hevder en dobbelthet i vårt forhold til seksualitet, i den forstand at det ofte kjennes tryggest å fokusere på mulige negative konsekvenser som følge av seksuelle aktiviteter. Hva vi skal passe oss for blir oftere gjenstand for diskusjon heller enn hva vi skal glede oss over.

Vildalen (2014) skriver at sex kan ofte bli enstydig forstått som samleie, og mange unge kan bli forvirret for hva underviseren mener med sex. Når sex defineres som samleie, er det også fare for at overgrep som ikke innebærer inntrengning, ikke blir forstått som overgrep. Derfor er det sentralt med en forståelse av at seksualitet innebærer mange forskjellige typer handlinger uavhengig av reproduksjon og penetrering. Særlig med tanke på å gi ofre av kvinneligere overgripere muligheten til å si i fra (Vildalen, 2014).

Røthing & Svendsen (2009) beskriver hvordan flere lærebøker vektlegger det befruktete samleie som grunnlag for og forklaring på hvorfor seksuelle opphisselse og tilfredstillelse fungerer som den gjør. Tekstene i lærebøker nevner jevnt over viktige deler av kjønnsorgan knyttet til seksuell stimulans, men da særlig i forbindelse med penetrasjon. I et utdrag fra et naturfagsverk står det følgende om jenters orgasme; «evnen til å få orgasme varierer, og mange jenter trenger en ekstra stimulering av klitoris for å oppnå orgasme (Finstad, Kolderup & Jørgensen 2006:366, referert i Røthing & Svendsen 2009:110). I teksten har forfatterne tydelig tatt utgangspunkt i det heterofile samleie, og stimulering av klitoris blir betegnet som noe *ekstra* som foregår utenfor skjeden (Røthing & Svendsen, 2009).

3.5 Didaktiske overveielser

Lyngsnes & Rismark (2017) beskriver didaktikk med at lærere kan planlegge undervisning gjennom valg av arbeidsmåter, innhold og vurderingsformer innen de rammer en har og ut fra elevenes læreforutsetninger. Likevel vil hva elevene faktisk lærer også bestemmes ut fra den faktiske situasjonen, slik at det som læres blir en kombinasjon og et kompromiss av det som er planlagt og det som viser seg å bli mulig. Lyngsnes & Rismark (2017) forklarer at lærere må ta utgangspunkt i kontekst, noe som ikke alltid kan forutses på forhånd, men som skaper visse rammer i den faktiske undervisningssituasjonen. Dette utgjør situert didaktikk, som er nært beslektet med kontekstuell læring (Lyngsnes & Rismark, 2017).

Saugstad (2003) hevder at didaktikkens kjerneområde er undervisning og omhandler forholdet mellom undervisningens overordnede forhold og metode. Den didaktiske analyse er rettet mot hva det skal undervises i og hvorfor det skal undervises i det valgte stoff. Å planlegge og evaluere en undervisning eller formidling krever didaktiske overveielser, og den didaktiske analyse er med på å avklare formidlingens premisser og hvorfor en gitt formidling er vellykket eller ikke.

Praktisk visdom, evnen til å «lese» en situasjon og samtidig evne til å følge opp situasjonen og handle i forhold til den blir i litteraturen også kalt god hexis (Saugstad, 2003). God hexis kan forstås som helsesøsters evne til å håndtere uforutsigbare situasjoner og ulike gruppesammensetninger knyttet til elevers alder og aktualitet når hun skal gjennomføre seksualundervisning i skolen. Helsesøsters didaktiske overveielser kan slik ha innvirkning på hvordan utbytte elevene får fra undervisningen.

Mach- Zagal (2003) skriver at ved formidling av noe nytt eller abstrakt må det sørges for å underbygge læreprosessen ved skape overførbarhet til det gruppen allerede har erfaring med,

eller til noe som kan gjenkjennes av gruppen. Det kan være lett å glemme at kroppens indre rom med dens anatomi og fysiologi kan være vanskelig for skolebarn å forestille seg. Den må visualiseres eller på andre måter gjøres til en sanselig og håndterlig erfaring. Menneskets mest elementære måte å forholde seg til det ukjente på er enten å gripe det fysisk for å utforske, eller å begripe det, med intellektet. Dersom kunnskapen som skal overføres er konkret fysisk håndterbar eller begripelig med sinnet, desto større er muligheten for å kunne sette det i sammenheng (Mach- Zagal, 2003). Dette kan overføres til helsesøsters evne til å tilpasse informasjon som formidles til elever som vil ha forskjellige utgangspunkt og forutsetninger til å begripe informasjonen som gis i seksualundervisning, og vil innebære didaktiske vurderinger.

3.5.1 Health literacy

God formidling innebærer at informasjonen er tilpasset både alder, aktualitet og interesse (Pettersen, 2009). Health literacy kan oversettes til helsefremmede allmenndannelse og beskrives som personlige, kognitive og sosiale ferdigheter. Dette er avgjørende for at enkeltindivider skal ha tilgang til, forstå og benytte seg av helseinformasjon for selv å kunne ivareta og fremme god helse (Pettersen, 2009).

Sammenlagt kan dette deles inn i tre hierarkiske nivåer; funksjonell allmenndannelse innebærer gode nok lese og skrive ferdigheter til å kunne tilegne seg kunnskap og handle adekvat etter enkle helseråd. Interaktiv/kommunikativ allmenndannelse er å ha kommunikasjon- og samarbeidsferdigheter til å kunne ta grep til å forbedre egen helse. Det høyeste nivået er kritisk allmenndannelse og handler om å kritisk evaluere informasjonen man mottar (Don Nutbeam, 2000, referert i Pettersen, 2009). Ved å kartlegge ungdommenes evne til allmenndannelse sammen med deres interesseaktualitet, kan seksualundervisning gi ungdom verktøy til å kritisk evaluere informasjon og kilder.

For at ungdom skal tilegne seg allmenndannelse kreves det et obligatorisk skolesystem som vektlegger undervisning og helse, personlige kognitive evner, forutsetninger, kommunikativ interaktivitet og ferdigheter i kritisk tenkning (Pettersen, 2009). Skolehelsetjenesten skal sikre at ungdom blir hørt, involvert og får innflytelse både på individ- og systemnivå, og det skal etterstrebes at deres erfaringer og innspill oppleves som reelle når beslutninger tas opp og ved utforming av nye tiltak (Helsedirektoratet, 2017a). Brukermedvirkning er en viktig strategi og et bærende prinsipp i norsk helse- og sosialtjeneste.

Brukerperspektivet omfatter at unges alminnelige deltakelse i samfunnet, deres ønsker, behov og forståelse av egen situasjon bør legges til grunn ved utforming av tjenester og tiltak (Helsedirektoratet, 2017a). At skolehelsetjenesten skal tilby å bidra til skolens seksualundervisning kan sies å være et eksempel på en slik tjeneste. At undervisningen som gis sees i sammenheng med elevenes alder, interesser og aktualitet vil være i tråd med prinsippene innen health literacy. Kartlegging av dette kan føre til at brukerperspektivet blir ivaretatt.

Et generelt bærende prinsipp om deltakelse og innflytelse fremkommer også av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Utforming av tjenestetilbudet skal tilpasses brukerens evne til å gi og motta informasjon så langt det lar seg gjøre. Dette fordrer at man tar unges synspunkter til etterretning dersom skolehelsetjenesten skal være et tilbud basert på de unges behov. For at brukermedvirkning i praksis skal være reell, forutsetter det at elevene faktisk *opplever* at de blir hørt. Ungdommer har rett til å bli hørt, involvert samt ha innflytelse ved utforming av tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2017a; Thrana, 2008).

4.0 Metode

Jeg benyttet meg av en kvalitativ tilnærming basert på individuelle intervju for å belyse problemstillingen. Ved å benytte en slik metode er jeg ute etter informantens synspunkter på og opplevelser av et fenomen jeg vil studere i dybden. Samtalene ble basert på åpne spørsmål som jeg i forkant hadde strukturert på papir. Digresjoner viste til momenter som jeg i forkant ikke hadde tenkt på, men som i etterkant viste seg som relevant for undersøkelsen. Slik sett er informantens subjektive fortelling om sine meninger, holdninger og erfaringer angående emnet hensiktsmessig for min studie (Tjora, 2012).

Intervju er en aktiv kunnskapsprosess hvor både informantene og forskeren preger kunnskapen som utvinnes av materialet. Intervju er en sosial praksis som ved samspill tar sikte på nyvinning av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Både informantene og jeg preget materialet med våre erfaringer og perspektiver. At jeg og informanten(e) ikke nødvendigvis hadde samme tolkning og forståelse for ulike begreper og situasjoner er viktig å være bevisst. Jeg kan derfor ikke ta det for gitt at jeg har forstått utsagn riktig.

4.1 Vitenskapsteoretisk Ståsted

Denne studien har en hermeneutisk tilnærming inspirert av Gadamer (2012). Hensikten har vært å benytte hans resonnement om den hermeneutiske sirkelen for å være mer bevisst hvordan jeg fortolker, og hvordan jeg forstår materialet med implisitte fordommer og «intuitive» intelligens. Allerede før vi leser en tekst eller går i dialog med andre har vi på forhånd en formening om hva budskapet eller formidlingen skal dreie seg om. Jeg kan etterstrebe å forstå meningen som formidles og samtidig være åpen for at jeg ikke nødvendigvis deler meningen. Det kan vanskelig valideres at man faktisk deler eller forstår den mening som formidles gjennom språk eller tekst, fordi mennesker kan umulig distansere seg helt fra egen forståelseshorisont. Disse refleksjonene bidro til at jeg stilte spørsmål ved og var kritisk til egen forforståelse og fortolkninger av materialet.

Teksten i innhentet empiri viser meg ikke på magisk vis en mening fordi jeg etterstreber å være åpen for hva teksten inneholder. Mine verdier, forestillinger og kunnskaper avgjør hva jeg oppfatter. Ofte finner man det en leter etter. Derfor kan tekster og dialoger tillegges en mening som ikke opprinnelig eksisterer. Ved å bryte materialet ned i flere ulike deler og deretter sette det sammen igjen til en helhet, kan jeg oppnå ny kunnskap og gi rom for en større forståelseshorisont. Dette kjennetegner den hermeneutiske sirkelen. Det forutsetter også

at jeg har forståelse for at ordene jeg leser ikke er mine egne. Det forutsetter også en bevissthet på at materialet er preget av måten jeg har utformet og stilt spørsmålene (Gadamer, 2012).

Gadamer (2012) beskriver at forståelse dannes når nye og tidligere inntrykk ses i sammenheng, og gjensidig påvirker hverandre. Clancy (2012) skriver at vi vil aldri helt og holdent kunne forstå et annets menneske situasjon bedre en personen selv. Dermed vil vi aldri kunne få en helhetlig forståelse. Likevel er det en selvfølge at vi bør etterstrebe en helhetlig forståelse, med de nyansene som preger en forståelse. Selv om vi alle er aktører i det sosiale feltet, vil vi alle ha hvert vårt perspektiv utfra vår plass i verden. Ved å tro på en helhetlig forståelse, kan vi bli ledet til å tro at vi er i stand til å fange en helhet, og derav at det vil finnes eksperter og kunnskaper som mestrer dette (Clancy, 2012).

4.2 Klargjøring av egen forforståelse

Forforståelse baserer seg på erfaringer, hypoteser, faglig perspektiver og teoretisk referanserammer (Malterud, 2011). Mine erfaringer og inntrykk kan være noe jeg husker og er bevisst, og motsatt både glemt og ubevisst. Siden jeg derav ikke nøyaktig kan spore min forforståelse, vil det derfor være umulig å oppnå en total distanse til hvordan jeg tolker datamaterialet jeg har innhentet og litteraturen jeg har lest.

Utdannelsen og praktisk erfaring som sykepleier og helsesøster, livserfaring og lest litteratur preger min forforståelse. Også erfaringer med seksualundervisning i praksisfeltet, beretninger fra medstudenter, ungdommer og veiledere fargelegger forforståelsen. I tillegg er jeg av en generasjon som har fulgt den digitale utviklingen og informasjonsflyten fra internett og medier. Dersom jeg ikke gjør meg kjent med egen rolle og innflytelse på materiale, mister jeg evnen til å lære av det, fordi materialet risikerer å bli bekreftet utfra egen posisjon (Malterud, 2011). Jeg har lenge hatt en oppfatning av at det vektlegges mye av risikofaktorer i seksualundervisning. At majoriteten av ungdommer kommer til å bli seksuelt aktive innebærer også at uønsket graviditet og smitte bør forebygges. Slik sett har jeg derfor også forståelse for fokus på hvordan forhindre eller redusere risikofaktorer.

4.3 Utvalg og rekruttering

Jeg anså at et utvalg på seks informanter var tilstrekkelig for å belyse tematikken (Malterud, 2011). Inklusjonskriteriene for å delta i studien var at helsesøstrene hadde minst fem års erfaring som skolehelsesøster og hadde gjennomført seksualundervisning. I ettertid ble inklusjonskriteriene endret fra å være helsesøstre med erfaring fra ungdomsskolen, til helsesøstre som hadde minst fem års erfaring med seksualundervisning uavhengig om det var på helsestasjon for ungdom eller i ungdomsskolen. Dette fordi jeg anser begge arenaene som like relevante for helsesøstres undervisning til ungdom. Samarbeid med skolen vil likevel i større grad være en faktor ved skolehelsesøstres undervisning, da både lærere og helsesøstre slik sett jobber på skolen.

Malterud (2011) skriver at det er viktig med en fleksibel strategi, så både problemstilling, utvalg og utførelse kan justeres etter hvert, da nye og mer fruktbare veier kan åpenbare seg i prosessen. Et fleksibelt design kan være kritisk for å få tak i nyansert kunnskap. Da jeg var ute etter hvordan helsesøstre gjennomfører og tilpasser undervisningen til elever, fremsto et utvalg fra begge arenaene som relevant og jeg endret derfor inklusjonskriteriene deretter.

I forkant av intervjuene sendte jeg ut et informasjonsskriv og forespørsel til ledende helsesøster i 3 ulike fylker om hjelp til videreformidling av informasjon om studien og til å rekruttere informanter. I informasjonsskrivet ble studiens hensikt, mål og fremgangsmåte beskrevet (vedlegg 4). Jeg oppgav at tid og sted for intervjuene kunne skje etter informantens eget ønske, og at jeg hadde mulighet til å booke rom ved universitet eller aktuelle skoler dersom det ville være å foretrekke.

Ledende helsesøstre videresendte mailen til aktuelle helsesøstre. Dette resulterte i respons fra fire helsesøstre i en kommune, en helsesøster fra en annen kommune og fylke, og ytterligere en helsesøster fra annen kommune og fylke. Da den første kontakten kun førte til at en informant meldte seg frivillig, sendte jeg i etterkant forespørsel og informasjon om studien via mail til aktuelle helsesøstrene (vedlegg 5). Jeg mottok deres epostadresse fra ledende helsesøster.

Materialet som ble innhentet inneholdt ulike perspektiver og erfaringer. Jeg anså derfor at rekrutteringen var kommet til et metningspunkt. Et metningspunkt betyr at ytterligere intervjuer kan føre til stadig mindre ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009).

4.4 Gjennomføring av intervju og transkripsjon

Intervjuene ble gjennomført i oktober og november 2017. I forkant av intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju som jeg senere valgte å benytte fordi informanten oppfylte inklusjonskriteriene og intervjuet gav godt materiale. Hvert intervju varte mellom 30- 60 minutter.

Intervjuguiden gjennomgikk flere endringer før jeg gikk i gang med intervjuene, mye fordi problemstillingen også ble endret. Flere spørsmål ble slettet, og de gjenværende ble ytterligere spisset før intervjuguiden ble ferdigstilt med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og problemstillingen. Intervjuguiden ble basert på åpne spørsmål samt oppfølgingsspørsmål, og jeg kontrollerte om jeg hadde forstått utsagn fra deltakerne riktig gjennom å oppsummere hva som var blitt sagt eller jeg ba om utdypelse.

Gjennom å gjøre dette ble studiens validitet styrket. Validiteten skal optimalt gjennomsyre hele forskningsprosessen. Jeg var innstilt på at intervjuguiden i hovedsak skulle være fleksibel og heller benyttes som et verktøy til hjelp for å holde samtalen innenfor tematikken, men samtidig være åpen for digresjoner som senere kunne vise seg å gi ny eller nyansert kunnskap for analysen. Både svar og spørsmål underveis i intervjuene åpnet for nye spørsmål som fremsto relevante. Rekkefølgen på spørsmålene ble i hovedsak ikke slik de i utgangspunktet var skrevet.

