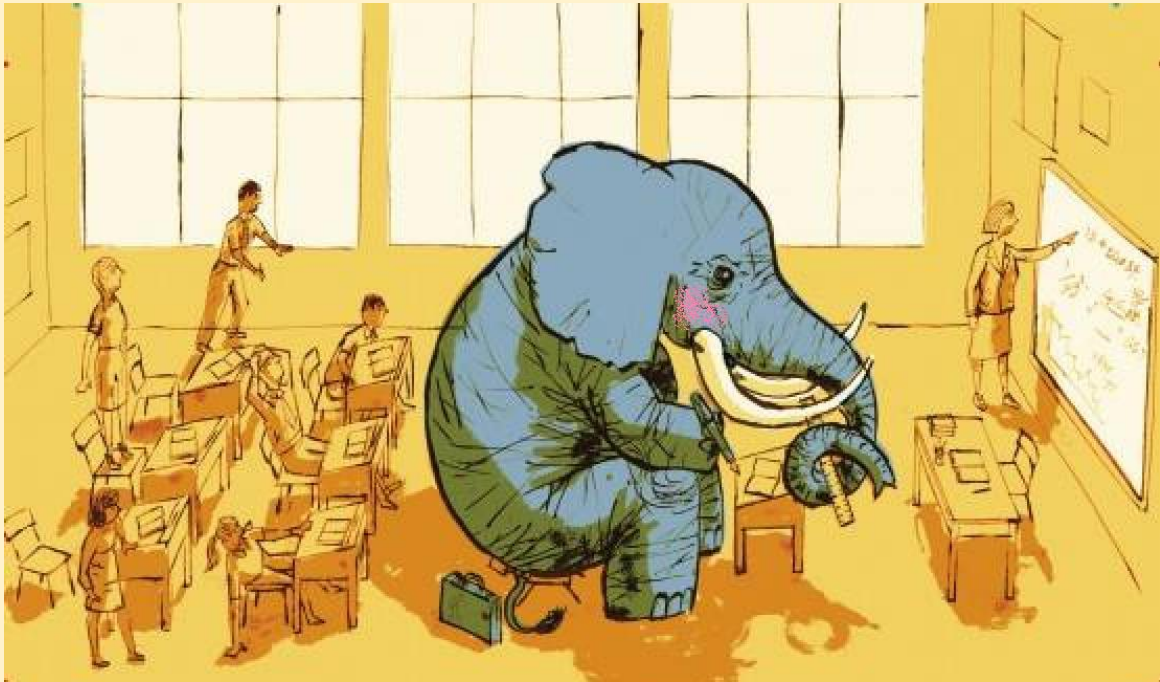


# Lær os at tale om sex!

- En kvantitativ spørgeskemaundersøgelse om sygepleje-, fysioterapeut- og ergoterapeutstuderendes holdninger til at arbejde med og kommunikere om seksuel sundhed.



Masterafhandling ved

Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet

Udarbejdet af:

**Sofie Hou Lind og May Hagedorn Bang**

**Maj 2017**

Studienumre:  
20153049 og  
20152574

Vejleder: Christian Graugaard

Tegn inkl. Mellemrum: 121.230

## Abstract

**Titel:** Lær os at tale om sex! - En kvantitativ spørgeskemaundersøgelse om sygepleje- fysioterapeut- og ergoterapeutstuderendes holdninger til at arbejde med og kommunikere om seksuel sundhed.

**Formål:** at undersøge i hvilket omfang, og på hvilken måde ergoterapeut-, fysioterapeut- og sygeplejestuderendes køn, semester og uddannelsesretning, påvirker deres holdning til fremover at arbejde, og kommunikere med patienter omkring seksuel sundhed. Herunder om de finder emnet relevant i forhold til deres fremtidige virke.

**Metode:** Spørgeskemaet Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Danish (SA-SH-D) samt tre supplerende spørgsmål (samlet kaldet SA-SH-D+) udviklet til dette studie blev distribueret elektronisk til ergoterapeut-, fysioterapeut- og sygeplejestuderende på Professionshøjskolen Metropol.

**Resultater:** 72,6% (n=464, 13,8% responsrate) af de studerende føler sig uforberedt på at tale om seksuel sundhed med deres fremtidige patienter. 87% mener, at der er brug for at de på deres nuværende uddannelse får grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed, samt lærer at tale om seksuel sundhed. Kun 12,9% har modtaget undervisning i emnet, på deres nuværende uddannelse. De fysioterapeutstuderende (64,4%) mener ikke at seksuel sundhed er lige så relevant i deres fremtidige virke, som de ergoterapeut- (84,3%) og sygeplejerskestuderende (97,2%). De mandlige studerende er mere tilpas med at informere om seksuel sundhed end kvinderne (84,5%), men finder det mindre relevant i deres fremtidige virke (60,6%), hvorimod kvinderne finder det meget relevant (88,5) men generelt er mindre tilpas med at tale om det (82,9%).

### Konklusion:

Undersøgelsen viser en uoverensstemmelse mellem de studerendes behov for undervisning omhandlende seksuel sundhed, og den mængde undervisning de oplever at modtage på deres nuværende uddannelse. Der ses ligeledes en faglig- og kønsbaseret forskel, på hvor relevant et emne seksuel sundhed vurderes til at være.

## **Abstract:**

**Title:** Teach us to talk about sex! - A quantitative questionnaire on the attitudes of occupational-, physiotherapy- and nursing students, towards working with and communicate about sexual health.

**Aim:** To investigate to which degree and in what way the sex, semester and field of occupation of occupational therapy-, physiotherapy- and nursing students, influence their attitudes towards working and communicating with patients about sexual health. Including if they find the subject relevant in their future work.

**Method:** The questionnaire Student Attitudes Towards Addressing Sexual Health Danish (SA-SH-D) as well as three supplementary questions, developed for this study were distributed electronically to occupational therapy-, physiotherapy- and nursing students at the Metropolitan University College.

**Results:** 72.6% (n = 464, 13.8% response rate) of the students feel unprepared to talk about sexual health with their future patients. 87% believe that they need basic knowledge about sexual health, as well as skills to be able to talk about sexual health. Only 12.9% of them have received knowledge on these subjects in their current education. The physiotherapy students (64.4%) do not believe that sexual health is equally relevant in their future work, as the occupational therapy- (84.3%) and nurse students (97.2%). The male students are generally more comfortable with informing about sexual health (84.5%), but find it less relevant to their future work (60.6%), whereas the female students consider it highly relevant (88.5), but are generally less comfortable with talking about sexual health (82.9%).

**Conclusion:** The study shows a disagreement between the students' needs for education regarding sexual health, and the amount of education they have received during their current education. An occupational- and gender-based difference is also seen, as to how relevant a topic, sexual health is considered to be.

## Indholdsfortegnelse

Oversigt over figurer og tabeller .....	5
Forord .....	6
Begrebsafklaring:.....	7
Initierende problem:.....	8
Baggrund .....	8
Seksualitet .....	9
Ønsker patienterne at tale om seksualitet? .....	11
Det dobbelte tabu.....	12
Er der behov for undervisning i seksuel sundhed?.....	13
Afrunding.....	16
Forskningsformål og -spørgsmål .....	17
Metode.....	17
Spørgeskemaet "Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Danish".....	18
Udviklingen af tre supplerende items.....	19
Valg af respondenter .....	21
Design.....	21
Distribution og forløb.....	22
Litteratursøgning .....	24
Resultater .....	25
Samlede besvarelser .....	26
Nuværende tilpashed.....	26
Mødet med fremtidige patienter.....	27
Fremtidige kolleger .....	28
Uddannelse.....	28
Supplerende spørgsmål.....	29
Resultater på kryds af kategorier.....	29
Køn .....	29
Nuværende tilpashed.....	30
Mødet med fremtidige patienter.....	31
Fremtidige kolleger .....	32
Uddannelse.....	33
Supplerende spørgsmål.....	34
Uddannelsesretning.....	34

Nuværende tilpashed.....	34
Mødet med fremtidige patienter.....	35
Fremtidige kolleger .....	36
Uddannelse.....	37
Supplerende spørgsmål.....	37
På tværs af kategori .....	38
Semester .....	38
Nuværende tilpashed.....	38
Mødet med fremtidige patienter.....	39
Fremtidige kolleger .....	40
Uddannelse.....	40
Supplerende spørgsmål.....	41
Studiets styrker og begrænsninger.....	42
Diskussion.....	45
De største barrierer .....	45
Variablerne mandlige studerende samt semestre .....	47
Hvem skal indlede samtalen? .....	48
Undervisning i seksuel sundhed .....	49
Konklusion.....	52
Perspektivering.....	53
Referenceliste.....	57
Bilagsoversigt: .....	60

## Oversigt over figurer og tabeller

Figur 1 Grafisk fremstilling af distributionsforløbet for SA-SH-D+,.....	23
Figur 2 Skærmpoint af opslaget på intrapol for de sygeplejestuderende. ....	24
Tabel 1 Fordeling af respondenter på køn, uddannelsesretning og semester.....	25
Tabel 2 Resultater for "nuværende tilpashed" item 1-9 for de samlede besvarelser.....	26
Tabel 3 Resultater for kategorien "mødet med fremtidige patienter" item 10-15 for de samlede besvarelser	27
Tabel 4 Resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" item 16-18for de samlede besvarelser .....	28
Tabel 5 Resultater for kategorien "Uddannelse" item 19-22 for de samlede besvarelser .....	28
Tabel 6 Resultater for kategorien "Supplerende spørgsmål" item 23-25 for de samlede besvarelser .....	29
Figur 3 Grafisk fremstilling af resultater for kategorien "Nuværende tilpashed" fordelt på køn. ....	30
Figur 4 Grafisk fremstilling af resultater for kategorien "Mødet med fremtidige patienter" fordelt på køn..	31
Figur 5 Grafisk fremstilling af resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" fordelt på køn.....	32
Figur 6 Grafisk fremstilling af resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" fordelt på køn.....	33
Figur 7 Grafisk fremstilling af resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" fordelt på køn.....	34
Tabel 7 Resultater for kategorien "Nuværende tilpashed" item 1-9 fordelt på uddannelsesretning .....	35
Tabel 8 Resultater for kategorien "Mødet med fremtidige patienter" item 10-15 fordelt på uddannelsesretning .....	36
Tabel 9 Resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" item 16-18 fordelt på uddannelsesretning .....	36
Tabel 10 Resultater for kategorien "Uddannelse" item 19-22 fordelt på uddannelsesretning .....	37
Tabel 11 Resultater for kategorien "Supplerende spørgsmål" item 23-25 fordelt på uddannelsesretning ...	38
Tabel 12 Resultater for kategorien "Nuværende tilpashed" fordelt på år.....	39
Tabel 13 Resultater for kategorien "Møde med fremtidige patienter" fordelt på år.....	40
Tabel 14 Resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" fordelt på år. ....	40
Tabel 15 Resultater for kategorien "Uddannelse" fordelt på år.....	41
Tabel 16 Resultater for kategorien "Supplerende spørgsmål" fordelt på år. ....	41

## Forord

Denne opgave er en masterafhandling i faget sexologi på Aalborg Universitet. Opgaven er udarbejdet som et tværsnitsstudie, og undersøgelsen er foretaget på Professionshøjskolen Metropol i København. Respondenterne er studerende der læser sygepleje, fysioterapi og ergoterapi, og studerer på alle semestre.

En særlig tak skal lyde til Randi Brinckmann Wiencke, dekan for Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet på Professionshøjskolen Metropol, for støtte og tilladelse til distribution af spørgeskemaet. Ligeledes en stor tak til Sonja Bek, studielederne og de øvrige medarbejdere på PH metropol, der har medvirket til facilitering af undersøgelsen. Tak for deltagelse til alle respondenterne, foruden hvem, studiet ikke ville have været muligt.

En stor tak til vores tålmodige og støttende underviser, vejleder og mentor, Christian Graugaard, professor i sexologi. Tak til familie og venner, der har bidraget med hjælp og støtte undervejs i hele processen.

## Begrebsafklaring:

**Bio-psyko-sociale model:** Model til at beskrive menneskets adfærd som et kompleks samspil af tre hoveddimensioner, en psykologisk, en biologisk, og en social dimension. En dimension ikke kan stå alene i forklaringen af en adfærd, da alle tre dele uundgåeligt har en påvirkning. Udviklet sidst i 1970'erne af den amerikanske psykiater George L. Engel (Graugaard, Hertoft et al. 2006)

**Heteronormativ:** Bruges i denne opgave som betegnelse for den udbredte norm og forventning i et samfund om, at man skal være og leve som heteroseksuel

**LGBT++:** Forkortelse for lesbian, gay, bisexual, transgender m.m.. Bruges om den store mangfoldighed af personer med en anden seksuel orientering eller kønsidentitet end heteroseksuel eller cis-kønnet (Holdt 2017, Danmark 2016).

**SA-SH:** Ppørgeskemaet "Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health", udviklet af svenske forskere til studiet: Health Care Students' Attitudes Towards Working with Sexual Health in Their Professional Roles: Survey of Students at Nursing, Physiotherapy and Occupational Therapy Programmes (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016)

**SA-SH-D:** Spørgeskemaet Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Danish. Den danske version af SA-SH som er oversat og valideret ved Helle Gerbild (Gerbild, Larsen et al. 2016)

**SA-SH-D+:** Den version af spørgeskemaet Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Danish der benyttes i dette studie. Består af de oprindelige 22 items fra SA-SH-D samt tre supplerende items, der ikke er testet for validitet og reliabilitet.

**Seksuel Sundhed:** Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, frie for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes. Definitionen er en fri oversættelse. (World Health Organization 2006)

**Studerende:** Samlet betegnelse for ergoterapeut- fysioterapeut- og sygeplejestuderende

**Sundhedsprofessionelle:** Beskriver personer efter endt sundhedsfaglig uddannelse



## Initierende problem:

Som fysio- og ergoterapeutstuderende, har vi begge oplevet, at undervisningen på vores studie har manglet et vigtigt emne; nemlig seksualitet. For de særligt interesserede studerende, har der været mulighed for at tage valgfag, og en enkelt underviser har måske nævnt seksualitet pga. en særlig interesse for emnet. Som færdiguddannede har vi oplevet et lignende billede i vores hverdag, hvor seksuel sundhed bliver overset, og kolleger udtrykker, at de ikke føler sig rustet til at tale om seksuelle emner med patienter. I flere tilfælde afviser kollegerne det endda, som en del af deres faglige ansvar. Denne mangel på inddragelse af seksualitet som emne, er i uoverensstemmelse med at der i vores sundhedsuddannelser undervises i, at alle aspekter af et menneske og dets omgivelser, påvirker og påvirkes ved sygdom. Seksuelle problemstillinger er derfor relevant at undersøge og behandle, ud fra det bio-psyko-sociale udgangspunkt, som Metropols terapeut- og sygeplejeuddannelser tager udgangspunkt i (Bang, Lind 2016).

Der findes ingen dansk undersøgelse, af hvordan de studerende på fysioterapeut-, ergoterapeut- og sygeplejeuddannelserne forholder sig til seksualitet, og om hvorvidt de oplever, at emnet er en del af deres faglighed. Det er derfor interessant at klarlægge, om de studerende har modtaget undervisning i seksuel sundhed samt om den eventuelle undervisning opleves tilstrækkelig. Disse spørgsmål kan være vigtige for at finde frem til, om de studerende selv synes at undervisning i seksualitet er relevant for dem, samt sige noget om, hvor der skal lægges vægt, ved en eventuel fremtidig planlægning af undervisning. Dette i forhold til at vælge relevante emner, der giver mening i forhold til de patienttyper man typisk møder som fysioterapeut, ergoterapeut eller sygeplejerske.

## Baggrund

Indledningsvis redegøres for begrebet seksualitet, og hvad det kan betyde for et menneske, herunder når mennesket påvirkes af sygdom. Derefter følger et afsnit, der afklarer patienternes ønske om at seksualitet italesættes i deres møde med sundhedsvæsenet, efterfulgt af et afsnit omkring de sundhedsprofessionelle varetage af patienternes ønske. I "det dobbelte tabu" beskrives det tabu der opstår, hvis hverken behandler eller patient berører emnet seksuel sundhed, samt hvem der har pligt til at berøre dette emne. Der beskrives i afsnittet "Er der behov for undervisning i seksuel sundhed?", om sundhedsfaglige studerende og sundhedsprofessionelle har behov for, samt effekt af undervisning i seksuel sundhed. Der beskrives ligeledes barrierer, for

at tale om seksuel sundhed. Baggrunden rundes af med et afsnit, der samler op på de berørte emner. Dette leder videre til næste del, omhandlende opgavens forskningsønske samt forskningsspørgsmål.

## Seksualitet

Når der udføres et studie omkring seksualitet, er det relevant først at definere hvordan begrebet seksualitet skal forstås. Til dette anvendes beskrivelser og definitioner, af både international og national udarbejdelse, som viser grundlaget for denne forståelse.

World Health Organization (WHO) har en arbejdsdefinition af seksualitet der lyder som følger:

*“...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors” (World Health Organization 2006 p. 5)*

Seksualitet er mangesidet, og har mange funktioner og betydninger, afhængigt af det enkelte menneske og dets omstændigheder. I faglitteraturen nævnes seksualitetens overordnede funktioner ofte som de seks r'er:

**Reproduktion:** Sex som middel til forplantning.

**Relation:** Sex som forhold mellem mennesker.

**Respekt:** Sex som udforskning af egne og andres grænser.

**Rehabilitering:** Sex som håndtering af samlivsmæssige konflikter.

**Rekreation:** Sex som kilde til velvære, glæde og leg.

**Relaksation:** Sex som kilde til fysisk og psykisk afspænding.

(Graugaard 2012)

WHO's arbejdsdefinition af seksualitet og de danske 6 R'r, supplerer hinanden i en beskrivelse af hvad seksualitet kan indebære og være for mennesket, - en grundlæggende del af vores natur, der kommer til udtryk på forskellige måder.

Tidligere var seksualitet en nødvendighed for undfangelse, hvilket ikke er tilfældet i dag. Kunstig befrugtning har givet muligheden, for at omgå intimt samvær i forbindelse med reproduktion.

Samtidig er der ved samleje ikke nødvendigvis en risiko for at få børn, da prævention, nødprævention og forskellige typer aborter i vores del af verden, kan anvendes til eliminere risikoen for et uønsket barn. Reproduktion kan således være knyttet til sex, men er det ikke nødvendigvis. I samlivet kan seksualiteten være med til at vedligeholde en sund relation, hvor eksempelvis frustrationer og spændinger kan få en ventil. I parforhold vil der uundgåeligt være samlivsmæssige konflikter, og en måde at få afløb for disse spændinger, og undgå at de ophobes u hensigtsmæssigt, kan være gennem sex og intimitet (Graugaard 2012).

Seksualiteten kan også være et sted man udtrykker sig, for at opnå en særlig følelse, enten alene, eller sammen med andre. Det kan eksempelvis være en følelse af samhørighed, afslapning, ro eller som energiboost. For nogle er sex en rent rekreativ aktivitet, og for andre noget, der har en bestemt betydning og en bestemt funktion. Uanfægtet hvordan man er seksuel, er fællesnævneren for langt de fleste mennesker, at seksualitet er vigtig. Et dansk befolkningsstudie viser, at evnen til at udtrykke og udleve sin seksualitet, har en væsentlig betydning for de fleste danskeres livskvalitet. Studiet viser, at 90% af voksne mellem 16-95 år mener, at et godt sexliv er vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt (Frisch, Lindholm et al. 2011).

