

**Nils Christian Nordahl**

---

# **Seksualitet som tema i familieterapi**

## **Selvrapporteringer fra familieterapeuter**



**Masteroppgave i Familiebehandling**  
**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag**

## Sammendrag

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke hvordan familierapeuter forholder seg til temaet seksualitet i par- og familierapi. Dette ble undersøkt ved å sende en elektronisk spørreundersøkelse til medlemmer av Norsk forening for familierapi (NFFT).

Tidligere forskning på dette temaet har vært gjort i USA ved forskerne Steven Harris og Kelli Wenner Hays som utførte en kvantitativ undersøkelse blant 350 tilfeldig utvalgte medlemmer av den amerikanske familierapiforeningen. Det er denne spørreundersøkelsen som brukes i redigert utgave i denne undersøkelsen. Deres forskning viser at opplevd kunnskap om seksuelle tema, utdanning innenfor seksualitet og mottatt veiledning innen seksuelle tema predikerer hvor komfortabel man er med seksualitet som tema i terapi. Videre fant Harris og Hays at utdanning innenfor seksualitet og mottatt veiledning innen seksuelle tema, komfort med seksuelle tema i terapi og klinisk erfaring med seksuelle tema predikerer hvor mye initiativ man tar til kliniske samtaler om seksualitet.

I denne oppgaven brukes de teoretiske perspektivene salutogenetisk perspektiv og sosiokulturelt perspektiv. Begge disse perspektivene har et fokus på hva som gjør at mennesker kan holde seg friske og hva som gjør at de mestrer. Det sosiokulturelle perspektivet, med Bronfenbrenners økologiske modell, gir et bredt blikk på informantene og brukerne deres hvor systemene som omgir dem også tas med inn fokus.

Hovedfunnene fra undersøkelsen viser at informantene i liten grad opplever at seksualitet er tematisert i utdanningen. De opplever at de i liten grad mottar veiledning på seksuelle tema. På tross av dette viser resultatene at informantene opplever å ha kunnskap om seksualitet og opplever at de tar initiativ til samtaler om seksualitet. Videre viser resultatene at informantene kompenserer for manglende utdanningsbakgrunn med å lese faglitteratur og gå på workshops og kurs. De kompenserer også for manglende veiledning ved å drøfte saker med kolleger.

I avslutningen oppsummeres hovedfunnene, konsekvenser av forskningen drøftes og det gis anbefalinger for videre forskning.

**Emneord:** Familierapi, familierapeut, seksualitet, seksualterapi, terapeututøvelse, komfort, initiativ, kunnskap, utdanning, erfaring, veiledning, NFFT, Norsk forening for familierapi, salutogenetisk perspektiv og sosiokulturelt perspektiv.

## **Abstract**

The purpose of this master thesis is to examine how family therapists relate to the subject of sexuality in couple- and family therapy. This was studied by distributing an electronic survey to members of the Norwegian Association for Family Therapy (NFFT).

Earlier research on this topic has been done in the United States, by Steven Harris and Kelli Wenner Hays who executed a quantitative study among 350 randomly chosen members of the American Association for Family Therapy. Their search showed that knowledge of sexual topics, education in sexuality and received supervision on sexual topics predicts how comfortable the therapist is with sexuality as a topic in therapy. Harris and Hays also discovered that education in sexuality, received supervision on sexual topics, how comfortable the therapist is with sexual topics in therapy and clinical experience with sexual topics predicts how much initiative the therapist will take in clinical conversations in sexuality.

The theoretical perspectives salutogenic perspective and socio-cultural perspective are used in this thesis. Both these perspectives focuses on what ensures health and coping mechanisms. The socio-cultural perspective, with Bronfenbrenners ecological model, gives a broad perspective on the informants and clients where the systems that surrounds them are also given focus.

The main findings from the survey was that the informants experience that sexuality is thematized to a limited extent in their education. They experience that they receive limited supervision on sexual topics. Despite these findings the informants experience that they have knowledge of sexuality and experience that they initiate conversations about sexuality in therapy. The survey also shows that the informants compensate for the lack of education by reading relevant literature and by attending workshops and courses. They also compensate for the lack of supervision by discussing cases with coworkers.

The conclusion summarizes the main findings and the consequences of the research is discussed. Recommendations for further studies is given.

**Subject:** Family therapy, family therapist, sexuality, sextherapy, therapy practice, comfort, initiative, knowledge, education, experience, supervision, NFFT, Norsk forening for familieterapi, salutogenic perspective and socio-cultural perspective.

Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Social Sciences  
Oslo 2016

## Forord

Denne masteroppgaven har vært en lang prosess. Undersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med NFFT høsten 2013 og analyse av data og skriving har foregått av og på siden da. Det har vært en lang og tidkrevende prosess, men prosessen har også vært spennende og lærerik. Jeg trodde aldri jeg skulle begi meg ut på en kvantitativ oppgave, men valgte allikevel dette da det var det som best kunne undersøke det jeg ønsket å undersøke. Det er mange jeg ønsker å takke for hjelpen med denne oppgaven.

Først av alt vil jeg takke Norsk forening for familierapi for å ha latt meg få sende ut informasjon til medlemmene deres og alle informantene som valgte å svare på undersøkelsen. Jeg vil også takke Dr. Harris for å ha tillatt meg å bruke spørreskjemaet de brukte i sin amerikanske undersøkelse.

Videre vil jeg takke min veileder May-Britt Solem, som har gitt meg gode råd og pushet meg fremover når jeg sto fast. Jeg vil takke Asbjørn Johannesen for å ha gitt meg teknisk hjelp med SPSS. Jeg vil takke min arbeidsgiver, Oslo Universitetssykehus, for å ha hjulpet meg med permisjoner til å kunne gjennomføre utdanningen.

I tillegg vil jeg takke Høgskolen i Oslo og Akershus for å ha bistått med programvare og for å være elektronisk vert for undersøkelsen min. Jeg vil også takke alle informanter, mine medstudenter ved masterklinikken som bisto meg med å teste ut undersøkelsen før den ble sendt ut.

Til sist, men ikke minst vil jeg takke min kone Cathrine for all hjelp og for den tålmodighet hun har vist i prosessen med denne oppgaven. Jeg vil også takke mine barn Samuel og Benjamin for å ha vist forståelse når jeg har måttet jobbe med skolearbeid gjennom studiet.

Nils Christian Nordahl

Oslo 11.05.16

# Innhold

<b>1. FORORD</b>	<b>4</b>
<b>2. INNHOLD</b>	<b>5</b>
<b>3. VEDLEGGSLISTE</b>	<b>7</b>
Liste over figurer	7
Liste over tabeller	7
<b>4. INNLEDNING</b>	<b>8</b>
Hvorfor seksualitet som tema?	10
Problemstilling	13
Hypoteser	14
Oppbygging av oppgaven	14
<b>5. TEORETISK PERSPEKTIV – ET HELHETLIG HELSEFREMMEDE SYN PÅ FAMILIETERAPEUTER OG DERES BRUKERE</b>	<b>15</b>
Sosiokulturelt perspektiv	15
Salutogenetisk perspektiv	16
<b>6. TIDLIGERE FORSKNING PÅ FAMILIETERAPEUTERS FORHOLD TIL SEKSUALITET SOM TEMA I PAR- OG FAMILIETERAPI</b>	<b>17</b>
<b>7. METODISK TILNÆRMING</b>	<b>23</b>
Limesurvey selvrapporterings skjema	24
Tilpassing av spørreskjemaet	25
Innsamling av data	28
<b>8. FORSKNINGSETISKE SPØRSMÅL</b>	<b>29</b>
<b>9. ANALYSE AV INNSAMLEDE DATA</b>	<b>30</b>
<b>Reliabilitet i undersøkelsen</b>	<b>30</b>
Kildekritikk	30
Undersøkelsens interne konsistens	32
<b>Validitet i undersøkelsen</b>	<b>33</b>
Begrepsvaliditet	33
Umiddelbar validitet	34

Innholdsvaliditet	34
Analyse av spørsmålet om holdninger til seksuelle praksiser	35
<b>10. RESULTATENE AV DE INNSAMLEDE DATAENE</b>	<b>37</b>
Grunnlagsdata om informantene	37
Informantenes kunnskapsgrunnlag om seksualitet	39
Erfaringer med veiledning hvor seksualitet er temaet	41
Informantenes kliniske erfaring med seksuelle tema	42
Statistiske sammenhenger i datamaterialet	43
Hva skaper komfort med seksuelle tema i terapi og hva gir initiativ til samtale om seksuelle tema?	45
<b>11. DISKUSJON</b>	<b>48</b>
<b>12. AVSLUTNING</b>	<b>51</b>
Konsekvenser av forskningen for klinisk praksis	52
Videre forskning	52
<b>13. REFERANSER</b>	<b>54</b>
Internettadresser	55

## Vedleggsliste

Vedlegg 1: Spørreundersøkelsen

Vedlegg 2: Invitasjon til undersøkelse (1. e-post)

Vedlegg 3: Påminnelse-post

Vedlegg 4: E-postkorrespondanse med høgskolen

### Liste over figurer

<b>Nr</b>	<b>Beskrivelse</b>	<b>Side</b>
5.1	Harris og Hays forklaringsmodell	18
8.1	Frafall	32
9.1	Profesjoner	37
9.2	Utdanningsinstitusjon	38

### Liste over tabeller

<b>Nr</b>	<b>Beskrivelse</b>	<b>Side</b>
6.1	Oversikt over spørsmål i undersøkelsen	27
9.1	Profesjoner	37
9.2	Videreutdanning	38
9.3	Utdanningsinstitusjon	38
9.4	Kunnskapskilder	39
9.5	Kilde til kunnskap	39
9.6	Utdanning innen seksualitet	39
9.7	Oversikt over variabler på ordinal, interval og forholdstallsnivå	40
9.8	Veiledning	41
9.9	Krystabell veiledning klinisk erfaring	42
9.10	Klinisk erfaring med seksuelle tema	42
9.11	Bivariat korrelasjon for initiative, klinisk erfaring og om erfaringen er positive eller negativ.	43
9.12	Bivariat korrelasjon for flere variabler	44
9.13	Multippel hierarkisk-lineær regresjonsanalyse for predikering av familieterapeuters initiative til samtaler om seksualitet	46
9.14	Multippel hierarkisk-lineær regresjonsanalyse for predikering av familieterapeuters komfort ved samtaler om seksualitet	47

## Innledning

Da jeg hadde sistegangspraksis på sosionomstudiet i 2006 hadde jeg praksis ved et familiekontor. Der var jeg i reflekterende posisjon i en time hvor det var et ungt par som ikke hadde hatt sex på lenge. Problemet dette paret presenterte var at mannen ikke hadde lyst på sex fordi han var deprimert. Dette var frustrerende for kvinnen. Individualterapeuten som mannen gikk parallelt til, hadde anbefalt at de dro til et familiekontor.

Det som vakte min interesse var det svaret familieterapeuten ga paret. Hun anbefalte dem å gå til en sexolog, og valgte da på en implisitt måte å si at hun ikke var kompetent til å snakke om det. Da stilte jeg meg spørsmålet: når familieterapeuter skal utføre parterapi, som er en sentral del av familieterapifeltet, hvorfor skal de da ikke kunne bidra når paret f.eks. presenterer lystproblematikk? Jeg ble også interessert i om mangelen på initiativ til samtaler om seksuelle tema kunne være representativt for flere familieterapeuter.

Min erfaring fra familiebehandlingsutdanningen er at temaet i liten grad er tematisert. I pensumet er det i meget liten grad nevnt, da hovedsakelig som eksempler på terapier i familieterapibøker. Jeg har under utdanningen vært tilknyttet en masterklinikk ved BUP Oslo Nord. I ettertid jobber jeg ved BUP Oslo syd. Min erfaring fra BUP er at i den grad seksualitet blir tematisert i terapier der, så er det i hovedsak seksuelle overgrep, homofili eller transseksualitet som er tema. Veilederne ved masterklinikken jeg var tilknyttet under studiet har tematisert seksualitet ved noen få anledninger.

Jeg er ut ifra min erfaring også blitt interessert i hvilket kunnskapsgrunnlag familieterapeuter har til arbeid med seksuelle tema. Dette vil også kunne ha relevans for utformingen av familieterapistudiene i fremtiden, dersom det skulle vise seg at det temaet ikke er tilstrekkelig dekket. Det skal nevnes at etter undersøkelsen ble foretatt har temaet blitt tatt opp noen ganger ved seminarer i regi av NFFT.

Barne- ungdoms- og familieetaten (Bufetat) og Kirkens familievern drifter landets familiekontorer. På Bufetat sin internettside skriver de at de tilbyr parterapi og familieterapi. Under parterapi skrives det at tema for samtalene kan f.eks. være seksuelle problemer



(Bufetat<sup>1</sup> og Kirkens familievern<sup>2</sup>). Implisitt sies det da at de ansatte ved familiekontorene har kunnskap og erfaringer som tilsier at de kan behandle par som oppsøker deres tjenester på grunn av seksuelle problemer og ikke minst at de ansatte er komfortable med dette.

Problemstillingen er forsket noe på i utlandet, spesielt er det Harris og Hays (2008) som har forsket kvantitativt på dette i USA, og som jeg baserer min undersøkelse på. I tillegg er det gjort en kvalitativ undersøkelse av Desa Markovic (2007). I Norge er det ikke gjort forskning på familieterapeuter er komfortable med og tar initiativ til samtaler som tematiserer seksualitet.

Ettersom problemstillingen i denne oppgaven ikke er forsket på i Norge, er det et behov for at noen undersøker dette nærmere med hensyn til konsekvenser for innholdet i utdanningene som produserer relevant kunnskap for norske familieterapeuter. I tillegg utfyller forskningen Harris og Hays forskning på området ved at det for eksempel er tatt med spørsmål om positive og negative erfaringer med kliniske samtaler om seksuelle tema. Harris og Hays (2008) anbefalte i sin artikkel å forske nærmere på dette, og variabelen ble derfor inkorporert i spørreskjemaet i denne undersøkelsen.

I denne oppgaven har jeg valgt et salutogenetisk og sosiokulturelt perspektiv fordi jeg mener det salutogenetiske perspektivets helhetlige syn på helse, også inkluderer *seksuell helse* (WHO 2002:2). Det salutogenetiske perspektivet har et helsefremmende fokus. Dette stemmer godt over ens med familieterapeutenes oppgave med å finne det som bringer god helse til individene, parene og familiene som skal hjelpes. Et salutogent perspektiv har også fokus på mestring. I denne oppgaven er jeg opptatt av å finne ut hva som gjør at familieterapeuter mestrer samtaler om seksuelle tema. Gjennom å utforske informantenes komfort med å snakke om seksuelle tema (spørsmål 18, vedlegg 1) og deres initiativ til samtaler om seksuelle tema (spørsmål 15, vedlegg 1) gis det en indikasjon på mestring av samtaler om seksuelle tema.

---

<sup>1</sup> <http://www.bufetat.no/familievernkontor/parterapi-og-familieterapi/>

<sup>2</sup> <http://www.kirkensfamilievern.no/filestore/Stiftelsen/Dokumentarkiv/KIRKENSFAMILIEVERNHISTORIEpr3122010.pdf>

Et sosiokulturelt perspektiv, med fokus på Bronfenbrenners økologiske modell (Bronfenbrenner 1979:22-26), er også et nyttig analytisk perspektiv fordi det hjelper en til å se interaksjonen i terapirommet i sammenheng med konteksten den opptrer i. Dette perspektivet samsvarer med det salutogene perspektivet, som også har et bredt blikk hvor den sosiale kontekst mennesket befinner seg i inngår. (Solem 2011:13).

Familieterapeuter har også en sosial kontekst, og er påvirket av mikro-, meso-, ekso- og makrosystemer (Bronfenbrenner 1979:22-26). Å ha et bredt blikk på konteksten familieterapeuter arbeider innen for er derfor nyttig for hvordan resultatene i undersøkelsen kan forstås. De to valgte teoretiske perspektivene gjør det mulig å forstå kulturelle og helsefremmende sider ved informantene og deres brukere.

I denne oppgaven velger jeg å bruke WHO's definisjon av seksualitet: "Seksualitet er et sentralt aspekt av det å være menneske gjennom livet og omfatter kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet erfares og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksiser, roller og relasjoner. Mens seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er ikke alle av dem alltid erfart eller uttrykket. Seksualitet er influert av interaksjonene av biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, etiske, juridiske, historiske, religiøse og spirituelle faktorer"(WHO 2002:5, egen oversettelse).