Fem av intervjuene foregikk på helsesøsterkontoret på skolen eller på helsestasjonen, og pågikk uten forstyrrelser. Jeg opplevde informantene som komfortable i omgivelsene, som de valgte etter eget ønske. Jeg innledet intervjuet med å håndhilse og presentere meg for deltakerne før jeg fortalte om studiens hensikt.

At informantene føler seg trygge i omgivelsene bidrar til en god intervjusituasjon og derav et bedre materiale (Malterud, 2011). Intervjuene hadde jevnt over en rytme og tone preget av ro. Informantene vekslet med å komme med spontane utsagn og svar, og noen ganger besvarte de spørsmål etter en «refleksjonspause». Ved noen anledninger var ikke spørsmålene jeg stilte tilstrekkelig klare. Informantene ga uttrykk for dette ved å be om nærmere utdypelse om hva jeg mente med spørsmålet.

Et intervju ble utført over telefon, da jeg ikke hadde tid eller anledning til å reise for å gjennomføre intervjuet. Informanten fortalte om tidligere erfaringer angående tekniske

problemer med Skype. Jeg foreslo å heller gjøre et telefonintervju med hensyn til personvernet, og vi ble enige om å gjennomføre intervjuet via telefon. Jeg opplevde at intervjuet hadde en naturlig flyt i samtalen.

Når lydopptaket omgjøres til skriftlig tekst skjer det alltid en fordreining av hendelsen. Non-verbale uttrykk og stemningen i intervjusituasjonen gjengis ikke på lydopptaket. En fullstendig objektiv gjengivelse av intervjuet vil derfor ikke være mulig. Også fordi det under transkripsjonsarbeidet skjer en oversettelse hvor filtrering preger materialet på en måte som kan bidra til at mening går tapt eller forvrenges underveis. Slik vil enhver oversettelse fra tale til tekst kun gi et indirekte bilde av virkeligheten. Formålet med skriftliggjøringen skal være å gjengi så konkret som mulig det informanten har meddelt (Malterud, 2011). Jeg transkriberte ikke dersom det var ord eller setninger som jeg var i tvil om ble riktig fremstilt. Etter transkriberingen ble lydopptakene slettet.

Opplysninger som kunne være identifiserende for hvor vedkommende jobbet ble anonymisert under transkripsjonene. Selv om analysen ble utført etter at alle intervjuene er gjennomført og nedskreven, gjør man seg tanker underveis. Dette opplevde jeg i særlig grad under transkripsjon. Trykk på enkeltord og lange «tenkepauser» ble nedtegnet, da det ikke var usannsynlig at det kunne ha noe å si for analysen.

4.5 Ethiske overveielser

Å skape gode rammer for intervjuet og være fleksibel angående tid og sted kan vitne om respekt for tiden til helsesøstrene. Studien skal etterstrebe gode konsekvenser samtidig som eventuelle uheldige konsekvenser skal være akseptable. Forskningen skal etterstrebe rettferdighet og materialet skal bearbeides på en sannferdig, redelig og ansvarlig måte (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Dette ble gjort gjennom hele analyseprosessen ved å etterstrebe å finne informantenes mening i stedet for å gi eller tillegge mening. Også ved å oppbevare og behandle opplysninger og data på en sikker måte, da jeg er underlagt taushetsplikt som student.

Det er også viktig å ta i betraktning at Helsinkideklarasjonen gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell som skal utforskes. Å fortelle om faglige utfordrende dilemmaer kan være vanskelig. Dersom materialet stiller informantene i et lite flatterende lys er det lite sannsynlig at det er handlet i samsvar med informantenes informerte samtykke. I mange tilfeller kan det

føre til at empiri som ellers kunne løftet problemstillingen må legges til side. På den andre siden må også forbedringspotensialet til helsetjenestene tas hensyn til (Malterud, 2011).

Informasjonen som i forkant ble sendt ut besto av; prosjektets formål, bruk av opplysninger, frivillighet til å delta og trekke seg, forskers kontaktopplysninger, hvilke institusjon som er behandlingsansvarlig og informasjon om hva som skjer med personopplysningene. Ved to av intervjuene kom deltakerne med utsagn etter at lydopptakene ble avslått. Det oppsto dermed et spørsmål om det er etisk riktig å bruke dette i analysen. Informantene kan ha en oppfattelse om at intervjuet er over og kan trekke et «lettelsens sukk». Dermed kan de dele informasjon i fortrolighet. Kvale & Brinkmann (2009) hevder at det ikke er uvanlig at dette skjer i etterkant av intervjuene. Når lydopptakeren blir slått av og situasjonen normaliseres kommer gjerne fortellinger av relevans for studien. Jeg spurte derfor eksplisitt om tillatelse til å benytte utsagnene.

Prosjektet ble meldt elektronisk til Norsk senter for forskningsdata (NSD) via elektronisk meldeskjema da det ble benyttet og oppbevart lydopptak av informantene. Skjemaet ble innsendt over 30 dager før innsamling av data, og tilbakemelding forelå før iverksetting av intervju (vedlegg 1). Da jeg i stedet for fokusgruppeintervju valgte å benytte dybdeintervju, sendte jeg inn endringsmelding til Norsk senter for forskningsdata (vedlegg 2).

Tilbakemelding av endringsmeldingen forelå før jeg gikk i gang med innsamling av data.

4.5.1 Pålitelighet og gyldighet

Å diskutere funn, beskrivelser og sammenhenger med en annen kan være til hjelp og nytte. Underveis i analyseprosessen jobbet jeg jevnlig med en kollega. Materialet anonymisert, slik at taushetsplikten som forsker ble ivaretatt. Ved å diskutere både metode og funn fikk jeg andre perspektiver og tilbakemeldinger som hjalp meg å bli bevisst hvordan jeg valgte å utføre analyseprosessen, og hvordan jeg kom frem til funn og resultater. Slik fikk jeg et mer reflektert forhold til min egen innflytelse på og tolkning av materialet.

Jeg skrev prosjektlogg for å ha oversikt over, valg, og endringer underveis i prosessen. En prosjektlogg er hensiktsmessig da man kontinuerlig fører inn «spor» i form av refleksjoner, tolkninger og andre momenter som kan prege retninger og tolkninger underveis i forløpet. Malterud (2011) forklarer at refleksiviteten utfordres på denne måten, fordi jeg må ta stilling

til hvordan egen posisjon har farget teksten når jeg leser materialet og identifiserer mønstre i analysen.

Malterud(2011) beskriver at relevansen av bruk av begreper og verktøy for å innhente kunnskap spiller stor rolle for intern validitet. En risiko er at informantene svarte sant om noe annet enn det jeg mente å spørre om. Utformingen av intervjuguide, teoretisk referanseramme, hypotesen og problemstillingen er bare noen av faktorene som bidro til hvilke mønstre som avtegnet seg i analysen. Også måten, som tonefall, vil prege svarene informantene gav.

Malterud (2011) beskriver at ekstern validitet omhandler overførbarhet og sier noe om hvilke sammenhenger funnene kan gjelde ut over konteksten hvor jeg har kartlagt dem. Både feltet og konteksten er med på å avgjøre kunnskapens rekkevidde og rom. Fordi prosjektet har kvalitativt tilnærming vil overførbarheten bli begrenset til konteksten informasjonen er hentet fra, men kan likevel gi innsikt i en annen sammenheng.

I tråd med Malterud (2011) sine beskrivelser har jeg etterstrebet å gjøre prosjektet transparent ved å redegjør for valg og refleksjoner angående egen refleksivitet, og på denne måten kan leseren gjøre opp egen mening angående hvorvidt resultatet fremstår som relevant og overførbart.

4.6 Analysemetode

Etter at problemstillingen var formulert, benyttet jeg Malterud (2011) sin beskrivelse av systematisk tekstkondensering. Metoden er inspirert av Giorgi. Hovedstrukturen baserer seg på fire trinn. Første trinn vil være å få et helhetsinntrykk. Andre trinn vil være å identifisere meningsbærende enheter og plassere dem under ulike tema. Tredje trinn er å konsentrere innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene, og trinn fire er å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2011). Til slutt vil jeg vise veien fra tema til kategori i tabell.

Jeg startet prosessen med å først lese gjennom transkripsjonene med mål om å danne meg et helhetsinntrykk. Hensikten er å bli kjent med materialet og danne seg inntrykk over *foreløpige temaer*. Et overkommelig antall foreløpige temaer kan være mellom fem og åtte (Malterud, 2011). Jeg utarbeidet syv foreløpige temaer som jeg kunne arbeide videre med. Disse ble kalt: Elevaktivitet, Undervisningens struktur, Helsesøstres vurdering, erfaring og kompetanse, Tid og ressurser, Samarbeid med skole og Elevers mulighet til påvirkning. De foreløpige temaene ble modifisert ettersom jeg plasserte tekstbitene. Etter hvert som jeg

jobbet med materialet, fjernet jeg og endret mange av temaet for å ikke miste fokus. Jeg endte til slutt opp med fire fastsatte temaer som ikke var de samme som i intervjuguiden; *Faglige refleksjoner*, *Personlig ståsted*, *Tilpasning av undervisning til elever*, og *Seksualundervisningens tradisjon*.

På trinn to gjennomgikk jeg transkripsjonene på ny og hentet ut relevante meningsbærende enheter. **Meningsbærende enheter** ble for meg tekstbiter av transkripsjonene som bar med seg kunnskap om temaene fra første trinn. De ble fargekodet slik at jeg visste hvilken informant de stammet fra. Et eksempel på en meningsbærende enhet er; «*Jeg skal ikke snakke deres språk, jeg må kjenne at språket blir riktig for meg*».

Jeg klippet ut tekstbitene for så å plassere dem under temaene som tidligere nevnt. Jeg reduserte materialet ved å fjerne tekstbiter hvor meningen var den samme, men uttrykt på ulike måter. Slik ble 23 sider redusert til fem maskinskrevne sider. Tekstbitene jeg fjernet la jeg foreløpig til side, slik at jeg senere kunne gjennomgå og sjekke om de allikevel bar med seg relevant informasjon. Jeg kondenserte deretter tekstbitene, før jeg opprettet koder. Jeg gjennomgikk hver enhet samtidig som jeg stilte spørsmål til hva den bakenforliggende meningen i teksten kunne være. Tabell 1 viser kondensering og koding av to meningsbærende enheter.

Tabell 1

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
Jeg er bevisst på å ikke bruke fine ord og fremmedspråk.	Bevisst bruk av faglig språk	Avklaring av språk
Jeg skal ikke snakke deres språk, jeg må kjenne at språket blir riktig for meg.	Refleksjon over språkbruken	Faglige refleksjoner

Kodingen besto av å systematisere meningsbærende enheter som hadde noe til felles. Teksten fra forrige trinn ble identifisert og sortert under koder som kort beskriver innholdet av meningsbærende enheter. I følge Malterud (2011) sin beskrivelse av tekstanalyse, kondenseres meningsbærende enheter når man danner subgrupper. Jeg syntes det var hensiktsmessig å gjøre dette før jeg dannet subgrupper, da jeg syntes informasjonen og nyansene ble enklere å sortere. **Subgrupper** viser til hovedaspekter og nyanser i kodene. Mitt faglige ståsted og teoretiske perspektiv preget måten jeg tolket enhetene på og den kondenserte teksten jeg produserte ut fra disse.

Kontinuerlig gjennom prosessen jobbet jeg for å være tro mot informantenes stemmer ved å etterstrebe å ikke tildele de en mening, men heller å hente ut meningen fra det de har sagt. Mye av teksten ble under denne prosessen omplassert og sortert på nytt igjen. Kondensatene ble benyttet for analysens fjerde trinn, som omhandler å skape kategorier som sammenfatter innholdet og gullsiter som illustrer budskapet. **Kategoriene** skal formidle et kort og selvstendig uttrykk som sammenfatter den økte innsikten som oppnås gjennom analyseprosessen fra tema, koder subgrupper og til slutt- kategorier. Kategoriene skal gi leseren innsikt i mitt sluttresultat (Malterud, 2011).

Tabell 2 viser eksempel på veien fra tema til kategori

Tema	Kode	Subgrupper	Kategori
Faglig refleksjoner	Avklaring av språk	Begrepsavklaring Å snakke om seksualitet	Faglig kunnskap og refleksjoner
Personlig ståsted	Helsesøsters erfaring med formidling i undervisning	Egne grenser og rolle i situasjonen	
Tilpasning av undervisning til elever	Elever som del av ungdomspopulasjon Gruppenivå Individnivå	Forståelse av ungdomsalderen Sammensetting av grupper Prevensjon og kropp	Didaktiske overveielser
Seksualundervisningens tradisjon	Negativt og positivt fokus	Helsefremmende faktorer og risikofaktorer	Undervisningens innhold

Selv om fremgangsmåten beskrevet i Malterud (2011) viser til hvordan modifisering, endring og danning av koder og tematikker foregår trinnvis, ble dette for meg en prosess hvor jeg beveget meg frem og tilbake mellom trinnene. I tråd med Gadamer's (2012) beskrivelse av den hermeneutiske sirkelen, etterstrebet jeg å bryte ned materialer til ulike deler, for så å danne en helhet igjen i lys av nye perspektiver dannet av empiri, personlig ståsted og teori. Analyse kan tilnærmes med deduktiv, induktiv eller stegvis deduktiv induktiv metode. Ved induktiv metode jobber en fra empiri mot teori. Ved deduktiv metode jobber en fra teoretiske rammeverk til det mer empiriske. Ved stegvis deduktiv induktiv metode jobber en i etapper fra rådata til konsepter eller teorier (Tjora, 2010).

I denne oppgaven jobbet jeg først med empirien for å se hvilke tendenser og mønstre som avtegnet seg i materialet. Dette gjorde jeg uten å samtidig arbeide med teori og tidligere forskning. Etter å ha gjennomført alle stegene i analysen en gang, begynte jeg arbeidet med teori og forskning i lys av funnene. Samtidig som funnene i analysen bidro til valg av teori og forskning, hadde jeg i forkant en tanke om å skrive om helsefremming og forebyggende aspekter i seksualundervisning, noe som også avtegnet seg i analysen. Jeg vil dermed si at jeg jobbet vekselvis mellom deduktiv og induktiv metode i analyseprosessen.

4.7 Metodeoverveielser

I all forskning skal spørsmål om kunnskapens gyldighet stilles. Å validere omhandler å stille spørsmål som hva kunnskapen er gyldig om og ved hvilken sammenheng og betingelser (Malterud, 2011).

Utgangspunktet for intervjuene var på hvilken måte elevene hadde innflytelse i retning brukermedvirkning på seksualundervisningen. Etter hvert som jeg utførte analysen fremkom det at helsesøstrene snakket mye om hvordan de tilpasset undervisningen til hva de av erfaring mente elevene hadde behov for. Mye av materialet handlet om hvordan helsesøstrene oppfattet ungdommer og ungdomstiden. I min rolle som uerfaren intervjuer og forsker innså jeg først dette lenge etter at intervjuene var avsluttet og analysen var godt i gang.

Ved forberedelse av intervjuene og ved utarbeiding av intervjuguiden var jeg innstilt på at spørsmålene skulle være lite strukturert og åpne slik at informantene kunne fortelle fritt om sine opplevelser og erfaringer innenfor rammene av min problemstilling (Tjora, 2010).

Malterud (2011) skriver at det er en kunst å være tilstrekkelig åpen og fokusert samtidig, og at

balansen mellom fleksibilitet og styring er utfordrende. I etterkant ser jeg at min manglende erfaring på å forberede og gjennomføre intervjuer førte til at spørsmålene jeg stilte var for lite presiserte. Dette førte til et noe uklart fokus der informantene fikk snakke fritt om ulike meninger som ikke nødvendigvis var forankret i egne erfaringer og opplevelser. I stedet ble fokuset mye rettet mot helsesøstrenes mening om elevers forståelse og ønsker. Dette avtegner seg som en svakhet i studien.

Jeg ser i etterkant at det også kunne vært hensiktsmessig å utforsket nærmere hvordan helsesøstrene opplever det som betydningsfullt å ha et avklart og reflektert forhold knyttet til egen seksualitet i forbindelse med å undervise om emnet. Dette kunne ha ført til at jeg i analysen kunne nærmere utforsket hvordan refleksjoner angående egen seksualitet påvirker seksualundervisningen. Jeg har likevel valgt å drøfte dette aspektet, da jeg tenker at det er et betydningsfullt spørsmål knyttet til oppgavens problemstilling.

I intervjuene var flere av spørsmålene basert på brukermedvirkning. Hensikten var å utforske hvilke muligheter for brukermedvirkning helsesøstrene anser at elever har på seksualundervisningen. Med begrepet brukermedvirkning forstår jeg hvordan de kan ha innflytelse på innhold og utforming av undervisningen. I etterkant ser jeg at begrepet brukermedvirkning kan anses som lite hensiktsmessig å bruke. Dette fordi informantene er fagutøvere med bakgrunn i sykepleie, praktisk erfaring og videreutdanning og at medvirkningsperspektivet er såpass internalisert i fagutøvelsen.