Et **godt** sexliv kan have lige så mange unikke definitioner som der er mennesker, idet hver person repræsenterer sit unikke sæt af præferencer og opfattelse af hvad der for dem er tilfredsstillende. Definitionen på seksuel **sundhed** er derimod forsøgt defineret af verdenssundhedsorganisationen WHO:

*"...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors." (World Health Organization 2006 p. 5)*

Når sygdom rammer, specielt ved svær eller kronisk sygdom, vil seksualiteten altid blive påvirket, fordi seksualiteten spænder vidt og påvirker bredt, lige fra samleje til følelser af intimitet, oplevelse af forbundethed og opfattelsen af egen krop (Graugaard, Klarlund Pedersen et al. 2012,

Graugaard, Møhl 2007). Men seksualiteten kan også påvirke livsstil og sundhed i en positiv retning, ved at bidrage til psykosocial trivsel. Både ved sygdom, men altså også ved fraværet af svær eller kronisk sygdom, bidrager et selvvrderet velfungerende sexliv til den psykosociale trivsel (Graugaard, Klarlund Pedersen et al. 2012). Mennesker med kroniske sygdomme kan anvende et velfungerende sexliv, som en slags positiv pause fra deres sygdomssituation. Det kan gavne både patienten og partneren i forhold til at overkomme situationen, at de oplever et meningsfuldt sexliv (Graugaard, Hertoft et al. 2006). Så hvis sexlivet ikke er velfungerende, vil det påvirke oplevelsen af nærvær, men også skabe et tomrum, hvor der måske før var en legitim mulighed for at håndtere andre af forholdets konflikter (Graugaard, Møhl 2007). I Vidensråd for Forebyggelses rapport om seksualitet og sundhed, påpeges netop dette aspekt, - at sund seksualitet på flere måder udgør en raskhedsfaktor. Raskhedsfaktoren kan bestå i, at det tilfredsstillende sexliv er en kilde til øgede ressourcer, som kan bidrage til bedre mestring af sygdom og kriser (Graugaard, Klarlund Pedersen et al. 2012). De sundhedsprofessionelle som en patient møder, er med til at forme rehabiliteringsforløbet. Derfor er det vigtigt, at faggrupper som sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter har en viden om den raskhedsfaktor seksualiteten kan udgøre. Dette for at blive i stand til at informere, støtte op og informere patienten om hans/hendes muligheder på området (Graugaard, Klarlund Pedersen et al. 2012).

### **Ønsker patienterne at tale om seksualitet?**

Når videnskaben viser, at seksualitet er et vigtigt emne for langt de fleste mennesker, er det relevant at kigge på, om patienter også synes det er vigtigt at tale om seksualitet og seksuelle problematikker, ved sygdom.

Studier viser, at patienter både finder seksuel sundhed vigtig, og samtidigt ønsker, at det er den sundhedsfaglige, der åbner dialogen om seksualitet (Bauer, McAuliffe et al. 2007, Nusbaum, Singh et al. 2004). I et studie med 500 respondenter, alle mænd med erektil dysfunktion, havde 82% ikke fortalt deres læge om problemet, og 72% af disse mænd havde et ønske om, at lægen selv havde spurgt ind til emnet. De 500 mænd gik alle, af forskellige årsager, hos en urolog, altså en speciallæge i urinveje og de mandlige kønsorganer, uden at blive spurgt til deres rejsningsproblematik (Baldwin, Ginsberg et al. 2003). Svenske cancerpatienter giver også udtryk for, at de ønsker viden om forskellige dele af seksualiteten, herunder fertilitet, og om det er tilladt og passende at udføre seksuelle aktiviteter. Næsten halvdelen af disse har ikke modtaget noget information om seksualitet i forbindelse med deres behandling, men ønsker at de havde fået informationen (Rasmusson, Plantin et al. 2013).

Ældre og kronisk syge mennesker, har generelt flere sundhedsproblemer end resten af befolkningen, og har på grund af dette også flere problematikker, der påvirker deres seksualliv. I rapporten "Seksualitet og sundhed" gengives en undersøgelse foretaget af Ældresagen, hvor de ældre udtrykker bekymring for at miste evnen til at opretholde sexlivet, og vurderer det endda lige så højt som et ensidigt høretab (Graugaard, Klarlund Pedersen et al. 2012). Ovenstående tyder på at patienter med ønsker at tale om seksualitet med behandleren, og at de ønsker at det er behandleren der indleder samtalen.

## Det dobbelte tabu

Følgende afsnit tager udgangspunkt i kapitlet "Krop, sygdom og seksualitet" (Graugaard, Hertoft et al. 2006). Benyttes anden relevant viden, opgives kilden.

I mødet mellem sundhedsprofessionel og patient, vil der typisk foregå en vidensudveksling, hvor patienten forklarer, hvordan situationen ser ud fra dennes perspektiv. Den sundhedsprofessionelle optager anamnese, og tilrettelægger på baggrund af sin viden og erfaring, den mest fordelagtige behandling. En relevant behandling kræver, at den sundhedsprofessionelle indhenter de nødvendige oplysninger om patientens situation på bio-psyko-socialt niveau. Hvis der som primær- eller sekundær diagnose eksisterer en seksuel problematik, og denne ikke bliver behandlet, kan det have konsekvenser for patienten i alle tre dimensioner.

Et tovejstabu opstår, når både behandler og patient, eksempelvis sygeplejerske og patient, tier, fordi et emne er tabu. Sygeplejersken kan eksempelvis tænke, at det vil være pinligt for den urologiske patient at tale om rejsningsproblemer, og at han sikkert ikke vil tale med en fremmed person om så privat et emne. Samtidigt kan den urologiske patient tænke, at det vil være pinligt at italesætte sit rejsningsbesvær overfor sygeplejersken, og at denne ville spørge ind til emnet, hvis det var relevant. På den måde fastlåser de sig selv og hinanden i et tovejstabu, hvor begge vil undgå at overskride egne og den andens grænser. Der foregår altså en slags misforstået hensyntagen til den anden part.

Konsekvensen heraf kan i dette eksempel være et ubehandlet tilfælde af erektil dysfunktion, hvor patienten mister en mulighed for vejledning og behandling. Ydermere kan patienten føle sig bekræftet i antagelsen om at den seksuelle problematik er et tabu og noget han ikke må tale om, hvilket både kan påvirke ham negativt psykologisk og socialt.

Hos flere sundhedsprofessionelle grupper er det på forhånd defineret, at patientens seksualitet er et felt, der skal adresseres. Sygeplejersken har, ifølge gældende "vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" fra Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til opgave at tage stilling til 12 sygeplejefaglige problemområder for den enkelte patient. Nummer 8 på denne liste er:

*“8) Seksualitet, f. eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler” (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013)*

Der er således en forventning på ministerielt niveau om, at den færdiguddannede sygeplejerske varetager problematikker af seksuel karakter, som har indflydelse på patienten. Der er imidlertid ingen beskrivelse i bekendtgørelser og studieordninger for prægraduate sygeplejersker om seksualitet som læringsområde (Bang, Lind 2016). Det ses derfor relevant at undersøge, om de studerende rent faktisk oplever, at de modtager undervisning på området.

For at undgå tovejstabet anbefaler Vidensråd for Forebyggelse at: *“der etableres obligatoriske grundkurser i sexologi på landets sundhedsuddannelser”* (Graugaard, Klarlund Pedersen et al. 2012 p. 33).

I et amerikansk studie ses, at de største barrierer for sygeplejerskestuderende, når de skal tale med patienter om seksuelle emner, er at de studerende ikke tror, at patienterne opfatter det som sygeplejerskens opgave, at tale med dem om det (Magnan, Norris 2008).

På trods af de barrierer der kan være omkring at italesætte seksualitet, kan man argumentere for, at det er behandlerens opgave at åbne op for emnet i mødet med patienten (Graugaard 2012).

Professor i sexologi Christian Graugaard og professor og klinisk psykolog Bo Møhl understreger i en artikel i Månedsskrift for Praktisk Lægegering, vigtigheden af at behandleren bryder tavsheden, så denne ikke u hensigtsmæssigt tier og dermed bekræfter patienten i at den seksuelle problematik er “sjælden og uden betydning” (Graugaard, Møhl 2007). Ved at undgå tovejstabet og som behandler turde italesætte den seksuelle problematik, kan patienterne føle sig imødekommet på et område, som normalt er tabuiseret (Graugaard, Hertoft et al. 2006).

## **Er der behov for undervisning i seksuel sundhed?**

På Professionshøjskolen Metropol trænes de studerende fra start til slut i at inkorporere både krop, psyke og miljø i undersøgelse, vurdering og behandling af patienter (Bang, Lind 2016). Da seksualitet er en dynamisk størrelse, som ændrer sig gennem livet og påvirkes af menneskets omstændigheder, herunder sygdom, er den selvsagt et betydningsfuldt fænomen, som indgår i alle tre dimensioner af den bio-psyko-sociale model.

I 2016 lavede vi, Sofie Hou Lind og May Hagedorn Bang, en gennemgang af de gældende bekendtgørelser og studieordninger for bl.a. fysioterapeut-, sygepleje- og ergoterapeutstuderende, for at undersøge om seksualitet blev nævnt i disse.

Det blev til en gennemgang med en konklusion om, at seksualitet ikke blev nævnt. Der bliver dog i disse bekendtgørelser og studieordninger beskrevet, at de studerende skal lære om det hele menneske, hvor både fysiske, psykiske og sociale aspekter indgår (Bang, Lind 2016).

Professionsbacheloruddannelserne er bygget op om den bio-psyko-sociale tilgang, ud fra den bio-psyko-sociale model, som sidst i 1970'erne blev udviklet af den amerikanske psykiater George L. Engel (Graugaard, Hertoft et al. 2006). Engel anvendte sin model til at beskrive menneskets adfærd som et kompleks samspil af tre hoveddimensioner, en psykologisk, en biologisk, og en social dimension. Hans pointe er, at en dimension ikke kan stå alene i forklaringen af en adfærd, da alle tre dele uundgåeligt har en påvirkning. Seksualitet er et fænomen, hvor disse dimensioner tydeligt overlapper, og altid i nogen grad forekommer. Driften til at være seksuelt aktiv har en biologisk baggrund af hormonpåvirkning, nerveimpulser og lign.. Men seksualitet er i høj grad også dannet af den psykologiske dimension, hvor menneskets tanker og associationer hænger sammen med de fysiske oplevelser og processering af disse. Samtidigt foregår seksualiteten altid under social påvirkning, da det der gøres og opleves eksisterer i forhold til kontekst og værdisæt, både på intrarelationelt, interrelationelt og kulturelt plan. Seksualitet foregår som regel mellem mennesker, og er påvirket af de livsomstændigheder og sociale omstændigheder mennesket bevæger sig i (Graugaard, Hertoft et al. 2006).

Ved studiet gennemført i 2016, viste det sig at seksualiteten og den seksuelle sundhed ikke har en fast plads i curricula på de tre førnævnte studier (Bang, Lind 2016). Dette er i uoverensstemmelse med anbefalinger og vejledninger, som eksempelvis sygeplejerskerne skal leve op til efter endt uddannelse (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013). Som professionsbachelorstuderende lærer man at kategorisere disse bio-psyko-sociale elementer i den internationalt anerkendte klassifikation af funktionsnedsættelse og helbredstilstand, også kaldet ICF. I ICF indgår menneskets seksualitet flere steder, eksempelvis under "Kroppens funktioner" og "Aktivitet og deltagelse" (Marselisborgcentret, Sundhedsstyrelsen 2005). Menneskets seksualitet er således integreret i grundlaget for de sundhedsfaglige professionsbachelorer, idet den har indvirkning biologisk, fysiologisk, psykologisk og socialt.

Flere undersøgelser klarlægger, hvorfor uddannet sundhedspersonale ikke taler om seksualitet, når de kommer ud i praksis. Nogle af de væsentligste faktorer er: egne grænser, hensyn til patientens formodede grænser, mangel på viden, og mangel på tid (Verschuren, Geertzen et al. 2013, Dyer, das Nair 2013, Helland, Garratt et al. 2013). Ligeledes påvirkes samtalen om seksualitet også af de forskelle der er mellem den sundhedsprofessionelle og patientens, alder,

etnicitet, seksuelle orientering og lign., og jo større forskel jo sværere finder behandleren det at tage seksualitet op som emne (Magnan, Norris 2008, Gott 2004).

Svenske fysioterapeutstuderende beskriver en konflikt mellem at ville hjælpe patienterne i forhold til seksuel sundhed, og en angst for at komme til at træde over patientens grænser. De oplever også at personlig erfaring, herunder egne problemer med seksuel sundhed i forbindelse med sygdom, kan have en betydning for om man som behandler italesætter seksuel sundhed. Alderen og personlige formodninger om hvordan der tales om seksualitet i forskellige generationer, tyder på at øge risikoen for at gøre det sværere at tale om seksualitet. Når den sundhedsprofessionelle har til opgave at åbne op for emnet seksualitet, kræver det selvsagt at denne er tryk ved at italesætte emnet, således at han/hun allerede i anamnesen inkorporerer emnet som en naturlig del (Areskoug Josefsson, Gard 2015) I samme svenske studie ses det at de fysioterapeutstuderende har en velvilje til at tage emnerne op, men at de samtidigt er nervøse for at gøre det, da de ikke vil fornærme patienterne, og desuden føler sig usikre når de skal tale om seksualitet (Areskoug Josefsson, Gard 2015). Argumenter om at være bange for at træde over patienternes grænser, bliver som tidligere beskrevet, ikke retfærdiggjort i studier omkring patienternes holdning til emnet.

I et studie omhandlende taiwanske sygeplejestuderendes læringsbehov i forbindelse med at adressere patienters seksuelle sundhed ses det, at der er et behov for at få undervisning i og gøre seksualitet til en del af curriculum. De sygeplejerskestuderende angiver, at det sværeste er at tage en sexologisk anamnese, og nævner manglende undervisning som største grund til at det er svært (Magnan, Norris 2008, Tsai, Huang et al. 2013). Der skal selvfølgelig tages højde for de kulturelle og samfundsmæssige forskelle der kan være mellem forholdene i Taiwan og Danmark. Amerikanske sundhedsfagligt studerende, er tilbøjelige til at prioritere en fysisk problematik som grund for seksuelle dysfunktioner, og vil ofte finde en medicinsk behandling mest relevant (Penwell-Waines, Wilson et al. 2014). En anden amerikansk undersøgelse af barrierer hos sygeplejestuderende viser, at de største barrierer for dem er mangel på tid, og det at de ikke tror at patienterne forventer, at en sygeplejerske taler om sex med dem. Studiet viser også, at der er forskel på disse studerendes tryghed i at tale om seksualitet, afhængigt af om de har fået undervisning i emnet eller ej, hvor undervisning skaber mere tryghed (Magnan, Norris 2008).

Svenske fysioterapeutstuderende føler at der er et behov for øget viden om seksuel sundhed, hvis de skal være forberedt til at tale om dette med patienterne. Bl.a. er patientens alder vigtig for hvor sikre de føler sig på at tale seksuel sundhed (Areskoug Josefsson, Gard 2015). Ifølge et



kvantitativt svensk studie, som tager udgangspunkt i fysioterapeut-, ergoterapeut- og sygeplejestuderendes holdninger og oplevelser omkring seksuel sundhed ses det at de studerende gerne vil tale om seksualitet, men ikke føler de har fået nok træning i det (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016). Her ses det også at der er forskel på professionen, ift. hvor relevant det findes at arbejde med seksuel sundhed. Fysioterapeuterne oplever det som mindst relevant, sygeplejerskerne som mest. I samme studie ses der en kønsforskel på hvor relevant den seksuelle sundhed opleves, men der er ikke spurgt ind til, om de studerende selv oplever at deres køn har en betydning i forhold til at tale om seksuel sundhed med patienter. Ifølge dette svenske studie findes der altså en kønsforskel, som kan undersøges nærmere ved at spørge direkte ind til kønnet som faktor (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016).

## Afrunding

For at opsummere de foregående afsnit, kan man sige, at seksualitet er en vigtig del af det hele menneske, som er nødvendig at tage hånd om i sundhedsvæsenet. Ligeledes kan, en sund seksualitet være en aktiv medspiller i hvordan mennesker vurderer egen livskvalitet. Når patienter møder sundhedsvæsenet, har de et ønske om at det er den sundhedsprofessionelle, der skal bringe emner omhandlende seksuel sundhed op, da de ellers har svært ved at vide om der må tales om emnet. Dog er de sundhedsprofessionelle nervøse for at komme til at støde patienten, og dette kan resultere i det tidligere nævnte tovejs-tabu. De fleste studerende på de sundhedsfaglige uddannelser mener, at det er relevant at tage hånd om seksuel sundhed i deres fag, men er i tvivl om hvordan dette gøres, - de udtrykker at de mangler viden. For at opnå denne viden, kan man understøtte både studerende og sundhedsprofessionelle, ved at tilbyde dem undervisning omhandlende seksuel sundhed. Studier med postgraduater viser, at undervisningsforløb styrker deres evner til at tale om og håndtere seksuelle emner hos patienterne, samt er med til at mindske de barrierer de oplever før undervisningen. For at kunne klarlægge om der er et behov for undervisning hos de danske ergoterapeut-, fysioterapeut- og sygeplejestuderende, samt skabe en sådan undervisning, er der flere ting, der vil være relevante at undersøge. Herunder om de studerende føler sig hæmmet af deres køn når de skal tale om seksualitet med deres patienter, og om de studerende mener, at seksuel sundhed er relevant i forhold til deres fremtidige virke. På den måde undersøges der også, om der er sammenhæng mellem køn og mening om relevans af undervisning i seksuel sundhed. Den svenske kvantitative undersøgelse, er i høj grad inddraget i dette studie, både som sammenligningsgrundlag, samt til inspiration til videre afdækning af emner. Dette omfatter en videreudvikling af spørgeskemaet "Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health" (SA-SH).

Med udgangspunkt i den nuværende viden og overvejelser, er der udviklet fem relevante forskningsspørgsmål der søges besvaret.

## Forskningsformål og -spørgsmål

Der ønskes at klarlægge i hvilket omfang og på hvilken måde de studerendes køn, semester og uddannelsesretning påvirker deres holdninger til fremover at arbejde og kommunikere med patienter omkring seksuel sundhed.

Formuleret i spørgsmål:

1. Hvordan er de studerendes holdning til at informere, diskutere og indlede samtaler med fremtidige patienter om seksuel sundhed?
2. På hvilken måde påvirkes de studerendes tilpashed med at tale om seksuel sundhed af faktorer som patientens alder, køn, kulturelle baggrund eller seksuelle orientering?
3. På hvilken måde påvirkes de studerendes tilpashed og forestilling om kollegers og patienters tilpashed med at tale om seksuel sundhed, af de studerendes eget køn?
4. Hvilken oplevelse har de studerende af om de har modtaget undervisning i seksuel sundhed på studiet, og synes de at de har behov for undervisning i emnet?
5. Synes de studerende at seksuel sundhed er et relevant emne i forhold til deres fremtidige virke, og vil de tage sig tid til at tale med patienterne om det?

## Metode

I følgende afsnit beskrives metoden, der er benyttet i udarbejdelsen af dette studie. Afsnittet er bygget op med afsæt i udviklingsprocessen af undersøgelsen. Med baggrund i dette, beskrives det valgte spørgeskema først, og derefter processen og overvejelser omkring udvikling af de supplerende spørgsmål. Herefter beskrives kort valget af respondenter og spørgeskemaets design. Dette efterfølges af en beskrivelse af distributionsforløbet. Som afslutning på afsnittet, redegøres kort for metoden, der er benyttet til litteratursøgningen.

Studiet udføres som en tværsnitsundersøgelse med et selvadministreret, online spørgeskema, som er udleveret til de studerende i fysioterapi, ergoterapi og sygepleje på Professionshøjskolen Metropol. Der benyttes den Danske version af Students' Attitudes Towards Addressing Sexual

Health Danish (SA-SH-D), hvilket beskrives i afsnittet "Spørgeskemaet Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Danish". Der er til brug i dette studie udviklet tre supplerende spørgsmål, dette uddybes i afsnittet: "Udviklingen af supplerende spørgsmål". Der er omtrent 2400 sygeplejerskestuderende, 400 ergoterapeutstuderende og 650 fysioterapeutstuderende tilknyttet Professionshøjskolen Metropol og dermed 3350 potentielle respondenter (bilag 1). Spørgeskemaet har været tilgængeligt på de studerendes intranet fra d. 7/2 2017 til d. 15/3 2017, og der var oprindeligt planlagt at udsende to påmindelser, forløbet uddybes yderligere i "Distribution og forløb".

