

BACHELOROPPGAVE

Kvinnekondomet – I kampen mot HIV/AIDS

Hvordan kan sykepleier bidra til mer bruk av kvinnekondomet hos kvinner i det subsahariske Afrika for å forebygge HIV/AIDS?

av

May Kristin Enger
Kandidatnummer 80

Bachelor i sykepleie

SK 152

Mai 2015

Antall sider / antall ord: 19 / 6989



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven «Kvinnekondomet – I kampen mot HIV/AIDS» i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

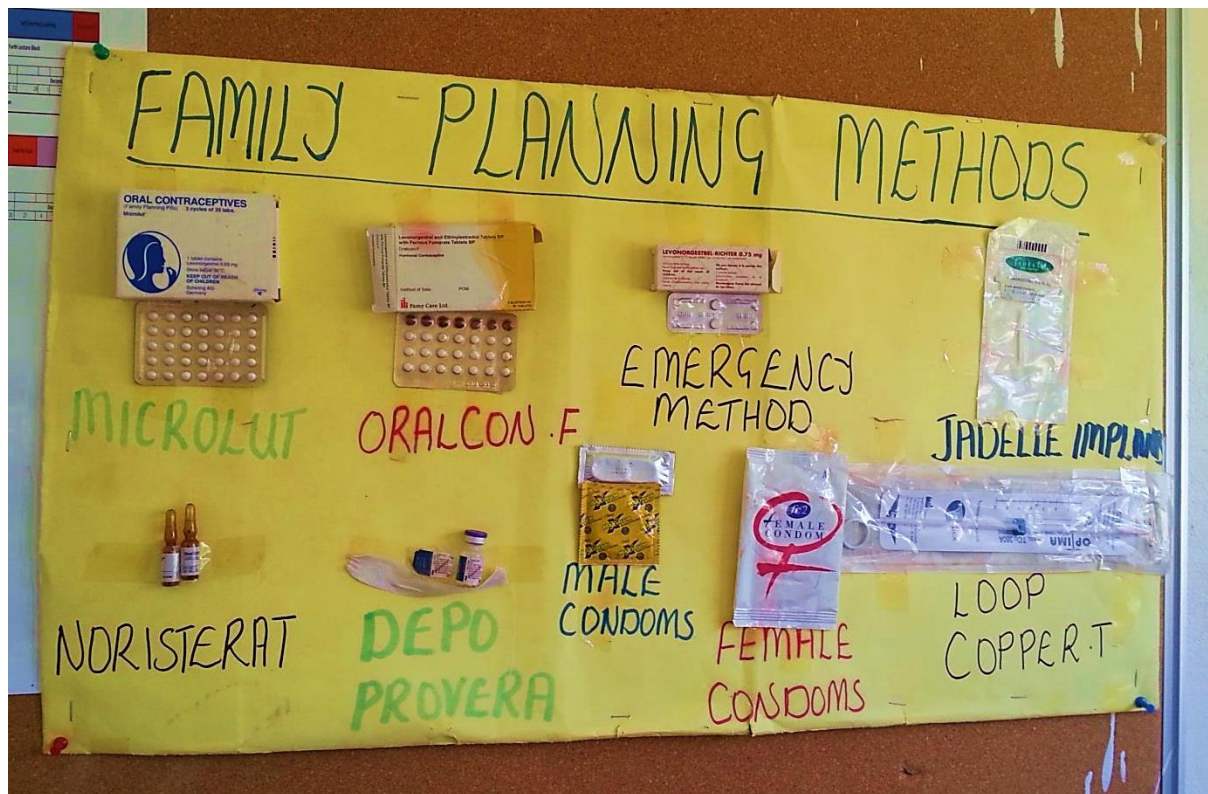
Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer 80, May Kristin Enger

JA NEI



Bildet er tatt på Livingstone School of Nursing i Zambia, og jeg har fått godkjenning av skolen der til å bruke det i oppgaven. Det viser ulike prevensjonsmidler, vist på en plakat om familieplanlegging.