I tillegg kan ordet «bruker» assosieres med å være en pasient og bruker av en helsetjeneste. Begrepet brukermedvirkning kan derfor bli svevende og lite konkret satt i sammenheng med min studie. Elever gjennomgår obligatorisk skolegang, og er slik sett ikke brukere av en helsetjeneste når de mottar seksualundervisning, men kan heller sies å være brukere av skolehelsetjenesten dersom de selv oppsøker tjenesten. Jeg kunne derfor mer hensiktsmessig benyttet andre formuleringer. I empirien fant jeg imidlertid svar på tilpasninger knyttet til elevene, seg selv og skolehelsetjenestens muligheter og begrensninger rundt undervisningen.

Jeg forstår tilpasning som en forlengelse av medvirkning, da det for å kunne tilpasse krever et inntrykk av en behovsjustering. Inntrykk og justeringer baseres på en virkning som kommer fra elevene og helsesøstrene selv. Helsesøstre kan ikke svare på hvordan elever opplever medvirkning, men det fremkom svar i analysen på hvordan helsesøstre tilpasset undervisningen.

Dersom jeg hadde presisert spørsmålene og vært bedre forberedt på å ta styring når intervjuet mistet fokus, kunne intervjuene ført til annen innsikt og kvaliteten vært bedre. Observasjon som metode kunne også ha belyst utfordringer og tilpasninger helsesøstre møter og utfører i undervisningen. Jeg ser i ettertid at det kunne vært en hensiktsmessig metode for å belyse fokuset i studien, eventuelt en kombinasjon av observasjon med påfølgende intervjuer. Jeg anså imidlertid dette som vanskelig å la seg gjøre, da seksualundervisning gjerne er en sjelden begivenhet i skolene.

5.0 Presentasjon av resultater

Overskriftene for funnene er basert på kategoriene.

5.1 Faglig kunnskap og refleksjoner

Denne kategorien omhandler helsesøstrenes faglige kunnskap om ungdomsalderen knyttet til temaet seksualitet. Kategorien omhandler også hvordan faglige refleksjoner påvirket hvordan de snakket om seksualitet med, og til, ungdommer. Klargjøring av agenda og språk ble benyttet for å posisjonere seg i forbindelse med elevene og tilnærme seg til temaet seksualitet. Erfaring virket inn på hvor komfortabel og forberedt helsesøstrene opplevde seg i forkant av og i undervisningen.

I analysen ble kategorien delt inn i tre sub-grupper: 1) Å snakke om seksualitet, 2) egne grenser og rolle i situasjonen 3) Begrepsavklaring.

5.1.1 Å snakke om seksualitet

En gjennomgående tendens var at helsesøstrene anså seksualitet som et tema innenfor deres fagområdet. De syntes at det å snakke om seksualitet har en annen posisjon enn andre tema. Noe annet enn å for eksempel snakke om kosthold. Helsesøstrene benevnte det som et intimt og sensitivt tema både i forbindelse med elevene og seg selv. Det fremkom som vesentlig å ha en refleksiv tilnærming til det å snakke om seksualitet i den forstand at det ikke skulle gjøre helsesøstrene utrygge i rollen som undervisere. De fortalte at det var betydningsfullt at de mestret å motta spørsmål eller innspill fra elevene uten å bli utilpasse i situasjonen.

«Det er et vanskelig tema. Det er nært og intimt»

Helsesøstrene definerte elevenes medvirkning, og dens betydning på ulik måte. Noen mente at det var fint hvis alle kom til ordet, men at det også var viktig å ta hensyn til de som ikke ville si noe. Andre helsesøstre vektla at alle elevene skulle si noe i undervisningen for å drive frem holdningsbaserte refleksjoner. Slik sett var det ulike meninger angående hvordan helsesøstrene foretrakk om undervisningen i større eller mindre grad skulle foregå som dialog eller monolog.

Helsesøstrene fortalte at de opplevde at elevene kunne stille spørsmål med intensjon om å «teste» helsesøster; se hvordan de reagerte. Lang erfaring med seksualundervisning førte til at de i større grad følte seg komfortabel i situasjonen. Seksualitetsundervisning ble definert som

en annerledes situasjon som krevde tydelighet og klarhet om egne roller som formidlere av temaet.

«Når du har så mye undervisning, så blir du trygg på det du gjør. Du tar rommet. Det er viktig. (...) det tror jeg smitter over på elevene. De vipper ikke meg av pinnen. De kan spørre om alt, og jeg blir ikke flau».

5.1.2 Egne grenser og rolle i situasjonen

Noen av helsesøstrene inviterte elevene til å sette ord på kjønnsorganene. Det syntes til å løse på stemningen ved at elevene lo og kom med flere forslag på hva kjønnsorganene ble kalt blant ungdom. Humor ble slik brukt for å bidra til en god undervisningssituasjon. En helsesøster vektla betydningen av at hun selv brukte det språket og betegnelse som ble rett for seg selv når hun hadde undervisning, og at hun forklarte dette for elevene.

Det fremkom at ved å gi ungdommene anledning til å bruke sitt språk samtidig som helsesøstrene klargjorde eget ståsted i forbindelse med begreper og språk knyttet til kjønnsorganer og seksuelle aktiviteter, skapte rom for å «tone inn» et tema som helsesøstrene omtalte som sensitivt og intimt. På denne måten syntes det at helsesøstrene og elevene tilpasset seg hverandre.

«Jeg spør elevene hvilke ord de bruker. De kan komme med kuk, pikk, penis og fitte. Jeg forklarer at jeg bruker ordet penis, men at de kan si hva de vil. Det er det som blir riktig for meg, at jeg bruker mitt språk. Som voksen. Det godtar de. Jeg bruker heller ikke fine, latinske ord. Bortsett fra skrotum, fordi det syntes de er et artig ord».

Helsesøster viser seg også som en faglig aktør, hvor det tas hensyn til vokabularbredde.

Likevel gis det rom til elevene at de som en yngre gruppe kan klargjøre sitt språk.

5.2 Didaktiske overveielser

Denne kategorien omhandler hvilke overveielser helsesøstrene foretar for at undervisningen skal være anvendelig for elevene.

5.2.1 Forståelse av ungdomsalderen

En gjennomgående tendens var at helsesøstrene anså at de har kompetanse på temaet som lærerne ikke har. Helsesøstrene fortalte at selv om undervisningen blir gitt til jevnaldrende elever, er det store variasjoner angående kunnskapsnivå, kognitiv modenhet og fysisk modenhet. Også elevers erfaring er variable knyttet til seksuelle situasjoner og opptatthet av seksualitet. Helsesøstrene fortalte at noen elever virker preget av alvor fordi de kanskje har vært utsatte for noe. Andre reagerer med fnising og støy. Helsesøstrene fortalte at ingen elevgrupper var like på hvordan de reagerte på undervisningen, og knyttet dette opp mot ungdomsalderen og temaets natur.

I hovedsak sa helsesøstrene at den viktigste og mest relevante kunnskapen var den de fikk fra ungdommene. Helsesøstrene fikk kunnskap om hva ungdom var opptatte av og lurte på ved planlagte møter med ungdom, eksempelvis via seksualundervisning. Også spontane konsultasjoner med ungdom hvor ungdom oppsøkte helsesøster bidro til økt kunnskap hos helsesøstrene om hva ungdom er opptatte av. At ungdom ikke nødvendigvis vet konsekvensene av sine handlinger ble også vektlagt av helsesøstrene.

«Ungdom er en gruppe som rask og ofte er i endring, det er hele tiden nye ting som er aktuelle. Som helsesøster må du forsøke å holde tritt med ungdommen, og ikke moralisere. For dem er vi som gamle kjerringer å regne».

Helsesøstrene uttrykte at det var lett å la seg lede til å tro at ungdommene i dagens samfunn kan mye angående seksualitet grunnet tilgang til internett. Likevel opplevde de at ungdommene ofte manglet grunnleggende kunnskaper allikevel. Helsesøstrene fortalte om møter med gutter som ikke visste at jenta kan bli gravid dersom hun har fått menstruasjonen.

«Jeg hadde nylig en samtale med en gutt hvor jenta han hadde vært med, ble blitt gravid. Han visste ikke at han kunne bli far».

5.2.2 Sammensetting av grupper

Majoriteten av helsesøstre praktiserte med kjønnsdelte grupper. De erfarte at det var mer elevaktivitet når gruppene ble delt opp etter kjønn. Det fremkom at helsesøstre hadde en forståelse av at kjønnsinndelte grupper bidro til at elevene følte seg «tryggere» til å komme med spørsmål og innspill. To av helsesøstre vektet det å ha undervisning klassevis, uavhengig av kjønn. De mente at det var viktig at elevene fikk tilgang til samme undervisningen, og at elevene fikk mulighet til å høre hverandres synspunkter uavhengig av kjønn.

Samtlige helsesøstre rapporterte at klasse og/eller gruppekultur påvirket undervisningen. De benyttet forskjellige begreper for å beskrive elever som virket å ha innflytelse på dynamikken i klassen. Disse begrepene kunne være konge/dronning, ledere i klassen eller dominante elever.

Det fremkom at dersom det var ledere som var aktive under undervisningen ville også medelevene i større grad delta i form av å stille spørsmål, besvare spørsmål og komme med innspill. Også «tonen» i seksualundervisningen ble påvirket av lederelevne. Helsesøstre oppgav det som en utfordring dersom det var negative ledertyper i klassen eller gruppen. En helsesøster sa:

«Det er en utfordring å skape den gode dialogen. Det avhenger av hvordan klassen er. Hvordan ledertyperne er».

Dette kunne føre til det som ble beskrevet som en negativ stemning i rommet. Dette oppfattet helsesøstre som hinder for å få ungdommene i tale under undervisningen siden de mente elevene ble utrygge for represalier fra klassens eller gruppens leder i form av negative eller spydige kommentarer. En helsesøster fortalte at dersom en lederelev kom med innspill eller utsagn som var positive i forbindelse med seksualundervisningen, så underbygget hun dette. Hun erfarte at dette ofte hadde større gjennomslagskraft enn om hun selv hadde sagt noe.

5.2.3 Imøtekomme elevers nysgjerrighet

En helsesøster samlet inn anonyme lapper med spørsmål fra elevene og flettet disse inn i seksualundervisningen. Hun mente det viktigste var at ungdommene fikk svar på det de lurte på uten å måtte utlevere seg. Samtidig la hun opp til at undervisningen i hovedsak baserte seg

på formidling av informasjon fra hennes side, fremfor en dialog mellom henne og klassen. Andre helsesøstre fremmet dialogen som utgangspunkt for undervisningen. Begge metodene hadde til hensikt i å tilpasse informasjon til den respektive gruppen.

Helsesøstrene gjorde slik sett selvstendige valg utfra egne refleksjoner og erfaringer om hva de mente ungdommers behov kunne være. Slik tilpasset de et allerede eksisterende undervisningsopplegg. Selv om samtlige av helsesøstre mente at deres undervisningsopplegg trengtes å fornyes, fremkom det at de gjennom selvstendige valg utfra erfaring og kunnskap tilpasset seksualundervisningen til elevene.

5.2.4 Prevensjon og kropp

Samtlige helsesøstre repeterte til en viss grad pubertetsundervisning som elevene skal ha gjennomgått på mellomtrinnet. Helsesøstrene erfarte at selv om elevene hadde gjennomgått dette tidligere, var det behov for repetisjon om kroppens utviklingsfase, eksempelvis menstruasjonssyklus og sædavgang.

Flere helsesøstre opplevde at ved for omfattende gjennomgang av hormonelle prevensjonsmidler mistet elevene konsentrasjonen. Først og fremst mente de at guttene «datt av lasset» fordi informasjonen i hovedsak var rettet mot jentene, da det kun er de som kan benytte hormonell prevensjon. De opplevde også at jentene mistet konsentrasjonen, da informasjonen om hvilke prevensjonsmidler som inneholder forskjellige hormoner og lignende ble for omfattende til at de klarte å henge med. Helsesøstrene fant det svært lite sannsynlig at elevene husket informasjonen i etterkant. Det fremkom at helsesøstrene gjennom erfaring fant det mer hensiktsmessig å kort nevne prevensjonsmidlene for så heller å oppfordre elevene til å ta kontakt i etterkant av undervisningen dersom de ytterligere ønsket informasjon om prevensjonsmidlene.

Helsesøstrene anså det som en fordel dersom de hadde anledning til å gjennomføre undervisningen når elevene lærte om seksualitet i naturfag. De mente at det var mest var fokus på forplantningssystemet i forbindelse med naturfag. Jeg fikk inntrykk av at helsesøstrene anså at deres bidrag til seksualundervisning hadde en annen agenda og mål enn hva som ble gitt fra skolens side. Helsesøstrene uttrykte forståelse av at de skal tilpasse seg skolen. Likevel fremkom det at de samtidig har et eget ståsted i undervisningen og rom til å bidra med noe «eget». Det fremsto slik at helsesøstrene og skolen tilpasset seg hverandre i forbindelse med tidspunkt for undervisning, men at mål og agenda for undervisningen sjeldent ble diskutert direkte mellom hverandre.

5.3 Seksualundervisningens innhold

Denne kategorien omhandler hva helsesøstrene vektlegger i undervisningen.

5.3.1 Helsefremmede faktorer og risikofaktorer

Helsesøstrene rapporterte at forebygging av risikofaktorer ved seksualitet ofte ble vektlagt i seksualundervisningen. Risikofaktorer som uønsket graviditet, seksuelle overgrep og seksuelt overførbare infeksjoner opptok mye av undervisningstiden. En helsesøster sa at målet var et positivt fokus på kropp og seksualitet, men at undervisningens ofte ble problemfokuseret. En annen helsesøster sa:

«Det er viktig å sette seksualundervisning i litt positivt lys. Det er så mye skam, så mye tabu, så mye dårlig samvittighet».

Helsesøsteren uttrykte sine refleksjoner om å omtale seksualitet i en positiv vinkling som motvekt til utfordringer som ungdom opplever.

«Det som går igjen er at den undervisningen de får, ofte er problemfokuseret. Det er fysj og fysj, det er graviditet og abort, kjønnssykdommer, fysj fysj fysj. Istedenfor at man kanskje vektlegger den positive siden ved det»

Samtidig fremkom det som en utfordring å finne rom i undervisningen til å snakke om positive aspekter ved seksualitet uten at det gikk på bekostning av forebyggende faktorer som helsesøstrene også rapporterte som viktig å formidle. En helsesøster delte undervisningssekvensen i to bolker, hvorav den ene hadde fokus på hva elevene måtte «passe» seg for, eksempelvis seksuelle overførbare infeksjoner. Den andre timen ble disponert til å sette seksualitet i et mer helsefremmende perspektiv, som nytelsesaspektet ved seksualitet, gode følelser og onani. En annen helsesøster hadde en egen time øremerket til å snakke om overgrep og voldtekt på 10- trinn.

Samtlige av helsesøstrene uttrykte betydningen av å prate med elevene om samtykke og det å sette grenser. Flere definerte at «målet» med undervisningen var at elevene skulle huske hva samtykke er og betyr i praktisk forstand. De snakket også om hva konsekvensene kan være ved å sende og dele nakenbilder med andre. Det fremkom at seksualundervisningen i stor grad baserte seg på risikofaktorer ved seksuelle overførbare sykdommer, overgrep/bildedeling og uønsket graviditet/prevensjon. Likevel nevnte alle helsesøstrene viktigheten av å kunne sette seksualitet i et mer positivt lys, men at fokuset ofte landet på det negative. Helsesøster viste til refleksjoner om hvordan seksualitet for hvert individ innebærer ulike uttrykk.

«Vi snakker om seksualitet som en positiv kraft. Men også på en annen side, at det kan være en negativ kraft. En mørk og negativ kraft. At seksualitet er iboende i mennesker, men at den får ulike uttrykk, og at vi har ulike behov»

6.0 Drøfting

Jeg vil i dette kapitlet diskutere funnene i lys av presentert teori og forskning.

6.1 Forebyggende faktakunnskap og helsefremmende holdninger

Det fremkommer i min studie at det i undervisningen vektlegges å snakke om samtykke, grenser, prevensjon, graviditet og seksuelle overførbare sykdommer. Ungdom ønsker også at disse temaene tas opp i undervisningen (Berggrav, 2015; Grande, 2005). Jeg fikk inntrykk av at helsesøstrene fordrer betydningen av at ungdom gjør egne refleksjoner rundt disse faktorene. Samtidig anser de det som viktig at de også gir faglig informasjon til elevene om konsekvenser av ubeskyttet sex, eksempelvis graviditet og smitte. Det fremkommer også at helsesøstrene også syntes at positive aspekter og seksualitetens mangfold blir for lite tematisert i undervisningen.