## **Spørgeskemaet "Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Danish"**

Studiet tager, udgangspunkt i det nyligt udviklede spørgeskema: "Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health" (SA-SH) samt de tilhørende demografiske spørgsmål. SA-SH er udviklet i 2015 af lektor og Ph D Kristina Areskoug-Josefsson, lektor Päivi Juuso, professor i fysioterapi Gunvor Gard, og lektor Agneta Larsson alle tilknyttet Department of Health Sciences, Lulea° University of Technology, i Sverige samt PhD. MScPT Bo Rolander, som er tilknyttet Department of Behavioural Science and Social Work, School of Health Sciences, Jönköping University i Sverige. SA-SH består af 22 Items og besvares med en 5-trins likert-skala med svarmulighederne: "passer slet ikke", "passer kun lidt", "passer i nogen grad", "passer ret meget", og "passer helt". Der er søgt tilladelse til at benytte SA-SH til dette studie, og tilladelsen er givet af Kristina Areskoug-Josefsson (Bilag 2.). Tilladelsen til at benytte den danske validerede udgave af SA-SH, er givet af personen, der har udarbejdet SA-SH-D, Master i sexologi og cand.scient. san Helle Gerbild (Bilag 2).

Til at undersøge de studerendes holdninger var det ønsket at benytte et validt og reliabelt redskab. Reliabiliteten af SA-SH er testet af udviklerne bag, ved at tilbyde de første 100 deltagende studerende at besvare spørgeskemaet igen, altså deltage i test-retest. 53 af de adspurgte valgte at deltage, hvilket blev vurderet til at være en tilstrækkelig responsgruppe til reliabilitetstestning. Ved test-retest fandtes ingen systematisk uoverensstemmelse, hvilket gør at testen er vurderet stabil (Areskoug-Josefsson, Juuso et al. 2016). Validiteten af SA-SH er testet ved hjælp af to fokusgrupper med fem studerende i hver, fem sygeplejersker og fem fysioterapeuter (Areskoug-Josefsson, Juuso et al. 2016). Både den oprindelige og danske udgave af SA-SH er vurderet valid og reliabelt (Gerbild, Larsen et al. 2016, Areskoug-Josefsson, Juuso et al. 2016). Inden brugen af SA-SH-D i dette studie blev der tilrettet sproglige fejl, samt kortet ned i den oprindelige introduktion

tilhørende SA-SH-D. Ligeledes blev der rettet stave- og grammatiske fejl. Det er forsøgt, i så vidt omfang som muligt, at lave rettelser uden at ændre betydningen af spørgsmålene.

Indledningsvis i SA-SH-D defineres seksuel sundhed ud fra WHO's arbejdsdefinition oversat til brug i dette studie (se definition på originalprog i afsnittet: Baggrund s. 10). Opfattelsen af hvad seksuel sundhed er, genspejles i de efterfølgende items i spørgeskemaet, og det er derfor vigtigt at respondenterne er bekendt med arbejdsdefinitionen. Den er med til at skabe en mere tydelig forståelsesramme for respondenterne. Der er gjort overvejelser om at respondenterne er en uhomogen gruppe, af forskellige køn, etniciteter, kulturelle og politiske baggrunde, som derfor kan have forskellige opfattelser af begrebet seksuel sundhed. Også i forståelsen af arbejdsdefinitionen kan der være variationer, men det at referere til en definition, skulle gerne minimere de største misforståelser. Der er som supplement til SA-SH-D udviklet tre items, udviklingen af disse uddybes i næste afsnit. Efter tilføjelsen af de tre spørgsmål kaldes spørgeskemaet i denne opgave SA-SH-D+ (bilag 3).

## Udviklingen af tre supplerende items

I udviklingen af de supplerende spørgsmål er der på baggrund af det tidligere studie, med SA-SH, taget udgangspunkt i de tendenser dette studie foreslår er nødvendigt at redegøre yderligere for. Her nævnes et behov for videre undersøgelse af de studerendes køn og profession, som udslagsgivende faktorer. I studiet sås, at der var en korrelation mellem den studerendes profession og den mindst positive tilgang til at arbejde med seksuel sundhed (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016):

For at undersøge denne statistiske korrelation, er der udviklet tre supplerende spørgsmål, som spørger direkte ind til den studerendes vurdering af eget køn, patientens køn, samt overordnet opfattelse af seksuel sundhed som relevant for deres fremtidige virke.

Følgende items er de supplerende:

23. Jeg tror at mit køn vil have en betydning for, om jeg vil føle mig tilpas med at tale seksuel sundhed med fremtidige patienter.

24. Jeg tror at mit køn vil gøre det svært for fremtidige patienter at indlede en samtale om seksualitet med mig.

25. Jeg mener at seksuel sundhed er et relevant emne i mit fremtidige virke som fysioterapeut/ergoterapeut/sygeplejerske.

Til udviklingen af de tre tilføjede items har det været væsentligt at de, som de foregående 22 items, er opbygget således, at de kan besvares ved brug af en Likert skala. Det har derfor været vigtigt at de har været udviklet som udsagn og ikke deciderede spørgsmål (Bryman 2016a). Spørgsmålene er lukkede spørgsmål, som kan besvares ved hjælp af fem svarmuligheder, uden mulighed for at tilføje uddybninger eller alternativer. Da der er anvendt et allerede udviklet spørgeskema, er formen givet på forhånd, og denne form fortsættes gennem de supplerende items for at opnå en ensartethed i spørgeskemaet.

Til dette studie er der gjort overvejelser omkring anvendelse af åbne spørgsmål, netop for at give respondenten plads til at præsentere nye temaer og årsager, der ligger udenfor de allerede gjorte overvejelser. Især to kriterier blev afgørende for formen af de tre supplerende items. Det første var at de skulle kunne indgå som en naturlig del af de eksisterende items, uden at bryde med form eller tema i et allerede valideret spørgeskema. Det andet var, at spørgsmålene skulle formuleres så simpelt som muligt, og samtidigt så præcist som muligt, for at give den viden, der var nødvendig for at besvare opgavens forskningsspørgsmål. Spørgsmålene måtte nødvendigvis være lukkede for at højne opgavens samlede reliabilitet og validitet, da der tidsmæssigt og ressourcemæssigt ikke fandtes mulighed for en udvidet form for analyse af svar af kvalitativ karakter. Flere fordele ved de lukkede spørgsmål er, at de kan lette forståelsen for respondenterne, og minimere risikoen for misforståelser og dermed ukorrekt besvarelse af spørgeskemaet. Formen gør det lettere og hurtigere for respondenterne at besvare spørgsmålene, fordi de ikke bliver bedt om selv at udtænke og formulere uddybende svar. Det kan være med til at øge responsraten, at spørgsmålene er lette og hurtige at besvare (Bryman 2016a).

I SA-SH er der tre faktorer/temaer som de 22 items inddeles i; nuværende følelse af komfort (present feelings of comfortableness) fremtidigt arbejdsmiljø (future working environment) og frygt for negativ påvirkning på fremtidige patientrelationer (fear of negative influence on future patient relations), (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016, Areskoug-Josefsson, Juuso et al. 2016). De tre supplerende items er mulige at passe ind i de førnævnte temaer, men dette er dog fravalgt indtil de kan valideres. Der er i SA-SH-D+ taget en beslutning om at sætte de tre supplerende items efter de 22 oprindelige. Denne beslutning er dels taget for at undgå forvirring under analysen af resultater, og dels fordi disse items adskiller sig fra det oprindelige spørgeskema ved ikke at være validerede.

## Valg af respondenter

Ved udvælgelsen af respondenter, er der inkluderet tre faggrupper af studerende: fysioterapeut-, ergoterapeut- og sygeplejestuderende. Dette er valgt da spørgeskemaet SA-SH er valideret til brug på disse faggrupper, og der ønskes en undersøgelse, som tager udgangspunkt i dette spørgeskema. Derudover er respondentgruppen valgt, for at give mulighed for, på et så lige grundlag som muligt, at lave en sammenligning af resultater fra dette og det svenske SA-SH studie. På den måde opnås der større grundlag for at kunne sige noget om eventuelle forskelle og ligheder mellem Danmark og Sverige. Ligeledes er denne respondentgruppe valgt, da der ikke er lavet danske undersøgelser på sygeplejerske-, ergoterapeut- og fysioterapeutstuderende omkring deres holdninger til inddragelse af seksuel sundhed. For at definere respondentgruppen har vi indsnævret den til at gælde de førnævnte studieretninger på uddannelsesinstitutionen Professionshøjskolen Metropol. PH Metropol er valgt da institutionen har alle tre studieretninger, og er den professionshøjskole på landsplan med størst optag på alle de valgte uddannelser, hvilket giver mulighed for størst mulige antal potentielle respondenter (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2016). Det er valgt at inkludere alle årgange, herunder de nyligt opstartede i februar 2017. Dette er valgt da der ønskes viden om hvorvidt og hvordan de studerendes holdninger ændres i løbet af uddannelsesforløbet samt om hvornår de studerende oplever at have modtaget undervisning i seksuel sundhed.

## Design

Til layout, distribution og analyse af SA-SH-D+ er der benyttet programmet SurveyXact. SA-SH-D+ er lavet med et layout, som er simpelt og uden brug af baggrundsbilleder, mange farver og skrifttyper efter anbefalinger fra Bryman 2016a+b. Dette skal medvirke til at de studerende kan tilgå SA-SH-D+ via computer, tablet og mobiltelefoner uden at visningen kompromitteres ved fx. utydelig skrift hen over billeder samt uhensigtsmæssige orddelinger. At SA-SH-D+ kan tilgås via computer, tablet og mobiltelefoner giver de studerende en mulighed for at benytte deres foretrukne redskab til at tjekke deres intranet og efterfølgende udfylde spørgeskemaet. Dette er for at undgå at respondenter går tabt, hvis de kun benytter tablet eller mobiltelefon, samt gøre det mere tilgængeligt for de studerende at udfylde SA-SH-D+ når de har tid, uanset hvor de befinder sig. SA-SH-D+ består af tre "sider", og for at tilgå den næste side, skal alle items på siden besvares og der skal trykkes på knappen "næste". Denne opdeling er valgt med inspiration fra SA-SH-D. Til dette studie er der gjort overvejelser om, at denne opdeling vil gøre at de studerende kan se alle de spørgsmål de skal igennem. Det vil også afkorte tiden det tager at besvare, da der ikke, efter hvert item, skal trykkes på "næste" og dermed bruges tid på at loade næste side.

Følgende beskriver hvad de tre sider i spørgeskemaet SA-SH-D+ indeholder:

Side 1: Overskrift, beskrivelse af undersøgelse, definition af seksuel sundhed, samt anmodning om samtykke ift. at have læst introduktionen til spørgeskemaet og er indforstået med at udfylde skemaet.

Side 2: Demografiske items.

side 3: De 25 items, som omhandler seksuel sundhed.

Alle 25 items er lavet så der er forskel på skriftstørrelse og -tykkelse mellem spørgsmål og svarmuligheder og svarmulighederne er opstillet vertikalt under hver enkelt spørgsmål, for at undgå misforståelser ved uhensigtsmæssige orddelinger (Bryman 2016b).

Når respondenterne først påbegyndte besvarelsen af spørgeskemaet, skulle det færdiggøres for at besvarelsen gjaldt som udført. Delvist udfyldt spørgeskema var således ikke mulige at genskabe for den enkelte respondent, hvis denne afsluttede før færdiggørelse.

## Distribution og forløb

For at få adgang til respondenterne blev der rettet telefonisk henvendelse til dekanen for Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet: Randi Brinckmann Wiencke. Efterfølgende blev der sendt en mail med studiets formål og SA-SH-D+ til Randi B. Wiencke, for at få godkendt distribueringen hos PH Metropol, samt få godkendelse fra de relevante studieledere (Bilag 1). Efter accept fra studieledere og dekanen, foregik den endelige elektroniske distribution ved hjælp af ledelseskonsulent Lisbeth Ahl. Spørgeskemaet har været tilgængeligt på de studerendes intranet "Intrapol", hvor de via et link har kunnet tilgå spørgeskemaet. Hver studieretning har deres eget Intrapol. Linket har været ledsaget af en forklarende tekst, som følger herunder:

### **Seksuel sundhed**

*Kære studerende.*

*Vi er to masterstuderende i sexologi ved Aalborg Universitet som ønsker at undersøge sygeplejerske-, ergoterapeut- og fysioterapeutstuderendes holdning til at arbejde med seksuel sundhed. Spørgeskemaet tager ca 5 min at besvare, er anonymt, og vi vil sætte stor pris på din hjælp til projektet. Spørgeskemaet kan besvares frem til 15/3 kl 23.30 og tilgås via nedenstående link.*

Teksten har haft til formål, at give en præcis og kort beskrivelse af hvad undersøgelsen handler om. Det var nødvendigt at understrege, at besvarelsen var anonym, da ikke alle ønsker at give sin personlige holdning til kende omkring et emne, hvis denne offentliggøres. Besvarelsens estimerede tidsforbrug er desuden oplyst, ud fra den overvejelse at folk er mere villige til at besvare et spørgeskema, hvis de kender tidsforbruget inden de begynder.

Selve besvarelsestiden er testet, ved at lade en udenforstående udfylde spørgeskemaet og tage tid på besvarelsen. Denne tid er pålagt to minutter ekstra, for at tage højde for langsommere læsere.

Der er løbende gjort brug af bekendte, med en funktion på PH Metropol, til at sprede viden om undersøgelsen, for at opnå højere responsrate.

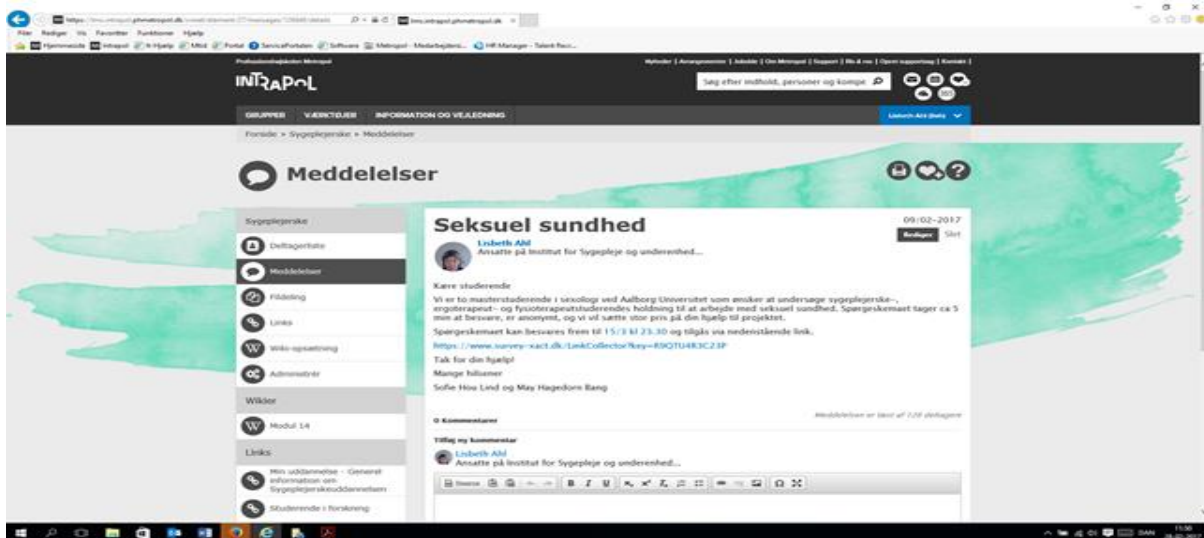
Tidsforløbet for spørgeskemaets tilgængelighed og påmindelser fremstilles grafisk i figur 1:



Figur 1 Grafisk fremstilling af distributionsforløbet for SA-SH-D+,

Dekanen har oplyst, at det ikke var muligt for forfatterne bag dette studie, at få adgang til de tre studieretningers Intrapol. Forespørgslen om adgang kom fra ønsket om, at se hvordan opslaget om undersøgelsen figurerede på intranettet, samt for at følge op i forbindelse med i påmindelserne. For at imødekomme dette bedst muligt, sendte dekanen to skærmpoint fra Intrapol. Følgende eksempel er fra de sygeplejestuderendes intranet. Begge skærmpoint findes i bilag 4





Figur 2 Skærmprent af opslaget på intrapol for de sygeplejestuderende.

## Litteratursøgning

Der er primært søgt på to måder, for at finde relevant litteratur til dette studie, systematiseret søgning og kædesøgning. Der er eksempelvis benyttet en kædesøgning ud fra artiklen "Health Care Students' Attitudes Towards Working with Sexual Health in Their Professional Roles: Survey of Students at Nursing, Physiotherapy and Occupational Therapy Programmes" (Areskou-Josefsson, Larsson et al. 2016). Der er hovedsageligt benyttet kædesøgning, da førnævnte artikel er under ét år gammel, samt undersøger samme emne der undersøges i dette studie. Det er derfor vurderet, at der vil være mange referencer i det valgte studie, som vil være relevante at benytte i dette studie. For at supplere kædesøgningen, er der benyttet systematiserede søgninger lavet i databaserne Ebscohost, Cinahl, Pubmed og Psycinfo, se bilag 5 for eksempel. Inklusionskriterier var: dansk eller engelsksprogede studier, udgivet i 2007 og fremadrettet. Dette på baggrund af viden om udviklingen omkring seksualitet og uddannelse gennem de sidste ti år, hvor ældre studier muligvis kunne give et utidssvarende billede af undersøgelsesområdet. Desuden er der i den systematiske søgning kun valgt peer reviewed studier, for at opnå en vis kvalitet. Flere systematiske søgninger er foretaget, og der er i gennemsnit fundet 30 studier pr. søgning. Ud af disse 30, blev ca. 5 udvalgt som relevante at læse nærmere (bilag 5). Inklusionskriterierne fra den systematiserede søgning er der i kædesøgningen gået på kompromis med, da der her fandtes relevante studier, der ikke opfyldte de ovenstående krav. Der er derfor taget artikler med, der er fra før 2007. Grundet et forholdsvis lille litteraturgrundlag, har der ikke været opstillet krav, om at studier skulle være foretaget i lande, der vurderes let sammenlignelige med Danmark.

## Resultater

I følgende afsnit vil der redegøres for resultater fundet ved spørgeskemaundersøgelse med skemaet SA-SH-D+. Først vil der redegøres for demografiske fund, efterfølgende for resultater i kategorierne: Samlet, køn, uddannelsesretning og semester. De forskellige kategorier underopdeles i de tidligere definerede opdelinger af items, i de fem kategorier: tilpashed, møde med fremtidige patienter, fremtidige kolleger, uddannelse og supplerende spørgsmål. Ikke alle svar beskrives i afsnittet, men er mulige at se i de tilhørende tabeller og grafer i afsnittene.

Spørgeskemaet har været tilgængeligt for omtrent 2400 sygeplejestuderende, 400 ergoterapeutstuderende og 650 fysioterapeutstuderende tilknyttet metropol, og derfor 3350 potentielle respondenter (Bilag). Det har ikke været muligt at få et mere specifikt antal, og der benyttes derfor ovenstående tal som udgangspunkt for udregning af responsraten.

Ved undersøgelsens deadline er der lavet 464 fulde besvarelser, samt 203 delvise besvarelse, hvor spørgeskemaet er udfyldt, til og med de demografiske spørgsmål. De delvise besvarelse er udeladt af efterfølgende beregninger. Den samlede responsrate er 13,8%.