### **Hvorfor seksualitet som tema?**

Seksualitet er et av grunnbehovene hos mennesket, og er således en sentral del av det å være menneske. Menneskehetens overlevelse er avhengig av faktum at, for at neste generasjon skal unngås må menn og kvinner ha samleie. Det er først de siste år at noen få (som har midler til det) også kan velge kunstig befruktning. Seksualitet er en kraftfull og kreativ kraft som forskjellige samfunn har utviklet forskjellige måter å håndtere gjennom lovgivning, kulturelle- og religiøse praksiser. I dag står det multikulturelle samfunn overfor mange sosiale, religiøse eller etiske praksiser som påvirker individet, paret eller familien. På grunn av de ulike seksuelle praksiser som foreligger er det verken ønskelig eller mulig å definere den "normale seksuelle atferden". I tillegg til å være dypt rotfestet i den menneskelige natur, er seksualitet også knyttet til det å utvikle og opprettholde intime relasjoner. Dersom par har

seksuelle problemer i sin relasjon kan dette ofte føre til store utfordringer i parforholdet (WHO 2002:5, Lieser m.fl. 2007:374 og Ridley 2009:97).

Markman et al (2010:163 og 135) nevner at seksualitet er et av de tre hovedkonfliktområdene som par ofte kan streve med, i tillegg til økonomi og kommunikasjon. Dette viser hvor viktig dette temaet er for parene som familierapeuter møter.

Barry W. McCarthy er en amerikansk professor i psykologi og han har lang erfaring med seksualterapi. Han skriver at det er et ordtak blant seksualterapeuter at for par som har et tilfredsstillende seksualliv, er sex en positiv og vesentlig komponent, som står for 15-20% av tilfredsheten med ekteskapet. I de tilfeller hvor den seksuelle relasjonen ikke fungerer tilfredsstillende for paret eller ikke-eksisterende, spiller seksualiteten en veldig sterk rolle, og står for 50%-70% av misnøyen en person har med ekteskapet. Dette er med på å tappe ekteskapet for intimitet og gode følelser (McCarthy 1997:231; McCarthy 2009: 321; Lieser m.fl. 2007:374-375 og Psychology Today<sup>3</sup> 2014).

I epidemiologiske undersøkelser rapporteres at 30% av kvinner og ca. 40% av menn har problemer med sin seksualitet på minst et område. For kvinner er mangel på seksuell interesse (21%), nedsatt/lav vaginal lubrikasjon (16%) og orgasmisk dysfunksjon (16%) de mest vanlige problemstillingene (Wylie og Hallam-Jones 2009:151). For menn er mangel på seksuell interesse (16%), erektil dysfunksjon og manifest prematur ejakulasjon de mest vanlige problemene (Fugl-Meyer og Sandström 2010:269-271).

Crowe (1995:202) mener at mange seksuelle problemer med fordel kan håndteres i parterapi alene eller i kombinasjon med seksualterapi. McCarthy (2009:322) hevder allikevel at parterapeuter ofte anser seksuelle problemer som et symptom på problemer i parforholdet og avviser seksualterapi, og i ekstreme tilfeller er motstandere av det. Det viktige i følge Timm (2009:15) er å snakke om det, så man ikke sender et signal om at det er tabu, slik at man mister viktig klinisk informasjon om hvordan de interagerer og forhandler på dette viktige og intime området.

---

<sup>3</sup> <http://www.psychologytoday.com/experts/barry-w-mccarthy-phd> lastet ned 01.02.14

Dårlig kommunikasjon kan skape seksuelle problemer for et par og er en god indikator på skilsmisse (Betchen 2009:245). Et sunt seksualliv krever at partnerne samarbeider. Når de har forskjellige ønsker skapes det ofte konflikter. Det at partneren opplever et seksuelt problem påvirker personens egen seksuelle tilfredsstillelse (Fugl-Meyer og Sandström 2010:380).

Crowe (1995:204) mener at parterapeuter tar de ikke-seksuelle aspektene av et forhold på alvor når de tar opp seksuelle problemer i terapi. Parterapeuter er ikke kun opptatt av de seksuelle problemene, men er også opptatt av andre sider ved parforholdet. Dersom andre aspekter ved parforholdet enn det seksuelle ignoreres i behandling av lystproblemer, erektilе problemer, vaginisme eller problemer med utløsning eller orgasme vil terapeuten kunne gå glipp av mange muligheter til effektiv intervensjon.

Crowe (ibid:196-197) fremhever videre at den grunnleggende tanken i familieterapi om sirkularitet, er nyttig i parterapien. Dette fordi parets handlinger påvirker hverandres handlinger, dette gjør det irrelevant hvilken av partnerne som er årsak til problemet. Sirkularitet er et begrep fra milanoskolen i familieterapi som refererer til en systemisk tenkning hvor individer påvirker hverandre gjensidig og at problemet ikke ligger hos den enkelte (Cecchin 1987:412)

Hvordan mennesker har det i forhold til sin seksualitet har stor innvirkning på selvtillit og selvbildet de har (Harris og Hays 2008:240). Som beskrevet ovenfor er seksualitet noe som kan være til gagn for folks helse når det fungerer bra og det kan skape problemer når noe ikke fungerer. Problemer ved den seksuelle funksjon blir kalt seksuelle dysfunksjoner og blir knyttet til medisinske diagnoser. Denne patologien kan føre til at personen selv og seksualpartneren(e) ser på personen som et problem.

Noen av tilstandene er medisinske, mens andre kan handle om samspillet med andre. Jeg har valgt seksualitet som tema på grunn av betydningen dette har for helsen til de menneskene som familieterapeuter møter og fordi jeg ser at dette er et tema som det er lite fokus på i familieterapiforskningen fra før. Denne påstanden baserer seg på at det som et ledd i bakgrunnsundersøkelsene til denne oppgaven ble gjort store litteratursøk nasjonalt og internasjonalt for å finne relevant forskning. Det som ble funnet er gjengitt i oppgaven under

”tidligere forskning på familierapeuters forhold til seksualitet som tema i par- og familierapi”.

Timm (2009:15) tror mangel på trening i samtaler om seksuelle tema er grunnen til at mange kvier seg. Seksualitet handler mye om den biologiske kroppen og ikke det psykososiale som familierapeuter normalt har sitt fokus på, og det er da kanskje lettere å overlate til sexologer, leger, helsesøstre eller andre som har et mer biologisk fokus.

## **Problemstilling**

I denne oppgaven ønsker jeg å skrive om familierapeuters forhold til seksualitet som tema i par- og familierapi. Problemstillingen jeg har valgt for masteroppgaven er: Hvordan forholder familierapeuter seg til temaet seksualitet i par- og familierapi?

Underspørsmål er:

- Hvilke kunnskapsmessige ressurser/kilder bruker familierapeuter som teoretisk grunnlag for sitt arbeid med denne type spørsmål?
- I hvilken grad gir terapeutenes utdanning og eventuell etterutdanning dem kunnskap om arbeid med seksuelle problemer?
- Hva påvirker om familierapeuter føler seg komfortable med å snakke om seksuelle tema?
- Hva påvirker om familierapeuter tar initiativ til å snakke om seksualitet?
- I hvilken grad får familierapeuter veiledning på seksuelle tema?

I oppgaven vil jeg bruke termene bruker/person, paret og familien om de som benytter seg av tilbudet familierapeuter tilbyr. I fagfeltet brukes ofte begrepet klient, pasient, paret og familien. Begrepet ”klient” er kritisert for å inneholde en implisitt objektivisering av den andre, mens ”pasient” begrepet indikerer at noen er syke. Jeg velger derfor å prøve å unngå disse begrepene fordi menneskene familierapeuter møter er hele mennesker og mer enn sine problemer (Eide 2012:30).

Allikevel ble jeg nødt til å bruke begrepet klient i undersøkelsen. Begrepet brukes i den originale undersøkelsen og det å bruke andre begreper enn klient ville føre til en så vag

formulering at informantene ikke ville forstå hvem det ble henvist til som igjen kunne føre til feil i datamaterialet. Dette var noe jeg fikk tilbakemelding om fra mine medstudenter som prøvde undersøkelsen.

Diakonhjemmet Høgskole har nå fusjonert og skiftet navn til VID. Da jeg gjennomførte undersøkelsen høsten 2013 het høgskolen ennå Diakonhjemmet Høgskole, og jeg vil derfor referere til den som ”Diakonhjemmet” i oppgaven.

## **Hypoteser**

De hypotesene jeg har kommet frem til er basert på den tilgjengelige forskning som finnes i feltet samt min kjennskap til det norske familieterapifeltet. Hypotesene er som følger:

- Få familieterapeuter har opplevd å få tematisert seksualitet i sin utdanning.
- Få familieterapeuter har formell utdanning innen seksualitet.
- Få familieterapeuter rapporterer at seksualitet er tematisert i veiledning
- I hvilken grad familieterapeuter føler seg komfortable med å snakke om seksualitet og tar initiativ til slike samtaler henger sammen med deres utdanning innen seksualitet, i hvilken grad de får veiledning, deres erfaring med slike samtaler og deres opplevde kunnskapsgrunnlag.

## **Oppbygging av oppgaven**

I denne oppgaven vil jeg starte med å gi en gjennomgang av teorigrunnlaget for oppgaven med de teoretiske perspektivene jeg har valgt og den tilgjengelige forskningen på området. Jeg vil deretter gjøre rede for den metodiske tilnærmingen jeg har valgt for undersøkelsen jeg har gjort, for deretter å gå inn på analyse av dataene med bl.a. en vurdering av reliabilitet og validiteten i undersøkelsen som ble gjort.

Deretter går jeg over til å beskrive resultatene i undersøkelsen med beskrivende statistikk, korrelasjonsanalyser og regresjonsanalyser. Til sist i oppgaven kommer en diskusjon av funnene undersøkelsen i relasjon til annen forskning og en avslutning med hvilke konsekvenser jeg mener forskningen bør få og forslag til videre forskning.

# **Teoretisk perspektiv – Et helhetlig helsefremmende syn på familierapeuter og deres brukere**

## **Sosiokulturelt perspektiv**

Det sosiokulturelle perspektivet springer ut av Lev Semjonovitsh Vygotskijs kulturhistoriske tilnærming innenfor psykologien (Skodvin 2006:227). I det sosiokulturelle perspektivet vektlegges miljø og kultur som signifikant. Sosiokulturell psykologi behandler psykologiske fenomener som oppstår på grunn av de sosiokulturelle aspektene ved menneskers liv i forskjellige sosiale kontekster (Solem 2011:12 og Skodvin 2006:229). Den praksis som familierapeuter utøver er således preget av den sosiale og kulturelle kontekst de befinner seg i.

Urie Bronfenbrenners økologiske transaksjonsmodell bygger på Vygotskijs tanker om at mennesket ikke er atskilt fra sine omgivelser, men at læring og kulturskaping skjer mellom mennesker, i en kontekst. Modellen er inndelt i mikro-, meso-, ekso- og makrosystemer og viser hvordan individet, par og familier blir påvirket av systemer som omgir dem. (Skodvin 2006:229 og Gulbrandsen 2006:52-53).

Mikrosystemet består av sosiale roller, mellommenneskelige relasjoner og aktiviteter som utgjør et mønster og som oppleves i et miljø det interageres med. Mesosystemet er de forbindelsene som skje mellom to eller flere miljøer personen deltar aktivt i. Eksosystemet består av forbindelser og prosesser som skjer mellom to eller flere miljøer der minst ett av miljøene ikke har personen som deltaker, men allikevel påvirker personen indirekte. Det siste systemet er makrosystemet, som viser til de overenstemmelser som påvirker form og innhold i lavere ordens systemer på kultur- eller subkulturnivå, sammen med ideologier eller trossystemer som kan skape grunnlag for slike overenstemmelser (Bronfenbrenner 1979:22-26, 1994:1645 og Bronfenbrenner og Morris 1998:1013 og 1017 og Gulbrandsen 2006:53-62).

Familierapeutene har egne familier, de har kollegaer, de har som oftest arbeidsgivere, de har blitt utdannet av diverse utdanningsinstitusjoner, de er påvirket av samfunnsforhold som lover, politiske prioriteringer osv. Det er viktig å ta hensyn til systemene familierapeuter opererer innenfor når analyser av data om familierapeuters handlingsmønstre skal tolkes.

## Salutogenetisk perspektiv

Det salutogene perspektivet ble konstruert av Aron Antonovsky (1923-1994) som en reaksjon på det ensidige fokuset på de patologiske sidene ved menneskers helse han opplevde innenfor medisinsk sosiologisk forskning. En patologisk tilnærming forsøker å forklare hvorfor sykdom oppstår, og hvorfor folk havner i en gitt sykdomskategori. Begrepet salutogenese beskrives som aktivitet som styrker eller fremmer menneskers helse. Begrepet består av saluto, fra helse og genesis som betyr opphav/opprinnelse (Antonovsky 2012:15-16, Tellnes 2008:455 og Solem 2011:9).

Et salutogent perspektiv avviser en dikotom klassifisering av mennesker som friske eller syke. Dette perspektivet ser mennesket plassert på et flerdimensjonalt kontinuum mellom helse på den ene siden og uhelse på den andre. På denne måten blir man opptatt av hele mennesket, og dets historie og sykdommen som en del av denne helheten. Fokuset er ikke kun på diagnostikk, altså hva som gjør personen syk, men i stedet, hva er det som bidrar til at personen beveger seg mot helseenden av skalaen? Med dette fokuset kan man oppdage at stressfaktorer ikke trenger å ses som patologiske faktorer, det kan være mestringskapasiteter som viser personens styrke. Det salutogene perspektivet er opptatt av hvordan organismen tilpasser seg til miljøet og er opptatt av å løfte blikket fra patogene undersøkelsesfunn, og i stedet studere avvikene i undersøkelsene (Antonovsky 2012:36).

Mange familieterapeuter møter mennesker som er blitt tildelt diagnoser. Et eksempel på dette er familieterapeuter som jobber i psykisk helsevern hvor alle pasienter får en diagnose. Mennesker med seksuelle problemer kan også få medisinske diagnoser, klassifisert som seksuelle dysfunksjoner (ICD-10<sup>4</sup>), selv om problemene har sin bakgrunn i relasjonelle problemer, bivirkninger av medikamenter, eller andre problemer med fysisk eller psykisk helse. En depressiv tilstand er et eksempel på en psykisk helseproblem som også kan gi seksuelle problemer. (Timm 2009:16). Med det salutogene blikket, blir fokuset at mennesket er mer enn disse diagnosene og at paret, dets historie og seksualitet er mer enn diagnoser eller problemer som presenteres i samtalene. Uten et bredt blikk som inkluderer det som fungerer kan problemene virke store og uhåndterlige.

Evnen til å kunne nyttiggjøre seg av den totale situasjonen man er i og den kapasitet man har

---

<sup>4</sup> <https://finnkode.ehelse.no/>



til å kunne bruke de ressurser man har tilgjengelig kalles opplevelse av sammenheng (Tellnes 2008:455). Opplevelse av sammenheng (OAS) defineres av Antonovsky (2012:41) på følgende måte ”*Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i.*”

Med andre ord er det viktig at for å oppleve en følelse av sammenheng så må man oppleve begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet i livet sitt. For eksempel kan en familieterapeut som ikke har kunnskap om seksualitet, ikke har erfaring med slike samtaler og ikke har støtte gjennom kollegaer eller veiledning oppleve meningsløshet hvis han eller hun får i oppgave å snakke med et par om seksualitet.

For å kunne mestre er det viktig at familieterapeuten får en følelse av at han eller hun har en forståelse av det som er tema i samtalen, hva som forventes og hva som kan gjøres (begripelighet), at han eller hun er trygg på sin evne til å takle samtalen (håndterbarhet) og at arbeidet gir mening (meningsfullhet).

Det salutogene perspektivet viser at forutsetningene for at et menneske skal kunne gjøre en endring i livet sitt er å vite hvilke ressurser man har, å oppleve at problemene man har kan håndteres med de ressursene man har og at det er verd å kjempe for. Dette gjelder også for mennesker med seksuelle problemer.

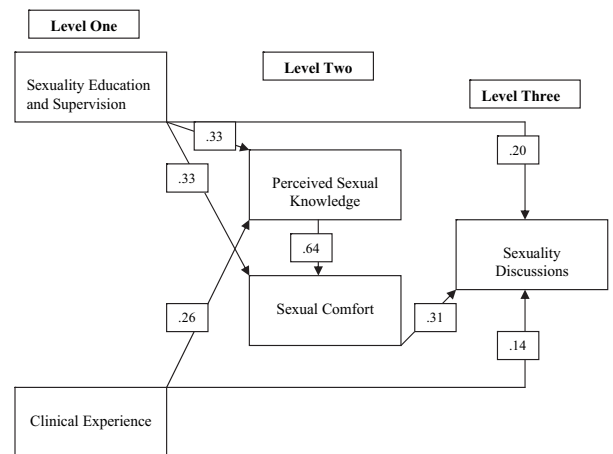
Det salutogene perspektivet er også nyttig for hvilket blikk jeg bruker på informantene i undersøkelsen. Perspektivet hjelper meg til ikke ha et patologisk blikk hvor det letes etter feil og grunner til feilene, men i stedet ha et blikk som inkluderer hva som bidrar til at familieterapeuter mestrer jobben sin.