Forebyggende arbeid har som formål å redusere risikofaktorer og forhindre sykdom (Kassah, Pedersen & Tingvoll, 2016). Betydningen det forebyggende arbeidet mot kjønnssykdommer veldokumentert (Vildalen, 2014). Det fins ingen fullstendig oversikt over antall undersøkelser for seksuelt overførbare sykdommer, men en undersøkelse fra 2014 viser til en rate på 486 tilfeller per 100 000 innbyggere når det gjelder klamydiainfeksjon. Tidlig avdekking og lett tilgjengelighet for å sjekke seg kan redusere spredning og forebygge komplikasjoner som følge av infeksjonen (Helsedirektoratet, 2017b). Dette tilsier at det forebyggende arbeidet mot kjønnssykdommer er av stor betydelighet. Seksualundervisning kan slik sett anses som en egnet plattform for å formidle forebyggende informasjon slik at infeksjonsrisikoen reduseres. Skolegang er obligatorisk i Norge (Lyngsnes & Rismark, 2017), og budskapet vil slik sett enklere nå ut til ungdomspopulasjonen.

I Norge er debutalderen hos jenter 17, 1 år, og 19, 9 år hos gutter (eMetodebok, 2018). Det vil dermed si at majoriteten av elevene som får seksualundervisning på ungdomsskolen fremdeles ikke har debutert seksuelt. Helsedirektoratet (2017a) skriver at seksualundervisningen skal etterstrebe å gi ungdom handlingskompetanse før de havner i seksuelle situasjoner, og undervisningen kan slik anses som adekvat knyttet til statistikk for seksuell debut. Folkehelse har også tradisjonelt sett hatt et forebyggende mål om å forhindre sykdom (Dahl, 2015; Chalmers & Kristajanson, 1989). Det vil også være bedre og billigere å forebygge sykdom enn å behandle (Helseth i Glavin, m.fl, 2007:25) Det kan derfor argumenteres for at helsesøstre jobber utfra et forebyggende perspektiv.

På den andre siden handler det ofte ikke om manglende kunnskap når ungdom utsetter seg for seksuelle overførbare sykdommer og graviditet. Det handler også om sammensatte faktorer knyttet til utvikling og relasjonelle forhold som påvirker den aktuelle situasjonen. Selv om opplysning om prevensjon og utdeling av kondomer har effekt, hevder Vildalen (2014) at innfallsvinkelen for seksuell atferdsendring må ha utgangspunkt i multifaktorelle forståelsesmodeller som inkluderer individuelle, relasjonelle og situasjonelle perspektiver. Dette samsvarer med funnene i min studie.

Ungdomsalderen er preget av både hormonelle, kroppslige og kognitive forandringer (Plessen & Kabicheva, 2010; Tetzchner, 2012). Den kognitive delen bidrar til rasjonelle beslutningstakinger, og er den delen av hjernen som også utvikles sent og langsomt i ungdomstiden. Ungdom kan opptre umodent som følge av at den kognitive delen utvikles langsommere enn det emosjonelle nettverket i hjernen. Ubalansen i modningsgrad av ulike deler av hjernen kan bidra til at ungdom kan tendere til risikofylt atferd (Plessen & Kabicheva, 2010).

Dette indikerer at ungdom ofte lever i «nuet» og at senere konsekvenser i mindre grad vektlegges. Majoriteten av helsesøstrene i denne studien hadde inntrykk av at ungdom ofte ikke tenker over konsekvensene av valgene de tar, både når det gjelder beskyttelse mot kjønnssykdommer og graviditet, men også knyttet til overgrep. Selv om elevene får undervisning om overgrep og seksuell trakassering, opplever helsesøstrene at ungdom oppsøker dem med problemstillinger knyttet til dette med jevne mellomrom.

En Norstat-undersøkelse på oppdrag for NRK viser til at om lag halvparten av unge hevder at de ikke har lært om overgrep og voldtekt på skolen. 612 kvinner og menn fra Norge fra 17- 24 år deltok i undersøkelsen. 42% i aldergruppen 17- 19 år hevder at overgrep og grensesetting ikke ble tematisert i undervisning om seksualitet på skolen (Gjellan & Melsom, 2017). Dette er ikke i samsvar med funnene i min studie, hvor det fremkommer at samtlige helsesøstre vektlegger informasjon om overgrep, grensesetting og samtykke. Noen hevdet også at målet for undervisningen er at ungdom skal vite hva et samtykke innebærer. I Redd Barnas rapport fremkom det at ungdom i alderen 14-19 år ønsker at «entusiastisk samtykke» skal være tematiseres i undervisningen. De mener også at det bør være rom for å også diskutere pornografi, da det kan føre til et press om mer ekstrem sex (Berggrav, 2015).

Selv om ungdommene gjerne har tydelige holdninger til at samtykke er viktig og hva som definerer voldtekt, kan holdningene bli litt mer vage i konkrete situasjoner. Grensene for hva

som er voldtekt eller overgrep kan da bli mer utydelige. Dette kan tyde på ungdommene mangler kunnskap om overgrep og forhandlingskompetanse (Berggrav, 2015). Dette er i samsvar med funnene i min studie. Helsesøstre fortalte at ungdom gjerne kan svare riktig på spørsmål som; «er samtykke viktig», men at dersom det blir presentert en case med følgende spørsmål til diskusjon, kan ungdommene bli usikre.

Dette kan bety at helsesøstre tilpasser undervisningen til ungdom og vektlegger samtykke i stor grad, fordi de gjennom sitt arbeid ser et behov for det ved at unge oppsøker dem med problemstillinger knyttet til dette. Med begrenset tid til rådighet kan det argumenteres for at helsesøstre ser viktigheten av å vektlegge forebygging i den grad de syntes å gjøre. Videre har overgrep i økende grad blitt mer fokusert på i samfunnsdebatten de siste årene. Det kan tenkes at det derfor kan bli enklere å tematisere det også i seksualundervisning. En annen faktor er at det anses som bedre og mer økonomisk å forebygge enn å senere behandle (Helseth i Glavin, m.fl, 2007:25). At ressursene derfor blir benyttet for å forebygge kjønnssykdommer, graviditet og overgrep kan slik sett underbygges. Helsesøstertjenesten har begrensede ressurser og det må derfor prioritere hvordan de skal benyttes (Waldum-Grevbo & Haugland, 2015).

Å forebygge at ungdom blir utsatte for risiko som kan påvirke deres seksuelle helse vil dessuten ha et utgangspunkt i ungdoms behov. Dessuten kan det også påstås å være i tråd med teorien om empowerment. Selv om det ofte knyttes til det helsefremmende arbeidet, er et grunnleggende metodisk prinsipp i empowerment at en som fagutøver skal tilrettelegge for at individer får handlingskompetanse til å handle etter sitt eget beste. Dette innebærer at en får bevissthet om egen situasjon og om hva som kan gjøres for å endre den i positiv retning (Askheim & Starrin, 2007). Forebyggende råd om kondom og smitteforhindring kan slik sett også anses som helsefremmende, da ungdom får kunnskap om hvilke tiltak de selv kan gjøre for handle etter sitt eget beste. Dette eksemplifiserer hvordan forebyggende og helsefremmende arbeid kan utfylle hverandre.

På den andre siden ønsker ungdom foruten forebyggende råd, også at undervisningen skal ha en positiv vinkling på seksualitet, som hvordan få orgasme, hvordan gjenkjenne lyst og ikke-lyst, og hvordan bli kjent med egen kropp (Grande, 2005; Berggrav, 2015). Lyst og nytelse blir ofte forklart som en faktor for bekjempelse av overgrep, seksuelle overførbare sykdommer og graviditet. Lyst og nytelse blir sjeldent omtalt som en målsetting i seg selv (Vildalen, 2014).

Dette gjenspeiles også i en canadisk undersøkelse. Den påpeker at sentrale aktører innen seksualundervisning bør fokusere mer på nytelse og gode relasjoner enn hva seksualundervisningen gjør i dag (Oliver, m.fl, 2013). Dette er i tråd med mine funn, hvor det fremkom et ønske hos helsesøstrene om å også fokusere på positive aspekter ved seksualitet. Jeg tolker dette som at helsesøstrene i større grad ønsker å tematisere helsefremmende faktorer ved seksualitet i undervisningen.

Dahl (2015) har gjennomført analyse på helsesøstres læreplan i utdannelsen. Hun finner konfliktfylte diskurser knyttet til nasjonale retningslinjer og helsesøsters pensum. Analysen antyder eksistensen av en dominerende sykdomsforebyggende fokus i læreplanen, som gjør at den helsefremmende diskursen blir presset i bakgrunnen. Selv om de ledende retningslinjene fokuserer mer på helsefremmende behandling, viser Dahl (2015) sin analyse at læreplanen ikke er tilstrekkelig eksplisitt angående helsefremming. Dahl (2015) tolker dette til at læreplanen ikke er i tråd med retningslinjene som sier at helsesøstre skal implementere helsefremmende og primære forebyggingsstrategier. Dette samsvarer med funnene i min studie. Helsesøstrene hevdet at retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017a) ikke var tilstrekkelig implementert.

Dette kan bety at ønsket til helsesøstrene om å integrere flere helsefremmede faktorer i undervisningen, blir utfordrende fordi den helsefremmende diskursen er sekundær i helsesøsters læreplan. Det kan indikere at helsesøstre ikke tilstrekkelig har de rette forutsetninger til å imøtekomme de ledende nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet, 2017a). Benner (1995) skriver at retningslinjer er viktige rammer for sykepleierens jobb, og at praksis er utfyllende for den teoretiske kunnskapen. Erfaring muliggjør tilpasning av prosedyrer i praksis og gjør at teoretisk kunnskap kan brukes fleksibelt.

Dette kan bety at manglende fokus på helsefremmende arbeid angående seksualitet i faglig sammenheng bidrar til at kunnskapen privatiseres. Praktisk erfaring med å tematisere helsefremmende faktorer i seksualundervisning kan føre til faglig utvikling. Da praktisk erfaring og teoretisk kunnskap er utfyllende for hverandre (Benner, 1995), kan det føre til usikkerhet dersom fagutøveren kun har den teoretiske kunnskapen om helsefremming som bakteppe.

At helsesøster synliggjør sin rolle i skolehelsetjenesten gjennom seksualundervisningen kan påstås å være helsefremmede i seg selv. Det syntes at helsesøstrene benyttet seksualundervisningen som en arena til å fremme skolehelsetjenesten og egen stilling i

tjenesten. Helsesøstre mente at det var viktig å vise seg som en voksen person elevene kan prate med, og fremmet betydningen og viktigheten av å bidra til at unge senker kravene til seg selv. Det var en gjennomgående tendens at helsesøstre oppfordret elever til å oppsøke helsesøster i etterkant av seksualundervisningen, og majoriteten av deltakerne opplevde at elever gjorde dette.

På den andre siden kan det stilles spørsmålsteget ved hvor etisk riktig det er å oppfordre elever til å oppsøke en tjeneste som ikke i tilstrekkelig kan være tilstede. En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten viser at det kan trekkes tvil om at skolehelsetjenesten i Norge kan kalles et lavterskeltilbud på grunn av manglende kapasitet (Waldum-Grevbo & Haugland, 2015).

6.2 En personlig og profesjonell arbeidsoppgave

6.2.1 Helsetjenesteansvar i et skolesystem

Helsesøstre i min studie anså at det å snakke om seksualitet var en del av sitt faglige ansvarsområde. Dette samsvarer med funnene med McFadyen (2003) sin undersøkelse, som viser at majoriteten av skolesykepleierne anså seksualundervisning som en del av sin rolle. I retningslinjene for skolehelsetjenesten står at tjenesten bør bidra i skolens seksualundervisning. Tjenesten skal i skolen vurdere å tilby undervisning i grupper ved behov, for å i større grad styrke unges ferdigheter enn hva læreplanen gir anledning til (Helsedirektoratet, 2017a). Skolehelsetjenesten har et ansvar knyttet til sentrale arbeidsoppgaver innen forebyggende og helsefremmende arbeid (Clancy, 2012; Helsedirektoratet, 2017; Chalmers & Kristajanson, 1989). Det kan bety at helsesøstre opplever det som et etisk ansvar å gjennomføre seksualundervisning fordi det er knyttet til ungdommers helse.

Ansvarsfølelsen som helsesøstre opplever knyttet til å snakke om seksualitet kan ha sammenheng med at helsesøstre anerkjenner seksualitet som en helsemessig faktor hos elever. Seksuell helse er knyttet til både vår psykiske og fysiske helse. God seksuell helse bidrar til at vi holder oss friske og i trivsel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I Norge samarbeider 92% av kommunene med skolehelsetjenesten når det gjelder prevensjon- og samlivsveiledning (Utdanningsdirektoratet 2009, referert i Toreid, 2015). Dette kan også tyde på en forventning fra skolen om at helsesøster bidrar i undervisningen.

På den andre siden er ikke undervisning i seksualitet en formalisert pålagt helsesøsteroppgave (Utdanningsdirektoratet 2009, referert i Toreid, 2015). Det kan tyde på et spenningsfelt mellom forventninger til helsesøsters bidrag i seksualundervisningen og forutsetningene for å imøtekomme forventningene. Dette kan indikere en begrensning for hvilke bidragsmuligheter skolehelsetjenesten har til å supplere skolens undervisning, da det varierer mellom skoler for hvor mye helsesøster er til stede (Waldum- Grevbo, 2018). Det kan anses som en ulempe at helsesøstre forventes å skal bistå i seksualundervisning uten at det gis noen formell opplæring i utdanningen, fordi det kan skape en glipp mellom forventninger til skolehelsetjenestens bidrag, og helsesøstres personlige og faglige forutsetninger til å tematisere seksualitet i den grad nasjonale retningslinjer anbefaler.

6.2.2 Å snakke om seksualitet

Faglig kunnskap kan ikke isoleres fra kunnskap og erfaring. Vår forståelseshorisont er kontinuerlig preget av teori vi har lest, erfaring og refleksjoner (Gadamer 2012; Malterud 2011). I egenskap av å være menneske er vi alle født med en seksualitet (Langfeldt 2013; Kruse & Carlberg, 2014; Træen 2017).

Det impliserer at ved å samtale om seksualitet vil egne referanser og holdninger til seksualitet alltid være tilstede. Det vil derfor ikke være mulig å fullstendig plassere seksualitet til å være noe som ikke også omhandler seg selv. Det kan for noen være både følelsesmessig, moralsk og faglig utfordrende å snakke om (Pedersen, 2016). Funn i denne studien viste at det kunne være utfordrende for helsesøstre å snakke om seksualitet i undervisningen. Det ble beskrevet som intimt og personlig. Erfaring med samtale og undervisning gjorde helsesøstrene mer komfortable til å kunne motta spontane spørsmål og utsagn.

Det kan anses som en styrke at seksualitet ikke kan plasseres som noe som ikke omhandler en selv. Ved aktiv refleksjon over egen seksualitet, kan man framskaffe den forståelsen som kreves i egenskap av å være rådgiver (Træen, 2017). Det blir en unngåelig referanse som alle kan knytte ulike erfaringer og kunnskaper til. En helsesøster kan slik sett ha forståelse for at temaets sensitive natur kan være utfordrende for elever å snakke om. Å snakke med ungdom om seksualitet innebærer også å ha en nysgjerrighet og åpenhet rundt seksualitet og dens mangfold (Træen, 2017).

En felles forståelse for at seksualitet kan være utfordrende å snakke om, kan på den andre siden benyttes som en begrunnelse for å unnlate aspekter ved seksualitet som en selv føler er utfordrende å snakke om. Forståelsen som Træen (2017) benevner, kan slik sett bli til en «hemske». Det kan oppstå en konsensus om at det er utfordrende å snakke om, som kan bli til hinder når det skal snakkes om seksualitet. Det kan også tillegges andre en mening om at det er utfordrende å snakke om uten at det i realiteten er slik. Den opprinnelige årsaken kan være hos en selv. Dette kan bety at helsesøstre tilpasser sin formidling med hensyn til egen opplevelse av at noe er ubehagelig å snakke om. Tilpasningen kan innebære at undervisningen blir upersonlig og preget av fakta, og kan medføre at undervisningen i liten grad treffer elevers behov.

En aktiv refleksjon rundt egen seksualitet (Træen, 2017) kan derfor være å etterstrebe å sortere egne følelser rundt seksualitet. Mine funn kan knyttes til det Træen (2017) skriver om seksualitet som et intimt tema hvor empati og forståelse er av betydning. Jeg tolker det slik at det er av betydning at helsesøstre reflekterer over eget forhold til seksualitet når det gjelder seksualundervisningen.