Ude af de mulige respondenter har 51 ergoterapeutstuderende (12,75%), 253 sygeplejerskestuderende (10,54%) og 160 fysioterapeutstuderende (24,62) svaret.

Fordelingen af respondenter på køn, uddannelsesretning og semester vises i tabel 1

Grundet den lave andel besvarelser fra den kønsmæssige gruppe "andet" er det fravalgt at tage den gruppe med i beregningerne.

Køn (én undtaget) Antal (%)		Uddannelsesretning Antal (%)			Semester Antal (%)						
Mænd	Kvinder	Ergoterapi	Fysioterapi	Sygepleje	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
71 (15,3)	392 (84,5)	51 (11,0)	160 (54,5)	253 (34,5)	70 (15,1)	82 (17,7)	76 (16,4)	65 (14,0)	62 (13,4)	52 (11,2)	57 (12,3)

Tabel 1 Fordeling af respondenter på køn, uddannelsesretning og semester.

De 25 items deles op i følgende kategorier, efter inspiration fra Areskoug-Josefsson, Larsson, Gard, Rolander, & Juuso, 2016:

Nuværende tilpashed: 1-9

Mødet med fremtidige patienter: 10-15

Fremtidige kolleger: 16-18

Uddannelse: 19-22

Supplerende spørgsmål: 23-25

Svarene er behandlet ved at dikotomisere svarene på likert-skalaen. Svarkategorierne "passer slet ikke" og "passer kun lidt" lægges sammen, til at udgøre svarkategorien: negativ. Svarkategorierne "passer nogenlunde", "passer ret meget" og "passer helt" lægges sammen til at udgøre svarkategorien: positiv.

## Samlede besvarelser

I dette afsnit redegøres for resultater omhandlende svarene fra det samlede antal studerende. Resultaterne vises i tabeller (tabel 2-6) opdelt efter de tidligere beskrevne opdelinger af items. Efter tabellen, beskrives de resultater, der er vurderet væsentlige, herunder resultater på kryds af de valgte kategorier.

## Nuværende tilpashed

Item	Samlede besvarelser N= 464	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)
1. Jeg føler mig godt tilpas med at informere om seksuel sundhed til fremtidige patienter	78 (16,8)	386 (83,2)
2. Jeg føler mig godt tilpas med at indlede en samtale om seksuel sundhed med fremtidige patienter	133 (28,7)	331 (71,3)
3. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere seksuelle emner med fremtidige patienter	91 (19,6)	373 (80,4)
4. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset deres køn	96 (20,7)	368 (79,3)
5. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset alder.	117 (25,2)	347 (74,8)
6. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset kulturel baggrund.	139 (30,0)	325 (70)
7. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset seksuel orientering.	80 (17,2)	384 (82,8)
8. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere specifikke seksuelle aktiviteter med fremtidige patienter.	173 (37,3)	291 (62,7)
9. Jeg føler mig uforberedt på at tale om seksuel sundhed med fremtidige patienter.	127 (27,4)	337 (72,6)

Tabel 2 Resultater for "nuværende tilpashed" item 1-9 for de samlede besvarelser

De studerende oplever generelt at være tilpas ift at tale og informere om seksuel sundhed. Der ses dog et fald i denne tilpashed, når emnet falder på at skulle diskutere **specifikke** seksuelle

aktiviteter med patienterne, hvor fordelingen bliver at over 1/3 (item 8 37,3%) ikke længere er tilpas. Ligeledes er de studerende en smule mindre tilpas, når det handler om at indlede en samtale om seksuel sundhed (item 2 71,3%), i modsætning til generelt at tale om, og informere om dette.

Der ses et fald i tilpashed fra diskussion af seksuelle emner (item 3 80,4%), i forhold til, når det drejer sig om at diskutere seksuelle emner uanset patientens alder (item 5, 74,8%) samt uanset patientens kulturelle baggrund (item 6, 70%).

Selvom de studerende angiver, at de føler de kan informere om, og er villige til at forsøge at diskutere seksuel sundhed med fremtidige patienter, føler de sig uforberedt på at skulle gøre dette (item 9, 72,6%).

De studerende vurderer deres egen tilpashed højere, når det gælder tilpashed med at diskutere seksuel sundhed uanset patienternes seksuelle orientering (item 7, 82,8%), end de vurderer den generelle tilpashed (item 3, 80,4%).

## Mødet med fremtidige patienter

Item	Samlede besvarelser N= 464	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)
10. Jeg tror, jeg vil kunne føle mig forlegen, hvis fremtidige patienter taler om seksuelle emner.	313 (67,5)	151 (32,5)
11. Jeg tror, at fremtidige patienter kan blive forlegne, hvis jeg tager seksuelle emner op.	44 (9,5)	420 (90,5)
12. Jeg er bange for at patienterne kan føle ubehag, hvis jeg taler om seksuelle emner.	100 (21,6)	364 (78,4)
13. Jeg er bange for at en samtale om seksuel sundhed kan skabe en afstand mellem mig og patienterne.	256 (55,2)	208 (44,8)
14. Jeg tror, at jeg i mit arbejde vil have for travlt til at kunne nå at håndtere seksuelle emner.	199 (42,9)	265 (57,1)
15. Jeg vil tage mig tid til at tale om seksuelle emner med mine fremtidige patienter.	119 (25,6)	345 (74,4)

Tabel 3 Resultater for kategorien "mødet med fremtidige patienter" item 10-15 for de samlede besvarelser

Lige over 2/3 af de studerende mener ikke, at de selv vil blive forlegne, hvis patienterne taler om seksuelle emner med dem (item 10 67,5%). Dog tror de studerende, at patienterne kan blive forlegne (item 11 90,5%) eller føle ubehag (item 12, 78,4%) hvis den studerende tager seksuelle emner op. De studerende er derimod ikke lige så nervøse for at der kan opstå en afstand i deres patientkontakt, hvis samtalen falder på seksuelle emner (item 13, 44,5%).

De studerende mener, at de vil tage sig tid til at tale om seksuelle emner med deres fremtidige patienter (item 15, 74,4%), men over halvdelen tror, at de vil få for travlt til at tage det op, på en fremtidig arbejdsplads. (item 14 57,1%)

## Fremtidige kolleger

Item	Samlede besvarelser N= 464	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)
16. Jeg er bange for, at mine fremtidige kolleger vil synes, at det er ubehageligt, hvis jeg tager seksuelle emner op med patienterne.	274 (59,1)	190 (40,9)
17. Jeg er bange for, at mine fremtidige kolleger vil føle sig utilpas med at håndtere spørgsmål om patienternes seksuelle sundhed	209 (45,0)	255 (55)
18. Jeg tror at mine fremtidige kolleger vil være tilbageholdende med at tale om seksuelle emner.	165 (35,6)	299 (64,4)

Tabel 4 Resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" item 16-18 for de samlede besvarelser

Når de studerende tænker på deres fremtidige kolleger, tror de at kollegerne vil være tilbageholdende med at tale om seksuelle emner (item 18, 64,4%), men er ikke helt sikre på at det skyldes at kollegerne er utilpas med at tale om det seksuelle (item 17, 55%). Dog tror halvdelen, ikke at deres fremtidige kolleger vil føle ubehag hvis de studerende tager seksuelle emner op (item 16 59,1%).

## Uddannelse

Item	Samlede besvarelser N= 464	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)
19. Jeg har på min nuværende uddannelse modtaget undervisning om seksuel sundhed.	404 (87,1)	60 (12,9)
20. Jeg mener at jeg som studerende har brug for at få grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed i løbet af min uddannelse.	59 (12,7)	405 (87,3)
21. Jeg har tilstrækkelig med kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med fremtidige patienter.	306 (65,9)	158 (34,1)
22. Jeg mener at det er nødvendigt, at jeg i min uddannelse lærer at samtale om seksuel sundhed.	58 (12,5)	406 (87,5)

Tabel 5 Resultater for kategorien "Uddannelse" item 19-22 for de samlede besvarelser

87% af de studerende mener, at de på deres nuværende uddannelse har brug for at få grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed (item 20), samt at lære at tale om seksuel sundhed (item 22). Det samme antal studerende der mener, at de har et behov for viden, mener også at de ikke har modtaget undervisning om seksuel sundhed (item 19 87,1%). Selvom størstedelen af de studerende ikke har modtaget undervisning i emnet, oplever 1/3 af dem at have tilstrækkelige kompetencer, til at tale om seksuel sundhed (item 21 34,1%).

## Supplerende spørgsmål

Item	Samlede besvarelser N= 464	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)
23. Jeg tror at mit køn vil have en betydning for, om jeg vil føle mig tilpas med at tale seksuel sundhed med fremtidige patienter.	266 (57,3)	198 (42,7)
24. Jeg tror at mit køn vil gøre det svært for fremtidige patienter at indlede en samtale om seksualitet med mig.	296 (63,8)	168 (36,2)
25. Jeg mener at seksuel sundhed er et relevant emne i mit fremtidige virke som fysioterapeut/ergoterapeut/sygeplejerske.	72 (15,5)	392 (84,5)

Tabel 6 Resultater for kategorien "Supplerende spørgsmål" item 23-25 for de samlede besvarelser

Størstedelen af de studerende svarer, at seksuel sundhed er relevant i deres fremtidige virke (84,5%).

## Resultater på kryds af kategorier

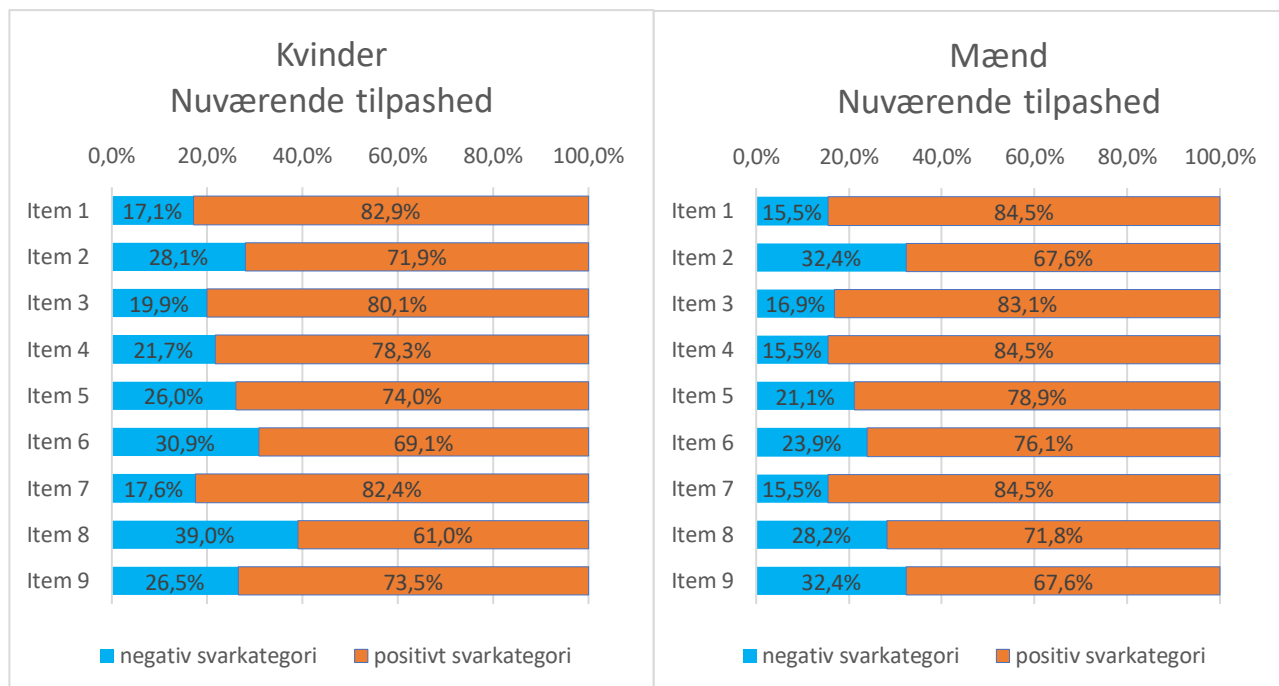
Omkring  $\frac{3}{4}$  af de studerende føler sig uforberedt på at kunne tale med fremtidige patienter om seksuel sundhed (item 9 72,6%), hvilket står i kontrast til, at 2 ud af tre studerende mener, at de har utilstrækkelige kompetencer til at tale om seksuel sundhed (item 21 65,9%).

Ud af alle de studerende er det 15,4% der ikke mener at seksuel sundhed er relevant i deres fremtidige virke (item 25), dette tal er stort set i overensstemmelse med de 16,8% der føler sig utilpas med at informere om seksuel sundhed (item 1). Enkelte af de studerende, der finder seksuel sundhed irrelevant i deres fremtidige virke (item 25 15,4%), mener dog stadigvæk at de har brug for at få grundlæggende kundskaber i løbet af deres uddannelse (item 20 87,3%).

## Køn

I dette afsnit redegøres for resultater omhandlende svarene fordelt på køn. Resultaterne vises side om side i søjlediagrammer (figur 3-7), én for hvert køn, opdelt efter de tidligere beskrevne opdelinger af items. Efter diagrammerne beskrives de resultater de er vurderet væsentlige, den procentuelle fordeling mellem kønnene skrives i en parentes, hvor kvinde forkortes K og mand forkortes M.

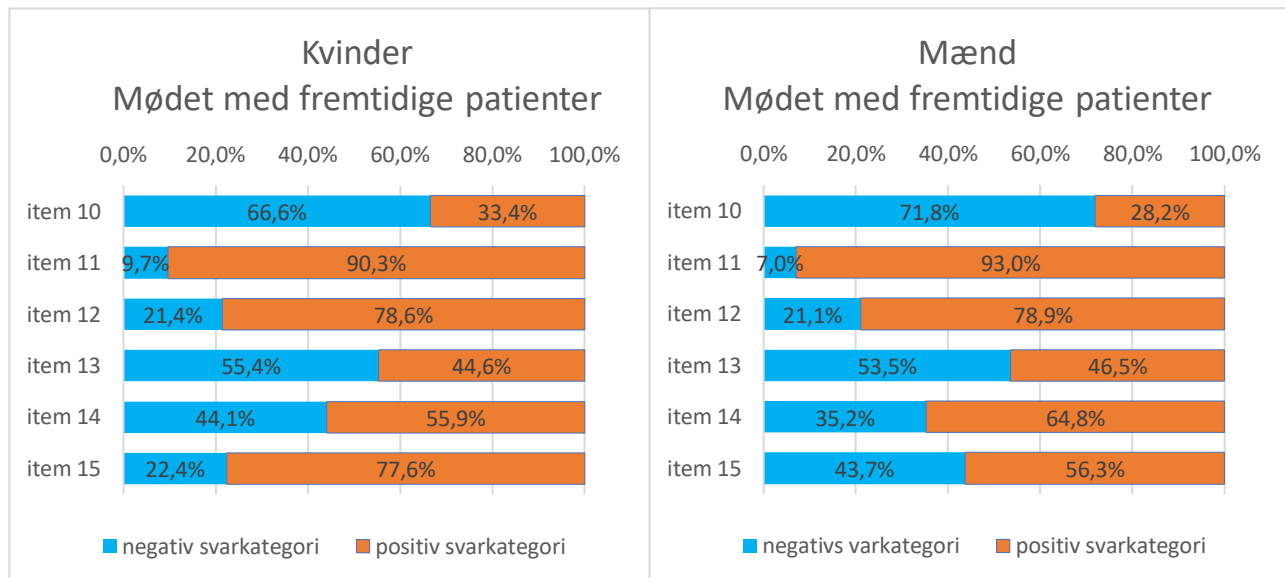
## Nuværende tilpashed



Figur 3 Grafisk fremstilling af resultater for kategorien "Nuværende tilpashed" fordelt på køn. Oversigt over Items: 1. Jeg føler mig godt tilpas med at informere om seksuel sundhed til fremtidige patienter. 2. Jeg føler mig godt tilpas med at indlede en samtale om seksuel sundhed med fremtidige patienter. 3. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere seksuelle emner med fremtidige patienter. 4. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset deres køn. 5. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset alder. 6. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset kulturel baggrund. 7. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset seksuel orientering. 8. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere specifikke seksuelle aktiviteter med fremtidige patienter. 9. Jeg føler mig uforberedt på at tale om seksuel sundhed med fremtidige patienter.

Generelt er de mandlige studerende mere tilpas med at informere, og tale om seksuel sundhed og seksuelle emner (items 1,3,4,5,7), men der ses en større forskel når det drejer sig om at diskutere seksuel sundhed med patienter uanset kulturel baggrund. Her fremstår kvinderne i højere grad utilpas end deres mandlige medstuderende (item 6 K: 69,1% M: 76,1%). Det eneste sted hvor de mandlige studerende udtrykker, at de er mindre tilpas end deres kvindelige medstuderende er, hvis de skal indlede en samtale om seksuel sundhed (item 2 K: 71,9% M: 67,6%).

## Mødet med fremtidige patienter



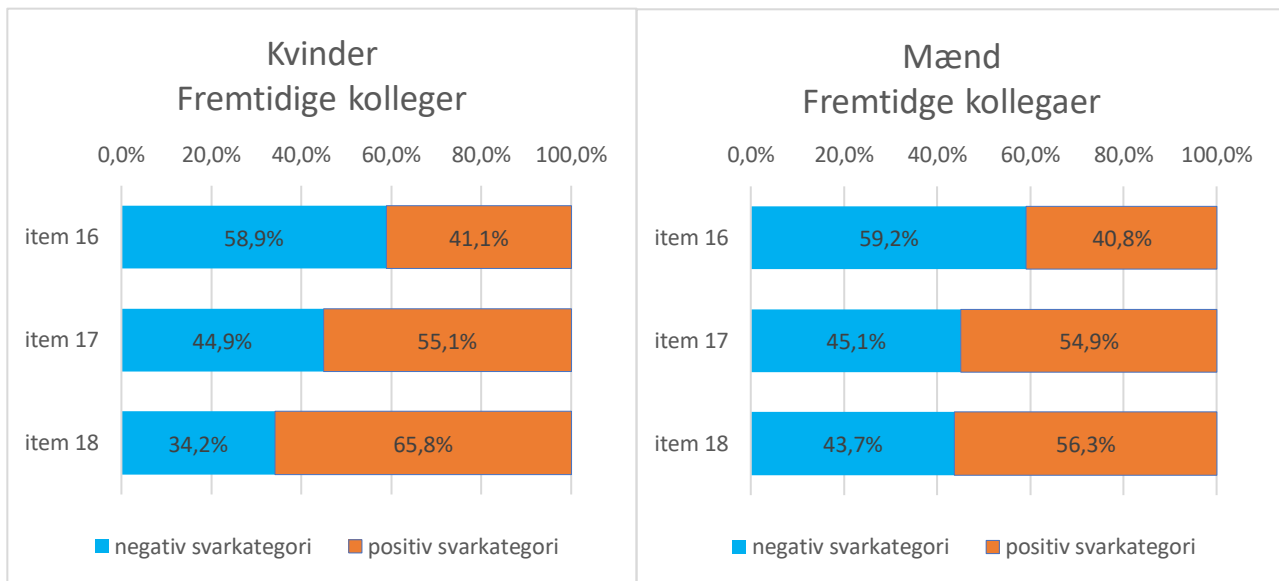
Figur 4 Grafisk fremstilling af resultater for kategorien "Mødet med fremtidige patienter" fordelt på køn. Oversigt over Items: 10. Jeg tror, jeg vil kunne føle mig forlegen, hvis fremtidige patienter taler om seksuelle emner. 11. Jeg tror, jeg vil kunne føle mig forlegen, hvis fremtidige patienter taler om seksuelle emner. 12. Jeg tror, at fremtidige patienter kan blive forlegne, hvis jeg tager seksuelle emner op. 13. Jeg er bange for at patienterne kan føle ubehag, hvis jeg taler om seksuelle emner. 14. Jeg er bange for at en samtale om seksuel sundhed kan skabe en afstand mellem mig og patienterne. 15. Jeg tror, at jeg i mit arbejde vil have for travlt til at kunne nå at håndtere seksuelle emner. 16. Jeg vil tage mig tid til at tale om seksuelle emner med mine fremtidige patienter.