## **Tidligere forskning på familieterapeuters forhold til seksualitet som tema i par- og familieterapi**

Steven Harris og Kelli Wenner Hays (2008) gjorde en undersøkelse om amerikanske par- og familieterapeuters vilje til og komfort med å snakke om brukeres seksualitet. De sendte ut spørreskjema til 350 tilfeldig utvalgte medlemmer av den amerikanske

familieterapiforeningen (American Association for Marriage and Family Therapy - AAMFT). De mottok 175 svar som de baserte sine resultater på (Harris og Hays 2008:241-242).

Hovedfunnene i denne undersøkelsen var som følger: Den fremsatte hypotesen om at familieterapeuter som ser på seg selv som kunnskapsrike vedr. seksualitet oftere har samtaler som var relatert til seksualitet enn de som mente de hadde lavere kunnskap om seksualitet hadde ikke en signifikant sammenheng. Analysene deres viste allikevel en indirekte påvirkning på samtaler om seksualitet. Hypotesen om at det var en direkte effekt mellom hvor komfortable terapeutene var med seksuelle spørsmål og terapeuters samtaler om seksualitet med brukere, ble bekreftet å ha en statistisk signifikant sammenheng (Harris og Hays 2008:245).



Figur 5.1 Forklaringsmodell laget av Harris og Hays

Undersøkelsen deres støttet også hypotesen om at synet familieterapeuter har på deres kunnskap om seksualitet har en direkte positiv innvirkning på hvor komfortable de er med seksuelle tema. Hays og Harris hadde også en hypotese om at det å ha utdanning innenfor seksualitet og ha erfaring med veiledning hadde en direkte positiv påvirkning på hvor kunnskapsrike terapeutene følte seg innen seksuelle tema. Denne hypotesen ble også styrket av funnene (Harris og Hays 2008:245).

Den femte hypotesen ble også støttet. Dette var en hypotese om at de med grunnutdanninger som tok opp seksualitet og som fikk erfaring med veiledning på seksuelle tema, er mer komfortable med tema som er relatert til seksualitet enn de som ikke hadde et bestemt kurs eller erfaring at seksualitet er tematisert i veiledning. Hypotesen om at familieterapeuters kliniske erfaring med seksualitet som tema ville ha en direkte positiv påvirkning på hvordan familieterapeuter så på sin kunnskap om seksuelle tema, ble også støttet. Det ble ikke funnet støtte for hypotesen om at terapeuters kliniske erfaring med seksuelle tema direkte påvirket hvor komfortable de følte seg med seksuelle tema. Allikevel hadde familieterapeutenes kliniske erfaring en direkte og indirekte påvirkning på det at terapeutene tok initiativ til samtaler om seksualitet med sine brukere (Harris og Hays 2008:245).

Desa Markovic(2007:200-201), en systemisk familieterapeut og tidligere assisterende direktør ved Institute of Family Therapy i London, gjennomførte en kvalitativ studie med fem individuelle intervjuer og et gruppeintervju med fem deltakere. Hun ønsket å besvare spørsmålene: hvilke måter jobber systemiske terapeuter med seksuelle tema? Hvilke ressurser bruker systemiske terapeuter når de arbeider med seksuelle tema og hvilke begrensninger erfarer systemiske terapeuter når de arbeider med sex som tema?

Markovic (2007:203) fant at familieterapeutene opplevde følgende som ressurser for å snakke om sex med brukere: livserfaring, klinisk erfaring, terapeuter som er eldre har en fordel, det å være komfortabel med egen seksuell erfaring, det å ha åpne samtaler med sin partner, det å selv syntes det er vanskelig å snakke om sex gjør at man forstår brukerens vansker med å snakke om det, den kliniske konteksten kan gjøre det til et tema som må tas opp, det systemiske perspektivet er en begrenset ressurs gjennom synet på selvbevissthet, nøytralitet og sirkularitet i relasjoner, systemiske spørsmål er hjelpsomme.

Informantene mener videre at det å i tillegg til systemiske ideer ha en psykoanalytisk forståelse og kunnskap om barns utvikling er nødvendig for å jobbe med seksualitet. De mener det å ha likt kjønn som den man snakker med gjør det lettere. Å snakke om temaet gjør terapeuten mer oppmerksom på sitt ansvar om å ta det opp. Endring i sosiale fordommer gjør terapeuten i stand til å tenke mer inkluderende om seksualitet, etter- og videreutdanning kurs osv. kan hjelpe til med å tenke på temaet, for å bli i stand til å arbeide etisk med seksuelle tema må man lære å effektivt håndtere grensen mellom det personlige og det profesjonelle. Terapeuten trenger å ha evnen til å utfordre på en leken måte, være ikke-dømmende og å skape en tillitsskapende terapeutisk relasjon. Å observere mer erfarne kolleger som arbeider med sensitive tema er nødvendige for å lære (Markovic 2007:203).

I studien fant Markovic (2007:204) også at familieterapeuter opplevde begrensninger i sitt ønske om å snakke med brukere om sex og hvor komfortable de var med det. Begrensningene gjaldt indre og ytre faktorer. De indre faktorene er: Det å snakke om sex gjør terapeuten ukomfortabel, det at terapeuten snakker lite om sex i sine private liv gjør det vanskelig å ta opp temaet i terapi. Terapeutenes mangel på selvtillit forhindrer at de håndterer seksuelle tema, personlige hindringer, forlegenhet eller tilbakeholdenhet hindrer dem i å nærme seg temaet sex. Den religiøse, kulturelle, klasse og familiære kontekst terapeuten er oppvokst i

kan gjøre dem tilbakeholdne til å arbeide med seksuelle tema. Terapeuters manglende komfort med egne seksuelle erfaringer er et hinder for å snakke om sex i terapi.

Informantene i undersøkelsen mener det er en risiko for den terapeutiske relasjonen at temaet sex kan være pirrende, det å snakke om sex ville gjøre terapeuten til en kikker, å snakke om sex med par fører til at noen kan se terapeuten som forført av partneren med det motsatte kjønn, å snakke om sex i terapi er sannsynligvis krenkende og invaderende. Terapeutene mente at det å ikke motta personlig terapi gjør terapeuter sårbare i forhold til sensitive tema som sex. Videre mente de at det å være forelder til tenåringsbarn gjorde terapeuten sårbar i forhold til temaet sex. Den profesjonelle utryggheten terapeuten kan føle kan også hindre terapeuten ved; at terapeuten syntes at det seksuelle problemet var for alvorlig til at det kunne jobbes systemisk med, at det å snakke om sex i terapi kan gjøre det vanskelig for terapeuten å håndtere grensene mellom intimitet og en fungerende terapeutisk relasjon. Informantene mente også at det å jobbe med sex krever kunnskap og ferdigheter som systemiske terapeuter ikke har (Markovic 2007:204).

Markovics (2007:204) informanter la videre vekt på maktforholdet mellom bruker og terapeut. De syntes det var upassende at en mannlig terapeut snakket om sex med en enslig kvinnelig pasient. Informantene syntes det er upassende å snakke om sex hvis brukerne er meget eldre enn terapeuten. De tror brukerne også ville syntes det var vanskelig å snakke om sex med en terapeut med en annen seksuell orientering enn sin egen. Informantene pekte videre på at det ikke finnes systemisk litteratur om sex og at det manglet evidensbasert forskning som viste positive utfall.

Desa Markovic (2007:205) skriver at det ikke er tilstrekkelig systemisk trening om seksualitet. Fraværet av seksualitet som tema i klinisk praksis speiler sosiale samtaler. Informantene hennes mener at i samfunnet håndteres temaet seksualitet med doble standarder som forhindrer terapeuten i å snakke effektivt om seksualitet. Samfunnets smale syn, som f.eks. å se sex som et separat, klart atskilt område som kun tilhører voksne, begrenser terapeutisk praksis. Markovic mener terapeuter burde respektere brukernes kulturelle normer og med det hva som er greit og hva som ikke er greit å snakke om i offentligheten. Psykiatriske merkelapper avseksualiserer personer og skaper en uhensiktsmessig atskillelse mellom seksuelle problemer og mental helse. I tillegg er sex ikke et tema som passer med å arbeide med barn.

Informantene i Markovics (2007:205) undersøkelse sa at det ikke var noe forum for systemiske terapeuter å diskutere det å arbeide med seksualitet, under eller etter utdanningen. De mente også at terapeuter ikke er overbevist om det positive utfallet det har å adressere sex. Terapeutene mente også at det var best å ikke snakke om sex med barn for sin egen rettslige sikkerhet. Det er ingen koherente systemiske teorier om seksuell utvikling og seksuelle relasjoner. Terapeutene mener videre at temaet sex er eksponerende, komplisert, forvirrende og risikofyllt og terapeuten er dømt til å føle seg sårbar. Det er komplisert å bestemme om man skal snakke om parets intime relasjon hvis en person ønsker det og en person ikke ønsker det. Terapeutens offentlige image kan gjøre at de føler press på å få til en vellykket terapi. Dette kan føre til at de syntes sex er et for risikabelt tema.

I Norge er dette et område det er forsket lite på. Turid Aaltvedt, som var student ved Diakonhjemmet skrev i 2009 en masteroppgave om terapeuter i voksenpsykiatriens samtaler om seksualitet med pasienter. Hennes problemstilling var ”Hvilke diskurser tar terapeutene i bruk om kjønn seksualitet og identitetsutvikling og hvilke betydninger har måten terapeutene bruker diskursene, i samtaler med klientene?” (Aaltvedt 2009:79).

Hun intervjuet fire ansatte ved voksenpsykiatriske poliklinikker ved fire forskjellige distriktpspsykiatriske sentre. Hun brukte diskursanalyse til å analysere intervjuene. Diskursene hun fant i sitt materiale var den romantiske diskursen, den feministiske diskursen og den moralistiske diskursen. Hun fant at terapeutene oppfattet den feministiske diskursen som utfordrende, spesielt gjaldt dette for kvinnene når den feministiske diskursen så ut til å komme i konflikt med idealet om kjernefamilien. Aaltvedt etterlyser veiledning på caser hvor seksualitet er tema (ibid:32, 80 og 81).

Grete Lund som også var student ved Diakonhjemmet skrev en masteroppgave i 2011 om hvilke diskurser vedrørende kjønn, seksualitet og utroskap som synes å påvirke familierapeuter i deres samtaler med par. I denne oppgaven brukes også diskursanalyse. Hun intervjuet 6 familierapeuter ved familiekontorer Lund (2011:3).

Lund beskriver diskursen om heteronormativitet og motdiskursen om skeiv aktivisme, diskursen om dualisme og motdiskursen kjønnsnøytralitet, diskursen om kjønn og seksualitet og motdiskursene kjønnsstilhørighet og seksuell orientering samt diskursen om seksuell utroskap og motdiskursen polyamori. Hun skriver at hun ble overrasket over lite

sosialkonstruksjonistisk innflytelse respondentene var preget av, i motsetning til rådende familierapeutisk teori. I tillegg fant hun at noen av terapeutene var lite bevisste på hvilke diskurser de brukte og risikerte å overføre disse til parene som oppsøkte dem. Lund anbefaler fremtidig forskning å undersøke hvordan bl.a. seksualitet inkorporeres i familierapiutdanning (ibid:85 og 87).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjort en metastudie hvor effekter av seksualterapeutiske intervensjoner ble kartlagt. Samlivsproblemer kan være årsak til at et par får seksuelle problemer, men seksuelle problemer kan også være en årsak til at et par får andre problemer i samlivet (Kunnskapssenteret 2012:82). Et av hovedfunnene var at parterapi, med fokus på konfliktløsning og kommunikasjonstrening, i kombinasjon med seksualterapi, ga bedring for par med seksuelle problemer. Parene hadde da en tilleggseffekt av at det ble gitt parterapi. Dette funnet ble gjort i tre studier av i alt 242 par. (ibid:2,5,65 og 66)

## Metodisk tilnærming

Ettersom jeg ønsket å bruke kvantitativ metode i forskningen, kontaktet jeg Dr. Steven Harris med forespørsel om å få bruke spørreskjemaet som Harris og Hays brukte i sin undersøkelse (Harris og Hays 2008). Dr. Harris ga meg tillatelse til å bruke spørreskjemaet i min undersøkelse og sendte meg skjemaet pr e-post.

Jeg ønsket å gjennomføre en elektronisk spørreundersøkelse blant familieterapeuter ved hjelp av dataprogrammet Limesurvey og valgte derfor å spørre Norsk forening for familieterapi (NFFT) om tillatelse til å bruke deres medlemsmasse som populasjon for min kvantitative tverrsnittsundersøkelse. En tverrsnittsundersøkelse er en undersøkelse som baseres på et utvalg som er representativt og stort, hvor hensikten er innsamling av kvantitative data. Et design av denne typen er kun egnet til å gi et øyeblikksbilde eller en situasjonsbeskrivelse og viser ikke prosesser over tid (Ringdal 2007:128).

Grunnen til at jeg valgte å spørre NFFT om tillatelse til dette var at jeg har et inntrykk av at de fleste familieterapeuter er medlemmer av NFFT og dermed kan gi et noenlunde representativt bilde av familieterapeuter i Norge. Medlemskapet der er ut ifra faglig interesse. Det er ikke en fagforening og medlemskapet er derfor ikke avhengig av om det er et ønske å være organisert i en fagforening. På hjemmesiden til foreningen står følgende: ”§2 Medlemskap. Individuelt medlemskap er åpent for praktiserende familieterapeuter og annet fagpersonell som arbeider med familier, underviser eller forsker innen feltet”(NFFT<sup>5</sup> 2013).

NFFT har nå 830 medlemmer, i følge medlemsansvarlig Arne Kallekleiv. De hadde tidligere over 1000 medlemmer, men det var en del som falt ut i forbindelse med overgang til faktura på e-post. (Metaforum 1:2013) Jeg forespurte foreningen om å få lov til å bruke deres medlemsregister til utsending av spørreskjema. Dette ble tatt opp i styret og konklusjonen var at de ikke ønsket dette på grunn av at dette ikke var klarert med medlemmene gjennom årsmøte.

I stedet for dette alternativet, valgte jeg å ha en anonym spørreundersøkelse med en felles link for alle informantene og søkte tillatelse fra styret til å sende ut e-post til medlemmene

---

<sup>5</sup> <http://www.nfft.no/show.aspx?id=1096> lastet ned 09.12.13

gjennom medlemsansvarlig. NFFTs styre valgte å godkjenne dette. Jeg kunne da bruke medlemmer av NFFT som enheter og NFFTs medlemsmasse som populasjon for min undersøkelse.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ble kontaktet per telefon for å få bekreftet at undersøkelsen ikke var søknadspliktig på grunn av at undersøkelsen er anonym og at jeg som forsker og høgskolen i Oslo og Akershus, som vert for undersøkelsen, ikke vil lagre IP-adressene, e-postadresser eller andre elektroniske spor til informanter. Administrator for limesurvey på høgskolen har bekreftet dette for meg i en e-post. (se vedlegg 4).

NSD informerte om at dersom det ikke ble brukt variabler som kunne identifisere informantene enkeltvis eller i kombinasjon og det ikke ble lagret data om informantene, så var undersøkelsen ikke søknadspliktig. De henviste også til sine nettsider (NSD<sup>6</sup> 2013)

### **Limesurvey selvrapporteringsskjema**

I undersøkelsen brukte jeg en spørreundersøkelse gjort i programmet Limesurvey versjon 2.05 (Vedlegg 1). Dette gir en lav grad av nærhet til informantene, men gir en høy grad av standardisering. Formålet med at det er høy grad av standardisering er å få så pålitelige data som mulig, hvor tilfeldige målefeil ikke er tilstede (Ringdal 2007:102-103).

Det negative ved denne måten å innhente opplysninger på er at man ikke har mulighet til å spørre informantene nærmere om svarene deres, som man har mulighet til i et intervju. I et spørreskjema har man som oftest lukkede spørsmål med faste svaralternativer som informantene skal svare på. Svarene blir talldata som settes inn i en datafil for analyse (Ringdal 2007:102-103).

---

<sup>6</sup> [www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/sporreundersokelser.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/sporreundersokelser.html) 30.07.13



## Tilpassing av spørreskjemaet

Spørreskjemaet jeg hadde mottatt fra Dr. Steven M. Harris var på engelsk og var tilpasset amerikanske forhold. Jeg valgte å selv oversette skjemaet for deretter å tilpasse det til norske forhold. I tillegg valgte jeg å supplere undersøkelsen med noen spørsmål (se tabell 6.1).