Personlige og profesjonelle verdier kan være vanskelige å skille. Personlige verdier kan sies å være dem en har med seg fra tidligere i livet. Personlige verdier kan tilegnes via foreldre, venner eller storsamfunn. Profesjonelle verdier vil være de verdiene som er nedfelt for den aktuelle yrkesgruppen, og tilegnes gjennom utdanning og praksiserfaring. Videre kan det skilles mellom abstrakte og konkrete verdier, åpne og skjulte verdier, bevisste og ubevisste verdier, bruksverdier og forfejtede verdier (Slettebø i Glavin m, fl, 2007:37).

Av den grunn vil det være av betydning at helsesøstre har en refleksiv tilnærming til hvordan personlige verdier kan gjenspeiles i seksualundervisningen, og det kan tenkes som sannsynlig at etiske spørsmål oppstår. Et eksempel kan være sex utenfor ekteskapet. Dersom undervisere i seksualitet har personlige verdier som tilsier at sex kun tilhører ekteskapet, vil dette kreve at underviseren prioriterer de profesjonelle verdiene for å kunne gi adekvat undervisning om kjønnssykdommer og prevensjon, slik nasjonale retningslinjer tilsier (Helsedirektoratet, 2017a). Det kan påstås at refleksivitet over egen innflytelse på undervisninger blir en forutsetning, da skolehelsetjenestens bidrag i seksualundervisningen er nedfelt i nasjonale retningslinjer som et tilbud til skolens undervisning. Helsesøstre kan slik sett ikke «reservere» seg fra å omtale abort, kjønnssykdommer, prevensjon m.m.

Det kan stilles spørsmål til hvorfor helsesøstre velger å snakke om seksualitet slik som de gjør og hvordan det kan påvirke undervisning. Funnene i min studie tyder på at helsesøstrene anså at å snakke om seksualitet kan være utfordrende fordi det er et intimt og personlig tema. En helsesøster reflekterte over at det å tre kondom på en penismannekeng av noen kunne oppfattes som upassende. En annen helsesøster viste bilder av kjønnsorganer med forskjell i utseende, erogene soner og lignende. Hun tematiserte også at det fantes andre former for sex enn det heterofile samleie. Jeg tolker dette som at helsesøstrene har ulike oppfatninger om hva som skal vektlegges i undervisningen. Dette kan være knyttet til helsesøstres egen komfort til å snakke om ulike aspekter ved seksualitet. Det kan videre ha sammenheng med personlige verdier, men egen komfort om å omtale seksualitet trenger ikke slik sett å ha sammenheng med personlige verdier.

Det kan for profesjonsutøvere i helsevesenet være vanskelig å snakke om seksualitet, fordi det også er knyttet opp mot vår personlige sfære (Pedersen, 2016). Det kan bety at seksualitetens uttrykk og følelser ikke er vanlig å synliggjøre i særlig grad i det offentlige rom. Dersom man blir sulten, kan dette ytres uten særlig form for selvbevissthet. Å ta opp matpakken, eller gå å hente seg noe å drikke er ofte uttrykk som omgivelsene ikke tenker videre over. Seksuelle følelser, tanker eller uttrykk kan ofte forstås som noe privat som kanskje deles med noen utvalgte, eller ikke i det hele tatt. Hvorfor og hva som skjer når seksualitet skal undervises om gir rom til refleksjon og diskusjon. Vildalen (2014) hevder at det trengs øvelse i å kunne formidle seksualitetens positive og negative sider. Også det å skille sine egne følelser fra det som skal formidles i undervisningssituasjoner.

6.2.3 Opplæring og praksis

Seksualundervisning i lærer- og helseutdanningene er nesten fraværende (Vildalen, 2014:215). Opplæring om seksualitet i utdannelsen kan tenkes bidra til bygge en bro mellom det som mange beskriver som et tabubelagt tema (Asland 2015; Langfeldt, 2013), og helsesøstres forutsetning til å snakke om seksualitet med elever. Opplæring kan bidra til at seksualitet i mindre grad klassifiseres som et tabubelagt tema. Det er ikke implisitt at det setter helsesøstre i bedre stand til å undervise om seksualitet, men det kan tenkes å bidra til arena for faglig utvikling innen feltet seksualitet i skolehelsetjenesten.

Ulike erfaringer, relasjoner og møter med seksualitet har innvirkning på menneskers liv og vil prege voksne når en snakker med barn og unge om dette. Hvordan voksne tilnærmer seg å prate om seksualitet med barn og unge vil variere (Aasland, 2015). Helsesøstre blir som andre

samfunnsaktører også påvirket av kultur, holdninger og omgivelser. Å ta høyde for at helsesøstre selv er påvirkelige samfunnsaktører kan påstås å bli undergravd i forventningene om at hun skal undervise i seksualitet uten opplæring.

En annen faktor er anbefalingen om å tematisere barns seksualitet ved to og fire- års kontroll av barns utvikling på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2017a). Dette kan anses som en positiv utvikling mot å skape større åpenhet for snakke om seksualitet. En kontinuerlig tematisering av emnet allerede fra konsultasjoner på helsestasjonen vil gi mulighet til økt erfaring om å snakke om seksualitet for både helsesøstre, barn og foreldre.

Dette kan senke terskelen for å tematisere det både i seksualundervisning og i andre kontekster. Men da det kan være en høy terskel for skolens ansatte å omtale seksualitet (Brewin m,fl, 2014), og helsesøstre ikke er pålagte å undervise om seksualitet (Utdanningsdirektoratet, 2009; referert i Toreid, 2015), kan en svakhet være at unge i større grad blir overlatt til seg selv til å finne svar på spørsmål angående seksualitet. Det kan slik tenkes å bidra til at unge søker til jevnaldrende og internett for å finne svar på spørsmål og utfordringer knyttet til seksualitet (Wallmyr & Welin, 2006; Tanton, m.fl, 2015; Whitfield, Jomeen, Hayter & Gardiner, 2013).

6.3 Didaktiske overveielser

6.3.1 Språkets utfordringer

For å kunne tilpasse seksualundervisning til en gruppe elever, vil det på forhånd implisere en vurdering av elevgruppen og deres læringsforutsetninger (Lyngsnes & Rismark, 2017). Elever vil ha ulike ståsted når det gjelder forhåndskunnskap, holdninger og modenhet. Også miljøet de lever i vil prege deres kunnskapsnivå og mottakelighet.

Bjørnebekk (2015) hevder at det kan være utfordrende for gutter og jenter å benevne kjønnsorganer når det skal snakkes seriøst om seksualitet. En årsak kan være at det enten må benyttes barnslige betegnelser, fagtermer eller de folkelige begrepene som mange har lært er stygge ord. En annen mulig årsak kan være at språket blir mangelfullt fordi ungdommer ikke vet hva den voksne personen tåler å høre. Bjørnebekk (2015) foreslår at den personlige og kulturelle bluferdigheten til å omtale intime deler av kroppen, kan gjøre språket fattigere enn det er nødt til å være.

Jeg kan til dels gjenfinne Bjørnebekk (2015) sine refleksjoner med funnene i denne studien. Flesteparten av helsesøstre benevnte språk i forbindelse med kjønnsorganer og hadde ulike tilnærminger til dette. Bjørnebekk (2015) påpeker at det kan være en differanse mellom ungdommenes språk og voksnes språk ved omtale av kjønnsorganene. Dette kan gjenfinnes i mine funn. Helsesøstre beskrev dialogen ved å benevne at «de» (elevene) og «jeg» (som voksen) kunne sette egne ord og begreper på intime deler av kroppen. Jeg tolker det som at helsesøstre benytter språkavklaring som en plattform for utveksling av forståelse.

Min tolkning er videre at helsesøstre gjør en didaktisk vurdering hvor aldersdifferansen mellom helsesøster og elevene blir tatt til betraktning, og hvor en personlig og kulturell faktor har innvirkning på hvorfor helsesøstre gjør de overveielsene de gjør, eksempelvis ved benevning av kjønnsorganer. Slik sett tilpasser helsesøstre seg både til elevenes språklige ståsted og egen språklig komfortsone. Det fremstår for meg som en refleksiv tilnærming til det som beskrives som et vanskelig og intimt tema. Med tanke på at majoriteten av ungdom foretrekker uformelle kilder til informasjon og støtte angående seksuelle helse (Whitfield, m.fl, 2013), kan dette tenkes å være en metode som «innstiller» helsesøster og elever på temaet seksualitet, og vil slik være en positiv innfallsvinkel knyttet til seksualundervisning.

På den andre siden skriver Mach-Zagal (2003) at det er en stor sannsynlighet for at budskapet kan bli mistolket grunnet språkets mangfoldighet og individuelle tolkningsforskjeller.

Individuelle forskjeller består blant annet av hvordan man forholder seg til nye inntrykk og opplysninger, og hvordan man bearbeider dem i relasjon til tidligere erfaringer og assosiasjoner (Gadamer; 2012; Mach-Zagal, 2003).

Det kan bety at selv ved å etterstrebe en tilpasning av språket, kan den individuelle personlige bluferdigheten gjøre det utilstrekkelig. Det kan også være at den kulturelle differansen knyttet til alder og erfaring gjør det utfordrende eller til og med umuliggjør å finne en felles forståelsesplattform. Saugstad (2003) skriver at helseformidlerens suksess ikke bare er avhengig av motivasjon, men også i hvilken grad målet er realiserbart. Det kan være lettere å beskytte seg når det eksempelvis dreier seg om fyrverkeri enn om sex, da førstnevnte har en langt mindre inngripen i menneskers intime liv (Saugstad, 2003:89).

Mange bøker i grunnskolepensum definerer også seksuell debut som det første samleie mellom jente og gutt. Når skolehelsetjenesten og andre aktører som underviser i seksualitet formidler denne definisjonen, kan det skape rom for misforståelser når en skal lære å forstå sin egen kropp og seksuelle følelser. Dersom samleie = sex, vil det eksempelvis bety at gutter som har samleie med gutter, ikke har debutert seksuelt, fordi det ikke er reproduktiv atferd. Dette kan også føre til misforståelse med tanke på smitterisiko og overgrep. De som begår overgrep uten penetrering, kan også tro at de ikke har gjort noe ulovlig (Vildalen, 2014).

Dersom ungdom har seksuell erfaring som ikke innebærer penetrering, kan de bli forvirret dersom begreper ikke tydeliggjøres tilstrekkelig. En risiko kan være at overgrep uten penetrering blir usynliggjort. Ved å benytte begreper som «normalt» kan ungdom dessuten bli fokuserte på hva som betegnes som unormalt og normalt innenfor seksualitet (Vildalen, 2014). Dette kan tyde på at selv om helsesøstre etterstreber å utveksle forståelse med elevene, kan språkets mangfoldighet og individuelle tolkningsforskjeller bidra til at budskapet blir misoppfattet, til tross for helsesøstres gode hensikter. Dette indikerer at en didaktisk vurdering om språklig tilpasning knyttet til målgruppen er av betydning. På den andre siden kan helsesøstre aldri helt og holdent vite at budskapet blir tolket i henhold til sin hensikt.

6.3.2 Veiledningsmetode og medvirkning

Majoriteten av helsesøstrene var opptatte av at undervisningen skulle være preget av dialog. Et spørsmål til diskusjon er om veiledningsaspektet preger helsesøstres tenkning. En del av helsesøsters ansvar er å gi hjelp til selvhjelp gjennom veiledning. Veiledning er en prosess som i hovedsak tar sikte på de iboende ressursene man selv har for å hjelpe til å mestre og styre egne liv, og refleksjon over egen situasjon er essensielt (Tveiten,2007).

Dette er i tråd med min studie, der helsesøstrene vektlegger at elevenes egne holdninger og refleksjoner skal være bærende i undervisningen. For å kunne veilede må en lytte til den andres refleksjoner over egen situasjon, og respondere på en slik måte at de selv kommer videre i sine refleksjoner, og en kan dermed få en større forståelse. Slik kan det gjøres plass til den andres signaler, og eventuelle behov kan lettere fremtre (Tveiten,2007). Clancy (2012) skriver at ansvar i helsesøsters praksis handler om et ansvar for nuet og et ansvar for fremtiden (Clancy, 2012:74). Dette kan bety at helsesøstrene benytter veiledningsteori for at elevenes behov kan fremtre slik at undervisningen kan tilpasses direkte i situasjonen.

Veiledning er et pedagogisk metode preget av dialog (Tveiten, 2007). Dialog kan støtte at individet er ekspert på egen situasjon, da veiledning skal i utgangspunktet ikke skal gi svar, men bidra til at tjenestebrukeren finner svarene selv (Glavin & Kvarme, 2003). Fagpersonens funksjon består i å fungere som en ressursperson som skal hjelpe individet frem i sine refleksjoner om egen situasjon (Askheim & Starrin, 2007). På den andre siden kan det stilles spørsmål ved om dialogpreget veiledning er en egnet metode for et sensitivt tema som seksualitet. Dette fordi ungdom er i en alder preget av sårbarhet og kognitiv umodenhet (Tetzchner, 2012). Det kan derfor anses som krevende for en tenåringselever å skulle delta i en dialog om seksualitet.

På den andre siden kan veiledning innebære undervisning, informasjon og rådgivning dersom behovet tilsier det i situasjonen (Tveiten, 2007). Slik kan veiledning være i tråd med teori om health literacy, som innebærer å ta aldersperspektivet i betraktning (Pettersen, 2009). Det kan også ses i sammenheng med situert didaktikk. Det innebærer at en som underviser må utgangspunkt i kontekst. Kontekst kan ikke alltid kan forutses på forhånd, men skaper visse rammer i den faktiske undervisningssituasjonen (Lyngsnes & Rismark, 2017).

Mine funn viser at både undervisning og veiledning syntes å være fremtredende virkemidler for formidling av seksualinformasjon. Det fremkom variasjoner for om helsesøstrene foretrakk at undervisningen var preget av dialog eller monolog. Hvordan et budskap blir oppfattet og forstått vil være varierende ut fra individuelle tolkningsmuligheter (Benner, 1995; Mach-Zagal, 2003; Gadamer, 2012). Dette kan bety at det vil være individuelle variasjoner for om man oppfatter et budskap som informativt, rådgivende og/eller veiledende. Det vil også være individuelle og kontekstuelle variasjoner for om en dialog eller monolog-preget undervisning vil være hensiktsmessig når seksualundervisningen skal gjennomføres, og som vil være utfordrende å vurdere på forhånd.

Årsaken til at helsesøstrene benytter veiledning i undervisning kan være at veiledning er kjent for helsesøstrene da veiledning som metode er gjennomgående på flere arenaer i helsesøsterprofesjonen, og dermed en kjent og anerkjent metode i faget. Som tidligere nevnt kan ikke faglig og personlig kunnskap isoleres totalt, og glir gjerne over i hverandre. Veiledning knyttet til seksualundervisning kan gjøre helsesøstrene mer komfortable til å snakke om seksualitet med elevene fordi hun har erfaring med metoden fra flere arenaer. Den kan slik sett fungere som en kompensator for manglende opplæring i utdannelsen. Det kan tenkes at det være særlig viktig å ha et «ryddig indre» og avklare eget ståsted i forbindelse til seksualitet for å evne å ta elevenes perspektiv uten å blande inn egne følelser (Vildalen, 2014). Det kan også tenkes at det er derfor helsesøstre anses som egnede undervisere i seksualitet (McFadyen, 2004).

6.3.3 Planlegging av undervisning og gruppeinndeling

Det var ulike meninger om helsesøstrene ønsket å ha undervisningen i klasse som en hel gruppe eller i kjønnsdelte grupper. Noen helsesøstre syntes det var fint å ha det klassevis slik at jentene og guttene kunne høre hverandre sine synspunkter. Andre syntes det var bedre med kjønnsdelte grupper, da de erfarte at elevene i større grad turte å spørre om det de lurte på.

Av denne årsaken ønsket noen av helsesøstrene som hadde undervisning gruppevis, at lærerne satte sammen «trygge» grupper uavhengig av kjønn. Jeg tolket dette til å være en didaktisk overveielse for å gjøre undervisningen mest mulig hensiktsmessig for elevene. Grunnlaget for overveielsene om gruppesammensetning virket å være basert på helsesøstrenes egne preferanser og egne erfaringer om hva de syntes var mest hensiktsmessig for elevene.

Flere av helsesøstrene i denne studien mente at det var hensiktsmessig at guttene og jentene fikk samme undervisning, slik at elevene kunne lære om og av hverandre. Noen av helsesøstrene fortalte at de i undervisningen nevnte at det kan være vanskeligere for jenter å oppnå orgasme ved samleie. Flere benevnte det som en «treningssak». Svendsen (2009) skriver at bakgrunnen for slike ytringer er velmente og med gode intensjoner, men at slike beskrivelser kan bidra til usynliggjøring av unge kvinners seksualitet knyttet til nytelse og opphisselse. Vildalen (2014) skriver at mange gutter tidlig utvikler prestasjonsangst og lav selvtillit som konsekvens av egne høye forventninger til seksuelle prestasjoner. De kan føle stort ansvar i den seksuelle situasjonen, og jenter kan også mene at det er guttens ansvar (Vildalen, 2014).