Sammendrag

«Kvinnekondomet – I kampen mot HIV/AIDS»

Jeg valgt å bruke problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier bidra til mer bruk av kvinnekondomet hos kvinner i det subsahariske Afrika for å forebygge HIV/AIDS?*». I fordypningspraksisen var jeg blant annet på et lokalt sykehus i landsbyen Mwandi i Zambia, hvor jeg blant annet fikk observere mange HIV-smittede mennesker gjennom utdeling av HIV-medisiner i lokalsamfunn. Observasjonene av de mange HIV-smittede menneskene skapte sterke inntrykk på meg, som gjorde at jeg fikk lyst til å fokusere på forebyggende arbeid. Fokuset på kvinnekondomet, kommer av at jeg observerte kvinnekondomet på en plakat på sykepleierskolen i Livingstone, knyttet til familieplanlegging og prevensjonsmidler. Jeg hadde knapt hørt om prevensjonsmiddelet, og tenkte over hvor lite dette prevensjonsmiddelet blir brukt. For å svare på problemstillingen har jeg brukt litteraturstudie, i tillegg til å se på egne erfaringer fra praksis. Rådgivningstimer med fokus på undervisning om kvinnekondomet, og en involvering av kvinnekondomet i familieplanlegging og i arbeid med HIV/AIDS vil kunne bidra til både en reduksjon i antall uønskede graviditeter og til antall smittede av seksuelt overførbare infeksjoner, som blant annet HIV.

Innhold

1 Innledning.....	1
1.1 Tema og problemstilling.....	1
1.2 Avgrensning av problemstilling.....	1
2 Metode.....	3
2.1 Valg av metode.....	3
2.2 Søkeprosessen.....	3
2.3 Kildekritikk.....	4
3 Teori.....	6
3.1 Forebyggende sykepleie.....	6
3.2 Program med fokus på kvinnekondomet.....	7
3.3 Samfunnsmessige faktorer.....	9
3.3.1 Tilgjengelighet til produktet.....	9
3.3.2 Kvinnen versus mannen i samfunnet.....	10
3.4 Helsepersonell – holdninger og opplæring.....	11
3.5 Undervisning og rådgivning.....	12
3.6 Sykepleieteori – Joyce Travelbee.....	12
4 Drøfting.....	13
4.1 Sykepleierens rolle i den forebyggende prosessen.....	13
4.2 Program med fokus på kvinnekondomet versus andre program.....	13
4.3 Påvirkende faktorer for rådgivningen.....	15
5 Konklusjon.....	19
Bibliografi.....	20
Vedlegg 1.....	22
Vedlegg 2.....	24
Vedlegg 3.....	25
Vedlegg 4.....	26

1 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Temaet i oppgaven er HIV (humant immunsviktvirus)/AIDS (ervert immunsviktsyndrom) i det subsahariske Afrika (SSA – Afrika sør for Sahara). I fordypningspraksisen var jeg på et sykehus i Livingstone og et lokalt sykehus i landsbyen Mwandji i Zambia. Det var en utrolig spennende praksis, hvor jeg blant annet fikk være med å dele ut HIV-medisiner. Vi kjørte ut til et lokalsamfunn utenfor Mwandji. Lokalsamfunnet var bare et av mange rundt Mwandji, hvor det ble delt ut HIV-medisiner. Det var utrolig mange som hadde møtt opp. Jeg hadde på forhånd trodd det skulle være mange HIV-smittede, men fikk allikevel noe sjokk over at så mange mennesker med HIV hadde møtt opp bare på det stedet vi delte ut medisiner. Ut ifra dette, samt flere praksisopplevelser, ønsket jeg å se mer på HIV/AIDS-forebyggende arbeid. Jeg ønsker å se på hvordan en sykepleier kan bidra til økt bruk av kvinnekondomet som en del av den forebyggende prosessen, og vil rette meg mot tiltak som undervisning og rådgivning. Med dette tar jeg utgangspunkt i denne problemstillingen:

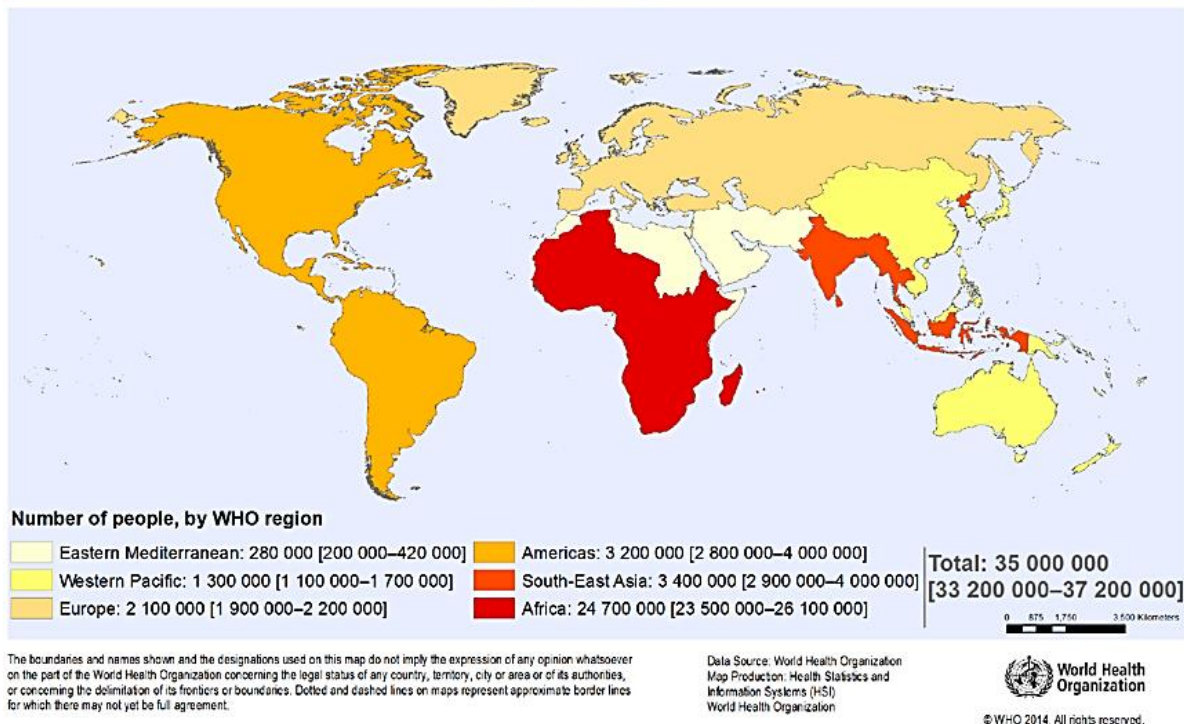
«Hvordan kan sykepleier bidra til mer bruk av kvinnekondomet hos kvinner i det subsahariske Afrika for å forebygge HIV/AIDS?»

Fokuset på kvinnekondomet, kommer av at jeg observerte kvinnekondomet som et av prevensjonsmidlene på en plakat om familieplanlegging på Livingstone School of Nursing. Jeg hadde hørt om kvinnekondomet, men kunne ingenting om det. Jeg, som sykepleierstudent, visste ingenting om hvordan kvinnekondomet skulle brukes. Kvinnekondomet er ikke et mye brukt produkt, men WHO skriver at bruken gradvis øker. Produktet er positivt, da det kan settes inn av kvinnen selv. The Department of Reproductive Health and Research (RHR) og deres partnere jobber stadig for å utvikle kvinnekondomet, ut ifra design, sikkerhet, kvalitet, og for å bedre forholdene innen markedsføring av produktene. WHO råder alle til å bruke mannlig eller kvinnelig kondom under samleie hvor det er risiko for å få seksuelt overførbare infeksjoner. Det har blitt rapportert om lite tilgang til og gjenbruk av kvinnekondomet (WHO, udatert).

1.2 Avgrensning av problemstilling

Afrika har totalt omtrent 24 700 000 HIV-smittede mennesker:

Adults and children estimated to be living with HIV, 2013 By WHO region



(WHO, udatert).