Under spørsmål 3 og 4 (Vedlegg 1) valgte jeg å spesifisere utdanning og videreutdanning ut i fra norske forhold, mens det i originalen kun var spurt om mastergrad, doktorgrad og sertifisering som sexterapeut. Harris og Hays (2008:248) anbefalte at det ble gjort studier av studieplaner for å se i hvilken grad studiet tok opp seksualitet som tema. Dette var det ikke rom for i denne undersøkelsen, men det ble i stedet valgt, under spørsmål 9 (vedlegg 1), å ta med variabler som ga informasjon om studiested, for å kunne knytte informasjon om seksualitet var tatt opp i utdanningen til utdanningssted. Under disse spørsmålene ga jeg også informantene muligheten til å selv angi andre typer utdanninger under punktet "annet".

I Harris og Hays spørreskjema ble det kun spurt om hvor lang tid informantene hadde praktisert. Jeg syntes det var relevant å vite noe om hvor lang tid de hadde praktisert som terapeut totalt, da det å for eksempel ha drevet individualterapi kan ha gitt personen erfaring som terapeut (spørsmål 6, vedlegg 1), og i tillegg vite noe om hvor lenge de har praktisert som familierapeuter spesielt (spørsmål 5, vedlegg 1). På bakgrunn av denne interessen ble spørsmålet i Harris og Hays spørreskjema delt opp i to variabler i denne spørreundersøkelsen (spørsmål 5 og 6, vedlegg 1).

Variablen "Kunnskap fra egne seksuelle erfaringer kan brukes i kliniske samtaler" ble lagt til under spørsmål 16. Også under spørsmål 11 (vedlegg 1), "jeg har tilegnet meg kunnskap om seksualitet gjennom", ble variabelen "Egen erfaring" tatt med. Disse ble lagt til fordi jeg mener at egne erfaringer også kan være en kunnskapskilde, samtidig som det kan være ulike meninger om det bør brukes i kliniske samtaler.

I stedet for en variabel, med en syvpunkts Liktert skala, hvor 1 er tradisjonell/konservativ og 7 er liberal, valgte jeg å ha 6 variabler med skala fra 1-7, hvor en er negativ og 7 er positiv, hvor det ble spurt om holdninger til samboerskap, ekteskap, homofili, transseksualitet, utroskap og bigami/flere samtidige partnere. Jeg valgte å kalle denne for "skala for holdning

til seksuelle relasjoner”. Variablene ble flyttet til slutten av undersøkelsen, spørsmål 20, fordi det er et holdningsspørsmål som kan oppleves sensitivt (Ringdal 2007:185).

Variablen som spørsmål ”hvordan har erfaringen med å snakke om seksuelle tema i terapi vært?” (spørsmål 13, vedlegg 1) ble laget på bakgrunn av at Harris og Hays (2008:247) skrev i sin artikkel at selv om familieterapeuter har mange erfaringer med å snakke om seksuelle tema i terapi, er det ikke sikkert at disse erfaringene er gode og at dette kunne være en bakenforliggende faktor som ikke var undersøkt.

Variabelen ”Angi hvor mange timer du gjennomsnittlig har hatt med par eller familier pr uke i de årene du har praktisert som familieterapeut” ble delt opp i seks verdier på ordinalnivå i stedet for å være en variabel hvor man skal skrive inn verdien selv.

Jeg vurderte også å spørre informantene om hvilket arbeidssted de hadde, men gikk bort fra dette. Dette var noe Harris og Hays heller ikke spurte om, og som kunne føre til at informanter kunne gjenkjennes i kombinasjon med andre variabler fordi mange arbeidsplasser er små og har få ansatte familieterapeuter.

Tabell 6.1, på neste side, viser en oversikt over spørsmålene i undersøkelsen. Den gir en oversikt over hvilke spørsmål som er oversettelser fra den originale undersøkelsen til Hays og Harris, hvilke spørsmål som er tilpasset norske forhold og hvilke spørsmål som er laget for denne undersøkelsen spesielt. Chronbacks alfa for denne undersøkelsen viser god intern konsistens ( $\geq 0.70$ ). En nærmere forklaring på Cronbacks alfa kommer senere i oppgaven (se under undersøkelsens interne konsistens).

**Tabell 6.1 Spørreskjema – spørsmålsnr., målenivå, ant. variabler, forhold til original, format, navn på skala og Cronbachs Alfa**

Spørsmålsnummer	Målenivå	Antall variabler	Spørsmålets forhold til Harris og Hays (2008) spørreskjema	Format	Navn	Cronbachs Alfa Harris og Hays (H&H)/Denne undersøkelsen (D.U.)
1	Nominal	1	Oversettelse av original	Dikotom		
2	Forholdstall	1	Oversettelse av original	Inntasting		
3	Nominal	11	Eget spørsmål	Avkrysning		
4	Nominal	9	Eget spørsmål	Avkrysning		
5	Forholdstall	1	Tilpasset fra original	Inntasting		
6	Forholdstall	1	Tilpasset fra original	Inntasting		
7	Ordinal	1	Tilpasset fra original	Flervalgsoppgave med 6 alternativer		
8	Nominal (Ordinal)	3	Ny på bakgrunn av spørsmål 11 i original	Liktert skala format 5 punkter samt et ekstra punkt for missing.		
9	Nominal	9	Oversettelse av original	Avkrysning		
10	Nominal	7	Oversettelse av original	Avkrysning	Sexuality Education Scale (Harris og Hays)	
11	Nominal	5	Eget spørsmål	Avkrysning		
12	Ordinal	1	Oversettelse av original	Flervalgsoppgave med 5 alternativer	Clinical Experience Scale (Harris og Hays)	
13	Ordinal	1	Eget spørsmål	Flervalgsoppgave med 8 alternativer	Skala for erfaringstyper	
14	Nominal	6	Oversettelse av original	Avkryssing	Supervision Experience Scale (Harris og Hays)	
15	Intervall	8	Oversettelse av original	Liktert Skala format 7 punkter minus - pluss	Sexuality Discussions with Clients Scale (Harris og Hays)	H&H: 0,90 D.U.: 0,87
16	Intervall	8	1 spørsmål lagt til, ellers oversettelse fra original	Liktert Skala format 7 punkter minus - pluss		
17	Intervall	8	Oversettelse av original	Liktert Skala format 7 punkter minus - pluss	Perceived Sexual Knowledge Scale (Harris og Hays)	H&H: 0,85 D.U.: 0,85
18	Intervall	4	Oversettelse av original	Liktert-Skala format 7 punkter minus - pluss	Sexual Comfort Scale (Harris og Hays)	H&H: 0,86 D.U.: 0,93
19	Intervall	10	Oversettelse av original	Liktert-Skala format 7 punkter minus - pluss		
20	Intervall	6	Eget spørsmål på bakgrunn av spørsmål 3 i Original	Liktert-Skala format 7 punkter minus - pluss	Skala for holdninger til seksuelle relasjoner	D.U.: 0,76

## **Innsamling av data**

Første e-post til de 700 av ene som sto på e-postlisten ble sendt ut 28.10.13 (Vedlegg 2).

Dessverre skjedde det en feil under utsendelse og kun deler av listen fikk e-posten. E-posten ble sendt på nytt 01.11.13. Deretter ble det sendt ut en påminnelse-post 14.11.13 (Vedlegg 3).

14.11.13 mottok alle medlemmer av NFFT medlemsbladet ”metaforum.” I denne utgaven hadde jeg satt inn en annonse hvor det ble informert om undersøkelsen (Metaforum 4:2013). Gjennom dette fikk de resterende 130 medlemmene, som ikke mottar e-post fra foreningen, adgang til å svare. Undersøkelsen ble avsluttet kl. 00:00 29.11.13.

Innstillingene i statistikkprogrammet limesurvey var at det ikke skulle lagres IP-adresser, slik at informantenes anonymitet ble ivaretatt. Det ble heller ikke lagret data for når undersøkelsen ble besvart. Ettersom besvarelsen av undersøkelsen skjedde ved en felles web-adresse valgte jeg en innstilling som gjorde at det ble lagt inn en informasjonskapsel på maskinen besvarelsen ble sendt fra som forhindret informanter å svare to ganger. Eventuelle forsøk på å besvare to ganger fikk melding om at undersøkelsen allerede var besvart. Etter min vurdering var det i forveien liten sjanse for at noen ville svare på undersøkelsen to ganger.

## Forskningsetiske spørsmål

I datamaterialet jeg har innsamlet kan det være en del sensitiv informasjon om familieterapeuter som gruppe. Dersom resultatene av undersøkelsen skulle vise at mange familieterapeuter snakker med par om seksuelle tema uten å ha teoretisk kunnskap om dette ville dette kunne skade profesjonens rennommé og kundegrunnlag for privatpraktiserende, hvor kundene ville kunne foretrekke å gå til en sexolog.

Ringdal (2007:424 og 435) skriver at forskningen skal være upartisk, og at man derfor ikke skal skjule til partsinteresser eller egne syn i publisering av resultatene. Publiseringen av forskningen skal ikke fordreies til å gi et bedre inntrykk av forskningsobjektene enn det resultatene faktisk viser. Det vil derfor ikke gjøres noe forsøk på å skjule resultatene, samtidig som det er viktig å vise alle resultatene og ikke kun det som kan oppfattes som negativt.

Ettersom jeg har valgt en anonym undersøkelse vil jeg som forsker ikke komme i besittelse av sensitive data som kan identifisere informantene, fordi det kun er svarene til informantene som ligger i datasystemet. Dersom jeg hadde valgt en undersøkelse hvor det ble registrert navn, e-postadresse eller liknende på informantene, ville dette gjøre at det lå sensitive data i datasystemet som styrer undersøkelsen (limesurvey) (Ringdal 2007:429).

Informantene har krav på informasjon som kan skape en forståelse av forskningsfeltet prosjektet inngår i, samt hensikten med prosjektet og hvilke metoder som skal brukes. Det skal også informeres om hvilke følger det vil kunne ha for informantene å delta i prosjektet og hvilken hensikt forskningen har. Informasjonen som skal gis er allikevel ikke så omfattende i en spørreundersøkelse som det hadde hvis det var et medisinsk eksperiment (Ringdal 2007:426 og 428). I denne undersøkelsen ble informantene informert om forskningsprosjektet, hensikten og metoden som ble brukt i e-postene som gikk ut til medlemmene (vedlegg 2 og 3) i medlemsbladet (Metaforum 4:2013) og i spørreundersøkelsen (vedlegg 1).

## **Analyse av innsamlede data**

Dataene lagt inn i IBM SPSS Statistic versjon 20 og ble analysert med analyseverktøy for intern konsistens, faktoranalyse, beskrivende statistikk, korrelasjon og regresjonsanalyse som finnes i dette dataprogrammet, under veis ble programmet oppdatert og de siste analysene ble gjort i IBM SPSS Statistic versjon 22.

### **Reliabilitet i undersøkelsen**

Reliabilitet handler om hvorvidt gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat (Ringdal 2007:86). I følge Ringdal (2007:86-87) er det tre måter å vurdere reliabiliteten til en undersøkelses data. I denne undersøkelsen er det relevant å bruke to av disse; kildekritikk og intern konsisens. Disse begrepene vil forklares nærmere under hvert punkt. Test-retest var ikke mulig å gjennomføre i denne undersøkelsen, da det ville ha innebåret en større byrde for Norsk forening for familieterapi å skulle sende ut en ny undersøkelse.

### **Kildekritikk**

Når en forsker skal utføre kildekritikk utforskes det hvordan dataene i undersøkelsen er samlet inn. Reliabiliteten påvirkes av hvor nøyaktig dataregistreringen har vært og at det er gjort søk etter feil og at disse er rettet. (Ringdal 2007:86-87). I noen spørreundersøkelser kan man risikere feilkilder i datamaterialet fordi det er gjort et manuelt arbeid med å overføre data fra spørreskjema.

I denne undersøkelsen ble datamaterialet overført direkte fra Limesurvey til min undersøkelse ved at en spss datafil ble produsert i Limesurvey. Dette ble gjort av tidsmessige årsaker og for å unngå å risikere å miste data i overføringen. Det var allikevel noen manuelle operasjoner i forbindelse med at datamaterialet måtte bearbeides, som teoretisk sett kan være en feilkilde. Eksempler på manuelle operasjoner som er gjort i denne undersøkelsen er omgjøring til nye kategorier og omgjøring av inntastet tekst til tallkoder.

Frafall kan også true reliabiliteten, og er størst problem når det innsamles data ved utsendelse av selvutfyllingsskjema (Ringdal 2007:104). For å få flest mulige til å svare ønsket jeg å gjøre

dem interessert i å delta mens de satt ved datamaskinen og leste e-post. Det var da mulig å komme direkte til undersøkelsen fra en lenke i e-posten. Tanken med dette var å gjøre det minst mulig komplisert og mest mulig interessant å delta, for å få flest mulige informanter.

Et annet tema er om frafallet i undersøkelsen er tilfeldig. Det kan være slik at de som er interessert i temaet seksualitet er overrepresentert i undersøkelsen fordi disse syntes undersøkelsen virker spennende, mens de som ikke liker å snakke om seksualitet eller som føler seg inkompetente på dette området kanskje unngår å svare. Slike faktorer kan gi skjevt utvalg som ikke representerer populasjonen. Samtidig kan frafallet skyldes tilfeldige faktorer som at folk ikke jobber direkte med det og derfor ikke svarer, at de er forhindret fra å delta, ikke orker eller lignende. Variasjonen som finnes i utvalget i denne undersøkelsen er allikevel en god indikator på at utvalgets skjevhet ikke er stort (Ringdal 2007:198).

Før undersøkelsen ble NFFT forespurt om det var mulig å bruke medlemsregisteret til å få data om populasjonen, for å kunne teste utvalgets sammensetning mot populasjonen.

Dessverre ønsket ikke NFFT å gi ut slike data.

Missing Completely at Random (MCAR) er når manglende data ikke har en årsak som foreligger. Er missing-verdiene tilfeldige er dataene allikevel fullt ut representative.

Missing at Random (MAR) heter det hvis missing-verdien man har på en variabel er betinget av andre variabler man har med i analysen, og ikke denne variabelen.

Not Missing at Random (NMAR) er verdiene når de ikke er MCAR eller MAR, og er den typen missing-verdier som er vanskeligst å håndtere fordi derom verdiene erstattes eller utelates så skjer det en fordelingskjev estimasjon av koeffisientene (faktorene som tilhører variablene).

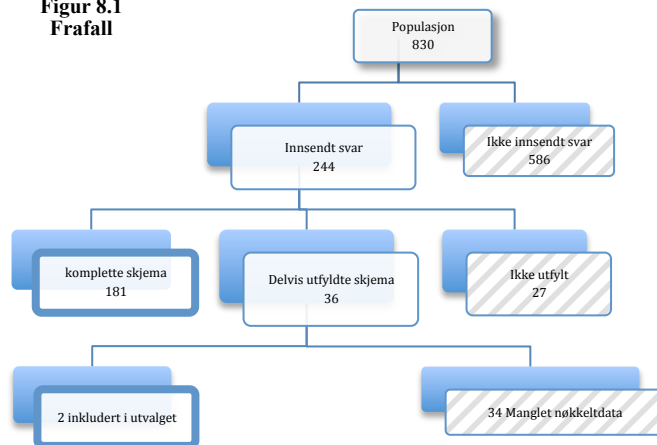
MAR og MCAR verdier kan inkluderes ved flere metoder (Christophersen 2013:81-82)

I undersøkelsen ble alle spørsmålene gjort obligatoriske. Informantene tvunget til å svare på alle spørsmålene, og hvis de av en eller annen grunn ikke ønsket å svare på alle spørsmålene så droppet de ut fra hele det resterende av undersøkelsen. Dette ble gjort for å få flest mulig komplette svar, men førte allikevel til noe frafall.

Resultatet av undersøkelsen var at 181 stykker hadde levert en full besvarelse, 36 hadde levert en uferdig besvarelse. 27 stykker hadde påbegynt undersøkelsen uten å svare noen ting. Disse

besvarelsene ble slettet. Av de 36 som hadde levert en uferdig besvarelse manglet 34 av disse nøkkeldata for undersøkelsen og ble derfor forkastet. To ble inkludert i utvalget ved å legge inn gjennomsnittet av de andre svarene, en kvalifisert gjetning (n=183). Dette gir en svarprosent på ca. 22%, hvilket er en lav svarprosent.

**Figur 8.1**  
**Frafall**



For å ikke få et for konstruert utvalg ble det valgt å slette de 34 delvis utfylte skjemaene, da alternativet ville vært å konstruere data for å gjøre svarene fullverdige.

### Undersøkelsens interne konsistens

Målerelabiliteten gir et mål på hvor nøyaktig en egenskap er operasjonalisert. Det gjelder forholdet mellom totalvarians og sann (reliabel) varians, altså om en har målt det en ønsket å måle. Den interne konsistensen, Cronbacks Alfa ( $\alpha$ ), er en reliabilitetsform tilpasset sett av indikatorer (indeks av indikatorer) som forsøker å operasjonalisere en egenskap (Christophersen 2013:105).