Dette kan indikere en fordel med å ikke ha kjønnsdelte grupper når det skal undervises i seksualitet. Det kan også anses som en fordel fordi helsesøster og lærer ikke på forhånd kan vite hvilke kjønn elevene identifiserer seg med eller hvilken seksuell orientering elevene har. Uavhengig av dette kan det også anses som positivt at både jenter og gutter får samme undervisning, og slik sett kan få økt forståelse for seksualitet på tvers av kjønn. Seksuelle følelser og handlinger er et kjennetegn ved å være menneske, uavhengig av kjønn.

På en annen side trenger det ikke være uhensiktsmessig med kjønnsdelte grupper, dersom undervisningen likevel tematiserer jenters og gutters seksualitet på tvers av kjønn. Toreid (2015) sin undersøkelse viser at en stor del av elever på 9 og 10- trinn synes det er greit å deles inn i grupper etter kjønn. Det ble dessuten observert mer elevaktivitet som hun nærmere beskriver som klasseromsaktivitet, dialog og diskusjonsforum i kjønnsdelte klasser.

Helsesøstrene i undersøkelsen foretrakk kjønnsdelte grupper da de hadde oppfatning av at elevene på den måten fikk best læringsmiljø, konsentrasjon og bedre muligheter for å lære (Toreid, 2015). Funnene i min studie viser samme tendens som i Toreid (2015) sin undersøkelse. Jeg forsto det slik at flere av helsesøstrene erfarte at det var mer klasseromsaktivitet ved kjønnsdelte grupper.

6.3.4 Tilpasset innhold i undervisning

En helsesøster benyttet seg konsekvent av å innsamle anonyme spørsmål når hun hadde undervisning. Hun fant at det var mest betydningsfullt at elevene fikk svar på det de lurte på. Mach-Zagal (2003) skriver at teknikken er velegnet for skolebarn, da de kan være tilbakeholdne for å stille spørsmål om pubertet, seksualitet, prevensjon osv.

Metoden kan sies å være i tråd med fordringen om brukermedvirkning i skolehelsetjenesten, hvor unge skal ha mulighet til å bli hørt, involvert og ha innflytelse (Helsedirektoratet, 2017a). Et prinsipp i health literacy er at helseundervisning skal være alderstilpasset den aktuelle gruppen for at de skal kunne tilegne seg kunnskap for å ivareta egen helse. Metoden gir også rom for at undervisningen blir tilpasset gruppens interesse og aktualitet, som også er sentrale kjennetegn ved health literacy (Pettersen, 2009). Dette er også i tråd med ledende nasjonale retningslinjer om skolehelsetjenestens undervisning i seksuell helse (Helsedirektoratet, 2017a).

Mine funn viser at helsesøstrene syntes det kan være utfordrende å tilpasse undervisningen fordi modningsforskjellene blant elevene kan være svært variabel. Også elevenes kunnskap og interesse for emnet vil være varierende. Ved å benytte anonyme lapper som metode tar helsesøster hensyn til at elevene har ulike behov for informasjon. Helsesøster tilrettelegger derfor undervisningen på en slik måte at elevene blir lyttet til, uten at de må utlevere seg. Samtidig får elevene også mulighet til tilpasset informasjon. Mach-Zagal (2003) skriver at teknikken også kan vekke pedagogens nysgjerrighet fordi hun ikke vet hva elevene vil spørre om. Underviserens engasjement er av stor betydning for elevenes nysgjerrighet og motivasjon. En annen positiv faktor kan være at undervisningen har et skiftende fokus, slik at flere aspekter ved seksualitet kan bli tematisert.

På en annen side fremkommer det at et bredt spekter av emner kan anses som en ulempe fordi bredden fører til at det ikke er tid til å gå i dybden. Helsesøstrene i denne studien anså dette som en utfordrende faktor i seksualundervisningen. Det kan stilles spørsmål om hvor hensiktsmessig det er å «pirke i overflaten», som en helsesøster i denne studien sa. Mine funn viste at tid var en gjennomgående utfordrende faktor ved undervisningen. Et annet spørsmål til argumentasjon er hvor mye brukermedvirkning som skal kreves av ungdommer. Brukermedvirkning kan også være å passivt motta informasjon (Thrana, 2008).

6.4 Kunnskap om ungdom, erfaring og skjønnsbasert praksis

Funnene i min studie indikerer at helsesøstrene får kunnskap og informasjon om ungdoms aktualitet og utfordringer gjennom individuelle møter, når elever selv oppsøker helsesøster knyttet til individuelle problemstillinger. Jeg tolker dette til at helsesøstrene knytter informasjonen opp til teoretiske kunnskap om ungdomsalderen, og modifierer seksualundervisningen slik at den i større grad blir adekvat knyttet til ungdoms behov. Informasjon om ungdoms behov får de gjennom møter der ungdom oppsøker dem på kontoret eller helsestasjonen, og gjennom skolehelsetjenester fra første klasse.

Dette samsvarer med funnene i Brewin m, fl (2014) sin amerikanske studie, hvor helsesøstrene benevnte at de ofte snakket med elever om seksualitet når ungdom selv oppsøkte helsesøster. Det syntes å være en positiv tendens at ungdom selv oppsøker helsesøster ved behov for noen å snakke med. Individuelle problemstillinger angående seksualitet kan for noen være lettere å fortelle om ved en-til-en-samtale, enn i gruppe med flere kjente jevnaldrende. Det kan også være en fordel at helsesøster får kunnskap om elevers utfordringer og behov gjennom slike møter. Mine funn indikerer at elever oppsøker helsesøster i større grad etter seksualundervisning. Jeg tolker det som at helsesøstrene slik sett lærer av ungdommene, og anvender kunnskapen i praksis når hun skal gjennomføre seksualundervisningen.

Skolehelsetjenesten skal ivaretas av hver kommune, og kartlegging av helsetilstanden til aktuelle målgrupper skjer også gjennom løpende virksomhet (Helsedirektoratet, 2017c). I dette tilfellet vil målgruppen være ungdom. Helsesøstre vil ha større eller mindre kjennskap om lokale forhold avhengig av kommunens størrelse, og vil videre føre til ulik kunnskap om elever grunnet dette. I tillegg kan helsesøstre gjennom individuelle oppfølgninger i skolehelsetjenesten få kjennskap til enkeltelevers personlige ståsted. Kunnskap om enkeltelevers ståsted og lokale forhold vil supplere helsesøstres teoretiske kunnskap.

Det kan være positivt at helsesøstre har god kjennskap til den aktuelle elevgruppen når hun skal undervise om seksualitet. Dersom kommunen er av en mindre størrelse kan det være at hun gjennom sitt arbeid i større grad kjenner til elevenes behov gjennom fastsatte oppgaver som vaksinasjon, helsesamtaler og samtaler hvor elever oppsøker helsesøster. Slik kan helsesøstre tilpasse undervisningen deretter. På den andre siden kan kjennskap til elevene være en ulempe, da undervisningen er rettet mot en gruppe elever, og er slik sett ikke individorientert som flesteparten av de andre arbeidsoppgavene kan være. Det kan tenkes at

dette kan gjøre at helsesøstre i større grad blir mer tilbakeholdne grunnet kjennskapen til elevene. Undervisning i grupper kan også gjøre helsesøstre usikre i konteksten, fordi hun har lite erfaring med undervisning som form.

Grimen (2009) skriver at i Norge blir evidensbasert praksis ofte oversatt til kunnskapsbasert praksis. Det er få som vil argumentere mot at profesjonsutøvelsen ikke skal være kunnskapsbasert. En utfordring knyttet til dette er overgangen fra vitenskap til praksis. Grimen(2009) stiller spørsmål om hvilke andre faktorer profesjonsutøveren bør ta hensyn til annet en dokumentert effekt når det skal besluttes om hva som skal gjøres.

Spørsmålet kan knyttes til utøvelsen av skjønn. Vektlegging av det profesjonelle skjønnnet er betydningsfullt fordi ingen måter å håndtere en situasjon i klinisk praksis er mulig å overføre til enhver situasjon (Clancy, 2012; Grimen, 2009; Benner, 1995). Det vil ikke si at regler og retningslinjer opphører og at profesjonsutøveren er i en privilegert posisjon hvor en anarkistisk holdning råder (Benner, 1995). Skjønn er ikke det samme som synsing, men kan muliggjøre det å anvende generell kunnskap på enkelttilfeller (Grimen, 2009).

Helsesøstrene fortalte at det var betydningsfullt at de mestret å motta spørsmål eller innspill fra elevene uten å bli utilpasse i situasjonen. Dette fordi de ikke på forhånd visste hva elevene ville spørre om eller si. Lang erfaring med seksualundervisning førte til at de i større grad følte seg komfortabel i situasjonen. Dette kan knyttes til det Clancy (2012) skriver om at når helsesøsteren har innarbeidet praktisk erfaring sammen med teoretisk kunnskap om prosedyren som skal utføres, kan blikket heves og en ny og kompleks verden fremtre. Å innse egne begrensinger og tåle usikkerheten som ligger i sårbarheten av å ikke vite hva som skal gjøres, kan bidra til en mer ydmyk og undrende holdning.

Usikkerhet kan slik sett forstås som en positiv faktor. På den andre siden vil hvordan en formidler usikkerheten være av betydning. Usikkerhet i mangel på erfaring kan slik sett føre til at undervisningen blir rigid i et forsøk på å mestre situasjonen ved å fokusere på det nasjonale retningslinjer anbefaler skal tas opp, og som helsesøsteren selv anser som tryggere å snakke om. Usikkerhet trenger likevel ikke føre til utilpasshet. En helsesøster i denne studien fortalte at når hun fikk spørsmål som hun var usikre på så formidlet hun dette tilbake til elevene. Jeg forsto det slik at usikkerheten ikke gjorde henne utilpass, og at hun syntes det kunne være positivt at elevene også fikk inntrykk av at hun ikke visste svarene på alt.

Det vil variere fra hvert enkelt individ om hva som oppleves som trygt å snakke om. Likevel vil situasjoner som gir en opplevelse av usikkerhet, være et supplement til erfaringsgrunnet til helsesøsteren, uavhengig om det oppleves som komfortabelt eller ikke. Usikkerheten og sårbarheten i situasjoner kan slik bidra til kunnskaps- og erfaring utvikling. Dette kan også knyttes til Antonovsky (2012) beskrivelse av at påkjenninger kan bidra til utvikling i positiv forstand, grunnet menneskers evne til å tilpasse seg.

Jeg forstår det slik at innblikket helsesøstrene får gjennom individuelle møter utgjør en vesentlig del av helsesøsters erfaringsbaserte kunnskap. Kunnskapen generaliserer og videreformidler hun i seksualundervisning. Jeg tolker det slik at helsesøstrene gjør skjønnsmessige vurderinger basert på erfaringer for å tilpasse undervisningen til den aktuelle elevgruppen. Noen helsesøstre vektla å ikke fokusere på informasjon om prevensjon i undervisningen, fordi hun erfarte at elevene ofte mistet konsentrasjonen. Helsesøstrene nevnte prevensjon, men gjorde vurderinger i undervisningssituasjonen om de skulle forfølge tematikken eller ikke. Dette gjorde de med utgangspunkt i elevenes engasjement. Jeg tolker det som en skjønnsbasert vurdering basert på kunnskap som helsesøstrene opparbeidet gjennom erfaring. Kunnskapen benytter de for å tilpasse undervisningen slik at den blir hensiktsmessig for den aktuelle elevgruppen.

6.4.1 Tilpasning til en ungdomskultur i endring

Mine funn viser at helsesøstre inkluderer tematikker i seksualundervisningen som de gjennom møter med ungdom anser som viktig. Et eksempel er bildedeling og pornografi. Jeg tolker dette til at helsesøstrene gjør skjønnsmessige vurderinger i forkant av og i seksualundervisningen for å gjøre den mer adekvat. Helsesøstrene fremhevet betydningen av at unge bør lære seg kritisk evaluering til hvordan samleie fremstilles i pornografien. Vildalen (2014) skriver at unge må bli presentert for et alternativ og sunn informasjon i tillegg til etablert kunnskap om kropp og seksualitet for å ha noe å sammenligne med og veie ukritisk nettinformasjon opp imot. Dette understøttes i Mattebo m, fl (2013) sin studie, som viser at helsepersonell som jobber med ungdom ønsker å forbedre undervisning om seksualitet ved å inkludere perspektiver på kritisk medieanalyse som følge av pornografiens spredning i meda.

Unge bruker i dag internett på andre måter enn de voksne som ikke hadde internett og smarttelefoner som barn (Vildalen, 2014; Mach- Zagal, 2009). Dobbelte så mange norske barn

har sett pornografi på internett sammenlignet med jevnaldrende i resten av Europa (Iversen, 2011). Saugstad (2003) skriver at senmodernitetens informasjonssamfunn ikke bare kan forstås ut fra teknologiutviklingen. Teknologiutviklingen må også sees i sammenheng med tradisjonsbundet orienteringsmønstre, viten- og opplæringsformer samt religiøse og moralske autoriteter. Dette kan knyttes til det Mead (1970) referert i Saugstad (2003) beskriver om generasjonsforskjeller i tre samfunnsformer; Den postfigurative kulturen, den konfigurative kulturen og den prefigurative kulturen.

Den postfigurative kulturen kjennetegnes ved at den yngre generasjonen hovedsakelig lærer fra sine foreldre. Kulturen er i hovedsak basert på en skriftløs kultur hvor verdier overføres fra en generasjon til den neste. Slekt, stabilitet og tradisjon spiller en stor rolle, mens individ, oppbrudd og forandring spiller mindre rolle (Mead, 1970 i Saugstad, 2003).

Den konfigurative kulturen kjennetegnes av at barn lærer av sine jevnaldrende. Dette fordi det ikke fins et brukbart generasjonsforbilde. Kulturen kan også beskrives som en overgangskultur, eksempelvis som følge av ny teknologi. Den konfigurative kulturen ser fremtiden som en forlengelse av fortiden. Den eldre generasjonens beslutning om hva som er det sanne og det riktige er fremdeles rådende, i likhet med den postfigurative kulturen. De ytre levevilkårene er derimot endret, slik at den eldre generasjonen ikke kan forsørge de yngre med brukbare sosialiseringmodeller. Skolen er eksempel på et konfigurativt kulturprodukt, med den institusjonelle aldersoppdelingen, hvor elever blir inndelt i klasser med jevnaldrende. Likevel er lærere ideelt sett et forbilde, da de har en kunnskapsmessig generasjonsfordel. Det kan i den konfigurative kulturen oppstå konflikt mellom identitet og tradisjon og mellom utvikling og bevarelse (Mead, 1970 i Saugstad, 2003).

Den prefigurative kulturen kjennetegnes ved at voksne også lærer av barna. Den naturlige respekt for den eldre generasjon fins ikke i den prefigurative kulturen, og perspektivet om at fremtiden er en forlengelse av fortiden opphører. Erfaring og alder kan tvert imot anses som en hindrende faktor. Unge ser at de voksne er forvirret, og at voksne enda ikke har funnet en optimal måte å organisere tilværelsen på. De ønsker derfor å gjøre dette selv. Kulturen godkjenner generasjonskløften, og forventer at kommende generasjonene vil oppleve nye og uforutsigbare samfunnsforandringer (Mead, 1970 i Saugstad, 2003).

Saugstad (2003) hevder at det kreves holdningskompetanse for å kunne se og gripe mulighetene som viser seg det moderne livs mange handlingsvalg. Jeg ser samfunns- og kulturbeskrivelsene som nettopp nevnt, i sammenheng med utfordringer som mange av

helsesøstrene i min studie nevnte. Teknologit utviklingen bidrar til at unge i dag er eksponerte for inntrykk av seksuell karakter gjennom internett og andre teknologiske medier. Mange unge eksponere seg selv, og andre, gjennom disse kanalene (Uldal, 2018). Verken helsesøstre eller lærere er vokst opp med en slik eksponering. Likevel er dette en tematikk som samtlige helsesøstre i min studie anså som betydningsfullt å tematisere i seksualundervisningen.

Whitfield m, fl (2013) sin studie viste at flertallet av unge foretrekker uformelle kilder til informasjon om seksuell helse, deriblant jevnaldrende, mødre og internett. Disse kildene er representative til Mead (1970, referert i Saugstad, 2003) sine beskrivelser av de tre samfunnsformene. Det kan også sees i sammenheng med helsesøsters seksualundervisning. Flere av helsesøstrene posisjonerte seg som «voksen» når de fortalte om dynamikken mellom seg selv og elevene. Dette viser til en bevissthet om en generasjonskløft mellom seg selv og elevene.