Den største kønsmæssige forskel i denne kategori ses når det omhandler at have tid til samt at tage sig tid til at tale med de fremtidige patienter (item 14, 15). Her er mændene mere tilbøjelige til at mene at de ikke har tid til at tale med patienterne (item 14 K: 55,9% M: 64,8% ) og de viser mindre lyst til at tage sig tiden til at tale om det item 15 K: 77,6% M: 56,3%).

Det ses at kvinderne er lidt mere tilbøjelige til at mene, at de selv vil blive forlegne hvis samtalen falder på seksuel sundhed (item 10 K:33,4% M: 28,2%), hvorimod mændene er mere tilbøjelige til at tro at patienterne kan blive forlegne (item 11 K: 90,3% M: 93%). Dog er mændene og kvinderne lige bange for at patienterne vil opleve ubehag hvis de, som behandler tager seksuel sundhed op (item 12 K: 78,6% M: 78,9%).



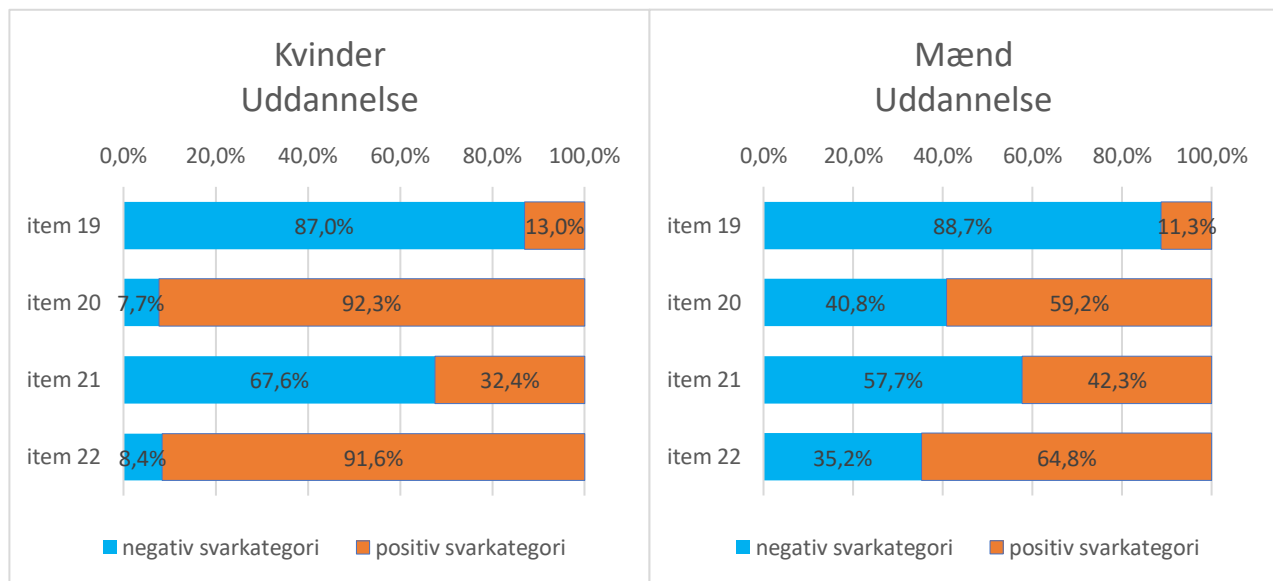
## Fremtidige kolleger



Figur 5 Grafisk fremstilling af resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" fordelt på køn. Oversigt over Items: 16. Jeg er bange for, at mine fremtidige kolleger vil synes, at det er ubehageligt, hvis jeg tager seksuelle emner op med patienterne. 17. Jeg er bange for, at mine fremtidige kolleger vil føle sig utilpas med at håndtere spørgsmål om patienternes seksuelle sundhed. 18. Jeg tror at mine fremtidige kolleger vil være tilbageholdende med at tale om seksuelle emner.

De kvindelige studerende har lidt mindre tiltro til deres fremtidige kolleger, og mener at de vil være tilbageholdende med at tale seksuel sundhed med patienterne, hvor deres mandlige medstuderende har mere tiltro til dette (item 18 K: 65,8% M: 56,3%).

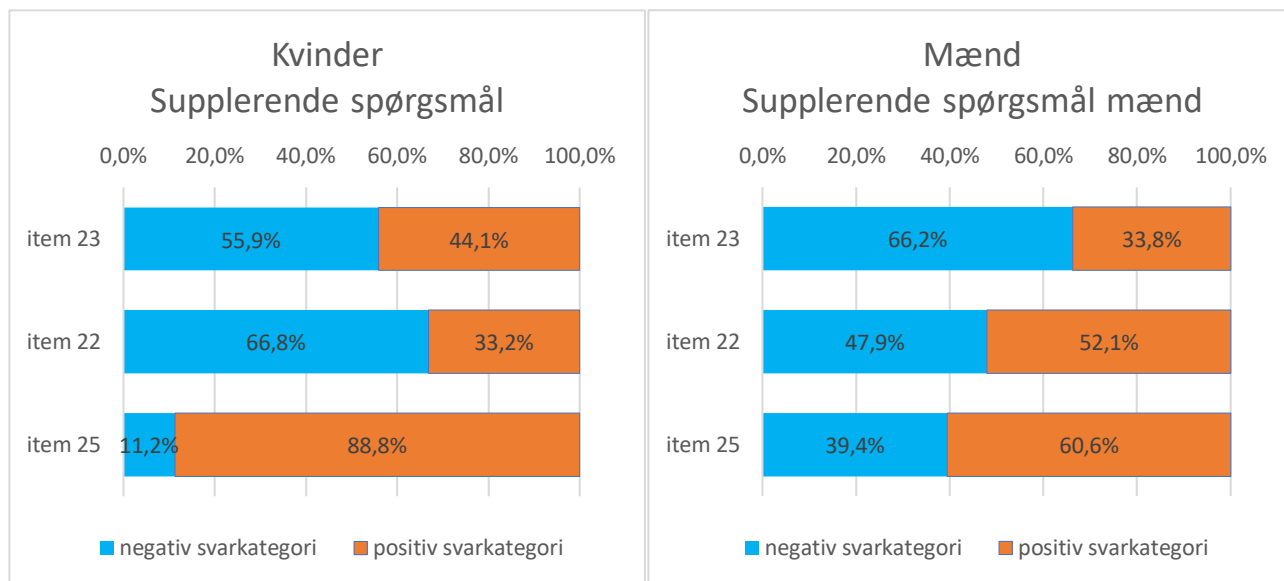
## Uddannelse



Figur 6 Grafisk fremstilling af resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" fordelt på køn. Oversigt over Items: 19. Jeg har på min nuværende uddannelse modtaget undervisning om seksuel sundhed. 20. Jeg mener at jeg som studerende har brug for at få grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed i løbet af min uddannelse. 21. Jeg har tilstrækkelig med kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med fremtidige patienter. 22. Jeg mener at det er nødvendigt, at jeg i min uddannelse lærer at samtale om seksuel sundhed.

Når det omhandler uddannelse ses den største forskel på kønnene ved deres holdning til behovet for, at de på deres nuværende uddannelse har brug for at få grundlæggende kundskaber samt lærer at tale om seksuel sundhed (item 20 og 22). Her mener mændene, at det er langt mindre relevant at modtage undervisning omhandlende seksuel sundhed end deres kvindelige medstuderende, hvor forskellen svarer til at næsten alle kvinderne finder det relevant og kun lidt over halvdelen af mændene. (item 20 K: 92,3% M: 59,2% Item 22 K: 91,6% M: 64,8%) Lidt flere mænd end kvinder vurderer også deres kompetenceniveau som værende tilstrækkeligt ift seksuel sundhed (item 21 K: 32,4% M: 42,3%).

## Supplerende spørgsmål



Figur 7 Grafisk fremstilling af resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" fordelt på køn. Oversigt over Items: 23. Jeg tror at mit køn vil have en betydning for, om jeg vil føle mig tilpas med at tale seksuel sundhed med fremtidige patienter. 24. Jeg tror at mit køn vil gøre det svært for fremtidige patienter at indlede en samtale om seksualitet med mig. 25. Jeg mener at seksuel sundhed er et relevant emne i mit fremtidige virke som fysioterapeut/ergoterapeut/sygeplejerske.

Væsentligt færre mænd end kvinder vurderer, at seksuel sundhed er relevant i deres fremtidige virke hvor nærmest alle de kvindelige studerende vurderer det som værende relevant (item 25 K 88,5% M:60,6%).

Kun 1/3 del af kvinderne mener, at deres køn kan gøre det svært for de fremtidige patienter, at tale om seksuel sundhed med dem, dette i modsætning til at lige over 1/2 af alle mændene mener det samme (item 24 K:33,2% M: 60,6%). Der ses altså en bekymring hos de mandlige studerende, der på trods af deres egen tilpashed med at tale om seksuel sundhed, vil føle sig utilpas ved at tale med dem alene grundet eget køn.

## Uddannelsesretning

I dette afsnit redegøres for resultaterne opdelt i uddannelsesretning. Resultaterne vises i tabeller (7-11) opdelt efter de tidligere beskrevne opdelinger af items. Efter tabellen beskrives de resultater de er vurderet væsentlige, herunder resultater på kryds af de valgte kategorier. Den procentuelle fordeling mellem uddannelsesretninger skrives i en parentes hvor ergoterapeutstuderende forkortes E, sygeplejestuderende forkortes S og fysioterapeutstuderende forkortes F.

## Nuværende tilpashed

Item	Ergoterapeutstuderende n= 51		Sygeplejestuderende N= 160		Fysioterapeutstuderende N= 253	
	negativt	Positivt	Negativt	Positivt	Negativt	Positivt

	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Jeg føler mig godt tilpas med at informere om seksuel sundhed til fremtidige patienter	12(23,5)	39 (76,5)	37 (14,6)	216 (85,4)	29 (18,1)	131 (81,9)
2. Jeg føler mig godt tilpas med at indlede en samtale om seksuel sundhed med fremtidige patienter	17 (33,3)	34 (66,7)	73 (28,9)	180 (71,1)	43 (26,9)	117 (73,1)
3. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere seksuelle emner med fremtidige patienter	12 (23,5)	39 (76,5)	51 (20,2)	202 (79,8)	28 (17,5)	132 (82,5)
4. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset deres køn	15 (29,4)	36 (70,6)	50 (19,8)	203 (80,2)	31 (19,4)	129 (80,6)
5. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset alder.	16 (31,4)	35 (68,6)	64 (25,3)	189 (74,7)	37 (23,1)	123 (76,9)
6. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset kulturel baggrund.	17 (33,3)	34 (66,7)	82 (32,4)	171 (67,6)	40 (25)	120 (75)
7. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset seksuel orientering.	12 (23,5)	39 (76,5)	41 (16,2)	212 (83,8)	27 (16,9)	133 (83,1)
8. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere specifikke seksuelle aktiviteter med fremtidige patienter.	17 (33,3)	34 (66,7)	91 (36,0)	162 (64,0)	65 (40,6)	95 (59,4)
9. Jeg føler mig uforberedt på at tale om seksuel sundhed med fremtidige patienter.	10 (19,6)	41 (80,4)	79 (31,2)	174 (68,8)	38 (23,8)	122 (76,3)

Tabel 7 Resultater for kategorien "Nuværende tilpashed" item 1-9 fordelt på uddannelsesretning

Generelt er de ergoterapeutstuderende den faggruppe der føler sig mindst tilpas med at håndtere seksuel sundhed med patienterne og de fysioterapeutstuderende der er mest tilpas med at håndtere seksuel sundhed (items 1,2,3,4,5,7). Dog er de ergoterapeutstuderende den faggruppe der føler sig bedst tilpas med at diskutere specifikke seksuelle aktiviteter med patienterne og de fysioterapeutstuderende der er mindst tilpas ved denne samtale (item 8 E: 66,7% S:64% F: 59,4%). Det er ligeledes de ergoterapeutstuderende der føler sig mindst forberedt på at tale om seksuel sundhed (item 9 E: 80,4% S: 68,8% F76,3%).

Alle studieretningerne lader til at have en højere eller ens tilpashed end generelt, når det omhandler at diskutere seksuelle emner, uanset patienternes seksuelle orientering (item 7 E 76,5% S: 83,8% F: 83,1%).

De sygeplejerskestuderendes tilpashed mindskes ift. deres almene tilpashed når det drejer sig om at diskutere seksuelle emner, uanset patienternes kulturelle baggrund (item 6)

De sygeplejerskestuderende er markant den gruppe af studerende der føler sig mest forberedt på at tale om seksuel sundhed (item 9 E: 19,6% S: 31,2% F: 76,3%).

## Mødet med fremtidige patienter

Ergoterapeutstuderende N= 51	Sygeplejестuderende N= 160	Fysioterapeutstuderende N= 253
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Item	Negativt	Positivt	Negativt	Positivt	Negativt	Positivt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
10. Jeg tror, jeg vil kunne føle mig forlegen, hvis fremtidige patienter taler om seksuelle emner.	29 (56,9)	22 (43,1)	170 (67,2)	83 (32,8)	114 (71,3)	46 (28,8)
11. Jeg tror, at fremtidige patienter kan blive forlegne, hvis jeg tager seksuelle emner op.	5 (9,8)	46 (90,2)	21 (8,3)	232 (91,7)	18 (11,3)	142 (88,8)
12. Jeg er bange for at patienterne kan føle ubehag, hvis jeg taler om seksuelle emner.	8 (15,7)	43 (84,3)	52 (20,6)	201 (79,4)	40 (25)	120 (75)
13. Jeg er bange for at en samtale om seksuel sundhed kan skabe en afstand mellem mig og patienterne.	29 (56,9)	22 (43,1)	140 (55,3)	113 (44,7)	87 (54,4)	73 (45,6)
14. Jeg tror, at jeg i mit arbejde vil have for travlt til at kunne nå at håndtere seksuelle emner.	29 (56,9)	22 (43,1)	107 (42,3)	146 (57,7)	63 (39,4)	97 (60,6)
15. Jeg vil tage mig tid til at tale om seksuelle emner med mine fremtidige patienter.	10 (19,6)	41 (80,4)	39 (15,4)	214 (84,6)	70 (43,8)	90 (56,3)

Tabel 8 Resultater for kategorien "Mødet med fremtidige patienter" item 10-15 fordelt på uddannelsesretning

Den gruppe af studerende der mener, at de vil føle sig mest forlegne hvis en patient taler om seksuelle emner er de ergoterapeutstuderende (item 10 E: 43,1% S: 32,8% F: 28,8%).

Når det omhandler at have for travlt til at tale om seksuelle emner, er det de ergoterapeutstuderende der er mindst enig, under halvdelen af dem mener, at de vil have for travlt til at håndtere de seksuelle emner. I de to andre faggrupper er det over halvdelen der mener de vil have for travlt i deres arbejde til at håndtere seksuel sundhed (item 14 E: 43,1% S: 57,7% F: 56,3%). På trods af, at over halvdelen af de sygeplejerskestuderende mener at have for travlt til at tale om seksuelle emner, vil næsten alle de sygeplejerskestuderende tage sig tid til at tale om det. Dette i modsætning til de fysioterapistuderende, hvor det kun er lige over halvdelen der vil tage sig tid til at tale om de seksuelle emner med deres fremtidige patienter (item 15 E: 80,4% S: 84,6 F: 56,3%).

## Fremtidige kolleger

Item	Ergoterapeutstuderende N= 51		Sygeplejestuderende N= 160		Fysioterapeutstuderende de N= 253	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)
16. Jeg er bange for, at mine fremtidige kolleger vil synes, at det er ubehageligt, hvis jeg tager seksuelle emner op med patienterne.	25 (49,0)	26 (51,0)	157 (62,1)	96 (37,9)	92 (57,5)	68 (42,5)
17. Jeg er bange for, at mine fremtidige kolleger vil føle sig utilpas med at håndtere spørgsmål om patienternes seksuelle sundhed	26 (51,0)	25 (49,0)	116 (45,8)	137 (54,2)	67 (41,9)	93 (58,1)
18. Jeg tror at mine fremtidige kolleger vil være tilbageholdende med at tale om seksuelle emner.	19 (37,3)	32 (62,7)	88 (34,8)	165 (65,2)	58 (36,3)	102 (63,8)

Tabel 9 Resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" item 16-18 fordelt på uddannelsesretning

Halvdelen af de ergoterapeutstuderende er bange for, at deres fremtidige kolleger vil føle ubehag, hvis den studerende tager seksuelle emner op med patienter. Her er sygeplejerskerne langt fra

enige, og ca. 2/3 af dem tror, at deres kolleger vil være tilpas hvis de tager seksuelle emner op (Item 16 E: 51% S: 62,1% F: 42,5%).

Til gengæld har de fysioterapeutstuderende mindst tiltro til at deres kolleger vil være trygge ved, at håndtere spørgsmål om seksuelle emner (item 17 E: 49% S: 54,2% F: 58,1%).

## Uddannelse

Item	Ergoterapeutstuderende N= 51		Sygeplejestuderende N= 160		Fysioterapeutstuderende N= 253	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)
19. Jeg har på min nuværende uddannelse modtaget undervisning om seksuel sundhed.	48 (94,1)	3 (5,9)	206 (81,4)	47 (18,6)	150 (93,8)	10 (6,3)
20. Jeg mener at jeg som studerende har brug for at få grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed i løbet af min uddannelse.	6 (11,8)	45 (88,2)	12 (4,7)	241 (95,3)	41 (25,6)	119 (74,4)
21. Jeg har tilstrækkelig med kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med fremtidige patienter.	37 (72,5)	14 (27,5)	161 (63,6)	92 (36,4)	108 (67,5)	52 (32,5)
22. Jeg mener at det er nødvendigt, at jeg i min uddannelse lærer at samtale om seksuel sundhed.	5 (9,8)	46 (90,2)	6 (2,4)	247 (97,6)	47 (29,4)	113 (70,6)

Tabel 10 Resultater for kategorien "Uddannelse" item 19-22 fordelt på uddannelsesretning

Næsten ingen af de fysio- og ergoterapeutstuderende har modtaget undervisning om seksuel sundhed, derimod angiver næsten hver 5. af de sygeplejerskestuderende, at de i løbet af deres nuværende studie har modtaget undervisning i emnet (item 19 E: 5,9% S: 18,6 F: 6,3%). På trods af at hver 5. sygeplejerskestuderende har modtaget undervisning, er det i kontrast til, at de næsten alle mener, at de bør modtage undervisning i grundlæggende kundskaber, og lære at samtale om seksuel sundhed (item 20, 22). Kun ca. 2/3 af de fysioterapeutstuderende mener at de har brug for at modtage undervisning i at få grundlæggende kundskaber, og lære at samtale om seksuel sundhed (item 20 E: 88,2% S:95,3% F: 74,4% Item 22 E: 90,2% S: 97,6% F: 70,6%)

Generelt vurderer de alle faggrupperne, at det er lidt vigtigere at modtage undervisning i at lærer at tale om seksuel sundhed, end at få grundlæggende kundskaber.