SSA er det området i verden med flest HIV-smittede, og utgjør omtrent 71 % verdens HIV-smittede (WHO, udatert). Flesteparten av de smittede i SSA er kvinner (WHO, udatert). WHO samarbeider med UNAIDS, for å bidra til mer HIV-testing og rådgivning, gjennom en guide utviklet til land med høy forekomst, for å øke behandling og forebyggende behandling av HIV/AIDS. Det er notert en positiv virkning av rådgivning knyttet til HIV/AIDS. (WHO, 2006). Jeg avgrensner oppgaven til en sykepleiers arbeid rundt kvinnekondomet, for å kunne hjelpe kvinner i den forebyggende prosessen, og til å omhandle kvinner i SSA. SSA er et stort område å dra inn under en kam, på grunn av ulike samfunnsmessige faktorer fra land til land, samt en forskjell i antall HIV-smittede mellom landegrensene. På grunn av den forskningen jeg fant og på grunn av at SSA er det stedet i verden med mest HIV-smitte, valgte jeg allikevel denne avgrensningen. Rapporteringer om gjenbruk av kvinnekondomet tyder på at mange vet for lite om produktet. Jeg ønsker derfor å se på om en sykepleiers undervisning og informasjon i rådgivning om kvinnekondomet kan bidra til mer kunnskap om produktet, og dermed som en forebyggende faktor for HIV-smitte. Jeg vurderte å avgrense til enten HIV-negative eller HIV-positive kvinner, men endte opp med å skrive om begge retningene. Noe på grunn av forskningen jeg fant, men også da jeg mener begge retningene er viktige i forebygging av HIV-smitte.

2 Metode

«Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. [...] Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår.» (Dalland, 2012, ss. 111-112).

2.1 Valg av metode

Jeg bruker litteraturstudie som metode, og har hovedsakelig brukt kvantitativ forskning, hentet fra to forskningsartikler. I tillegg har jeg brukt andre kvantitative artikler og en kvalitativ artikkel for å sammenlikne fremgangsmåte, funn og resultater. For å samle fagkunnskap om HIV og kvinnekondomet, har jeg brukt fagbøker og internettsider, fra blant annet WHO (World Health Organization) sin internettside, og programmer, som UNAIDS (the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) sitt program. Jeg mener disse internettsidene er troverdige, samt at de kan gi mer oppdatert data enn det som er i flere av fagbøkene. I tillegg bruker jeg erfaringer fra praksisen i Zambia i oppgaven. Erfaringene er ikke direkte knyttet til forebygging av HIV/AIDS ved hjelp av kvinnekondom, men jeg var med på noe forebyggende arbeid og har fått observere deres samfunn. Ved å ha praksis i Zambia lærte jeg om landets kultur, som det sosiale samfunnet, økonomi etc.

2.2 Søkeprosessen

For å finne forskning brukte jeg databasene PubMed, Cinahl, Academic Search Premier, samt Oria. For å finne relevant fagstoff, uten pensumlisten, søkte jeg på Oria. Bøkene jeg valgte å bruke inneholder hovedsakelig litteratur om forebyggende sykepleie, kommunikasjon og undervisning. I tillegg har jeg søkt på www.google.com og på www.fn.no, med søkeordene HIV, AIDS og UNAIDS, for å finne fagkunnskap og informasjon. Jeg brukte norske søkeord som:

- HIV/AIDS
- HIV
- Forebygge
- Forebyggende
- Kvinnekondom
- Femidom
- Sykepleie
- Sykepleier

Jeg brukte engelske søkeord som:

- HIV/AIDS
- HIV
- Female condom
- HIV prevention / HIV/AIDS prevention
- Female prevention
- Prevention
- Africa
- Sub-Saharan Africa
- Zambia
- Nursing
- Nurse
- Nursing measure
- Teaching
- Promotion / Promote

Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner, der noen av kombinasjonene kommer frem i vedlegg 1. Ut ifra dette fant jeg flere artikler, der jeg har valgt å hente mye av teorien i oppgaven ut ifra to kvantitative artikler. Artiklene med mest fokus i oppgaven er «A nationally representative survey of healthcare provider counselling and provision of the female condom in South Africa and Zimbabwe» (Holt, Blanchard, Chipato, Nhemachena, Blum, Stratton, Morar, Ramjee & Harper, 2013) og «The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: A randomized controlled trial» (Choi, Hoff, Gregorich, Grinstead, Gomez & Hussey, 2008). Innholdet i disse artiklene kommer jeg tilbake til i teoridelen.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2012, ss. 63-68) beskriver en kilde som noe som brukes for å oppnå kunnskap. Han skriver videre at kildene må vurderes om de er brukbare eller ikke, da ikke alt som vises som kunnskap er like troverdig og holdbart. Det er ikke bare å vurdere om kilden er bra nok i seg selv, men den må også være relevant i forhold til temaet i ditt arbeid. Denne vurderingsprosessen kalles for kildekritikk. Både søknadsprosessen om hvordan en har funnet frem til litteraturen som passer best til din oppgave, og det å gjøre greie for litteraturen en bruker i oppgaven er deler av kildekritikk.

For å vurdere kildens troverdighet og relevans til oppgaven har jeg har brukt sjekklister for vurdering av forskningsartikler, hentet fra kunnskapssenteret sin internettside (Kunnskapssenteret, 2015). Forskningsartikkelen fra Choi et al. (2008) er en kvantitativ studie av typen randomisert kontrollert

studie, da de vurderer effekten av ferdighetstrening rettet mot kvinnekondomet.

Forskningsartikkelen av Holt et al. (2013) er en kvantitativ studie av typen tverrsnittstudie, der de ser på prevalens/forekomst og diagnostikk i forhold til helsepersonells rådgivning av kvinnekondomet. Jeg valgte å bruke disse artiklene som hovedforskning til min oppgave, da de ut ifra min vurdering er to troverdige og oversiktlige artikler, samt at temaene er relevant til min problemstilling.

De artiklene jeg valgte å bruke spisset seg mer i retning min oppgave, med tema om kvinnekondomet og en sykepleiers rolle. Det var noe vanskelig å finne artikler som rettet fokuset mot nettopp hva en sykepleier kan gjøre, og da spesielt arbeid rettet mot kvinnekondomet. Jeg valgte derfor å bruke noen av artiklene om helsepersonell. Jeg burde kanskje funnet flere artikler om hva en sykepleier kan gjøre, med tanke på sammenlikning av resultater. Jeg fant noe forskning om sykepleiers rolle i forhold til forebygging av HIV-smitte ved bruk av kvinnekondom. Mange av artiklene under søkene handlet allikevel om hvor stor andel av et antall mennesker som bruker kvinnekondomet, og om hvilke faktorer som er med på å påvirke til liten bruk av dette prevensjonsmiddelet. Jeg fant artikler jeg kunne bruke i oppgaven om forebygging av HIV og andre seksuelt overførbare infeksjoner ved bruk av prevensjonsmidler med dobbel effekt, som også sa noe om kvinnekondomet. Med dobbel effekt mener jeg prevensjonsmidler som både forebygger seksuelt overførbare infeksjoner og uønsket graviditet. Disse artiklene blir brukt for sammenlikning av resultater.

Jeg forsøkte å finne en kilde over eventuelle nasjonale programmer satt i gang i Zambia, uten å finne noe spesifikt. Et minus i kildene mine er at ikke alle artiklene retter seg mot SSA. Årsaken er at mye av litteraturen jeg fant hadde fokus på afro-amerikanske kvinner, samt andre steder i verden, og ikke direkte på kvinner fra SSA. Jeg har allikevel valgt å bruke noe av denne forskningen, da jeg mener innholdet i artiklene er relevant til min problemstilling. En bør da være kritisk til om resultatene kan bli feil sett i forhold til det afrikanske samfunnet, som det sosiale samfunnet, økonomi, tradisjoner, helsetilbud etc. Forskningsartikkelen til Choi et al. (2008) er utført gjennom familieplanleggingsklinikker i Nord-California. Jeg har allikevel valgt å bruke den som en av hovedartiklene, da fokuset i artikkelen retter seg spesielt mot problemstillingen i oppgaven. I tillegg vurderer jeg den som grei å bruke, da den andre hovedartikkelen i oppgaven tar for seg data fra Sør-Afrika og Zimbabwe. En forskningsartikkel brukt for sammenlikning er hentet fra New York, men jeg har samtidig brukt en annen artikkel utført i Zambia for sammenlikning.