Dette kan tolkes til at generasjonsdifferansen blir særegen når det skal undervises om en tematikk hvor elevenes erfaring kan ansees som annerledes, og kan tolkes til å være en ulempe. Det oppstår et spørsmål om det er helsesøster eller elevene som er underviseren, og er i tråd med kjennetegnene ved den prefigurative kulturen (Saugstad, 2003). En annen faktor er at helsesøstre bare har et lite innblikk i utfordringer ungdom sliter med.

I egenskap av å tilhøre en annen generasjon uten teknologiens innflytelse som sees i dag, kan også en svakhet være muligheten for at helsesøster ikke har forutsetning til få godt nok innblikk i ungdomspopulasjonens utfordringer. Grunnet aldersforskjell mellom helsesøstre og elever vil kultur implisitt være en faktor ved seksualundervisning. Hjortdahl (2005) skriver at unge kan oppfattes som en minoritetsgruppe hvor den dominerende kulturen har liten forståelse for deres livsstil. Det å reflektere over ens egen ungdom vil ikke være tilstrekkelig, for kulturen endrer seg fra hver generasjon.

Jeg tolker det slik at den postfigurative kulturen hvor de yngre lærer av den eldre generasjoner, i denne sammenheng møter den prefigurative kulturen, som kjennetegnes ved at voksne lærer av den yngre generasjonen. Helsesøstre tar lærdom av de yngre ved å observere og lytte til dem. Slik øker kunnskapen om de unges utfordringer. Helsesøstre kan med sin kunnskapsmessig generasjonsfordel slik etterstrebe å danne adekvate sosialiseringmodeller.

Mine funn tenderer til en kombinasjon av de tre samfunnskulturer Saugstad (2003) beskriver. Jeg forsto det slik at helsesøstrene var bevisste forspranget ungdom hadde i form av erfaring

med teknologi og sosiale medier. Det fremsto som at helsesøstrene knyttet erfaringsbasert kunnskap sammen med teoribasert kunnskap om ungdomsalderen. Jeg tolker det slik at seksualundervisningen ble tilpasset til ungdom ut fra disse faktorene. Slik sett kan generasjonsdifferansen på den andre siden anses som en fordel. Det Saugstad (2003) beskriver som en hindrende faktor angående alder og erfaring i møte med unge, kan slik sett bidra til at helsesøstre etterstreber å lytte og lære av de yngre, og vil slik fremme brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2017a; Thrana, 2008).

Internett har blitt en vanlig arena for å utforske seksualitet og seksuelle grenser. Flørting og vennskap kan oppleves like sterkt gjennom internett og apper, som i mer tradisjonelle former. Et risikomoment er at ungdomshjernen er under utvikling, og har derfor dårligere forutsetninger enn voksne til å vurdere konsekvenser. Mange er ikke modne nok til å filtrere informasjonen dem får og gir fra seg. Mangel på impulskontroll og søken etter spenning er faktorer som kan bidra til at de overskrider egne og andres grenser (Uldal, 2018; (Plessen & Kabicheva, 2010). Det indikerer at ungdom har et behov for støtte til å kunne vurdere konsekvenser av informasjon og gis og mottas, av voksne støttespillere.

Helsesøstre bør bidra med kunnskap og tematisere dette i seksualundervisning (Uldal, 2018). Helsesøstrene uttrykte bekymring over at unge ukritisk delte nakenbilder av seg selv og andre via sosiale medier. De reflekterte også over pornografien innflytelse på hvordan sex og kropp fremstilles. Jeg tolker det slik at helsesøstrene i min studie tilpasset undervisningen til ungdommers behov, knyttet til å reflektere over konsekvenser ved å dele og sende nakenbilder. Flere vektet dessuten å tematisere at pornografiens fremstilling av sex og kropper som regel i ikke samsvarer med virkeligheten.

Helsesøstres bakgrunn i helsefremmende og forebyggende arbeid knyttet til barn og unge kan gjøre at de blir ansett som egnede utøvere til å tematisere dette i seksualundervisningen. Likevel vil alder og kulturdifferansen medføre at helsesøstre ikke fullt ut kan forstå utfordringene som ungdom har knyttet til kulturendringene de siste tiårene har medført. Slik kan helsesøstres forsøk på å forsørge ungdom med adekvate sosialiseringmodeller likevel ikke være tilstrekkelig.

7.0 Avslutning

Jeg ønsket med denne studien å utforske problemstillingen:

- Hvordan gjennomfører helsesøstre seksualundervisningen til ungdomsskoleelever, og hvilke tilpasninger gjøres knyttet til deres behov angående temaet seksualitet?

Videre ønsket jeg å belyse problemstillingen med følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan forstår og vurderer helsesøstre elevers behov knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid når det gjelder seksualitet?

Jeg har etter beste evne forsøkt å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålet. Mine viktigste funn viser at helsesøstrene tilpasser undervisningen direkte og indirekte.

Helsesøstre følger et kommunalt standardisert opplegg, men har også rom til å gjøre egne vurderinger i undervisningstimen. Det fremkom at noen helsesøstre vurderer det som viktig at elevene får mulighet til å stille anonyme spørsmål i forkant av undervisningstimen, slik at de får svar på det de lurer på. Andre helsesøstre vektla å ha en dialog med elevene for utforske deres behov ved å ta utgangspunkt i elevenes perspektiver.

Samtlige helsesøstre gjorde vurderinger av ungdoms behov når de oppsøker helsesøster utenom seksualundervisningen. Erfaring fra slike møter bidro til at de fikk økt kunnskap om elevers utfordringer og behov. Studien viser også at helsesøster er bevisste generasjons- og kulturdifferansen mellom seg selv og elevene, og at små innblikk i ungdomskulturen kan muliggjøres ved å etterstrebe å ta ungdommers perspektiv. Det fremkommer som et viktig aspekt for å være oppdatert på hva som er aktuelt for ungdom i dagens samfunn, og for å kunne tilpasse undervisningen til en kultur som stadig er i endring. Helsesøster tilpasser undervisningen også til seg selv. Mine funn indikerer at hun gjør dette for å kunne gi en hensiktsmessig seksualundervisning til elevene. Egne grenser og komfort til å snakke om seksualitet virker å spille en rolle når det gjelder helsesøsters seksualundervisning. Det personlige og faglige aspektet fremkommer som uatskillelig og kan kreve at helsesøstre avklarer eget ståsted og betraktninger angående egen seksualitet for å kunne gi en adekvat undervisning om emnet. Å snakke om seksualitet kan bli privatisert og opp til den enkelte, og det kan stilles spørsmål om dette er fordi det i liten grad diskuteres faglig. Helsesøstre gjør også egne vurderinger angående kjønnsinndeling av grupper. Kapasitet er en sentral faktor som begrenser undervisningens rekkevidde.

Helsesøstre vektlegger å tematisere samtykke og grenser. Det fremkom at helsesøstre også mener det er viktig å tematisere positive aspekter ved seksualitet, men at fokuset gjerne blir på risikofaktorer og forebygging av disse. Seksualitet ble omtalt som et intimt og personlig tema. Språklig avklaring fremkom som en metode for å innstille både helsesøster og elevene til å snakke om seksualitet. Helsesøstre anså det som en del av sitt ansvarsområde å snakke om seksualitet med elevene. Det viste seg at helsesøstre synliggjorde sin rolle i skolen gjennom seksualundervisningen.

Det fremstår som noe annerledes enn å undervise om andre temaer. Da seksuell adferd kan føre til sykdom, kan risikotenkningen føre til at helsepersonell anses som egnede undervisere i seksualitet. Det oppstår et spørsmål om dette bidrar til at seksualitet slik sett kan bli bagatellisert, fordi seksualitetens mange fasetter blir skjult under vektlegging av risikofaktorer. Er det lettere å ty til faktabasert kunnskap under argumentasjon at seksuell atferd kan føre til sykdom? Kan det være at mangel på faglig diskusjon fører til mindre erfaring med helsefremming innen seksualundervisning?

7.1 Videre forskning

Det er økt behov for videre forskning angående seksualundervisning på et nasjonalt nivå. Variasjoner innen seksualundervisning og skolehelsetjenesten tilstedeværelse på ungdomsskolen indikerer at unge ikke nødvendigvis får et likeverdig tilbud. Det kan indikere et behov for å utføre kvalitative undersøkelser på de kommunale variasjonene for deretter å lete etter forklaringsmodeller. Faktorer som samarbeid med skole, skolens initiativ, helsesøster initiativ vil være relevante å inkludere i en slik undersøkelse.

Det kunne også vært interessant med videre forskning om bredden i tematikkene som skal formidles i undervisning går på bekostning av dybden, og i så fall hvordan. Hvilke prioriteringer som gjøres og hvorfor kan være relevante å utforske. Også med tanke på hvordan personlige verdier og avklaring av egen seksualitet har innvirkning på gjennomføringen og tematiseringen i seksualundervisningen.

Det kunne også vært interessant med videre forskning angående generasjons- og kulturdifferansen og hvordan betydning denne har for undervisning om seksualitet. Kulturelle forhold, omgivelser og miljø har mange fasetter og variasjoner innad samme generasjon. Generasjonsdifferanse kan derfor tenkes å være av særlig betydning når en annen generasjon skal undervise om et tema som seksualitet til en yngre aldersgruppe. Dette fordi underviseren

kun har et lite innblikk i ungdomskulturen, som vokser opp med andre vilkår enn hva en selv har gjort.

Litteraturliste

Aasland, Margrete. W (2015) *Barna og seksualitet*. Cappelen Damm akademisk.

Askheim, P, O & Starrin, B (2007 (red). *Empowerment- i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Antonovsky, A (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18 (internett). Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

Barnekonvensjonen (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

Barneombudet (2013). Barneombudets fagrapport- Helse på barns premisser. Oslo: Barneombudet. Tilgjengelig fra: http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_p%C3%A5_barns_premisser.pdf.

Barneombudet (2018). *Alle kjenner noen som har opplevd det: Samtaler med ungdom om seksuelle krenkelser*. Tilgjengelig fra: <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/02/Barneombudets-rapport-om-seksuelle-krenkelser-enkeltsider-pdf-lowres.pdf>. Lest: 28.06.2018.

Benner, P (1995) *Fra novise til ekspert- dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis* (G, Hve overs.) København: TANO forlag.

Berggrav, S. (2015) *Den som er med på leken- ungdoms oppfatninger om voldtekt, kjønnsroller og samtykke*. Redd Barna.

Brewin, D, Koren, A, Morgan, B m, fl (2014) Behind Closed Doors: School Nurses and Sexual Education. I: *The Journal of School Nursing* (internett), Vol. 30(1) 31-41. DOI: 10.1177/1059840513484363

Busch, T. (2013) *Akademisk skriving for Bachelor- og masterstudenter*. Fagbokforlaget: Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.

Bjørnebekk, W(2015) *Påkledd i dusjen- om ungdom og kroppspress*. Oslo: Spartacus forlag AS.

Chalmers, K., & Kristajanson, L. (1989). The theoretical basis for nursing at the community level: a comparison of three models. I: *Journal of Advanced Nursing*, vol 14, utgave 7. s, 569-574. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01592.x> Lest: 10.10.2018.

Clancy, A., & Svensson, T. (2007). "Faced with responsibility": Levinian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. I: *Nursing Philosophy*. Vol.8 (3). S, 158-166. DOI: 10.1111/j.1466-769X.2007.00311.x

Clancy, A (2012): Dybden i et helsesøstermøte. I: *Fortellinger om etikk*. I: Thorsen, R, Mæhre, K,S og Martinsen, K(red). Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dahl, B, M (2015). *The meaning of professional identity in public health nursing*. (doktoravhandling), Universitetet i Bergen. Bergen, Norge. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/1956/10605>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*(internett). Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>. Lest: 24.07.2017

eMetodebok. (2018). eMetodebok for seksuell helse. Tilgjengelig fra: <http://emetodebok.no/kapittel/sexologi/>. Lest 14.08.18

Folgerø, T & Hellesund, T (2010) Kjønnsooperasjoner og kjønnsdefinisjoner -hvor sitter kjønnet? I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* (internett) Nr. 4. doi:10.4045/tidsskr.09.1156.

Foucault, M (1995) *Seksualitetens historie 1*, Viljen til viten. Gjøvik: Gjøvik trykkeri AS.

Gjellan, M. & Melsom, P. (2017) Unge misfornøyde med seksualundervisninga: - Lærer ikke om voldtekt på skolen. (internett). Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/unge-misfornoyde-med-seksualundervisninga--laerer-ikke-om-voldtekt-pa-skolen-1.13503309> Lest: 11.09.2018.

- Glavin, K & Kvarme, G, L (2003) *Helsesøstertjenesten- fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. S. 88- 114. Oslo: Akribe Forlag.
- Glavin, K, Helseth, S & Kvarme, G, L (red) (2007) *Fra tanke til handling- metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.
- Grande, H. B. (2005) *Sex og sånn*. ISBN 82-7481-119-4. Redd Barna.
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering - noen utfordringer. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 191-221). Oslo: Abstrakt forlag.
- Grundstad, A(2016) Sex og kjønn- en utfordring for helsepersonell. I: *Psykisk helse og rus* (internett). Vol. 27 (1), s, 24- 28. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/psykisk_helse_0116.pdf#Page=24. Lest: 10.03.18
- Haugland, S & Grimsmo, A. (2004) Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I Haugland, S og Misvær, N(red) I: *Håndbok for skolehelsetjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Helland, H og Øia, T. (2000) *Forebyggende ungdomsarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helsedirektoratet (2017a) Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmede og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (internett). Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet(2017b) *Seksuell helse- lokalt folkehelsearbeid*(internett). Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#regelverk>. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017c) *Systematisk folkehelsearbeid* (internett) Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#regelverk>. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet(2017) *Snakk om det!* Strategi for seksuell helse (2017–2022) (internett). Tilgjengelig fra:

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

Hind, R (2017) *Seksualitetsundervisning i skolen En kartlegging blant elever i 10. klassetrinn og 1 VGS*. Kantar TNS. Tilgjengelig fra:

<http://edu.hioa.no/SeksuellhelseArtikler/Rapport%20180817%20Seksualitetsundervisning%20i%20skolen.pdf> Lest: 17.06.2018

Hjortdahl, P(2005):" *Unges kommunikasjonsmåter*". I: Haavet, Ole Rikard (red.): *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Iversen, K, R (2011) *Norske barn misfornøyd med innhold på nett*. Institutt for medier og kommunikasjon- det humanistiske fakultet. *Uio: Institutt for medier og kommunikasjon* (internett). Tilgjengelig fra: <http://www.hf.uio.no/imk/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2011/eukids-norsk>. Lest 06.06.2018.

Kassah, Tingvoll & Pedersen (red) (2016) *Forebyggende Helsearbeid- sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kruse, J, P & Carlberg, H (2014) *Ungdomsexologi*. I Kelly, B, K(red). *Ungdomshälsa*. Lund, studentlitteratur AB.

Kvale, S og Brinkmann, S (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*, 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvarme, G, L(2016) *Helsesøstertjenesten i skolen*. I: Glavin, K & Gjevjon, R, E (red). *Sykepleie i kommunehelsetjenesten- helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget. S, 73- 85.

Langfeldt, T(2000) *Barns seksualitet*. Oslo: Pedagogisk forum.

Langfeldt, T (2005) *Erotikk og fundamentalisme. Fra Mesopotamia til kvinnefronten*. Oslo: Universitetsforlaget.

Langfeldt, T(2013) *Seksualitetens gleder og sorger- identiteter og uttrykksformer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Lyngsnes, K & Rismark, M (2017) å være lærer i fellesskolen. I: Lyngsnes, K & Rismark, M (red) *Didaktisk praksis- 5.-10. trinn*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag, s. 11-23.

Mach-Zagal, R (2009):” *Ungdom, senmodernitet og sundhedsarbejderen*”. I: Saugstad, Tone og Mach-Zagal, Ruth: *Sundhedspædagogik for praktikere*. København: Munksgaard.

Malterud, K (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mattebo, M, Larsson, M, Tydén, T & E, Häggström-Nordin (2013) Professional’s perception of the effects pornography on swedish adolescents. I *public health nursing* (internett). DOI: 10.1111/phn.12058. Vol. 31(3) s, 196–205.

McFadyen, J (2004) Teaching sex education: are Scottish school nurses prepared for the challenge?. I *Nurse Education Today* (internett). Vol. 24 (2) s, 113–120.

DOI:[10.1016/j.nedt.2003.10.003](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.003)

Norsk Senter For Forskningsdata (2017): «*Krav til samtykke*» (internett). Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/samtykke.html>. Lest 19.07.2017.