For å teste den interne konsistensen i undersøkelsen er  $\alpha$  brukt.  $\alpha$  varierer fra 1 til 0 og er en statistisk størrelse som måler intern konsistens mellom indikatorene som inngår i den aktuelle indeks. For at det skal være en tilfredsstillende reliabilitet, så må  $\alpha$  være høy. Dersom det er sterke sammenhenger mellom indikatorene og det er mange indikatorer, så er det bedre mulighet for å måle reliabiliteten gjennom bruk av  $\alpha$ . Hovedregelen er at desto flere indikatorer som er med, desto bedre reliabilitet gir det.  $\alpha$  bør være  $\geq 0,70$ . 70% av indikatorvariansen kan da anses som en sann (reliabel) varians (Ringdal 2007:87 og Christophersen 2013:105).

I denne undersøkelsen ble det gjort test på spørsmålene initiativ til samtaler om seksualitet (spørsmål 15, vedlegg 1), opplevd kunnskap om seksualitet (spørsmål 17, vedlegg 1), komfort



med å snakke om seksuelle tema (spørsmål 18, vedlegg 1), og terapeuters holdninger til seksuelle praksiser (spørsmål 20, vedlegg 1). Spørsmål 19 (vedlegg 1) prøver ikke å representere et begrep og det ble derfor ikke testet i denne undersøkelsen. Dette spørsmålet er heller ikke testet av Hays og Harris. Testene som ble gjort av  $\alpha$  i denne undersøkelsen viser god intern konsistens. Testene viser verdier mellom 0.74 og 0.93, som alle er  $> 0.70$ .

## **Validitet i undersøkelsen**

### **Begrepsvaliditet**

Begrepsvaliditet handler om ”hvorvidt man har lykket i å operasjonalisere det man egentlig ønsker å måle på en adekvat og pålitelig måte” (Skog 2005:89). Å teste begrepsvaliditeten er viktig for å være sikker på at man måler det man ønsker å måle (Ringdal 2007:87). For å teste begrepsvaliditeten ble noen av mine medstudenter bedt om å gjennomføre undersøkelsen og komme med tilbakemeldinger på om noe var uklart og kunne lede til misforståelser.

I denne undersøkelsen var for eksempel spørsmål om initiativ, opplevd kunnskap og holdninger til seksuelle praksiser (Spørsmål 16, 17 og 20, vedlegg 1) sett av spørsmål for å operasjonalisere teoretiske begreper. Det meste av spørreundersøkelsen som ble sendt ut var oversatte spørsmål fra Harris og Hays undersøkelse, noe som styrker validiteten i undersøkelsen.

Medstudentenes tilbakemeldinger førte til at det under total praksis ble presisert at det her skulle inkluderes praksis som individualterapeut og gruppeterapeut, samt at jeg måtte bruke begrepet klient for å gjøre det forståelig hvem jeg snakket om i stedet for å bruke lengre og mer uklare begreper som ”menneskene familieterapeuter snakker med i terapi” eller liknende.

I etterkant av å ha gjennomført undersøkelsen er det kommet frem at et av spørsmålene som ble lagt til i denne undersøkelsen var spørsmål om familieterapeuter brukte ”egen erfaring” som kunnskapsgrunnlag for sin praksis som familieterapeut. Meningen med spørsmålet var å prøve å måle i hvilken grad familieterapeuter brukte personlig seksuell erfaring som kunnskapsgrunnlag, men ble uklart fordi det kan henviser til personens personlige seksuelle opplevelser eller til profesjonell erfaring med seksualitet som tema i terapi, og gjør således at

informantene kan ha svart på dette med forskjellig mening. Dette gjør at dette spørsmålet mister noe av sin verdi.

I etterkant av at undersøkelsen ble sendt ut er det kommet frem at spørsmålet om veilednings på seksuelle tema (spørsmål 14, vedlegg 1) burde vært endret. Det burde vært et spørsmål på ordinalnivå med et naturlig nullpunkt og heller hatt de to neste spørsmålene for seg selv.

Forskning viser at et naturlig et oddetall av variabler gir mest nøyaktig resultat. Når man ikke har et naturlig nullpunkt kan folk føle seg tvunget til å plassere seg i andre kategorier enn de føler seg hjemme i. Dette ville også redusert missing-raten på 21.3% i spørsmålet. De som ble talt som frafall her er de som for eksempel har svart at de har hatt kollegaveiledning eller har snakket med veileder om det i utdanning (Ringdal 2007:181 og 183).

### **Umiddelbar validitet**

Umiddelbar validitet (face validity) er en skjønnsmessig vurdering om de indikatorene som brukes for å ramme inn et bredt begrep er dekkende for å ramme inn noe som regnes inn under begrepet. For eksempel om spørsmål om tillit kan brukes for politisk tillit. (Ringdal 2007:87) Dette var ikke aktuelt i denne undersøkelsen fordi spørsmålene var spesifisert til å gjelde seksuelle tema.

### **Innholdsvaliditet**

Normalt har et teoretisk begrep et rikere meningsinnhold enn det som kan beskrives i enkle spørsmål. Innholdsvaliditet (content validity) går på i hvilken grad man klarer å måle de viktigste aspektene ved et begrep. For å teste ut i hvilken grad spørsmålene kunne dekke begrepene ble spørreskjemaet testet av seks av mine medstudenter før det ble sendt ut for å luke ut eventuelle feil i skjemaet. Ringdal (2007:181) skriver at han anbefaler å bruke andres spørsmål fordi dette gir trygghet ved at spørsmålet er brukt tidligere og har fungert. Det å bruke samme spørsmål gjør også at data kan sammenlignes med tidligere undersøkelser. I denne undersøkelsen er det valgt å bruke en tilpasset tidligere brukt undersøkelse. Ettersom spørsmålene om holdninger til seksuelle tema (Vedlegg 1 spørsmål 20) ikke har vært brukt før er det utført faktoranalyse på dette.

Det kan bli systematiske målefeil når det er et sensitivt tema informantene skal svare på fordi de vil kunne ønske å gi et retusjert bilde av seg selv. Dette kan gi falske positive svar dersom noen ønsker å skape et positivt bilde ved å gi positive svar på noen variabler og tilsvarende falske negative, når det ikke svares positivt på variabler som informanten egentlig har. Det er viktig med sensitivitet i spørsmålene. Spørsmålene om atferd, holdninger og verdier kan for eksempel virke truende dersom det er svaralternativer som virker moralsk eller politisk korrekte (Ringdal 2007:183 og Skog 2005:91).

For å unngå disse målefeilene er det også viktig hvordan spørsmålene stilles. Spørsmålene bør være klart formulert, slik at de ikke kan misforstås. Spørsmålene må ikke være ledende. Spørsmål om de samme typer holdninger kan stilles på forskjellige måter når det er et tema som inneholder flere underområder. Ettersom jeg skal stille spørsmål som handler om verdier og holdninger vil jeg bruke skaleringsspørsmål for å få frem nyanser i holdningene (Ringdal 2007:181-182).

Det er viktig å åpne undersøkelsen med spørsmål som virker ufarlige og nøytrale, slik at informantene får motivasjon til å fullføre undersøkelsen. Jeg ønsker å bruke traktteknikken, hvor det starter med mer generelle spørsmål og deretter mer spesifikke spørsmål. Jeg vil sette opp spørsmålene etter tema, slik at det blir en ryddig undersøkelse med en naturlig orden for informantene. Dersom noen av spørsmålene kan virke truende på informantene så vil jeg legge disse til slutten av undersøkelsen (Ringdal 2007:185).

### **Analyse av spørsmålet om holdninger til seksuelle praksiser**

I denne undersøkelsen brukes det flere begreper. De fleste av disse er brukt før i Harris og Hays undersøkelse, men det er ett begrep som er forsøkt målt, som ikke tidligere har vært brukt. Det er derfor nødvendig å undersøke om en faktoranalyse er aktuelt på dette spørsmålet.

Begrepet det er forsøkt å måle er holdninger til seksuelle relasjoner og praksiser (spørsmål nr. 20, vedlegg 1). Dette er gjort ved å spørre om holdninger til ekteskap, samboerskap, homofili, transseksualitet, utroskap og bigami/flere samtidige partnere.

Faktoranalyser opererer ut ifra forestillingen om at målbare og observerbare variabler kan reduseres til færre, latente variabler som deler en felles varians og er uobserverbare. Dette er kjent som å redusere dimensjonaliteten. Disse uobserverbare faktorene er ikke direkte målt, men er essensielle hypotetiske konstruksjoner som brukes til å representere variabler. Eksplorerende faktoranalyse brukes når en forsker vil finne antallet faktorer som influerer variabler og for å analysere hvilke variabler som passer sammen. En basishypotese i eksplorerende faktoranalyse er at det er felles ”latente” faktorer som kan oppdages i datasettet og målet er å finne det minste antallet felles faktorer som vil gjelde for korrelasjoner (Yong og Pearce 2013:80).

Det er noen kriterier for å kunne bruke faktoranalyse. Det bør være over 300 enheter, men ved høy korrelasjon og få tydelige faktorer kan det aksepteres mindre utvalg. Er det høye faktorladninger på nøkkelvariablene ( $\geq 0,80$ ) er det tilstrekkelig med 150 enheter (Johannessen 2009:169). I denne undersøkelsen er det 183 enheter, det er derfor tatt høyde for at det må være høye faktorladninger. Nøkkelvariablene som skal analyseres i denne undersøkelsen er variablene i spørsmål 20 (vedlegg 1).

Johannessen (2009:169) skriver at i en faktoranalyse bør det minimum være tre variabler. I dette tilfellet er det 6 variabler som det utføres faktoranalyse av; en for ekteskap, samboerskap, homofili og transeksualitet og en annen for utroskap og bigami. Videre skriver Johannessen (ibid) at fordelingen på variabelen bør være normalfordelt, men at resultatene allikevel kan ha nytteverdi, selv om fordelingen ikke er normalfordelt. Det er også en forutsetning at det er lineære sammenhenger mellom variablene.

Det er høy korrelasjon mellom variablene og faktoranalysen viser at variablene måler det samme. Ettersom det kun er en dimensjonalitet i variablene er det laget en ny variabel som viser informantenes holdninger til seksuelle praksiser, så variabelen eventuelt kunne brukes i en regresjonsanalyse.

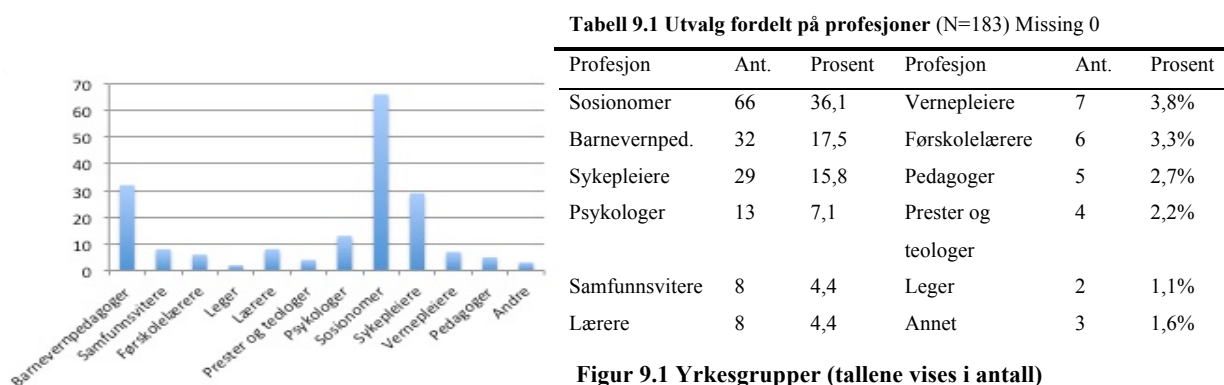
## Resultatene av de innsamlede dataene

### Grunnlagsdata om informantene

161 kvinner (74,2%) og 56 menn (25,8%) svarte på undersøkelsen, totalt 217.

Kjønnsforskjeller har ikke pekt seg ut å være en viktig faktor i denne undersøkelsen, hvis ikke ville dette blitt utforsket videre. Informantene hadde en alder fra 27 til 75 år, med et gjennomsnitt på 50,78 år.

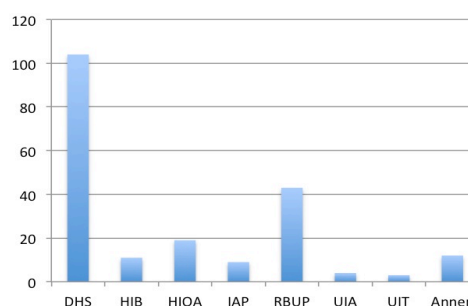
Informantene hadde gjennomsnittlig praktisert familieterapi i 9 år, og hadde fra 0-38 års erfaring. De hadde gjennomsnittlig arbeidet 14 år som terapeut totalt, med en variasjon fra 0 til 50 år. I undersøkelsen ble det spurt om informantenes grunnutdanning. Informantenes svar er illustrert i figur 9.1 og tabell 9.1.



Tabell 9.1 viser at informantene har en bred tverrfaglig bakgrunn, noe som representerer den tverrfagligheten som finnes i familieterapifeltet. Som det vises av grafen og tabellen er sosionomene den største gruppen (36,1%), barnevernpedagoger utgjorde 17,5% og sykepleiere 15,8%, mens de andre gruppene utgjorde under 10% hver.

<b>Tabell 9.2 Videreutdanning</b>	(N=183)	Missing 0
Type utdanning	Antall	Prosent
<b>Kliniske godkjenninger</b>		
Godkjent kliniker	44	24%
Spesialistutdanning i familepsykologi	13	7.1%
Spesialistutdanning annet fagområde	13	7.1%
<b>Videreutdanning i familierapi</b>		
Under 2 år	14	7.7%
2 år	110	60.1%
Over 2 år (under utd. til mastergrad)	2	1.1%
Mastergrad	33	18%
PHD	1	0,5%
<b>Annen videreutd. med familierapeutisk innhold</b>	6	3.3%
Annen videreutd. som eneste videreutdanning	2	1.1%
<b>Sexologisk videreutdanning</b>	9	4.9%
Med videreutdanning i familierapi i tillegg	6	3.3%
Med kliniske godkjenninger	4	2.2%
<b>Har ikke familierapeutisk videreutdanning</b>	1	0.5%

<b>Tabell 9.3 Utdanningsinstitusjon</b>	(N=180)	Missing 3
Utdanningsinstitusjon	Antall	Prosent
Diakonhjemmets høyskole	104	56,8
Høgskolen i Bergen	11	6
Høgskolen i Oslo og Akershus	19	10,4
Institutt for aktiv psykoterapi	9	4,9
RBUP	43	23,5
Universitetet i Agder	4	2,2
Universitetet i Tromsø	3	1,6
Annen utdanningsinstitusjon	12	6,6



Figur 9.2

Tabell 9.2 viser hva slags utdanning informantene har ut over sin grunnutdanning. De fleste informantene (60%) har en 2 årig utdanning i familierapi, mens 18% har en masterutdanning. 9 informanter har sexologisk videreutdanning, noe som utgjør en prosent på 4,9%

Masterutdanning tilbys ved Diakonhjemmet og HiOA og er fireårige studier på deltid. Toårig videreutdanning på deltid tilbys ved flere høyskoler rundt om i landet. Tabell 9.3 og figur 9.2 viser at de fleste av informantene har gått på diakonhjemmets høyskole. De har enten tatt hele studiet der eller tatt noe utdanning ved en annen høyskole og så gått videre ved diakonhjemmet. 12 av informantene rapporterer å ha gått på flere skoler enn Diakonhjemmet.

## Informantenes kunnskapsgrunnlag om seksualitet

**Tabell 9.4 Kunnskapskilder**

Variabel	Antall	Prosent
Ingen kurs på høyskole/universitetsnivå om seksualitet	96	52.5
Seksualitet som del av kursene i utdanningen	29	15.8
Et helt kurs om seksualitet i utdanningen	14	7.7
Trening i å snakke om seksualitet var en integrert del av utdanningen	11	6.0
Deltatt på kurs eller workshops om seksualitet	68	37.2
Jeg har aktivt lest litteratur om seksualitet og holder meg oppdatert på seksuelle tema	56	30.6
Jeg har undervist i et emne på høyskole/universitetsnivå om seksualitet	6	3.3

**Tabell 9.5 Kilde til kunnskap** (N=183) Missing 0

Variabel	Antall	Prosent
Kurs på universitet/høyskole	45	24.6
Faglitteratur	147	80.3
Annen litteratur	77	42.1
Media	66	36.1
Egen erfaring (klinisk/privat)	111	60.7

Tabell 9.4 og 9.5 viser at 52% ikke har kurs på høyskole/universitetsnivå. ca. ¼ av informantene oppgir å ha kurs på universitets/ høyskolenivå om seksualitet, 7,7% har et helt kurs, 15,8 % hadde seksualitet som en del av kursene i utdanningen. Derimot opplyser 80,3% at faglitteratur er kilde til deres kunnskap, 30,6 % oppgir at de har lest aktivt og holder seg oppdatert.