3 Teori

3.1 Forebyggende sykepleie

«Sykdomsforebygging defineres som å forhindre eller utsette sykdomsforløp, hindre sykdom i å manifestere seg eller minske følgetilstander» (Kristoffersen, 2011, s. 341).

Lov om spesialisthelsetjenesten (1999), § 2, fremlegger forebyggende arbeid som en sykepleiers oppgaver, og at helsepersonell må samarbeide innenfor og mellom regionale tjenester om aktuelt arbeid. Primær-forebyggende tiltak, som helseinformasjon og kondombruk, forebygger HIV i industriland. Verdens mer velstående land har stabiliserende og synkende antall infeksjoner og færre tilfeller med HIV/AIDS og dødsfall. I verdens mer fattige land fortsetter antallet å øke (Pratt, 2003, s. 10). HIV er et virus som gir kronisk infeksjon, som fører til sykdommen AIDS. Smitte skjer via blod, men kan også skje via andre kroppsvæsker, som sæd og morsmelk. Sykdommen kan ligge latent i 12-15 år, og mange lever først uten å vite om sykdommen. Gradvis ødeleggelse av menneskets immunsystem gir til slutt en utvikling av alvorlig immunsvikt og sykdom (Store Medisinske Leksikon, 2014).

UNAIDS' plan for forebygging av HIV, inneholder aktuelle tiltak for å hindre ytterligere HIV-spredning og for å bekjempe AIDS (UNAIDS, 2005, ss. 6-7). UNAIDS har syv punkter de ser på som vesentlige knyttet til jenter og kvinner og deres risiko for HIV-smitte. To av målene er å forebygge HIV-infeksjoner blant jenter og yngre kvinner ved å fokusere på forbedring av helse knyttet til prevensjonsarbeid og sørge for bedre tilgang til prevensjonsmidler som allerede finnes, inkludert kvinnekondomet (UNAIDS, 2005, s. 26).

Kvinnekondomet er et kvinnelig prevensjonsmiddel, som består av en gummipose med en fleksibel ring i hver ende, med en åpning i den ene enden med minst ring. Enden der gummiposen er tett, plasseres dypt inne i skjeden. Den største ringen plasseres utenfor kjønnsleppene. Kvinnekondomet fungerer som beskyttelse mot seksuelt overførbare infeksjoner og uønsket graviditet.

Prevensjonsmiddelet var noe populær i starten av HIV-epidemien, men er i dag lite brukt (Store Medisinske Leksikon, 2009). Tabell med instruksjoner om innsetting av kvinnekondomet vises i vedlegg 2 (Pratt, 2003, s. 204). Den minste ringen holder kvinnekondomet på plass. Den største ringen hindrer kondomet i å komme lenger opp i skjeden. Det er silikonbasert glidemiddel på innsiden av kondomet, men en kan bruke ekstra glidemiddel. Den originale versjonen av kvinnekondomet (FC1) var kjent gjennom navn som femidom. Denne typen produseres ikke lenger, etter en ny variant (FC2) kom med billigere produksjonsmateriale. Storproduksjon av FC2 startet for

alvor i 2007. Det jobbes stadig for nye versjoner kvinnekondom, med økt brukervennlighet og redusert pris på produktet. WHO har godkjent kvinnekondomet «The Cupid condom» (AVERT, udatert). Noe av tilleggsforskningen i oppgaven er hentet fra før FC2 kom. Jeg mener allikevel dette ikke har påvirket oppgaven.

Hovedfokuset i forebyggende tiltak mot HIV bør ligge på bevissthet om HIV og utdanning rettet mot det, tilgang til effektive helsetjenester, forebygging og kontroll i forhold til seksuelt overførbare infeksjoner, sikker sex og tryggere injeksjonsteknikker (Pratt, 2003, s. 205). Det er ikke nødvendigvis kvinnen som styrer denne typen beskyttelse, da partneren må gi samtykke til bruken av den (Pratt, 2003, ss. 202-203).