Oliver, V., Meulen, E.V.D., Larkin, J & Flicker, S. (2013) If you teach them, they will come: Providers’ reactions to incorporating pleasure into youth sexual education. I: *Canadian Public Health association*, 104 (2): s, 142- 147 (internett). Tilgjengelig fra:

<http://www.jstor.org/stable/canajpublheal.104.2.e142>. Lest: 20.07.2017

Olsen, Terje & Tesfai, Aida (2016). Ung med virkning? Opplæringsprogram til unge brukermedvirkere. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Utgave: 01-02, s. 77- 86. Volum 13.

Tilgjengelig fra:

https://www.idunn.no/file/pdf/66867241/ung_med_virkning_opplaeringsprogram_til_unge_brukermedvirke.pdf. Lest: 20.05.2018

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. Juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*.

Pedersen, Lene (2016) Psykisk helse og seksualitet- tørr vi snakke om det? I: *Psykisk helse og rus* (internett). 27 (1), s, 17- 21. Tilgjengelig fra:

https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/psykisk_helse_0116.pdf#Page=24. Lest: 09.03.18

Pettersen, S (2009) Kostholdsinformasjon og annen helseinformasjon I: Holthe, Asle og Wilhelmsen, Britt U(red.): *Mat og helse i skolen, en fagdidaktisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Plessen, J. P. & Kabicheva, G. (2010). Hjernen og følelser – fra barn til voksen I: *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, nr 9: 130:932-935. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/2010/05/oversiktsartikkel/hjernen-og-folelser-fra-barn-til-voksen>. Lest 14.08.18

REK (2015) *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (internett). Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n. Lest: 11.05.2017

Røthing, Å. & Svendsen, B, H, S (2009) *Seksualitet i skolen. Perspektiver på undervisning*. Cappelen Akademisk Forlag.

Saugstad, T & Mach- Zagal, R (2003) *Sundhetspædagogik for praktikere*. 2. utgave. København: Munksgaard Danmark.

Solbakk, J.H (2014) *Sårbare grupper* (internett). Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/>. Lest 28.06.2017

Tanton, C, Jones, G, K, Macdowall, W, m.fl (2015) Patterns and trends in sources of information about sex among young people in Britain: evidence from three National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. I *BMJ open* (internett) 5(3) DOI: [10.1136/bmjopen-2015-007834](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007834).

Tetzchner, S, v (2012): «ungdomsalderen». I *Utviklingspsykologi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thrana, M, H (2008) Medvirkning i ungdommens perspektiv *Vil jeg bestemme? Om barn og ungdoms medvirkning*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tjora, A (2010) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Toreid, H, E(2015) Vil ha kjønnsdelt seksualundervisning. I *Sykepleien Fagutvikling* (internett). Sykepleien nr.7. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2015.54642.

Træen, B & Lewin, B (2008) Sexual Desire, Maturbation, Sexual Arousal, Orgasm and Cultural Context. I Træen, B & Lewin, B (red). I: *Sexology in context*. Oslo: Universitetsforlaget.

Træen, B & Sørensen, D (1999) *Elske deg, elske med deg- en lærebok i sex- og samliv*. Oslo: Gyldendal undervisning.

Træen, B (2017) seksualitet og seksualatferd. I: Klepp, K- I & Aarø, L, E. *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Tveiten, S. (2007). Veiledning. I: K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Red), *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe.

Uldal, G, I (2018) Dickpics og slutshaming bør inn i seksualundervisningen. I *Sykepleien Fagutvikling* (internett). 106(70807). doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70807

Utdanningsdirektoratet (2006) *Kunnskapsløftet*

Utdanningsdirektoratet (2011) *Seksualitet og kjønn: et ressurshefte for lærere i grunnskolen*(internett). Tilgjengelig fra: https://www.udir.no/Upload/Brosjyrer/5/Udir-Ressurshefte_Seksualitet-del1-2_REV2011.pdf?epslanguage=no. Lest 25.06.2017

Verdens legeforening (2013): *Helsinkideklarasjonen*. (Internett). Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>. Lest 28.06.2017.

Vildalen, S(2014) *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner- med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Waldum- Grevbo, K. S.& Haugland, T. (2015) Hvor er helsesøster? En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. I: *Sykepleien Forskning*, 10(4). S, 352-360. doi:10.4220/Sykepleienf.2015.55977. Lest: 11.09.2018

Waldum- Grevbo, K, S (2018) Helsesøster: Følger du de nye, nasjonale anbefalingene? *Sykepleien* (internett). 106 (70773). DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70773>
Lest: 13.06.2018

Wallmyr, G & Welin, C. (2006) Young people, pornography and sexuality: sources and attitudes. I: *The Journal of school nursing*. 22 (5).
DOI:<https://doi.org/10.1177/10598405060220050801>

Whitfield, C., Jomeen, J., Hayter, M & Gardiner, E. (2013) Sexual health information seeking: a survey of adolescent practices. I: *Journal of clinical nursing* (22) 3259-3269. DOI: 10.1111/jocn.12192.

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Lest: 07.10.2018

Vedlegg 1



Randi Elisabeth Olsen

9037 TROMSØ

Vår dato: 18.09.2017

Vår ref: 55797 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55797	<i>Helsesøstres oppfatning av ungdoms involvering og innflytelse i seksualundervisning gitt på ungdomsskolen</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Randi Elisabeth Olsen</i>
Student	<i>Elise Christine Lien</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet med vedlegg
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger

Documenter er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's nettside for elektronisk godkjenning

Vedlegg 2

Re: VS: Endringer prosjekt 55797

Siri Tenden Myklebust <Siri.Myklebust@nsd.no>

Reply|

Wed 9/20/2017, 8:09 AM

You

Hei,

Det er registrert.

--

Med vennlig hilsen,

Siri Tenden Myklebust

rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 22 68

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

personvernombudet@nsd.no skrev den 18.09.2017 13:44:

Fra: Elise Lien [<mailto:Eliselien1@hotmail.com>]

Sendt: 18. september 2017 12:44

Til: personvernombudet@nsd.no

Emne: [nsd.personvernombudet] Endringer prosjekt 55797

Hei

Jeg viser til innmeldt prosjekt med nummer: 55797. Prosjektet er ikke ferdig vurdert. Jeg vil endre tittelen til " Hvordan involveres ungdom i utforming av seksualundervisning gitt av helsesøstre". I tillegg vil jeg også benytte meg av individuelle dybdeintervju av 5 informanter(helsesøstre), til erstatning for fokusgruppeintervju av 7 informanter som tidligere meldt.

Vennlig hilsen

Elise Christine Lien

Vedlegg 3

SV: endringsmelding prosjekt 55797

Siri Tenden Myklebust <Siri.Myklebust@nsd.no>

Reply

Mon 11/27/2017, 10:45 AM

You

Hei,

Dette er ikke noe du trenger å melde til oss som prosjektendringer. Lykke til videre med studien.

Med vennlig hilsen,

Siri Tenden Myklebust

seniorrådgiver | Senior Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 22 68

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

Fra: personvernombudet@nsd.no

Sendt: 24. november 2017 14:02

Til: Siri Tenden Myklebust

Emne: VS: endringsmelding prosjekt 55797

Fra: Elise Lien [<mailto:Eliselien1@hotmail.com>]

Sendt: 24. november 2017 12:37

Til: personvernombudet@nsd.no

Emne: [nsd.personvernombudet] endringsmelding prosjekt 55797

Hei

Jeg viser til prosjekt nr: 55797, som er ferdig vurdert og behandlet.

Jeg vil ytterligere rekruttere to informanter til prosjektet, slik at antallet utvides til 7, og ikke 5.

Et intervju vil foregå over telefon med bruk av båndopptaker hvor jeg slår av internett(wifi) før samtalen iverksettes. Det andre vil foregå over Skype, hvor også båndopptaker blir benyttet.

Må jeg sende inn nytt meldeskjema?

Vennlig hilsen

Elise Christine Lien

Vedlegg 4

Forespørsel om videreformidling og rekruttering av deltakere til forskningsstudie angående tema:

«Hvilke barrierer eller faktorer kan bidra til å motvirke eller hindre brukermedvirkning knyttet til helsesøsters seksualundervisning til ungdom på ungdomsskolen»?

Dette er en forespørsel til deg som ledende helsesøster i Tromsø kommune om bistand til å videreformidle og rekruttere helsesøstre som jobber på ungdomsskole. Forskningen utføres i forbindelse med min masteroppgave i helsesøsterfag ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø. Det planlegges at masteroppgaven skal ferdigstilles våren – 2018. Jeg ønsker å rekruttere helsesøstre med minimum 5 års erfaring i skolehelsetjenesten- ungdomsskolen og med seksualundervisning. Prosjektet er meldt til Norsk Senter for Forskningsdata og er godkjent for iverksetting av prosjekt og intervjuer.

Hensikten med forskningsstudien er å få innsikt i helsesøstres refleksjoner, erfaringer og synspunkter om hvordan ungdom involveres i utformingen av seksualundervisning. Også hvilke faktorer som påvirker deres brukermedvirkning knyttet til dette. Hvordan helsesøstre vurderer egen faglig kompetanse knyttet til seksualundervisning vil også utforskes i denne sammenheng.

Jeg håper du finner forskningsstudien interessant og ønsker å bistå med videreformidling og rekruttering av aktuelle deltakere. Jeg legger ved informasjonsskriv til deltakere og samtykkeskjema.

Vedlegg 5

Informasjonsskriv til deltakere

Forespørsel om deltakelse i forskningsstudie om:

«Hvilke faktorer kan hindre brukermedvirkning knyttet til helsesøsters seksualundervisning til ungdom på ungdomsskolen»?

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg som helsesøster i skolehelsetjenesten om å delta i en forskningsstudie. Jeg ønsker å høre om dine tanker, opplevelser og meninger angående hvilke utfordringer, faktorer og/eller barrierer som kan prege elevenes involvering i utforming av seksualundervisning, både i forbindelse med tematikker som tas opp, hvordan undervisningen gjennomføres, samarbeid med skolen og andre relevante aspekter ved problemstillingen.

Studien vil i hovedsak ta sikte på undervisning gitt i 9-ende eller 10-ende klassetrinn, da jeg har forståelse av at det er i de klassetrinnene undervisningen blir gitt i kommunen.

Hensikten med forskningsstudien er å få innsikt i helsesøstres refleksjoner, erfaringer og synspunkter angående hvordan ungdom involveres i utformingen av seksualundervisning. Også hvilke faktorer helsesøstre mener kan hindre eller påvirke ungdommers brukermedvirkning knyttes til dette. Hvordan helsesøstre vurderer egen faglig kompetanse knyttet til seksualundervisning utforskes i også denne sammenheng.

Forskningsstudien gjøres i forbindelse med min masteroppgave i helsesøsterfag ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø. Du kan delta i studien hvis du er helsesøster i ungdomsskolen og har gjennomført seksualundervisning i niende og/eller tiende-trinn i minimum 5 år, dvs du har minimum 5 års erfaring som skolehelsesøster på ungdomsskolen.

Hva innebærer deltakelse for deg?

Dersom du samtykker til å delta i studien kan du ta kontakt med meg via opplysninger i slutten av dette skrivet. Tidspunkt og sted vil være når og hvor det passer for deg. Intervjuet vil vare mellom 30 minutter- 1 time. Jeg ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd for å sørge for en bedre flyt i intervjuet og for å sikre at jeg får med meg alt du sier. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuet i oktober, på et tidspunkt og sted som måtte passe for deg som

deltaker. Da prosessen ved prosjektet i stor grad baseres på gjennomføring av intervjuene, er det fint om jeg kan få tilbakemelding på deltakelse innen 13. oktober. Vedlagt ligger samtykke- skjema, men jeg vil også bringe disse til intervju.

Hva skjer med informasjon om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Jeg vil forholde meg til de lover og regler som gjelder om oppbevaring og makulering av datamateriale. Informasjonen om deg anonymiseres, slik at det ikke vil være mulig å identifisere deg som enkeltperson når resultatene presenteres. I arbeidet med datamaterialet vil jeg bruke fiktive navn på deg og andre deltakere. Det er kun jeg som i etterkant av intervjuet har tilgang til ditt navn og kan relatere opplysningene til deg. Intervjuet vil skrives ned, bearbeides og analyseres sammen med litteratur og tidligere forskning. Når studien er avsluttet vil lydopptakene slettes og nedskrevne intervju makuleres. Masteroppgaven planlegges ferdigstilt i juni 2018.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i forskningsstudien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi en grunn. Hvis du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Rett til innsyn

Dersom du samtykker til deltakelse i studien har du rett til innsyn i hvilke opplysninger som registreres om deg. Jeg håper du finner forskningsstudien interessant.

Hvis du ønsker å delta i studien eller har spørsmål kan du kontakte:

Elise Christine Lien. Telefon: 90500684. Epost: eliselien1@hotmail.com.

Dersom du deltar men senere ønsker å trekke deg, kan du ta kontakt med meg, eller med min veileder: randi.e.olsen@uit.no.

Med vennlig hilsen

Elise Christine Lien

Vedlegg 6

Intervjuguide 1

Før selve intervjuet vil jeg presentere meg og takke for at deltakerne ønsker å delta i studien. Jeg vil gjenta noe av informasjonen som står i informasjonsskrivet om tema, anonymisering, frivillighet og oppbevaring av materialet. Jeg vil informere at jeg ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd. Jeg vil presisere at deltakerene når som helst kan trekke seg uten å oppgi noen grunn. Dersom noen av deltakerene ikke ønsker å svare på enkelte av spørsmålene trenger de ikke det, og det trengs ikke begrunnelse.

Bakgrunnsspørsmål

- År som helsesøster i ungdomsskolen?
- Erfaring med seksualundervisning?
- Samarbeid med skolen angående undervisningsopplegg?
- Deler dere erfaringer som kollegaer angående problemstillinger ungdom kommer med i forbindelse med seksuell helse?
- På hvilke klassetrinn utfører dere seksualundervisningen og hvorfor? Blir klassene kjønnsdelt og/eller delt i grupper? I så fall, hvorfor har du valgt å gjøre på en slik måte?
- Formål med seksualundervisningen?

På hvilken måte involveres ungdom i utforming av seksualundervisning gitt av helsesøster?

- Hvordan innflytelse har elevene på tematikker som tas opp i undervisningen?
- Hvordan påvirker elevene utformingen av undervisningen?
- Benyttes det noen virkemidler i forbindelse med undervisningen? I så fall, hvorfor er disse virkemidlene benyttet?
- Er det noe dere tenker kunne vært annerledes med undervisningsopplegg?

Hvilke informasjonsbehov mener helsesøstre at ungdom har knyttet til seksualitet?

- Opplever dere at det er noen problemstillinger eller spørsmål som går igjen hos ungdom?
- Hva tenker dere har mest påvirkningskraft hos ungdom angående seksualitet?

Hvor har helsesøstre inntrykk av at ungdom henter seksualinformasjon?

- På hvilken måte tror dere at media påvirker ungdommers holdninger i forbindelse med seksualitet?
- Opplever det som viktig eller mindre viktig å tematisere pornografi i seksualundervisningen?

Vedlegg 7

Intervjuguide 2

- Kan du fortelle litt om hvordan du legger opp seksualundervisningen til ungdomsskoleelever? Hvilken klasse?
 - o Fordeler/ulempes med metodene?

- I retningslinjene er det en sterk anbefaling at helsesøstre samarbeider med skolen angående seksualundervisning knyttet til kompetansemålene i KRLE, norsk, samfunnsfag og naturfag. Kan du si litt om dette samarbeidet?

- På hvilke måte tenker du dette samarbeidet har betydning i forbindelse med helsesøstres arbeid?

- Elever har ofte ulike behov og ønsker. I retningslinjene nevnes det ungdoms rett til å bli hørt, bli involvert og ha innflytelse. Hvordan tenker du at dette gjenspeiles i praksis knyttet til seksualundervisning?

- Kan du gi noen eksempler på hvordan ungdom blir involvert i utforming av seksualundervisning, samt hvilken innflytelse de har på innholdet?

- Har du noen eksempler på faktorer som kan være med på å hemme brukervedvirkning i praksis?

- Møter du hindringer som gjør vedvirkning vanskelig i undervisningssituasjonen?

- Har du noen eksempler på faktorer som kan være med på å fremme brukervedvirkning knyttet til seksualundervisningen?

- På hvilke måter tenker du at ungdommer har mulighet til å påvirke innhold og tematikker i seksualundervisningen?
 - Får du tilbakemelding på undervisning fra elevene, og i så fall, på hvilken måte?
 - Vil du si tilbakemeldingen fører til endringer på struktur og innhold?

- Hvordan skaffer du deg informasjon om hva ungdom er opptatte av angående seksualitet?

- Sex og handlingskompetanse har gjerne en læringstrapp slik andre praktiske situasjoner. På hvilken måte tenker du dette som relevant å formidle til ungdom i seksualundervisning?

- Er det noe mer du har lyst til å tilføye før vi avslutter?