## Supplerende spørgsmål

Item	Ergoterapeutstuderende N= 51		Sygeplejestuderende N= 160		Fysioterapeutstuderende N= 253	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)
23. Jeg tror at mit køn vil have en betydning for, om jeg vil føle mig tilpas med at tale seksuel sundhed med fremtidige patienter.	27 (52,9)	24 (47,1)	141 (55,7)	112 (44,3)	98 (61,2)	62 (38,8)
24. Jeg tror at mit køn vil gøre det svært for fremtidige patienter at indlede en samtale om seksualitet med mig.	34 (66,7)	17 (33,3)	160 (63,2)	93 (36,8)	102 (63,8)	58 (36,3)

25. Jeg mener at seksuel sundhed er et relevant emne i mit fremtidige virke som fysioterapeut/ergoterapeut/sygeplejerske.	8 (15,7)	43 (84,3)	7 (2,8)	246 (97,2)	57 (35,6)	103 (64,4)
---	----------	-----------	---------	------------	-----------	------------

Tabel 11 Resultater for kategorien "Supplerende spørgsmål" item 23-25 fordelt på uddannelsesretning

De fleste sygeplejerske- og ergoterapeutstuderende mener, at seksuel sundhed er et relevant emne, når de skal ud og arbejde som ergoterapeuter og sygeplejersker. Her er de fysioterapeutstuderende ikke helt enige med deres medstuderende, og kun lige omkring 2/3 mener at seksuel sundhed er et relevant emne når de skal ud og praktisere som fysioterapeuter (item 25 E: 84,3% S: 97,2% F: 64,4%).

## På tværs af kategori

De sygeplejerskestuderende føler sig mest forberedte på at tale om seksuel sundhed, hvilket stemmer overens med, at de også er den gruppe der har flest positive svar, i forhold til om de har modtaget undervisning omkring seksuel sundhed, på deres uddannelse (item 1,2,3,4,5,7 samt 19). Når man ser på hvordan de fysioterapeutstuderende har besvaret relevans i fremtidigt virke, og deres behov for uddannelse, er der stort set overensstemmelse mellem disse besvarelser (Item 20,22, 25).

## Semester

I dette afsnit redegøres for resultaterne opdelt i forhold til semester. Semestrene er blevet trikonomiseret fra syv semestre til en fordeling på 1.+2. semester - år 1, 3.+4. semester - år 2 og 5.+6.+7 semester - år 3. Resultaterne vises i tabeller (tabel 12-16) opdelt efter de tidligere beskrevne opdelinger af items. Efter tabellen beskrives de resultater de er vurderet væsentlige. Den procentuelle fordeling mellem årene skrives i en parentes hvor år 1 forkortes 1, år 2 forkortes 2 og år 3 forkortes 3.

## Nuværende tilpashed

Item	År 1		År 2		År 3	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)
1. Jeg føler mig godt tilpas med at informere om seksuel sundhed til fremtidige patienter	18 (11,8)	134 (88,2)	24 (17,0)	117 (83,0)	36 (21,1)	135 (78,9)
2. Jeg føler mig godt tilpas med at indlede en samtale om seksuel sundhed med fremtidige patienter	30 (19,7)	122 (80,3)	42 (29,8)	99 (70,2)	57 (35,7)	114 (64,3)
3. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere seksuelle emner med fremtidige patienter	18 (11,8)	134 (88,2)	36 (25,5)	105 (74,5)	37 (21,6)	134 (78,4)

4. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset deres køn	26 (17,1)	126 (82,9)	30 (21,3)	111 (78,7)	40 (23,4)	131 (76,6)
5. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset alder.	33 (21,7)	119 (78,3)	42 (29,8)	99 (70,2)	42 (24,6)	129 (75,4)
6. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset kulturel baggrund.	33 (21,7)	119 (78,3)	47 (33,3)	94 (66,7)	59 (34,5)	112 (65,5)
7. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med fremtidige patienter, uanset seksuel orientering.	21 (13,8)	131 (86,2)	25 (17,7)	116 (82,3)	34 (19,9)	137 (80,1)
8. Jeg føler mig godt tilpas med at diskutere specifikke seksuelle aktiviteter med fremtidige patienter.	47 (30,9)	105 (69,1)	54 (38,3)	87 (61,7)	72 (42,1)	99 (57,9)
9. Jeg føler mig uforberedt på at tale om seksuel Sundhed med fremtidige patienter.	47 (30,9)	105 (69,1)	35 (24,8)	106 (75,2)	45 (26,3)	126 (73,7)

Tabel 12 Resultater for kategorien "Nuværende tilpashed" fordelt på år. År 1 (1.+2. semester), år 2 (3.+4. semester) og år 3 (5.+6.+7 semester).

De studerende på første år føler sig på alle parametre mest tilpas, med at tale seksuel sundhed samt med at starte samtaler om seksuelle emner (item 1-8). Det er også de førsteårsstuderende, der føler sig mest forberedte på at tale om seksuel sundhed, med deres fremtidige patienter (item 9).

## Mødet med fremtidige patienter

Item	År 1		År 2		År 3	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)
10. Jeg tror, jeg vil kunne føle mig forlegen, hvis fremtidige patienter taler om seksuelle emner.	107 (70,4)	45 (29,6)	93 (66,0)	48 (34,0)	113 (66,1)	58 (33,9)
11. Jeg tror, at fremtidige patienter kan blive forlegne, hvis jeg tager seksuelle emner op.	16 (10,5)	136 (89,5)	6 (4,3)	135 (95,7)	22 (12,9)	149 (87,1)
12. Jeg er bange for at patienterne kan føle ubehag, hvis jeg taler om seksuelle emner.	32 (21,1)	120 (78,9)	25 (17,7)	116 (82,3)	43 (25,1)	128 (74,9)
13. Jeg er bange for at en samtale om seksuel sundhed kan skabe en afstand mellem mig og patienterne.	78 (51,3)	74 (48,7)	78 (55,3)	63 (44,7)	100 (58,5)	71 (41,5)
14. Jeg tror, at jeg i mit arbejde vil have for travlt til at kunne nå at håndtere seksuelle emner.	83 (54,6)	69 (45,4)	52 (39,0)	89 (61,0)	61 (35,7)	110 (64,3)
15. Jeg vil tage mig tid til at tale om seksuelle emner med mine fremtidige patienter.	31 (20,4)	121 (79,6)	37 (26,2)	104 (73,8)	51 (29,8)	120 (70,2)



Tabel 13 Resultater for kategorien "Møde med fremtidige patienter" fordelt på år. År 1 (1.+2. semester), år 2 (3.+4. semester) og år 3 (5.+6.+7 semester).

Jo længere henne i uddannelsen de studerende kommer, jo mere mener de, at de vil have for travlt til at tale om seksuelle emner i deres arbejde (item 14 1: 45,4% 2: 61% 3: 64,3%) . Der ses det samme, når det omhandler at tage sig tid til at tale med patienterne om seksuel sundhed (item 15 1:79,6% 2: 73,8% 3: 70,2%). Så jo tættere de studerende er på at være færdige og skulle ud og praktisere, jo mere mener de at deres hverdag vil være for travl, og at de ikke vil tage sig tiden til at tale om de seksuelle emner. Til gengæld er det de studerende på det sidste halvandet år, der har den største tiltro til, at patienterne ikke bliver forlegne eller føler ubehag, hvis de som behandler taler om seksuelle emner (item 11 1:10,5% 2: 4,3% 3: 12,9%. Item 12 1: 21,1% 2: 17,7% 3: 25,1%).

## Fremtidige kolleger

Item	År 1		År 2		År 3	
	negativt	Positivt	Negativt	Positivt	Negativt	Positivt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
16. Jeg er bange for, at mine fremtidige kolleger vil synes, at det er ubehageligt, hvis jeg tager seksuelle emner op med patienterne.	82 (53,9)	70 (46,1)	85 (60,3)	56 (39,7)	107 (62,6)	64 (37,4)
17. Jeg er bange for, at mine fremtidige kolleger vil føle sig utilpas med at håndtere spørgsmål om patienternes seksuelle sundhed	83 (54,6)	69 (45,4)	52 (44,0)	77 (56,0)	64 (37,4)	107 (62,6)
18. Jeg tror at mine fremtidige kolleger vil være tilbageholdende med at tale om seksuelle emner.	70 (46,1)	82 (53,9)	45 (31,9)	96 (68,1)	50 (29,2)	121 (70,8)

Tabel 14 Resultater for kategorien "Fremtidige kolleger" fordelt på år. År 1 (1.+2. semester), år 2 (3.+4. semester) og år 3 (5.+6.+7 semester).

I de studerendes første år på uddannelserne, er de mere tilbøjelige til at være bange for at deres fremtidige kolleger vil blive ubehageligt til mode, hvis den studerende taler om seksuel sundhed. Denne frygt svinder hos de studerende, jo længere hen i uddannelsen de kommer (item 16 1: 46,1% 2: 39,7% 3: 37,4%). Til gengæld falder de studerendes tiltro til, deres fremtidige kollegers tilpashed omkring seksuelle emner, jo længere de når i uddannelsen (item 17 1: 45,4% 2: 56% 3: 62,2%).

## Uddannelse

Item	År 1		År 2		År 3	
	Negativt	Positivt	Negativt	Positivt	Negativt	Positivt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
19. Jeg har på min nuværende uddannelse modtaget undervisning om seksuel sundhed.	139 (91,4)	13 (8,6)	128 (90,8)	13 (9,2)	137 (80,1)	34 (19,9)

20. Jeg mener at jeg som studerende har brug for at få grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed i løbet af min uddannelse.	25 (16,4)	127 (83,6)	13 (9,2)	128 (90,8)	21 (12,3)	150 (87,7)
21. Jeg har tilstrækkelig med kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med fremtidige patienter.	108 (71,1%)	44 (28,9)	99 (70,2)	42 (29,8)	99 (57,9)	72 (42,1)
22. Jeg mener at det er nødvendigt, at jeg i min uddannelse lærer at samtale om seksuel sundhed.	23 (15,1)	129 (84,9)	11 (7,8)	130 (92,2)	24 (14,0)	147 (86,0)

Tabel 15 Resultater for kategorien "Uddannelse" fordelt på år. År 1 (1.+2. semester), år 2 (3.+4. semester) og år 3 (5.+6.+7 semester).

I sidste del af uddannelsen, er det ca. hver 5., som mener, at de har modtaget en form for undervisning om seksuel sundhed. Det er en fordobling fra både første og andet år på uddannelsen (item 19 1: 8,6% 2: 9,2% 3: 19,9%). De studerende på sidste år er også den gruppe, hvor flest mener de har tilstrækkeligt med kompetencer, til at tale om seksuel sundhed (Item 21 1: 28,9% 2: 29,8% 3: 42,1%).

### Supplerende spørgsmål

Item	År 1		År 2		År 3	
	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)	Negativt N (%)	Positivt N (%)
23. Jeg tror at mit køn vil have en betydning for, om jeg vil føle mig tilpas med at tale seksuel sundhed med fremtidige patienter.	86 (56,6)	66 (43,4)	77 (54,6)	64 (45,4)	103 (60,2)	68 (39,8)
24. Jeg tror at mit køn vil gøre det svært for fremtidige patienter at indlede en samtale om seksualitet med mig.	105 (69,1)	47 (30,9)	84 (59,6)	57 (40,4)	107 (62,6)	64 (37,4)
25. Jeg mener at seksuel sundhed er et relevant emne i mit fremtidige virke som fysioterapeut/ergoterapeut/sygeplejerske.	32 (21,1)	120 (78,9)	14 (9,9)	127 (90,1)	26 (15,2)	145 (84,8)

Tabel 16 Resultater for kategorien "Supplerende spørgsmål" fordelt på år. År 1 (1.+2. semester), år 2 (3.+4. semester) og år 3 (5.+6.+7 semester).

Der er flest studerende på andet år, der mener, at seksuel sundhed er et relevant emne, i deres fremtidige virke, den laveste andel ses hos de studerende på første del af uddannelsen (item 25 1: 78,9% 2: 90,1% 3: 84,8%).

Når det gælder formodning om at de studerendes køn vil påvirke patienternes tilpashed ved at starte en samtale om seksualitet, er det de studerende på første år, der har størst tiltro til patienterne (item 24 1: 69,1% 2: 59,6% 3: 62,6%).

## Studiets styrker og begrænsninger

Den valgte undersøgelses- og distributionsmetode har forskellige styrker og begrænsninger, der kan have påvirket udfaldet af undersøgelsen. I følgende afsnit vil det afdækkes hvilke relevante muligheder og begrænsninger der er gjort overvejelser om, gennem udviklingen og analysen af SA-SH-D+ og dens resultater.

Distributionen via link på de studerendes intranet: Intra-Pol gør, at det ikke har været muligt at få et præcist antal modtagere af spørgeskemaet. Ligeledes kan distributionen via et upersonligt link, påvirke den studerendes motivation til at besvare spørgeskemaet, idet de ikke har fået en personlig henvendelse. Undersøgelsens svarperiode på ca. fem uger, har gjort det muligt at udsende flere påmindelser med passende intervaller. De fem uger har ligeledes gjort det muligt, at komme uden om eksamensperioder for de fleste af respondenterne. Ved distributionen er der, som tidligere beskrevet, benyttet en mellemmand. Dette har betydet, at det ikke er gennemskueligt, hvornår de forskellige opslag om undersøgelsen er blevet lagt op på Intra-Pol. Ligeledes har mellemmanden været nødt til at delegere opgaverne videre, og dette kan have påvirket hvorvidt og hvornår påmindelserne er blevet sendt ud. Ved en undersøgelse, som tilgås via et ikke personligt link, kan den studerende ikke afbryde besvarelsen undervejs, for efterfølgende at vende tilbage og fortsætte. På trods af at spørgeskemaet har en estimeret besvarelsestid på 5 min, har 187 studerende valgt at frafalde efter de demografiske spørgsmål. Dette kan eventuelt skyldes, at de ikke har haft mulighed for at kunne tage en pause i løbet af besvarelsen. Det er dog ikke muligt at vide om de frafaldne respondenter, har været inde at starte forfra på spørgeskemaet efterfølgende.

Frem til september 2016, har Professionshøjskolen Metropol struktureret de valgte uddannelser i moduler (af ca. 10 ugers varighed), og først efterfølgende er man gået over til en semesterstruktur. Dette kan have betydning ift. den demografiske fordeling på semestre, da to studerende med samme studietid bag sig, kan have placeret sig i to forskellige grupper.

Da alle de studerende studerer i samme geografiske område, kan generaliserbarheden være påvirket. Dog flytter danske studerende gerne for at studere, og de studerende kan have en geografisk baggrund end Storkøbenhavnsk.

Generaliserbarheden af studiet kan påvirkes af selektionsbias, herunder at de studerende, som har valgt at deltage i undersøgelsen, kan formodes at have en øget interesse for seksualitet eller seksuel sundhed, samt en positiv holdning til det. Dette kan have betydning for om de allerede oplever at føle sig tilpas med at tale om seksuel sundhed, og mener det er fagligt relevant. De

studerende, der har en tilbageholdende eller decideret negativ holdning til inddragelse af seksuelle emner, har måske slet ikke deltaget i undersøgelsen, selvom deres deltagelse ville have været værdifuld.

Ved at benytte et valideret og reliabelt spørgeskema, kan det antages, at informationsbias er forsøgt minimeret, i forhold til de resultater der kommer fra de første 22 items. Det giver ligeledes mulighed for, at resultaterne kan sammenholdes med andre undersøgelser, der benytter samme spørgeskema. Dog er dette ikke tilfældet ved de sidste tre items, der er udviklet specielt til denne undersøgelse. Disse tre items behandles for sig selv ved analyse af resultaterne. Dette valg er truffet, at undgå at påvirke validiteten af det oprindelige spørgeskema SA-SH-D. De tre items er udviklet i samme stil som dem i SA-SH-D, og er derfor lukket i form og minder om påstande. Lukkede spørgsmål øger validiteten af den senere analyse af svar, da svarene er simple at sammenligne. Når pålideligheden af undersøgelsen vurderes, kan lukkede spørgsmål dermed øge pålideligheden, da den data der er indsamlet er ensartet. Et åbent spørgsmål, om det er på skrift eller i et interview, vil have en større mulighed for tolkning, som afhænger af forskerens forståelse af svaret. En forkert tolkning kan derfor potentielt blive til en bias, og selvom denne tolkning også finder sted ved analyse af lukkede spørgsmål, er risikoen mindre. Der er selvfølgelig også ulemper ved brug af lukkede spørgsmål med få svarmuligheder, navnlig disse tre:

Der vil uundgåeligt være risiko for at man mister muligheden for spændende svar, der kunne give nye perspektiver på problemstillingen. Dette kan man til dels imødekommende ved at tilføje en rubrik der hedder "andet", eller "begrundelse for svar", hvor der kan uddybes (Bryman 2016a). Havde undersøgelsen haft et længere tidsperspektiv, kunne denne form for en mixed methods med åbne svarmuligheder i spørgeskemaet, gavne nogle af besvarelsene, ved uddybende forklaringer. Forklaringer kunne eksempelvis omhandle de studerendes tanker om deres eget køn som en faktor, samt grunden til, om de studerende finder seksuel sundhed relevant i deres fremtidige virke. Ved de lukkede spørgsmål findes dermed en risiko for, at svarmulighederne ikke er udtømmende, og at respondentens reelle holdning ikke har mulighed for at komme til udtryk. Respondenterne kan have misforstået hovedelementer af spørgsmålene, og dermed svare forkert. Uden mulighed for at uddybe sit svar, vil denne misforståelse ikke blive opdaget, og vil have betydning for validiteten (Bryman 2016a).

Af de udviklede spørgsmål er item 23 vigtig at være opmærksom på, da spørgsmålet ikke er tillagt en positiv eller negativ ladning. Dermed kan der ikke konkluderes på, om de studerende mener, at deres eget køn påvirker deres tilpashed, i forhold til, at tale med patienter i en positiv eller negativ retning. Ved et studie med længere tidsperspektiv ville en test af validitet og reliabilitet af de sidste tre items, være at foretrække. Her kunne testen af den interne validitet have været medvirkende til

at item 23 var præciseret, i forhold til at give svar på det ønskede, nemlig om de studerende mener, at deres eget køn kan påvirke deres tilpashed i en negativ retning.

På trods af den lave responsrate, er det samlede antal af respondenter højt, sammenlignet med tidligere studier på området. Det høje antal af respondenter øger chancen for at resultaterne er repræsentative. Tidligere omtalte selektionsbias gør dog muligvis, at repræsentativiteten stadigvæk er kompromitteret af den lave responsrate.

Den laveste responsrate er hos de sygeplejestuderende, men efter der er sendt påmindelser ud til studerede, ses der en stigning i deres svar, hvilket også gælder for de fysioterapeutstuderende. Dette er ikke tilfældet hos de ergoterapeutstuderende, der har den næstlaveste responsrate. Dette kan skyldes en teknisk bias, da der, som tidligere nævnt, er risiko for at påmindelsen ikke er sendt ud til de ergoterapeutstuderende.

Der kunne med fordel have været udarbejdet resultater på tværs af demografiske variabler, som eksempelvis uddannelsesretning og køn. Disse kunne eksempelvis vise, om det overvejende er mandlige fysioterapeuter, der ikke finder seksuel sundhed relevant, eller kvindelige sygeplejersker der bliver forlegne. Det ville også medvirke til at tydeliggøre om det er køn eller uddannelsesretning, der determinerer hvorvidt seksuel sundhed opleves relevant, hvilket kunne afhjælpe en eventuel confounder. Eksempelvis: er det som mand at det ikke opleves relevant? Eller er det fordi uddannelsesretningen er fysioterapi? Sådanne resultater på tværs, ville give yderligere basis for diskussion og videre perspektivering.

Der er gjort overvejelser om ordvalg og formulering i spørgeskemaet SA-SH-D, i forhold til hvorvidt der er anvendt de rette ord. Som tidligere nævnt er der i SA-SH-D+ udelukkende rettet stavefejl, grammatiske fejl og tilføjet tre supplerende spørgsmål. Det er dog overvejet om der skulle rettes i skemaet, for at opnå en større ensretning af betydning. Eksempelvis står der nogle steder: jeg tror, andre steder: jeg mener, eller: jeg føler. Der er gjort overvejelser om hvorvidt denne inkonsistens kan have betydning for besvarelsen, og være en unødigt kilde til misfortolkning af spørgsmålene. Det er besluttet ikke at omformulere spørgsmålene, da spørgeskemaet SA-SH-D er valideret i dets nuværende form.