37,2% oppgir at de har deltatt på kurs eller workshops om seksualitet.

I tillegg til de faglige kildene til kunnskap om seksualitet oppgir 42,1% at de får kunnskap om seksualitet fra annen type litteratur enn faglitteratur, 36,1% oppgir media som en kilde til kunnskap og 60,7% oppgir egen erfaring som en kilde til kunnskap.

I spørsmål 10 (vedlegg 1), som er et av spørsmålene som er grunnlag for tabell 9.6 er det flere informanter som har avgitt flere svar innen samme innen samme spørsmål. De doble svarene er derfor tatt bort og spørsmålet er kombinert med svar variabelen om informanten har videreutdanning i sexologi fra spørsmål 4 (vedlegg 1).

**Tabell 9.6 Utanning innen seksualitet**

Variabler	Antall	Prosent
Ingen utdanning innen seksualitet	93	50.8
Deltatt på kurs eller workshops om seksualitet	49	26.8
Seksualitet som del av kursene i utdanningen	23	12.6
Et helt kurs om seksualitet i utdanningen	9	4.9
Videreutdanning i sexologi	9	4.9
Totalt	183	100.0

Dette ble gjort for å gi et inntrykk av hva slags utdanning innen seksualitet informantene har. Eksempelvis ble en som hadde et helt kurs om seksualitet i utdanningen og hadde deltatt på workshops, stående med kun at de hadde et helt kurs om seksualitet. Det finnes med andre ord variasjon innenfor de oppsatte gruppene, som ikke fremkommer i tabellen.

Som tabellen viser har over halvparten ingen utdanning innen seksualitet og 26,8% har kurs eller workshops som eneste utdanning. 12.6% har hatt seksualitet som en del av kursene i utdanningen, 4.9% har et helt kurs som omhandlet dette og 4.9% har en sexologisk videreutdanning.

**Tabell 9.7 minimum, maksimum, gjennomsnitt, standardavvik, antall besvarte og missing på ordinal, intervall og forholdstallvariabler**

Variabel	Min	Maks	Gj.snitt	Median	Std. avvik	Ant.besvart	Missing
Alder	27	75	51,17	52	9,40	183	0
Praksis som: familierapeut	0	38	9,22	7	7,99	183	0
terapeut totalt	0	50	14,15	12	9,28	183	0
Gjennomsnittlig antall timer pr. uke	1	6	3,33	3	1,45	183	0
Seksualitet tematisert i							
Grunnutdanning	1	5	1,99	2	0,87	183	0
Familieterapiutdanning	1	6	2,05	2	0,83	180	3
Annen videreutdanning	1	6	2,19	2	1,30	154	29
Klinisk erfaring med seksuelle tema	1	5	2,77	3	0,98	183	0
Erfaring positiv/negativ (8 fjernet)	1	7	6,19	7	2,12	183	0
Initiativ til samtaler							
Seksuelt overførbare sykdommer	1	7	2,55	2	1,50	183	0
Seksuell dysfunksjon	1	7	2,87	3	1,53	183	0
Tilfredshet med seksualliv	1	7	4,03	4	1,81	183	0
Seksuelle interaksjonsmønstre	1	7	3,30	3	1,72	183	0
Reproduksjon/prevensjon	1	7	3,21	3	1,61	183	0
Seksuell orientering	1	7	3,48	4	1,54	183	0
Forbedring av seksuelle relasjoner	1	7	3,83	4	1,79	183	0
Seksuelle overgrep	1	7	4,42	4	1,39	183	0
Reaksjon til utsagn							
Initiativ kun ved presentert tema	1	7	3,64	4	1,82	183	0
Komf. jobbe med seks. tema	1	7	5,38	6	1,41	183	0
Jeg har god kunnskap om seksualitet	1	7	4,72	5	1,35	183	0
Foretrekker ikke å jobbe med seks.	1	7	2,03	1	1,44	183	0
Veiledere tok opp temaet seksualitet	1	7	3,21	3	1,68	183	0
Seksualitet åpent tema i oppr. familie	1	7	2,70	2	1,77	183	0
Tilbakeholdenhet til temaet i terapi	1	7	2,74	2	1,72	183	0
Bruke egne seks.erf. som kunsk.	1	7	3,93	4	1,60	183	0
Kunnskapsbase om tema							
Seksuelt overførbare sykdommer	1	7	4,60	4	1,23	183	0
Seksuell dysfunksjon	1	7	4,12	4	1,25	183	0
Reproduksjon/prevensjon	2	7	5,02	5	1,10	183	0
Seksuell orientering	2	7	4,83	5	1,07	183	0
Forbedring av seksuelle relasjoner	1	7	4,80	5	1,19	183	0
Seksuelle overgrep	2	7	5,26	5	1,03	183	0
Seksuell utvikling	2	7	4,71	5	1,13	183	0
Effekt av medisiner og rusmidler	1	7	4,07	4	1,39	183	0
Komfort med å snakke med							
Brukere	2	7	5,55	6	1,12	183	0
Studenter	1	7	5,50	6	1,19	183	0
Veiledere	1	7	5,56	6	1,15	183	0
Kolleger	1	7	5,39	6	1,27	183	0
Komfort å snakke om seksualitet							
Svarer selvsikkert/åpent v. utfordring	1	7	4,52	4	1,32	183	0
Kommuniserer effektivt om seks.	2	7	4,38	4	1,18	183	0
Bruker passende vokabular	1	7	4,96	5	1,18	183	0
Sensitiv og respektfull	1	7	5,81	6	1,11	183	0
Oppfor. til egen utforsking av prob.	1	7	4,52	5	1,44	183	0
Oppfor. til egen utforsking av verdier	1	7	4,70	5	1,39	183	0
Ikke bekymret for egen påvirkning	1	7	4,44	4	1,53	183	0
Trygg på egen kunnsk. om seksualitet	1	7	4,91	5	1,28	183	0
Opptre balansert i timer v/temaet	2	7	5,44	6	1,02	183	0
Mangler respekt/føler meg intolerant	1	7	1,68	1	1,23	183	0
Holdning til							
Ekteskap	4	7	6,54	7	0,98	183	0
Samboerskap	3	7	6,40	7	1,11	183	0
Homofili	3	7	6,35	7	1,13	183	0
Transseksualitet	1	7	5,77	6	1,40	183	0
Utroskap	1	7	3,19	3	1,45	183	0
Bigami/flere samtidige partnere	1	7	3,13	3	1,63	183	0



I tabell 9.7 vises det at informantene gjennomsnittlig syntes at seksualitet i liten grad ble tematisert i grunnutdanning og i familierapiutdanning. Informantene syntes gjennomsnittlig at de har over middels god kunnskap om seksuelle tema. Best kunnskap syntes de at de har om seksuelle overgrep og reproduksjon/prevensjon.

Respondentene syntes gjennomsnittlig at de er komfortable med å jobbe med seksualitet som tema. De er gjennomsnittlig mest positive ekteskap og deretter økende negative ned til bigami, med en markant nedgang ved spørsmål om holdning til utroskap.

Tallene viser videre at informantene føler seg komfortable med å snakke om seksuelle tema med mennesker med forskjellige roller, men de foretrekker å snakke med veiledere og brukere fremfor kolleger og studenter.

Videre viser tabell 9.7 at gjennomsnittlig føler informantene seg komfortable med å jobbe med seksuelle tema (5,38 av 7) og syntes de har over middels god kunnskap om seksualitet (4,72 av 7) og er i liten grad enige i utsagnet om at de foretrekker å ikke jobbe med seksualitet som tema. Informantene er nesten nøytrale (3,93 av 7) i om de tenker det er greit å bruke egne seksuelle erfaringer som kunnskapsbase for terapeutisk arbeid.

Samme tabell viser at informantene oppfatter seg som veldig (5,81 av 7) sensitive og respektfulle i samtaler om seksualitet og føler seg over middels (4,91 av 7) trygge på egen kunnskap om seksualitet. Alle disse tallene er gjennomsnittlige.

### **Erfaringer med veiledning hvor seksualitet er temaet**

Tabell 9.8 Viser at informantene opplever at det er lite veiledning på seksuelle tema, kun 8,2% tar opp temaet regelmessig og 42,1% har ikke mottatt veiledning på seksuelle tema i det hele tatt. 31,1% oppgir imidlertid at de har konsultert med kolleger om temaet.

<b>Tabell 9.8 Veiledning</b>	(N=183)	Missing 0
Veiledning, seksuelle tema	Antall	Prosent
Ikke mottatt veiledning	77	42.1
En eller to anledninger	30	16.4
Av og til	27	14.8
Regelmessig	15	8.2
Under utdanning	21	11.5
Konsultert kolleger	57	31.1

**Tabell 9.9 klinisk erfaring og veiledningserfaring (missing 39 – 21,3%)**

Sum veiledning	Klinisk erfaring med seksuelle tema					Total
	Ingen klinisk erfaring	Klinisk erfaring 1-2 saker	Av og til	Regelmessig	Arbeider kun med dette	
Ikke veiledning	23	21	24	7	0	75
Veiledning 1-2 ganger	1	6	19	3	0	29
Veiledning av og til	1	2	17	5	0	25
Regelmessig veiledning	0	2	3	7	3	15
Total	25	31	63	22	3	144

Ut ifra en antakelse om at jo oftere man har saker hvor seksualitet er tema, jo oftere har man behov for veiledning på dette temaet, er det satt opp en krysstabell mellom klinisk erfaring med seksuelle tema og veiledning (Tabell 9.9). Tabellen viser at mange mottar ikke veiledning eller lite veiledning selv om de av og til eller regelmessig jobber med det.

### **Informantenes kliniske erfaring med seksuelle tema**

Tabell 9.10 beskriver variabelen klinisk erfaring med seksuelle tema. 32.2% av informantene har lite eller ingen erfaring med seksuelle tema. Nesten halvparten (46.4%) jobber av og til med seksuelle tema i

terapi, mens 21.3% jobber regelmessig eller oftere med seksuelle tema. De fleste informantene svarer at de har gode erfaringer med å snakke om seksuelle tema. Kun 1.6% har kun eller flest negative erfaringer, 7.1% har like mange positive som negative, mens 79,2% har flere positive enn negative erfaringer eller bedre. Gjennomsnittet av svarene var på 6,19 på en skala fra 1-7.

**Tabell 9.10 Klinisk erfaring med seksuelle tema**

Variabel	Antall	Prosent
Jeg har ingen klinisk erfaring med seksuelle tema	26	14.2
Jeg har klinisk erfaring med 1-2 saker som vedrører seksuelle tema	33	18.0
Jeg arbeider av og til med seksuelle tema i terapi	85	46.4
Jeg jobber regelmessig med personer som presenterer seksuelle tema	36	19.7
Jeg jobber på et sted som kun arbeider med seksuelle tema	3	1.6

## Statistiske sammenhenger i datamaterialet

Når begge variablene er kontinuerlige er det mulig å utføre en korrelasjonsanalyse. Pearsons produktmomentkorrelasjon (Pearsons  $r$ ) er et mye brukt korrelasjonsmål. Pearsons  $r$  angir hvor sterk samvariasjonen er og type samvariasjon (om den er positiv eller negativ) I samfunnsvitenskapelige undersøkelser kan man si at Pearsons  $r$  over 0.50 er meget sterk, 0.3-0.4 er relativt sterk og under 0.2 er svak samvariasjon (Johannesen 2009:121 og 127).

Det er korrelasjon når enheter har høye verdier på begge variablene, eller at begge variablene har lave verdier. For å måle korrelasjon må det være minst to variabler (Johannesen 2009:125-126).

For å kunne måle korrelasjon må variablene være på forholdstallsnivå. Det er allikevel et grenseland mellom kategori-variabler og kontinuerlige variabler når det gjelder variabler på ordinalnivå med mange kategorier. I dag er tendensen at man ser på hvor robuste analyseteknikkene er i ulike situasjoner, heller enn å velge analyseteknikk slavisk etter målenivå (Ringdal 2007:82).

I denne analysen ønsker jeg å inkludere variablene klinisk erfaring med seksuelle tema som har fem variabler, Positiv/negativ erfaring med kliniske samtaler om seksuelle tema (spørsmål 13, vedlegg 1) som har 8 variabler, hvor en av variablene er ”jeg har ikke erfaring med seksuelle tema i terapi”, i hvilken grad seksualitet ble tematisert i utdanningen (spørsmål 8, vedlegg 1) som har 5 variabler, veiledning på seksuelle tema (spørsmål 14, vedlegg 1) som har fire variabler og utdanning innen seksuelle tema (se tabell 9.6), som har 5 variabler.

**Tabell 9.11 Bivariat korrelasjon for variablene**

	Familieterapeuteen tar initiativ til følgende samtaleemner i terapi									
	Seksuelt overførbare sykdommer/infeksjoner	Seksuell dysfunksjon	Tilfredshet med seksualliv	Seksuelle interaksjonsmønstre	Reprod. og/eller prevensjon	Seksuell orientering	Forbedring av seksuelle relasjoner	Seksuelle overgrep	Klinisk erfaring - seksuelle tema	Positiv/negativ erfaring
Klinisk erfaring med seksuelle tema	0.26**	0.47**	0.56**	0.57**	0.16*	0.42**	0.57**	0.25**	1	
Positiv/negativ erfaring	0.17*	0.33**	0.46**	0.39**	0.16*	0.36**	0.44**	0.30**	0.69**	1

\*\* . Korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivået (2-halet).

\*. Korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivået (2-halet).

Det er statistisk signifikante sammenhenger mellom terapeutens kliniske erfaring med seksuelle tema og i hvilken grad de tar opp forskjellige seksuelle tema i terapi.

I tillegg er det statistisk signifikante sammenhenger mellom om den kliniske erfaringen med seksuelle tema i terapi har vært positiv eller negativ og i hvilken grad terapeutene tar opp forskjellige seksuelle tema i terapi.

**Tabell 9.12 Bivariat korrelasjon for variablene (N=183)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Initiativ	1											
2. Kunnskap	0.43**	1										
3. komfort	0.34**	0.42**	1									
4. Holdninger	0.03	0.16*	0.27**	1								
5. Alder	0.1	0.04	0.02	-0.17*	1							
6. Familierapi utdannings-nivå	0.04	0.14	0.17*	0.14	-0.08	1						
7. praksis som familierapeut	0.17*	-0.04	0.08	0.02	0.62**	0.07	1					
8. Praksis totalt	0.11	0.10	0.11	-0.03	0.63**	0.05	0.80**	1				
9. Klinisk erfaring seksuelle tema	0.58**	0.29**	0.34**	-0.01	0.22**	0.10	0.28**	0.26**	1			
10. Pos/negativ erfaring	0.46**	0.18*	0.25**	0.01	0.07	0.09	0.16*	0.14	0.69**	1		
11. Veiledning	0.40**	0.32**	0.29**	0.07	0.14	0.11	0.09	0.12	0.50**	0.36**	1	
12. utd.i seksualitet	0.32**	0.30**	0.25**	0.11	0.17*	0.09	0.21**	0.20**	0.33**	0.28**	0.50**	1

\*\* . Korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivået (2-halet).

\* . Korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivået (2-halet).

Ut ifra korrelasjonsanalysen kan man se at i hvilken grad man tar initiativ korrelerer med kunnskap, komfort, hvor lenge man har praktisert som familierapeut, veiledning man har mottatt, klinisk erfaring med seksuelle tema og om denne erfaringen er positiv.

Videre kan man se at i hvilken grad man er komfortabel med å ta opp seksuelle tema korrelerer med hvor mye initiativ man tar til slike samtaler, kunnskapen man har, familierapeutisk utdanningsnivå, klinisk erfaring med seksuelle tema og om denne erfaringen er positiv.

## Hva skaper komfort med seksuelle tema i terapi og hva gir initiativ til samtale om seksuelle tema?

Regresjonsanalyse kan brukes når det ønskes å belyse en relasjon mellom en avhengig variabel og en eller flere uavhengige variabler (Christophersen 2013:46). Det må være et minimum antall enheter i regresjonsanalyse. Det bør være minimum ti enheter for hver uavhengig variabel som analysen skal inkludere (Johannessen 2009:144).

I denne undersøkelsen er det utført to regresjonsanalyser, regresjonsanalysen for informantenes initiativ til samtale om seksuelle tema har 6 uavhengige variabler og regresjonsanalysen for informantenes komfort med samtaler om seksuelle tema har 5 uavhengige variabler. Ettersom det er mer enn 60 enheter i analysen så er regresjonsanalysen innenfor kravet. Når det inkluderes flere enn to variabler i en regresjonsanalyse, som det blir gjort i analysene under heter det multippel regresjonsanalyse (Johannessen 2009:152).