## Diskussion

I dette afsnit vil studiets resultater blive diskuteret imod relevant viden. Resultaterne sammenlignes med fund fra andre steder i verden, og relevante ligheder og forskelle fremhæves og diskuteres. Første del tager afsæt i de faktorer der afholder studerende og professionelle fra at tale om seksuel sundhed, altså "de største barrierer". Efterfølgende diskuteres fund, der er påvirket af variable: mandlige studerende, samt semestre. Derefter følger et afsnit om hvem der skal indlede samtalen, med vægt på de studerendes og sundhedsprofessionelles meninger. Diskussionen afrundes med et afsnit omhandlende undervisning i seksuel sundhed: hvem har modtaget det, hvem finder det vigtigt, og har det en effekt?

### De største barrierer

I undersøgelsen føler godt 82% af de studerende sig tilpas med at tale om seksuel sundhed med fremtidige patienter, selvom over 79% føler sig uforberedte på at gøre det. Det må betyde at de studerende gør sig tanker om, at en form for forberedelse til varetagelsen af kommunikationen er relevant. I et studie om reumatologi rapporterer de sundhedsprofessionelle, at de tre største barrierer for at tale om seksualitet er: frygten for at gøre patienten forlegen, mangel på tid, og mangel på viden (Helland, Garratt et al. 2013). Det kunne være interessant at undersøge, hvilken specifik viden både de studerende og færdiguddannede mangler og efterspørger. Flere studier viser at bestemte faktorer, betinget af patienttypen kan være barrierer. Dette drejer sig især om behandlingssituationer, hvor patienten er ældre end behandleren, eller er af anden etnisk eller kulturel baggrund (Magnan, Norris 2008). Det viser den danske besvarelse af SA-SH-D+ også tegn på, da tilpasheden falder en smule for de studerende, når de bliver spurgt, hvorvidt de føler sig godt tilpas med at diskutere seksuel sundhed, uanset alder og kulturel baggrund. Det kan være et udtryk for, at den udfordring det kan være at varetage et, for mange, følsomt emne som seksualitet, bliver større hvis der er en tydelig forskel mellem behandler og patient,- eksempelvis en stor aldersforskel, eller at parterne stammer fra forskellige kulturer. Svenske fysioterapeutstuderende udtrykker, at de især ser alder som en barriere. Mere uddybende forklarer de, at det kan føles upassende som ung at spørge ind til seksualiteten hos et ældre menneske, når den ældre sandsynligvis har meget mere både livs- og seksuel erfaring (Areskoug Josefsson, Gard 2015).

Andre barrierer viser sig omkring forudindtagelsen af, hvis opgave det er at tale om seksualitet, et spørgsmål der kunne have været interessant at have haft med i SA-SH-D+. Et studie med sygeplejestuderende viser, at en af deres største barrierer er, at de ikke tror at patienterne

forventer at det er sygeplejerskens opgave. Hele 64,4% af dem tror ikke at patienterne forventer, at sygeplejersken spørger ind til seksuel sundhed. På trods af dette, mener langt størstedelen af både de amerikanske og danske sygeplejestuderende, at seksualitet er et emne de som faggruppe skal varetage (Magnan, Norris 2008). Også en gruppe ergoterapeuter i Irland siger, at deres største barrierer er: mangel på viden på området, og en opfattelse af, at det ikke er deres faggruppe, der skal varetage emnet (Hyland, Mc Grath 2013). Der lader til at være en lille forskel mellem England og Skandinavien når det handler om hvilken faggruppe der skal varetage emnet. Engelske sundhedsprofessionelle mener, at det er sygeplejerskens opgave, skarpt efterfulgt af lægens, hvor det i eksempelvis Norge er opfattelsen at det er lægens opgave, efterfulgt af sygeplejerskens. Fælles for landene er dog at fysio-og ergoterapeuter ligger nederst på listen over relevante behandlere, når der skal tales om patientens seksualitet (Helland, Garratt et al. 2013, Lincoln, Haboubi 2003). Den mindre forskel på opfattelsen omkring læger og sygeplejerskers ansvarsområder kan være et tilfælde, men det kunne være interessant at undersøge om sygeplejersker i England har en anden rolle, eller et andet uddannelsesforløb end vi har i Skandinavien.

Barriererne i forhold til at tale seksuel sundhed, kan også omhandle patientens seksuelle orientering. I besvarelsen af SA-SH-D+ er de studerende overraskende nok, i højere grad tilpas ved at diskutere seksuelle emner med en patient uanset seksuel orientering, end ved nogen andre emner. De er mere tilpas med det end det, end hvis spørgsmålet drejer sig om køn, alder eller kulturel baggrund, og endda også bare end ved generel diskussion af seksuel sundhed. Deres tilpashed stiger med 2%, når det handler om seksuel orientering, i forhold til den generelle diskussion. Blandt de svenske studerende findes ligeledes denne umiddelbart tydelige accept angående seksuel orientering (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016), og dette kan være et udtryk for den liberale holdning vi i Norden har til LGBT++, altså ikke-binære, heteronormative former for livsstil, kønsmæssig, og/eller seksuel praksis. Når det er sagt, så er der gjort overvejelser om hvorvidt den omfattende debat, politisk og i mediebilledet omkring nødvendigheden af accept af eksempelvis homoseksualitet, og mangel på accept af eksklusion og fordømmelse, spiller en rolle i de studerendes besvarelser. På baggrund af de svenske studerendes besvarelse af SA-SH, har de svenske forskere også været opmærksomme på dette, da der i Sverige er endnu større fokus end i Danmark på ikke at diskriminere minoritetsgrupper (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016). Et engelsk studie viser, at der ligesom i Sverige og Danmark kan være barrierer omkring alder og kulturel baggrund, men at der her også er en barriere ved andre seksuelle orienteringer (Dyer, das Nair 2013). Dette kunne være interessant at

undersøge nærmere, for at finde svar på om den umiddelbare forskel i Skandinavien er reel, og hvis den er, præcist hvad forskellen er begrundet i.

## Variablerne mandlige studerende samt semestre

Danske mandlige studerende føler sig generelt bedre tilpas med at tale om seksuel sundhed end de kvindelige, bortset fra når det kommer til at indlede samtalen. Svenske mandlige fysioterapeutstuderende taler om, at det spiller ind at de ikke vil blive beskyldt for at overtræde grænser overfor patienter af modsatte køn (Areskoug Josefsson, Gard 2015). Der kan således ligge en fordom om, at den mandlige behandler der interesserer sig for patientens seksuelle sundhed, ikke har lige så rene intentioner som den kvindelige behandler. Dette kan være en årsag til at de mandlige studerende i mindre grad er trygge ved at indlede samtalen, men har det godt med at tale om seksualitet, når først samtalen er i gang, eller hvis patienten indleder samtalen. Engelske sundhedsprofessionelle foretrækker at tale om seksualitet med patienter af samme køn som dem selv, da de tænker at der er en risiko for at samtalen kan blive seksualiseret, men dette var ikke en generel tendens (Dyer, das Nair 2013). Begge disse fund er dog interessante, da lige over halvdelen af de danske mandlige studerende tror, at deres eget køn kan gøre det sværere for fremtidige patienter at indlede samtalen om seksuel sundhed. Der ses altså en generel bekymring hos de mandlige studerende, der på trods af deres egen tilpashed med at tale om seksuel sundhed, alligevel kan møde en barriere i deres køn. Videre forskning omkring netop denne barriere er højst relevant, da det muligvis kan være årsag til at færre af de mandlige studerende ikke synes det er ligeså vigtigt som kvinderne at modtage undervisning omkring seksualitet, og heller ikke i ligeså høj grad mener, at seksuel sundhed er relevant for dem i deres fremtidige virke. Forskellen her kan dog også skyldes forskellen på professioner, da fysioterapeuter og ergoterapeuter eksempelvis ikke synes seksuel sundhed er lige så vigtig som sygeplejerskerne mener det er.

Når det kommer til hvordan de studerendes holdninger ser ud afhængigt af det semester de er nået til i uddannelsen, er der blandt de danske og svenske studerende en forskel. Hos de svenske studerende er der ingen signifikant forskel fra første-semester studerende til afgangselever (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016), men hos de danske studerende er det de første-års studerende der er mest tilpas, hvorefter denne tilpashed falder i takt med at dimissionen nærmer sig. Det er til gengæld de studerende på sidste del af uddannelsen, der har modtaget mest undervisning inden for seksuel sundhed. Så der ses altså en uoverensstemmelse mellem hvor



meget undervisning den studerende har modtaget, og dennes tilpashed. Denne kan dog også skyldes at de studerende har stiftet mere bekendtskab med den virkelighed de efter endt uddannelse skal ud og arbejde i. Der er ikke fundet andre studier hvor semester som parameter er undersøgt, men overvejelser er gjort omkring årsagen til at de danske studerende ændrer holdning gennem uddannelsesforløbet. Det er en hypotese at de nye studerende ikke har været i lange praktikforløb, og derfor har et mindre erfaringsgrundlag, når de skal vurdere hvordan det vil være for dem at italesætte seksualitet. De kan derfor være mere optimistiske omkring det, end de studerende der har været i praktik, og allerede ved hvordan kontakten med patienterne opleves. En anden mulighed er, at de nye studerende har noget undervisning der inkluderer menneskets seksualitet, men at denne læring er glemt hos de studerende der er kommet længere på studiet. Dette er dog ikke sandsynligt, da de nye studerende svarer, at de ikke har haft undervisning i starten af studiet. Desuden viser kurser og workshops omkring seksualitet viser, at deltagere ved follow-up flere måneder efter, fortsat føler sig bedre rustet end kontrolgruppen (Simpson, Anwar et al. 2006, Sung, Lin 2013). Det er også muligt at nye studerende generelt har mere gåpåmod og er mere entusiastiske omkring deres uddannelses- og arbejdsudsigter. For bedre at kunne afdække tendensen med faldende tilpashed gennem uddannelsen, ville det være relevant dels af have en detaljeret plan over fag, skema og praktikperioder, dels at spørge de studerende hvad deres holdning er løbende, for at identificere udslagsgivende faktorer.

## Hvem skal indlede samtalen?

De studerende føler sig godt tilpas med at informere og diskutere seksuel sundhed med patienterne (ca. 83% og 80%), men når udsagnet er omformuleret og ordene "informere" og "diskutere" er udskiftet med "indlede" ændrer billedet sig. Tallet falder fra ca. 83 (informere) og 80% (diskutere) til ca 71% (indlede), hvilket kan indikere at de studerende er mere trygge ved at tale om seksuelle emner, hvis ikke de selv skal indlede samtalen. Både de danske og svenske studerende tror at patienterne vil føle sig forlegne, hvis det er dem der indleder samtalen, hvorimod de ikke vil føle sig forlegne hvis det omvendt er patienten der tager det seksuelle emne op (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016). I et norsk studie omkring sundhedsprofessionelle og initiativtagning til samtale om seksualitet med reumatologiske patienter ses, at hele 71% af dem sjældent eller aldrig indleder samtalen med patienterne. Her er dog en stor forskel i hvordan faggrupper svarede, med en klar overrepræsentation af sygeplejersker der tager initiativ ift. Fysioterapeuter (Helland, Garratt et al. 2013). Adspurgt direkte hvem de synes skal indlede en samtale om seksuelle problematikker, svarer 88% af dem at det er patienten der skal tage initiativet. De bliver herefter spurgt, hvilken faggruppe der skal tage initiativet hvis det absolut er

nødvendigt, og her er det lægen der rangerer højest, så sygeplejersken og længst nede på listen efter egen praktiserende læge og psykolog ligger fysioterapeuten (Helland, Garratt et al. 2013). Denne placering af ansvar blandt faggrupper kan være relevant i forhold til både de svenske og danske studerende, når begge disse grupper er enige i at seksuel sundhed er et relevant emne, men at de ikke entydigt vil tage sig tid til at varetage det. Diskrepansen her kan bero sig på, at de studerende ikke mener at det er deres faggruppes ansvar, men måske i stedet eksempelvis lægens, at få talt om seksualitet. Dette ville være interessant at få uddybet i videre forskning. Svenske fysioterapeutstuderende fortæller, at de foretrækker, at patienten er den der tager det seksuelle emne op, da de på den måde vil føle sig mere sikre på ikke at risikere at støde patienten (Areskoug Josefsson, Gard 2015). Igen kan dette være et udtryk for de fysioterapeutstuderendes manglende undervisning i seksualitet. Et amerikansk studie fra 2012 omkring ældre og seksualitet viser nemlig at kun 14% af de adspurgte reelt ville føle sig fornærmet hvis en sundhedsfaglig spurgte ind til deres seksualitet (Farrell, Belza 2012). Ligeledes viser et større systematisk review af litteratur omkring ældre og seksualitet fra 2016, at de ældre ønsker at det er den sundhedsfaglige der indleder samtalen om seksualitet (Bauer, Haesler et al. 2016). Ved både resultaterne fra SA-SH og SA-SH-D+ viser det sig, at de studerende tror at patienterne vil føle sig mere utilpas end dem selv ved at tale om seksualitet. Det kan således tyde på at en sundhedsfagligt studerende i samspil med en patient vil have tendens til at komme ud i tovejstabet,- da begge parter foretrækker at den anden starter samtalen, og der så er en risiko for at samtalen ikke finder sted.

## Undervisning i seksuel sundhed

I den systematiske gennemgang af studieordninger og bekendtgørelser for danske professionsbacheloruddannelser i fysioterapi, ergoterapi og sygepleje, blev det konkluderet, at der umiddelbart ikke inddrages viden om seksuel sundhed som læringsmål på uddannelserne (Bang, Lind 2016). I spørgeskemaundersøgelsen er det interessant at se om denne umiddelbare mangel på undervisning omkring seksualitet, tillige er en mangel ifølge de studerende. 87% af dem svarer at der er brug for at de på deres nuværende uddannelse får grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed, og har behov for at lære mere om det. På trods af at de studerende overordnet mener at de har et behov, mener de også at de ikke har modtaget undervisning om seksuel sundhed på deres nuværende uddannelse. Sammenlignes de to studier, viser de således dette billede: de studerende har hverken ved gennemgangen eller ved spørgeskemaundersøgelsen modtaget undervisning om seksualitet på uddannelsen, og de synes at de har behov for denne undervisning (Bang, Lind 2016). Fundene ved de to studier stemmer altså overens. Det er

imidlertid interessant hvorfor gruppen der udgør 12,5%, mener at de ikke finder det nødvendigt at de i deres uddannelse lærer om seksuel sundhed. Overvejelser kan være om disse studerende enten tidligere har opnået viden på feltet og finder denne tilstrækkelig. Alternativt kan det være at de ønsker en fremtidig arbejdsfunktion hvor de ikke finder viden om seksualitet relevant. Sidstnævnte kunne understøttes af de 15,5%, der svarer at de ikke finder seksuel sundhed relevant ift. deres fremtidige virke.

Når det kommer til faggrupper er det de danske og svenske sygeplejerskestuderende der har den mest positive holdning til at inddrage seksuel sundhed i deres fremtidige virke, efterfulgt af ergoterapeutstuderende, og til sidst de fysioterapeutstuderende (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016). Dette stemmer overens med svar fra færdiguddannede sygeplejersker og terapeuter, hvor især fysioterapeuter er repræsenteret som den gruppe der mindst ser seksualitet som et emne, de skal forholde sig til i deres arbejde (Lincoln, Haboubi 2003, Post, Gianotten et al. 2008, Penwell-Waines, Wilson et al. 2014). En nærliggende årsag til dette kan være, at der er forskel på mængden af undervisning de forskellige faggrupper har modtaget. De danske og svenske sygeplejerskestuderende har modtaget markant mere undervisning end terapeuterne (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016). Denne undervisning kan have påvirket sygeplejerskernes holdning til vigtigheden, af at inddrage seksuel sundhed, og har måske givet dem en opfattelse, af at de som faggruppe her har et ansvar. Dette kan muligvis forklare at de færdiguddannede sygeplejersker oftere end terapeuter taler om seksualitet med deres patienter, når de er på arbejdsmarkedet (Helland, Garratt et al. 2013, Lincoln, Haboubi 2003).

I et studie om ergoterapeuter i Irland, synes hele 88% af de adspurgte, at seksualitet er et relevant emne for patienterne. Samtidigt siger de dog at 82% af dem sjældent eller aldrig taler med patienterne om seksuel sundhed, da de tænker det er lægens opgave at tale med dem om dette (Hyland, Mc Grath 2013).

Der er altså forskellige holdninger til hvis rolle det er at varetage samtalen, men sygeplejersker får mere viden om seksualitets indflydelse under deres uddannelse, og er mere tilbøjelige til at anvende denne viden i praksis, sammenlignet med terapeuterne.

På trods af at næsten 9 ud af 10 af de studerende ikke har modtaget undervisning i emnet, oplever 1/3 del af respondenterne dog, at have tilstrækkelige kompetencer til at tale om seksuel sundhed. Det kan være fordi denne gruppe har opnået disse kompetencer uden for den nuværende uddannelse, men det kan også være fordi de studerende ikke tænker at de har brug for decideret undervisning for at opnå tilstrækkeligt med kompetencer. Sættes disse resultater over for det

svenske studie hvor SA-SH er anvendt, vises enslydende svar. I dette studie konkluderes at de studerende generelt føler sig uforberedte på at tale om seksualitet i deres fremtidige virke, men at de var villige til at gøre det alligevel (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016). Størstedelen af både de danske og svenske studerende synes at seksuel sundhed er et relevant emne i forhold til deres fremtidige virke, selvom de ikke føler at de på nuværende tidspunkt har kompetencerne til at varetage en samtale om det.

I studiet fra New Zealand fortæller 27 ud af 83 adspurgte behandlere (sygeplejersker, læger, og andet rehabiliteringspersonale) at de har modtaget undervisning om seksualitet på deres uddannelse på bachelorniveau (Simpson, Anwar et al. 2006). Dette svarer til 32,5%, og er dermed ca. 20% flere, sammenlignet med de 12,9%, som i denne undersøgelse svarer at de har modtaget undervisning på deres bacheloruddannelse. Forskellen kan bero på, at der i studiet fra New Zealand er adspurgt færdiguddannede sundhedsprofessionelle i stedet for studerende, og disse kan have taget ekstra kurser omkring seksualitet efter endt uddannelse. En anden mulighed er at de sundhedsfaglige bachelorstuderende i New Zealand rent faktisk har mere undervisning i seksualitet end vi har i eksempelvis Danmark og Sverige, dette er dog ikke undersøgt.

Da mangel på viden er en af de største barrierer, er der flere steder i verden foretaget studier omkring effekten af undervisning i seksualitet. Et undervisningsforløb hos sygeplejerskestuderende, har vist sig at skabe øget viden og motivation til at udforske deres egne værdier og holdninger i forhold til seksuel sundhed. Dette kan altså forberede dem til i fremtiden, at føle sig bedre rustet og tilpas, med at håndtere og tale om seksuel sundhed med patienter (Sung, Lin 2013). Ligeledes har New Zealandske sundhedsprofessionelle en signifikant fremgang i deres viden om seksuel sundhed, og tilpashed med at tale med patienterne om det, efter undervisning i form af workshops (Simpson, Anwar et al. 2006). Både workshops, længerevarende undervisningsforløb og en-dags kurser kan således øge vidensniveau og tryghed omkring italesættelse af seksualiteten, hos både de studerende og de sundhedsprofessionelle (Higgins, Sharek et al. 2012, Simpson, Anwar et al. 2006, Sung, Lin 2013). I det hollandske studie omkring tværfagligt rehabiliteringspersonale ses, at de tidligere barrierer i kategorierne "følelse af mangel på viden", men også tilbageholdenhed på baggrund af "patientens køn" er signifikant nedsat hos det personale, som har modtaget undervisning om seksuel sundhed, i forhold til dem der ikke har. Disse tager oftere selv initiativet til at tage emnet op med deres patienter (Post, Gianotten et al. 2008). Viden om typen af undervisning i dette studie, kunne være en mulig inspiration til hvordan barrierer angående patienters køn kunne overkommes. I Sverige og Danmark rapporterer

mandlige, navnlig fysioterapeuter, at patientens- eller eget køn kan være en barriere for at indlede samtalen omkring seksualitet (Areskoug-Josefsson, Larsson et al. 2016). Det hollandske studie giver en indikation af at netop denne barriere kan afhjælpes via undervisning (Post, Gianotten et al. 2008).

Der er bred enighed mellem studerende og sundhedsprofessionelle, om at der er et behov for undervisning omkring seksualitet, hvis de skal varetage emnet i deres virke (Areskoug Josefsson, Gard 2015, Dyer, das Nair 2013, Hyland, Mc Grath 2013, Penwell-Waines, Wilson et al. 2014, Post, Gianotten et al. 2008, Sung, Lin 2013).

## Konklusion

Det kan overordnet konkluderes, at der er en uoverensstemmelse mellem de studerendes behov for undervisning, og den mængde undervisning de oplever at modtage på deres nuværende uddannelse. Der ses ligeledes en faglig- og kønsbaseret forskel, på hvor relevant et emne seksuel sundhed vurderes til at være.

Formålet med studiet var at afdække ergoterapeut-, fysioterapeut- og sygeplejerskestuderendes på Professionshøjskolen Metropol's holdninger til at tale om seksuel sundhed med fremtidige patienter. Det var desuden formålet at finde ud af, om de studerende føler sig kompetente og forberedte til at tage seksuelle emner op med deres fremtidige patienter, og om de har modtaget undervisning i seksuel sundhed på deres studie. Ligeledes var ønsket at afklare om de studerendes køn, fremtidige profession og antal semestre på studiet, påvirker deres holdninger til at varetage seksuel sundhed. Dette blev afdækket ved hjælp af spørgeskemaet SA-SH-D, plus tre tilføjede spørgsmål, særligt udviklet til dette studie. Undersøgelsen er den første af sin slags i Danmark.

Studiet viser at 72,6% af de studerende føler sig uforberedte på at tale om seksuel sundhed med deres fremtidige patienter. En endnu større andel mener, at der er brug for, at de på deres nuværende uddannelse, får grundlæggende kundskaber, samt lærer at tale om seksuel sundhed. Alligevel angiver kun 12,9%, at de har modtaget undervisning på området. Langt størstedelen af de studerende mener, at det er relevant, at få undervisning omkring seksuel sundhed, men der ses en stor forskel på de tre faggrupper's ønske om at lære om det. De fysioterapeutstuderende er mindst positive, når det gælder behovet for undervisning i seksuel sundhed. De sygeplejestuderende derimod mener, at behovet for undervisning er stort, og langt de fleste af dem

mener, at de har brug for grundlæggende kundskaber om og kompetencer, til at tale om seksuel sundhed. Der er markant forskel på hvor vigtig de forskellige faggrupper synes at seksuel sundhed er, i forhold til deres fremtidige virke. De fysioterapeutstuderende synes det er markant mindre vigtigt, end de sygeplejestuderende synes. Der ses nogle kønsmæssige forskelle, idet at de mandlige studerende generelt er mere tilpas med at tale om seksuel sundhed, end deres kvindelige medstuderende. Mændene er nervøse for, at deres køn kan være en barriere, når fremtidige patienter, skal tale med dem om seksuel sundhed. Desuden er mændene i mindre grad tilpas med at indlede samtalen om seksuel sundhed, end deres kvindelige medstuderende. I henhold til undervisning på deres nuværende uddannelse, er det de studerende der er sidst i uddannelsesforløbet, der har modtaget mest undervisning i emnet. Paradoksalt nok, er det også disse, der føler sig mindst tilpas med at informere deres fremtidige patienter om seksuel sundhed.

## Perspektivering

Denne perspektivering vil tage udgangspunkt i tre hovedemner, dels: de studerendes behov for undervisning, samt idéer og forslag til hvordan dette bedst imødekommes. Dels: hvad dette studie lægger op til af videre forskning. Dels: Hvad undervisning i seksuel sundhed på de udvalgte uddannelsesretninger kan betyde på person- og samfundsniveau.

Det overordnede emne studiet har identificeret, er et behov for undervisning omhandlende seksuel sundhed, da det er dette de studerende både i Danmark og globalt efterspørger. At afklare og specificere præcis hvilken type af viden de studerende ønsker, er højst relevant: Er det kommunikationsfærdigheder omkring et emne, der måske sjældent bliver omtalt? Er det et fælles sprog med sundhedsfaglige termer de kan anvende? Eller er det viden om anatomi og fysiologiske processer vedrørende seksualitet der mangler?

Konkret information om den viden de studerende efterspørger, vil kunne benyttes til at udarbejde undervisningsplaner og mål i deres undervisningsforløb. Studieledere og undervisere vil således kunne vurdere, hvilke emner undervisningen skal indeholde, samt hvor undervisning i seksuel sundhed passer ind i curriculum. Afklaring af præcis hvilken type viden der er behov for, kan være med til at belyse, om seksuel sundhed skal være et emne i workshops, tilvalgsfag, eller helt integreres, som en del af alle fag/emner. Da seksualitet påvirkes og påvirker alle tre dele i den bio-psyko-sociale model, kunne der argumenteres for, at det vil være hensigtsmæssigt med en bred integration på studierne, men dette skal klarlægges nærmere.

Et interessant fund i både dette og tidligere studier er, at mandlige studerende ikke finder det lige så vigtigt at få undervisning om seksuel sundhed, som de kvindelige studerende gør. Det er vigtigt, videre at udrede hvad der ligger til grund for dette, da det kan have betydning når undervisningen tilrettelægges. Er det fordi mændene ikke har interesse i at tale om seksualitet med deres patienter? Er det fordi de har planer om at specialisere sig i områder af sundhedssektoren, hvor de formoder at seksuel sundhed er mindre relevant at varetage? Eller er årsagen en helt anden? Det samme gør sig gældende med de fysioterapeutstuderende, ikke mener at seksuel sundhed er lige så relevant, som de sygepleje- og ergoterapeutstuderende mener det er. Videre studier omkring kønsforskellen og forskellen mellem uddannelsesretninger, vil være relevant. En mixed method tilgang kan være at foretrække, da der eksempelvis ved undersøgelserne med brug af SA-SH og SA-SH-D+, viser sig resultater, hvor en kvalitativ tilgang også kunne være konstruktiv. En helt kvalitativ tilgang med interview kunne også være en mulighed, for at opnå den manglende viden.

Studier viser, at mennesker, som bliver patienter, fortsat prioriterer deres seksualitet, og at disse håber, at den sundhedsprofessionelle de har kontakt med, indleder dialogen om emnet. I undervisningsøjemed, kan det være relevant at undersøge holdning patienternes holdning, over en bred fordeling af alder, køn, seksuel orientering og kulturel baggrund. Disse undersøgelser kunne eksempelvis omhandle: Hvordan skal dialogen om deres seksuelle sundhed foregå? Er der sproglige formuleringer de responderer positivt på, som hurtigt skaber tillid? Hvilke informationer er især vigtige at få for de forskellige patientgrupper? Med viden om ovenstående kan undervisning i seksuel sundhed, klæde de studerende på, så de bliver kvalificerede til, og føler tryk i, at varetage emnet som en del af deres faglighed.

Et andet nærliggende aspekt omkring undervisning, er at undersøge hvilken holdning uddannelsesledere, undervisere og andre vigtige medspillere på uddannelsesinstitutionerne har. Disse fagprofessionelle kan enten facilitere til, eller sætte forhindringer for undervisningen. Deres holdninger er essentielle at afdække, ud fra en formodning om, at god undervisning sker, når underviseren er engageret, og oplever at formidle passende og relevant viden. Opprioritering af seksuel sundhed på de sundhedsfaglige uddannelser, kunne ske på ministerielt niveau, men det vil være u hensigtsmæssigt at påtvinge ledere og undervisere denne, uden først at kende deres holdninger til emnet. Håbet er naturligvis, at undervisere og ledere allerede besidder en generel opfattelse af, at seksualitet er vigtigt for patienter og mennesker generelt. Dette ville betyde, at denne opfattelse blot skal forskningsmæssigt understøttes, og tydeligt italesættes, for at en integration i undervisningsplanerne og i studieordningerne kan finde sted.

Det er intentionen at fundene i besvarelsen af SA-SH-D+, skal indgå i det materiale, der understøtter en udvikling, af undervisning omkring seksuel sundhed. Der er i dette studie inddraget undersøgelser fra ind- og udland omkring studerendes, sundhedsprofessionelles og patienters holdninger til seksuel sundhed, med det formål, at repræsenterer disse gruppers oplevelser og holdninger. Studiet kan med fordel udgives i relevante fagblade for eksempelvis sygeplejersker, terapeuter, og faggrupper som læger, jordemødre og andre sundhedsprofessionelle. Ligeledes kunne et spændende perspektiv være, at skabe et tværfagligt samarbejde omkring seksuel sundhed, på de pædagogisk orienterede uddannelser. Intentionen er derudover, at skabe fokus og debat omkring seksuel sundhed blandt de sundhedsprofessionelle, på deres arbejdspladser, i offentligt og privat regi. Det skulle gerne lægge op til inddragelse af seksuel sundhed i deres daglige arbejde, og opfordre personale der har modtaget en form for undervisning i seksuel sundhed, til at dele viden med sine kolleger. Studiet kan desuden være en måde at starte samtalen på, for studerende eller færdiguddannede, som ønsker at tage emnet seksuel sundhed op, og efterspørge viden, enten på studiet eller på deres arbejdsplads.

Da undersøgelsen har fundet sted på Professionshøjskolen Metropol, vil det første distributionssted naturligvis være denne uddannelsesinstitution, herunder dekanen og studielederne for de tre adspurgte uddannelsesretninger. Intentionen er, at disse nøglepersoner vil forholde sig aktivt til undersøgelsens resultater, og blive forgængere for en opprioritering af seksuel sundhed som emne på Professionshøjskolen Metropol.

Når en patient med problemer, der påvirker eller omhandler deres seksuelle sundhed, oplever, at dette ikke italesættes af den sundhedsprofessionelle, kan det have alvorlige konsekvenser, både personligt og samfundsmæssigt. En negativ ændring i ens seksuelle sundhed kan påvirke både livskvalitet og håndtering af sygdom. Ved mangelfuld håndtering af sygdom kan patienter udvikle følgesygdomme. Dette kan have samfundsmæssige økonomiske konsekvenser, da sygdom ofte kræver mere behandling jo mere fremskreden den er. Ubehandlede sygdomme og følgesygdomme kan tilmed øge mængden af tabt arbejdsfortjeneste og sygemeldinger. Undervisningen kan også være medvirkende til at de studerende, også efter endt uddannelse, vil være mere kompetente til at opdage underliggende sygdomme, der manifesterer sig sexologisk. Dette kan eksempelvis være at kvinden der oplever nedsat sensibilitet i og omkring kønsdelene, har en begyndende sklerose. Inddragelse af seksuel sundhed i anamnesen, vil kunne medvirke til tidlig opdagelse af flere sygdomme, og en behandling kan igangsættes tidligere end ellers. Ligeledes kunne man, ved at undervise i seksuel sundhed allerede prægraduat, mindske behovet for efteruddannelse hos sundhedsprofessionelle. Dette da postgraduates håndtering af emner som



seksuel sundhed, ifølge flere undersøgelser, kræver en form for efteruddannelse, hvis de skal føle sig tilpas og kompetente til at varetage denne del af patientens behandling.

Dette studie kan således benyttes i flere sammenhænge, og kan videreudvikles i flere retninger. Det kan bidrage til en opprioritering af undervisning om seksuel sundhed på de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Ligeledes kan det bidrage til at øge fokus på et emne som de studerende føler sig uforberedt på at skulle håndtere. Der er også mulighed for, at studiet kan være medvirkende til at sætte fokus på hvordan man tværfagligt kan arbejde med seksuel sundhed, mellem de tre udvalgte professioner.

## Referenceliste

ARESKOUG JOSEFSSON, K. and GARD, G., 2015. Sexual Health as a Part of Physiotherapy: The Voices of Physiotherapy Students. *Sexuality and Disability*, **33**(4), pp. 513-532.

ARESKOUG-JOSEFSSON, K., JUUSO, P., GARD, G., ROLANDER, B. and LARSSON, A., 2016. Health Care Students' Attitudes Toward Addressing Sexual Health in Their Future Profession: Validity and Reliability of a Questionnaire. *International Journal of Sexual Health*, **28**(3), pp. 243-250.

ARESKOUG-JOSEFSSON, K., LARSSON, A., GARD, G., ROLANDER, B. and JUUSO, P., 2016. Health Care Students' Attitudes Towards Working with Sexual Health in Their Professional Roles: Survey of Students at Nursing, Physiotherapy and Occupational Therapy Programmes. *Sexuality and Disability; A Journal Devoted to the Psychological and Medical Aspects of Sexuality in Rehabilitation and Community Settings*, **34**(3), pp. 289-302.

BALDWIN, K., GINSBERG, P. and HARKAWAY, R.C., 2003. Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. *International Journal of Impotence Research*, **15**(2), pp. 87-89.

BANG, M.H. and LIND, S.H., 2016. *Seksualitetens plads på de sundhedsfaglige professionsbachelorer. Unpublished term paper. Copenhagen.*

BAUER, M., HAESLER, E. and FETHERSTONHAUGH, D., 2016. Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health expectations*, **19**(6), pp. 1237-1250.

BAUER, M., MCAULIFFE, L. and NAY, R., 2007. Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, **2**(1), pp. 63-68.

BRYMAN, A., 2016a. Asking questions In: *Social Research Methods*. 5. edn. Great Clarendon Street , Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, pp. 243-265.

BRYMAN, A., 2016b. Self-administered questionnaires In: *Social Research Methods*. 5. edn. Great Clarendon Street , Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, pp. 220-242.

DANMARK, L., feb. 02, 2016-last update, Lgbt++ [Homepage of LGBT Danmark], [Online]. Available: <http://lgbt.dk/ordbog/lgbt-2/> [May 5, 2017].

DYER, K. and DAS NAIR, R., 2013. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United kingdom. *The journal of sexual medicine*, **10**(11), pp. 2658-2670.

FARRELL, J. and BELZA, B., 2012. Are Older Patients Comfortable Discussing Sexual Health With Nurses? *Nursing research*, **61**(1), pp. 51-57.

FRISCH, M., LINDHOLM, M. and GRØNBÆK, M., 2011. Male circumcision and sexual function in men and women: a survey- based, cross- sectional study in Denmark. *International journal of epidemiology*, **40**(5), pp. 1367-1381.

GERBILD, H., LARSEN, C.M., ROLANDER, B. and ARESKOUG JOSEFSSON, K., 2016. Health Care Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health in Their Future Professional Work: Psychometrics of the Danish version of the Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Scale. *Sexuality and Disability*, **35**(1), pp. 1-15.

GOTT, M., 2004. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family practice*, **21**(5), pp. 36.

GRAUGAARD, C., 2012. Seksualitet i almen praksis. *Maanedsskrift for Praktisk Lægegerning*, **90**(1), pp. 64-73.

GRAUGAARD, C., HERTOFT, P. and MØHL, B., 2006. Krop, sygdom & seksualitet. In: C. GRAUGAARD, B. MØHL and P. HERTOFT, eds, *Krop, sygdom & seksualitet*. 1 edn. København K: Kbh. : Hans Reitzel, pp. 9-36.

GRAUGAARD, C., KLARLUND PEDERSEN, B. and FRISCH, M., 2012. *Seksualitet og sundhed*. 1 edn. Kbh.: Vidensråd for Forebyggelse.

GRAUGAARD, C. and MØHL, B., 2007. Sygdom og seksualitet i praksis. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, **85**(1), pp. 43-53.

HELLAND, Y., GARRATT, A., KJEKEN, I., KVIEN, T. and DAGFINRUD, H., 2013. Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: Results of a survey of health professionals. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, **42**(1), pp. 20-26.

HIGGINS, A., SHAREK, D., NOLAN, M., SHEERIN, B., FLANAGAN, P., SLAICUINAITE, S., MC DONNELL, S. and WALSH, H., 2012. Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability. *Journal of advanced nursing*, **68**(11), pp. 2559-69.

HOLDT, H.C., July 16, 2014-last update, LGBT [Homepage of Gyldendal], [Online]. Available: [http://denstoredanske.dk/Krop, psyke og sundhed/Sundhedsvidenskab/Sexologi/LGBT](http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Sexologi/LGBT) [May 5, 2017].

HYLAND, A. and MC GRATH, M., 2013. Sexuality and occupational therapy in Ireland - a case of ambivalence? *Disability and Rehabilitation*, **35**(1), pp. 73-80.

LINCOLN, N. and HABOUBI, N.H., 2003. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and rehabilitation*, **25**(6), pp. 291-296.

MAGNAN, M.A. and NORRIS, D.M., 2008. Nursing students' perceptions of barriers to addressing patient sexuality concerns. *The Journal of nursing education*, **47**(6), pp. 260-268.

MARSELISBORGCENTRET and SUNDHEDSSTYRELSEN, 2005. ICF–Den Danske Vejledning og Eksempler fra Praksis. 1 edn. København: Sundhedsstyrelsen, pp. 8-24.

NUSBAUM, M.R.H., SINGH, A.R., SINGH, A.R. and PYLES, A.A., 2004. Sexual Healthcare Needs of Women Aged 65 and Older. *Journal of the American Geriatrics Society*, **52**(1), pp. 117-122.

PENWELL-WAINES, L., WILSON, C.K., MACAPAGAL, K.R., VALVANO, A.K., WALLER, J.L., WEST, L.M. and STEPLEMAN, L.M., 2014. Student perspectives on sexual health: implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, **28**(4), pp. 322.

POST, M., GIANOTTEN, W., HEIJNEN, L., LAMBERS, E. and WILLEMS, M., 2008. Sexological Competence of Different Rehabilitation Disciplines and Effects of a Discipline-specific Sexological Training. *Sexuality and Disability*, **26**(1), pp. 3-14.

RASMUSSEN, E., PLANTIN, L. and ELMERSTIG, E., 2013. 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, **22**(3), pp. 361-369.

SIMPSON, G., ANWAR, S., WILSON, J. and BERTAPELLE, T., 2006. Improving the rehabilitative management of client sexual health concerns after neurological disability: Evaluation of a staff sexuality training programme in New Zealand. *Clinical Rehabilitation*, **20**(10), pp. 847-859.

SUNDHEDSSTYRELSEN, 2013. *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*. vejledning edn. Danmark: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

SUNG, S. and LIN, Y., 2013. Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare. *Nurse education today*, **33**(5), pp. 498-503.

TSAI, L., HUANG, C., LIAO, W., TSENG, T. and LAI, T., 2013. Assessing student nurses' learning needs for addressing patients' sexual health concerns in Taiwan. *Nurse education today*, **33**(2), pp. 152-159.

UDDANNELSES- OG FORSKNINGSMINISTERIET, 2016. *KOT hovedtal 2016*. København: Uddannelses- og Forskningsministeriet.

VERSCHUREN, J.E.A., GEERTZEN, J.H.B., ENZLIN, P., DIJKSTRA, P.U., DEKKER, R. and VAN DER SLUIS, C K, 2013. Addressing Sexuality as Standard Care in People with an Upper Limb Deficiency: Taboo or Necessary Topic? *Sexuality and Disability*, **31**(2), pp. 167-177.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006. *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland: World Health Organization.

## **Bilagsoversigt:**

- 1. Mailkorrespondance**
- 2. Tilladelser til anvendelse af SA-SH og SA-SH-D**
- 3. Spørgeskemaet SA-SH-D+**
- 4. Opslag på Intrapol på PH Metropol**
- 5. Eksempel på litteratursøgning**