Det finnes to typer regresjonsanalyse; lineær regresjon og logistisk regresjon. Lineær regresjon har som forutsetning at den avhengige variabelen har et målenivå som helst er på intervall eller forholdstallsnivå. Variabler som er på ordinalnivå kan også benyttes, hvis de har minimum fem verdier. Dersom variablene er på ordinalnivå med få verdier, nominalnivå eller er en dikotom variabel er logistisk regresjon aktuelt. De uavhengige variablene kan være på alle målenivå i begge typer regresjonsanalyse (Johannessen 2009:144 og Christophersen 2013:46). I denne undersøkelsen er analysene som foretas av den avhengige variabelen på intervallnivå og de uavhengige variablene på ordinal eller forholdstallsnivå.

Den multiple regresjonskoeffisienten ( $R^2$ ) forklarer hvor mye av variasjonen i avhengig variabel som forklares gjennom den uavhengige variabelen, altså hvor god modellen er (Johannessen 2009:150, Christophersen 2013:56 og Ringdal 2007:379). Beta ( $\beta$ ) er de standardiserte regresjonskoeffisientene (Ringdal 2007:379).

Variablene som er valgt er valgt ut i fra modellen som Harris og Hays (2008:245) laget, som det er blitt vist til tidligere i oppgaven. Initiativ til samtaler om seksualitet (*Initiativ*) er valgt som den avhengige variabelen og som uavhengige variabler er utdanning innen seksuelle tema, erfaring med veiledning på seksuelle tema (*veiledning*), opplevd kunnskap om seksuelle

tema (*opplevd kunnskap*), komfort med å snakke om seksuelle tema (komfort) og klinisk erfaring med å snakke om seksuelle tema (*klinisk erfaring*). I tillegg er variabelen om den kliniske erfaringen har vært positiv eller negativ (*positiv/negativ erfaring*) tatt med på bakgrunn av anbefaling fra Harris og Hays. Initiativvariabelen er en skala fra 1 til 7 og er på forholdstallsnivå.

*Det er tre måter de uavhengige variablene kan inkluderes på;*

*Simultant*, hvor alle uavhengige variabler inkluderes samtidig i analysen. Koeffisientene blir da de samme og rekkefølgen variablene blir lastet inn i har ingen betydning.

*Stegvis* - SPSS bestemmer da rekkefølgen på hvordan de uavhengige variablene inkluderes.

*Hierarkisk*, hvor de uavhengige variablene inkluderes de i blokker som forskeren bestemmer, ut ifra teori eller annen forskning. Effekten i hver blokk kan da undersøkes. I de følgende analysene er hierarkisk analyse valgt (Johannessen 2009:152).

I den multiple regresjonsanalysen har jeg valgt en hierarkisk inklusjon av de uavhengige variablene fordi det gir meg som forsker mulighet for å styre hvilke variabler som skal inkluderes ut ifra annen forskning. Klinisk erfaring er på ordinalnivå og har 5 variabler, mens opplevd kunnskap er en skala fra 1 til 7 og er på forholdstallsnivå.

**Tabell 9.13** Multipl hierarkisk-lineær regresjonsanalyse for predikering av familierapeuters initiativ til samtaler om seksualitet

Uavhengige variabler	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	$\beta$	UK <sup>1</sup>	$\beta$	UK	$\beta$	UK
Klinisk erfaring	0.49***	0.59***	0.40***	0.48***	0.35**	0.42**
Positiv/negativ erfaring			0.13	0.07	0.13	0.07
Komfort					0.07	0.11
Veiledning					0.07	0.07
Utdanning innen seksuelle tema					0.08	0.08
Opplevd kunnskap	0.29***	0.42***	0.30***	0.42***	0.20*	0.27*
R <sup>2</sup>	0.41***		0.42***		0.43***	
Justert R <sup>2</sup>	0.40***		0.41***		0.40***	

\*\*\* Korrelasjonen er signifikant på 0.001 nivået

\*\* Korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivået

\* Korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivået

<sup>1</sup> Ustandardiserte koeffisienter

Tabell 9.13 angir at modell 1 forklarer de to variablene klinisk erfaring og opplevd kunnskap 41% ( $R^2=0.41$ ) av variansen. I modell 1 predikerer klinisk erfaring ( $\beta=0.49$ ) og opplevd kunnskap ( $\beta=0.29$ ) for initiativ til samtaler om seksuelle tema. I modell 2 er variabelen positiv/negativ erfaring lagt til de to uavhengige variablene fra modell 1 og forklarer 42% ( $R^2=0.42$ ) av variansen, men  $\beta$  for variabelen positiv/negativ erfaring er ikke signifikant og  $\beta$  for klinisk erfaring synker til 0.40. Opplevd kunnskap øker derimot til  $\beta$  0.30. I modell 3

legges det til ytterligere tre variabler; komfort, veiledning og utdanning innen seksuelle tema. Dette fører til en økning av forklaringsprosenten til 43% ( $R^2=0.43$ ), men ingen av de tillagte variablene i forhold til modell 1 har signifikante  $\beta$ -verdier. For variabelen klinisk erfaring synker  $\beta$  til 0.35 og for opplevd kunnskap synker  $\beta$  til 0.20.

Regresjonsanalysen viser at modell 1 er den sterkeste. Selv om det blir lagt til flere variabler i de senere modeller forklarer de ikke mer enn modell 1 da  $\beta$ -verdiene for de tillagte variablene ikke er signifikante.

**Tabell 9.14** Multipel hierarkisk-lineær regresjonsanalyse for predikering av familieterapeuters komfort ved samtaler om seksualitet

Uavhengige variabler	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	$\beta$	UK <sup>1</sup>	$\beta$	UK	$\beta$	UK
Klinisk erfaring	0.24***	0.19***	0.22**	0.17**	0.18	0.13
Positiv/negativ erfaring					0.05	0.02
Veiledning					0.01	0.01
Utdanning innen seksuelle tema			0.07	0.05	0.10	0.07
Opplevd kunnskap	0.35***	0.33***	0.34***	0.31***	0.37***	0.32***
$R^2$	0.23***		0.24***		0.29***	
Justert $R^2$	0.22***		0.22***		0.27***	

\*\*\* Korrelasjonen er signifikant på 0.001 nivået

\*\* Korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivået

\* Korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivået

<sup>1</sup> Ustandardiserte koeffisienter

Tabell 9.14 angir at modell 1 forklarer de to variablene klinisk erfaring og opplevd kunnskap 23% ( $R^2=0.23$ ) av variansen. I modell 1 predikerer klinisk erfaring ( $\beta=0.49$ ) og opplevd kunnskap ( $\beta=0.29$ ) for initiativ til samtaler om seksuelle tema.

## Diskusjon

I starten av denne oppgaven fremsatte jeg noen hypoteser;

- Få familieterapeuter har opplevd å få tematisert seksualitet i sin utdanning.
- Få familieterapeuter har formell utdanning innen seksualitet.
- Få familieterapeuter rapporterer at seksualitet er tematisert i veiledning
- I hvilken grad familieterapeuter føler seg komfortable med å snakke om seksualitet og tar initiativ til slike samtaler henger sammen med deres utdanning innen seksualitet, i hvilken grad de får veiledning, deres erfaring med slike samtaler og deres opplevde kunnskapsgrunnlag.

I undersøkelsen er det spurt om familieterapeutene hadde fått tematisert seksualitet i sin grunnutdanning, i familieterapeutisk utdanning eller i annen videreutdanning. (Spørsmål 8, vedlegg 1) Informantenes svar viser at seksualitet i liten grad er tematisert. De har i gjennomsnitt svart ca. 2 på Liktert-skalaen fra 1-7, dette tilsvarer ”i liten grad”. Hypotesen om at få familieterapeuter har opplevd å få tematisert seksualitet i utdanningen er derfor styrket. Dette stemmer over ens med inntrykket fra Harris og Hays (2008:248), som anbefaler å studere studieplaner for å se om seksualitet er tematisert og Lund (2011:87) som anbefaler å studere hvordan seksualitet er inkorporert i familieterapiutdanningene.

Analysene som er gjort i forbindelse med denne oppgaven viser at 22.4% av informantene har noe utdanning innen seksualitet og 9 av respondentene har videreutdanning i sexologi. Noen har til og med undervist i seksuelle tema på høgskole-/universitetsnivå. Ellers viser undersøkelsen at informantene leser faglitteratur (80.3%) for å få kunnskap om seksualitet, 30.6% angir at de leser litteratur aktivt og holder seg oppdatert. 42.1% oppgir at de leser annen litteratur og 36.1% bruker media.

I tillegg til skriftlige kilder og utdanning oppgir 37.2% at de har vært på kurs eller workshops om seksualitet. Undersøkelsen styrker hypotesen om at få av informantene har utdanning innen seksualitet og gir noen svar på hva de gjør for å få kunnskap som de ikke har lært på høgskolen eller universitetet de var tilknyttet, som vist ovenfor.



Hypotesen om at få familieterapeuter rapporterer at seksualitet er tematisert i veiledning ble også styrket av dataene. 42.1% av informantene rapporterer å ikke ha mottatt veiledning på seksuelle tema. 16.4 % rapporterer å ha tatt det opp ved 1-2 anledninger og 14.8% tar det opp av og til. Kun 8.2% opplever at det blir tatt opp regelmessig i veiledning, dette til tross for at halvparten av informantene jobber med seksuelle tema av og til eller oftere. 31.1% av informantene oppgir i tillegg å ha konsultert kollegaer, selv om de gjennomsnittlig oppgir å være mer komfortable med å snakke med en veileder om det enn kollegaer. Markovics studie viser at mangel på veiledning kan være en hindring for familieterapeuters håndtering av seksuelle tema (Markovic 2007:207).

Regresjonsanalysene som ble gjort viser at i hvilken grad man har erfaring med seksuelle tema i terapi og hvilken opplevd kunnskap man har om seksuelle tema har direkte sammenheng med både hvor *komfortabel* man er med seksualitet som tema i terapi (23%) og hvor mye *initiativ* man tar til kliniske samtaler om seksualitet(41%). Dette er forskjellig fra funnene i Harris og Hays undersøkelse, som viste at opplevd kunnskap om seksuelle tema, utdanning innenfor seksualitet og mottatt veiledning innen seksuelle tema predikerer hvor komfortabel man er med seksualitet som tema i terapi. Videre fant Harris og Hays at utdanning innenfor seksualitet og mottatt veiledning innen seksuelle tema, komfort med seksuelle tema i terapi og klinisk erfaring med seksuelle tema predikerer hvor mye initiativ man tar til kliniske samtaler om seksualitet var påvirket av. Funnene er allikevel i tråd med noen av de opprinnelige hypotesene Harris og Hays satte opp. (Harris og Hays 2008:241)

De andre variablene som var tatt med i regresjonsanalysene som ble foretatt i tilknytning til denne undersøkelsen hadde ikke signifikante sammenhenger i regresjonsanalysene, selv om de styrket modellen med noen få prosent. Det kan derfor ikke trekkes en konklusjon om at disse påvirker de uavhengige variablene.

Den bivariante korrelasjonen viser allikevel at det er en statistisk sammenheng mellom i hvilken grad man tar initiativ og hvilken opplevd kunnskap man har (0.43\*\*), komfort (0.34\*\*), klinisk erfaring (0.58\*\*), om den kliniske erfaringen er positiv eller negativ (0.46\*\*\*), i hvilken grad man får veiledning (0.40\*\*) og om man har formell utdanning i seksualitet (0.32\*\*). Videre viser den bivariante korrelasjonen at komfort korrelerer med initiativ (34.0\*\*), opplevd kunnskap (0.42\*\*), klinisk erfaring (0.34\*\*). Det er her kun tatt med korrelasjoner over 0.30.

Hypotesene som ble fremsatt om komfort og initiativ er blitt styrket for klinisk erfaring og opplevd kunnskap, men de andre variablene styrker ikke hypotesen, selv om mange av dem viser korrelasjoner til de aktuelle variablene. Markovic (2007:205) skriver at tre av familieterapeutene som var informanter i undersøkelsen hennes opplevde at de fikk mer selvtillit og kunne ta mer direkte initiativ til samtaler om seksualitet etter å ha gjennomført gruppe- og individuelle intervjuer. En tolkning av det kan være at informantene fikk mer kunnskap om seksualitet og ble bevisstgjort gjennom intervjuene samt at de fikk erfaring med å snakke om seksualitet.

## Avslutning

Regresjonsanalysene som er foretatt i denne undersøkelsen viser at klinisk erfaring med seksuelle tema og opplevd kunnskap om seksuelle tema predikerer både for hvor mye *initiativ* informantene tar til samtaler om seksualitet og hvor *komfortable* informantene er med seksuelle tema i terapi.

Informantenes svar på spørreundersøkelsen indikerer at de generelt ikke er så godt utrustet fra utdanningsinstitusjonene til å håndtere seksuelle problemer som menneskene de møter presenterer, men kompenserer for dette ved å holde seg faglig oppdatert og skaffe seg kunnskap på egenhånd gjennom for eksempel å delta på kurs eller workshops. Informantene svarer at de leser faglitteratur (42,1%), annen litteratur og saker i media for å holde seg oppdatert.

Over 1/3 av informantene svarer i undersøkelsen at de har opplevd at saker som omhandler seksualitet er blitt tatt opp med veileder. 42.1% av informantene rapporterer å ikke ha erfaring med mottatt veiledning på seksuelle tema. Men litt under 1/3 av informantene opplyser at de har brukt kolleger ved arbeidsstedet til å sparre med.

I starten av oppgaven stilte jeg følgende spørsmål i problemstillingen; Hvordan forholder familieterapeuter seg til temaet seksualitet i par- og familieterapi? Etter å ha samlet inn data, analysert dataene og å ha systematisert funnene er konklusjonen at de fleste av informantene forholder seg av og til eller oftere til seksualitet som tema i terapi og bruker den kunnskapen de har til å hjelpe de som kommer til dem.

Kunnskapen som er fremkommet i denne oppgaven er viktig for norske familieterapeuter fordi den setter et fokus på det manglende fokuset på seksualitet i utdanningene og på arbeidsplassene og den bidrar til forståelse for hva som skaper initiativ til samtaler om seksuelle tema og komfort til å snakke om seksuelle tema i terapi blant norske familieterapeuter.

## **Konsekvenser av forskningen for klinisk praksis**

Forskningen viser at det er sannsynlig at for at familieterapeuter skal bli mer komfortable med å snakke om seksuelle tema og ta mer initiativ til å snakke om det med mennesker de møter i terapi så må den opplevde kunnskapen og den kliniske erfaringen økes.

Familieterapeutene selv vil måtte fortsette med å oppdatere seg faglig på seksuelle tema, gjennom å lese faglitteratur eller å delta på kurs eller utdanning som tilbys, samt å øve seg på de sakene de kommer inn i for å bli mer komfortable og å ta mer initiativ.

Arbeidsgivere kan legge til rette for at familieterapeuter får den kursingen/etterutdanningen de trenger for å bli komfortable og å ta initiativ til samtaler om seksualitet. De kan også sørge for at det veiledes på seksuelle tema og at det er åpenhet for å snakke om det i kollegagruppen. Dette vil komme både de ansatte og brukerne til gode.

Utdanningsinstitusjoner som utdanner familieterapeuter bør legge inn mer kunnskap om seksualitet i utdanningen. Denne undersøkelsen gir en klar indikasjon på hvor lite informantene mener dette er vektlagt i dagens utdanningsforløp. De bør også legge til rette for at studentene får erfaring med å snakke om seksualitet med par eller andre mennesker de møter som familieterapeuter. Under utdanningen har studentene en spesiell mulighet til å prøve og feile og få veiledning på hva de kan gjøre annerledes, det er viktig at denne erfaringen inneholder erfaring om seksuelle tema.

Norsk forening for familieterapi har allerede begynt å legge til rette for kurs og workshops om seksualitet, bl.a. på NFFTs årskonferanse i 2016 som handlet om seksualitet. Det er viktig at de fortsetter med dette, slik at familieterapeuter får mulighet til å øke sin kunnskap selv.

## **Videre forskning**

For videre forskning vil jeg anbefale en kvalitativ undersøkelse basert på denne undersøkelsen for å få beskrevet hvordan det oppleves av den enkelte terapeut. Hva slags type saker som omhandler seksualitet har familieterapeuter? Hva opplever de at gir komfort og initiativ til samtaler om seksualitet og hva mener de skal til for å øke dette? Hvor opplever familieterapeuter at grensen mellom en familieterapeut og en sexologs felt går (hvor går deres

komfortsone)? Hva mener familieterapeuter selv at de har kompetanse til å snakke om når det gjelder seksualitet?

Et annet forskningsprosjekt ville være å gjøre en retest med nesten samme design som denne undersøkelsen. Det anbefales da å gjøre noen justeringer, slik det er beskrevet under metodekapittelet.

## Referanser

- Antonovsky, Aron 2012: "Helsens Mysterium – Den salutogene modellen", Gyldendal akademisk.
- Betchen, Stephen J. 2009: "Premature Ejaculation: An Integrative, Intersystems Approach for Couples" i *Journal of Family Psychotherapy* 20
- Bronfenbrenner, Urie 1979: "The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design". Harvard University Press Cambridge
- 1994: "Ecological models of human development" i Husen og Postlethwaite (red) *Internationalsal encyclopedia of education* (2.utg) Pergamon Press Oxford, England
- Bronfenbrenner og Morris 1998: "The ecological developmental processes" i *Handbook of child psychology Vol 1. Theoretical models of human development. 5.utg. John Wiley & Sons, New York*
- Cecchin, Gianfranco 1987: "Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity" i *Family Process* Volume 28, nr 4
- Christophersen, Knut-A. 2013: "Introduksjon til statistisk analyse" Gyldendal Akademisk
- Eide, Solveig B. 2012: "Brukerrolle under KRYSSSENDE PRESS" i *Rus & samfunn* 06/2012
- Fugl-Meyer og Sandström 2010: "Samtalsbehandling ved sexuell dysfunksjon" i Lundberg og Löfgren-Mortenson (red) *Sexologi*
- Harris og Hays 2008: "Family Therapist Comfort with and Willingness to Discuss Client Sexuality" i *Journal of Marital and family therapy* Vol 34, nr. 2
- Johannessen, Asbjørn 2003: "Introduksjon til SPSS" Abstrakt forlag
- Lieser m.fl. 2007: "Inclusion of Sexuality in Relationship Education Programs" i *The Family Journal* Vol 15, nr 4
- Lund, Grete 2011: "Terapeutiske samtaler med par om kjønn, seksualitet og utroskap – født sånn eller blitt sånn, essens og/eller konstruksjon" Masteroppgave ved Diakonhjemmet Høgskole
- Lund, Torleif 1997: "Kausal Metodologi: En kortfattet og enkel introduksjon" Universitetet i Oslo
- Löfgren-Mårtenson, Lotta 2013: "Sexualitet" Lieber AB, Malmö
- Markman, m.fl. 2010 "Fighting for your marriage - A Deluxe Revised Edition of the Classic Best Seller for Enhancing Marriage and Preventing Divorce" Jossey-Bass, San Francisco
- Markovic, Desa 2007: "Working With Sexual Issues in Systemic Therapy" Australian and New Zealand journal of family therapy, Vol 28 nr. 4
- McCarthy, Barry W. 1997: "Strategies and techniques for revitalizing a nonsexual marriage", i *Journal of Sex & Marital Therapy* nr 3
- 2009: "Sex Therapy Failiures: A Crusial Yet Ignored Issue" i *Journal of Sex & Marital Therapy* nr. 35
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2012: "Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer – Rapport fra kunnskapssenteret nr 2-2012 Systematisk oversikt"
- Norsk forening for 2013: "Metaforum" 1-2013

- familieterapi (NFFT) 2013: "Metaforum" 4-2013
- Ridley, Jane 2009: What Every Sex Therapist Needs To Know, Journal of Family Psychotherapy, nr. 20
- Ringdal, Kristen 2007: "Enhet og mangfold"
- Skog, Ole-Jørgen 2004: "Å forklare sosiale fenomener – En regresjonsbasert tilnærming" Gyldendal akademisk
- Solem, May-Britt 2011: "Parenting stress and coping practices – A Salutogenic approach" Universitetet i Oslo
- Tellnes, Gunnar 2008: "Salutogenese" i *Samfunnsmedisin* Larsen m.fl. (red), Gyldendal akademisk
- Timm, Tina M. 2009: Do I Really Have to Talk About Sex? Encouraging Beginning Therapists to Integrate Sexuality into Couples Therapy i *Journal of Couple and Relationship Therapy*, Routledge
- Word Health Organisation 2002: "Defining sexual health – Report of a technical consultation on sexual health 28-31 Januar 2002" WHO, Geneva
- Wylie og Jones 2009: Inhibited Arousal in Women i *Journal of Family Psychotherapy* 20.
- Yong og Pearce 2013: "A Beginner's Guide to Factor Analysis: Focusing on Exploratory Factor Analysis" i *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology* vol. 9(2).
- Aaltvedt, Turid 2009: "Nye seksualiteter – nye samtaler? - om terapeuter i voksenpsykiatriske poliklinikker og samtaler med klienter om temaet seksualitet" Masteroppgave ved Diakonhjemmet Høgskole.

## Internettadresser

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste <http://www.nsd.uib.no>

Høgskolen i Bergen <http://student.hib.no/fagplaner/ahs/fagplan.asp?kode=B30SYSTEM>

Diakonhjemmet høgskole <http://www.diakonhjemmet.no/DHS/Studiehaandbok/Direktepublisering/Studiekatalog/Informasjon/Familieterapi-og-systemisk-praksis-Oslo>

Barne- ungdoms- og familieetaten (Bufetat) <http://www.bufetat.no>

(Alle sidene brukt 02.02.14 – tidligere diakonhjemmet høgskoles hjemmeside er nå [www.vid.no](http://www.vid.no))

Både høgskolen i Bergen og Diakonhjemmet skriver at deres videreutdanning kvalifiserer studentene til arbeid innenfor familievernfeltet og andre familierapeutiske institusjoner. I tillegg kvalifiserer det for profesjonelt familiearbeid innen barnevernsektoren, PP-tjenesten, sosialtjenesten, psykisk helsearbeid osv. ([www.hib.no](http://www.hib.no) og [www.diakonhjemmet.no/DHS](http://www.diakonhjemmet.no/DHS) 02.02.14)

Forsidebilde [http://www.nytimes.com/2012/03/04/fashion/couples-therapists-confront-the-stresses-of-their-field.html?pagewanted=all&\\_r=0](http://www.nytimes.com/2012/03/04/fashion/couples-therapists-confront-the-stresses-of-their-field.html?pagewanted=all&_r=0) 02.02.14 Bildet er brukt med tillatelse fra New York times.



# Undersøkelse

Undersøkelse om familierapeuters forhold til seksuelle tema i terapi

Dette er en anonym undersøkelse som gjennomføres blant praktiserende familierapeuter, som er medlemmer av Norsk forening for familierapi (NFFT). Målet med denne undersøkelsen er å undersøke familierapeuters forhold til seksualitet som tema i terapi. Undersøkelsen tar ca. 10 minutter å svare på.

Takk for at du ønsker å delta!

Nils Christian Nordahl

Mastergradsstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus

Det er 20 spørsmål i denne undersøkelsen.

## Innledende spørsmål

### Spørsmål 1: Kjønn \*

Velg kun en av følgende:

- Kvinne  
 Mann

### Spørsmål 2: Hvor gammel er du? \*

Vennligst skriv her:

### Spørsmål 3: Hva er din grunnutdanning? \*

Vennligst velg alle som passer:

- Barnevernspedagog  
 Ergoterapeut  
 Fysioterapeut  
 Lege  
 Lærer  
 Prest  
 Psykolog  
 Sosionom  
 Sykepleier  
 Vernepleier  
 Annet:

### Spørsmål 4: Har du gjennomført relevant videreutdanning for familierapeutisk arbeid? (angi hvis utdanningen ikke er gjennomført) \*

Vennligst velg de alternativene som passer, og legg til en kommentar:

- Spesialistutdanning i familiepsykologi
- Spesialistutdanning innen annet fagområde
- Videreutdanning i familierapi 1 år
- Videreutdanning i familierapi 2 år
- Mastergrad i familierapi/familiebehandling
- Godkjent kliniker
- Videreutdanning i sexologi
- Jeg har ikke videreutdanning relevant for familierapeutisk arbeid
- Annet:

### Spørsmål 5: Hvor lenge har du praktisert som familierapeut? \*

Vennligst skriv her:

**Spørsmål 6: Hvor lenge har du praktisert som terapeut totalt? (inkl. individual og gruppeterapi) \***

Vennligst skriv her:

**Spørsmål 7: Angi hvor mange timer du gjennomsnittlig har hatt med par eller familier pr uke i de årene du har praktisert som familierapeut. \***

Vlg kun en av følgende:

- Under 1  
 1 - 5  
 6 - 10  
 11 - 15  
 16 - 20  
 Over 20

**Utdanning innen seksualitet****Spørsmål 8: I hvilken grad ble seksualitet tematisert i utdanninger du har tatt?**

\*

Vennligst velg passende svar til hvert alternativ:

	ikke tatt opp	i liten grad	i ganske stor grad	i stor grad	i veldig stor grad	Jeg har ikke denne type utdanning
I grunnutdanningen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I familierapeutisk utdanning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I annen videreutdanning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Spørsmål 9: Hvis du har tatt familierapeutisk utdanning, ved hvilken utdanningsinstitusjon har du studert ved? \***

Vennligst velg alle som passer:

- Har ikke familierapeutisk utdanning  
 Diakonhjemmets høgskole  
 Høgskolen i Oslo og Akershus  
 Høgskolen i Bergen  
 Høgskolen i Østfold  
 Institutt for aktiv psykoterapi  
 RBUP  
 Universitetet i Agder  
 Annet:

**Spørsmål 10: Har du utdanning innen seksualitet? (kryss av alle som er aktuelle) \***

Vennligst velg alle som passer:

- Jeg har ingen kurs på høgskole/universitets nivå om seksualitet.  
 Jeg hadde seksualitet som del av kursene i utdanningen min  
 Jeg hadde et helt kurs om seksualitet i utdanningen min.  
 Trening i å snakke om seksualitet var en integrert del av utdanningen min  
 Jeg har deltatt på kurs eller workshop(s) om seksualitet.  
 Jeg har aktivt lest litteratur om seksualitet, og holder meg oppdatert på seksuelle tema.  
 Jeg har undervist i et emne på høgskole/universitetsnivå om seksualitet.

**Spørsmål 11: Jeg har tilegnet meg kunnskap om seksualitet gjennom \***

Vennligst velg alle som passer:

- Kurs på universitets/høgskolenivå  
 Faglitteratur  
 Annen litteratur  
 Media  
 Egen erfaring





## Holdninger

### Spørsmål 20: Hvilke holdninger har du til det følgende \*

Vennligst velg passende svar til hvert alternativ:

	1 (Negativ)	2	3	4 (Nøytral)	5	6	7 (Positiv)
Samboerskap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ekteskap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homofili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transseksualitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utroskap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigami/flere samtidige partnere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tusen takk for at du deltok i undersøkelsen!

Resultatene vil brukes som datagrunnlag for min masteroppgave.

Vennlig hilsen,

Nils Christian Nordahl

Mastergradsstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus

08.02.2014 – 00:26

Send undersøkelse.

Takk for at du fullførte denne undersøkelsen.



---

**Emne:** Invitasjon til undersøkelse

---

**Fra:** Nils Christian (nilschr@yahoo.com)

---

**Til:** arne.kallekleiv@nfft.no;

---

**Dato:** Tirsdag, 22. oktober 2013 20.59

---

Kjære medlem av NFFT,

Du inviteres herved til å delta i en anonym elektronisk spørreundersøkelse. Temaet for undersøkelsen er familieterapeuters forhold til seksualitet som tema i terapi.

Jeg håper at så mange av dere som mulig vil ta dere tid til å delta i undersøkelsen, som tar ca. 10 minutter. På denne måten kan dere være med å bidra til familieterapeutisk forskning.

Undersøkelsen sendes ut i samarbeid med NFFT, men NFFT står ikke ansvarlig for undersøkelsen. Jeg som forsker har ikke tilgang til NFFTs medlemsregister og NFFT har ikke tilgang til dataene fra undersøkelsen.

For å delta i undersøkelsen, trykk på linken under:

<https://survey.hioa.no/index.php/337688/lang-nb>

Med vennlig hilsen,

Nils Christian Nordahl

Masterstudent ved studieretning familiebehandling

Høgskolen i Oslo og Akershus

Tlf: 970 11 695

e-post: s128559@stud.hioa.no



**Emne:** PÅMINNELSE OM BRUKERUNDERSØKELSE I FORBINDELSE MED MASTERSTUDIE OM SEKSUALITET I TERAPI

**Fra:** Arne Kallekleiv (arnkalle@online.no)

**Til:** arnkalle@online.no;

**Dato:** Fredag, 1. november 2013 16.46

Kjære medlem av NFFT,

Du inviteres herved til å delta i en anonym elektronisk spørreundersøkelse. Temaet for undersøkelsen er familierapeuters forhold til seksualitet som tema i terapi.

Jeg håper at så mange av dere som mulig vil ta dere tid til å delta i undersøkelsen, som tar ca. 10 minutter. På denne måten kan dere være med å bidra til familierapeutisk forskning. Dette er et emne det er forsket lite på.

Undersøkelsen sendes ut i samarbeid med NFFT, men NFFT står ikke ansvarlig for undersøkelsen. Jeg som forsker har ikke tilgang til NFFTs medlemsregister og NFFT har ikke tilgang til dataene fra undersøkelsen.

For å delta i undersøkelsen, trykk på linken under:

<https://survey.hioa.no/index.php/337688/lang-nb>

Med vennlig hilsen,

Nils Christian Nordahl

Masterstudent ved studieretning familiebehandling Høgskolen i Oslo og Akershus

Tlf: 970 11 695

e-post: [s128559@stud.hioa.no](mailto:s128559@stud.hioa.no)



NB! Av tekniske grunner er det fint om lenken til undersøkelsen kun brukes når undersøkelsen skal besvares og at undersøkelsen fullføres når den er påbegynt, da det ikke er mulighet for lagring underveis. Ved evt. spørsmål kan jeg kontaktes.



Rom

Verktøy

Nils Christian Nordahl

Dagens

E-post



Innboks

Oppdater

E-post 328 av 349

Tilbake

Forrige

Neste

Svar

Svar til alle

Videresend

Slett

Flytt

- E-post - Innstillinger
- Epost for studenter ved HiOA
- Personlig meld. - Innstillinger
- Innboks
- Arkiv - Innstillinger

Fra: Tofik Sahraoui

Til: Nils Christian Nordahl

Tittel: RE: Lime Survey

Dato: 2013-08-06 11:12

Ja, det er mulig for deg å utføre en helt anonym undersøkelse. I limesurvey så har du selv muligheten til å skru av og på funksjoner som fjerner ip-adresser fra logger. Når du velger å anonymisere en undersøkelse så får du kun vite om vedkommende har besvart eller ikke på din undersøkelse ( dette for å få muligheten til å kunne sende påminnesmail dersom man ikke har besvart ), men du kan ikke spore tilbake enkeltbesvarelser til enkeltpersoner, all epost og evt. navn blir erstattet med et generert løpenr.

Du som limesurvey bruker kan også bestemme hvorvidt undersøkelsen skal slettes, hvis du gjør det så vil undersøkelsen forsvinne helt hos oss. Det er altså ikke noe «soft delete» mulighet, men all spor av den forsvinner.

[http://manual.limesurvey.org/wiki/Creating\\_a\\_new\\_survey](http://manual.limesurvey.org/wiki/Creating_a_new_survey)

- tofik

From: Nils Christian Nordahl [mailto: ]

Sent: 30. juli 2013 11:38

To: Tofik Sahraoui

Subject: Lime Survey

Hei,

Jeg er mastergradsstudent ved HiOA studieretning familiebehandling. Jeg skal utføre en anonym spørreundersøkelse til medlemmer av en organisasjon og har i den forbindelse noen spørsmål om Lime Survey. Jeg har fått brukernavn og passord til Lime Survey fra dere ved HIOA.

Jeg har vært i kontakt med NSD, som sier at for å vite at undersøkelsen er helt anonym må man vite om Lime Survey vil ha tilgang til ip adresser/e-poster eller lignende som kan spores tilbake til respondentene. Dette vil evt. føre til at spørreundersøkelsen ikke lenger er anonym og må søkes om å få tillatelse til. Dataene må da evt. slettes i etterkant. Se evt: <http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/sporreundersokelser.html>

Mitt spørsmål er altså; er det mulig for meg å utføre en helt anonym undersøkelse og hvordan behandler Lime Survey sine innsamlede data?

Mvh,

Nils Christian Nordahl

Ja, det er mulig for deg å utføre en helt anonym undersøkelse. I limesurvey så har du selv muligheten til å skru av og på funksjoner som fjerner ip-adresser fra logger. Når du velger å anonymisere en undersøkelse så får du kun vite om vedkommende har besvart eller ikke på din undersøkelse ( dette for å få muligheten til å kunne sende påminnesmail dersom man ikke har besvart ), men du kan ikke spore tilbake enkeltbesvarelser til enkeltpersoner, all epost og evt. navn blir erstattet med et generert løpenr.

Du som limesurvey bruker kan også bestemme hvorvidt undersøkelsen skal slettes, hvis du gjør det så vil undersøkelsen forsvinne helt hos oss. Det er altså ikke noe «soft delete» mulighet, men all spor av den forsvinner.

[http://manual.limesurvey.org/wiki/Creating\\_a\\_new\\_survey](http://manual.limesurvey.org/wiki/Creating_a_new_survey)

tofik