3.2 Program med fokus på kvinnekondomet

En studie blant HIV-negative kvinner i USA, utviklet for å se på effekten av klienters ferdighetstrening for å øke bruken av kvinnekondomet, inneholder tre individuelle timer, og en gruppetime fordelt på fem uker. Forfatterne mener den individuelle veiledningen, og individuelle problemløsninger til hver av deltakerne, bidrar til tilpasset veiledning. Tabellen nedenfor viser innhold av programmet de brukte i både den eksperimentelle gruppen, med fokus på ferdighetstrening knyttet spesifikt til kvinnekondomet, og i kontrollgruppen, med rådgivning knyttet til informasjon om generelle helsemessige risikofaktorer hos kvinner:

TABLE 1—Objectives and Activities of the Female Condom Skills Training and Women's General Health Promotion Interventions Among Family Planning Clinic Attendees: San Francisco Bay Area Cities, CA, June 2003 to November 2004

Session (Duration)	Female Condom Skills Training	Women's General Health Promotion
Session 1 (2 hours)	<p>Individual safer sex education and condom use skills training.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Increase knowledge about HIV/STIs and safer sex practices: provide information about HIV/STIs and correct any misconceptions about these infections; assess personal risk for HIV/STIs; discuss handouts on safer sex practices. 2. Increase knowledge about male and female reproductive anatomy: review diagrams depicting male and female reproductive anatomy, increase knowledge about condom use, and video viewing and demonstration and practice of female condom use with a pelvic model. 3. Discuss a male condom fact sheet and demonstration and practice of male condom use with a penis model. 4. Have a positive first experience with the female condom: self-insertion and -removal of the female condom in a private area with 3 samples and offer encouragement and corrective feedback. 5. Set personal goals related to using the female condom. 	<p>Individual women's health education and condom demonstration.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Increase knowledge about women's general health problems: discuss a fact sheet about heart disease, stroke, cancer, and associated risk behaviors (e.g., smoking, inactivity, stress) and view a video on women and heart disease; assess personal health risk. 2. Increase knowledge about male and female reproductive anatomy, HIV/STIs, and contraception: review diagrams depicting male and female reproductive anatomy, provide information about unwanted pregnancy and HIV/STIs, and provide information about various contraceptive methods. 3. Increase knowledge about condom use: review of male and female condom fact sheets and demonstration and practice of condom use with penis and pelvic models.

Session 2 (2 hours)	<p>Individual discussion of personal barriers to female condom use and communication skills building.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Overcome personal barriers to female condom use: identify difficulties associated with use and develop personalized strategies and solutions to these difficulties. 2. Learn effective communication skills for introducing the female condom to sex partners: <ul style="list-style-type: none"> • Present 4 different styles of introducing the female condom to sex partners: (1) "directive" (women may use a straightforward verbal expression to inform their partners of their desire or intention to use), (2) "suggestive" (women may use less direct or assertive communication to inform their partner, while still communicating their desire to use), (3) "indirect" (women may express their desire to use the condom in vague terms that are nonconfrontational and may be posed as a question), and (4) "nonverbal" (women may use body language or may not verbally inform their partners about their desire or intention to use) • Practice these styles by role-playing a series of scenarios that deal with 4 different issues: (1) trying something new with a steady partner, (2) power imbalance in a long-term relationship, (3) trust issues in a long-term relationship, and (4) introducing the female condom to a new partner. 3. Set personal goals related to introducing the female condom to a partner. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Set personal goals related to adopting healthy behaviors. <p>Individual discussion of personal barriers to adopting healthy behaviors.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Increase knowledge about breast cancer and BSE skills: discuss a breast cancer fact sheet on risk factors, prevention, and treatment; video viewing of BSE techniques; demonstration of BSE with a plastic breast model; self-practice in a private area and provide corrective feedback. 2. Increase knowledge about women's stress and stress management skills: discuss a handout on stress and demonstrate and practice 2 simple relaxation techniques. 3. Overcome personal barriers to adopting healthy behaviors: identify difficulties associated with adopting healthy behaviors and brainstorm strategies to overcome these difficulties. 4. Review the goals set during session 1 and revise them if necessary.
Session 3 (2.5 hours)	<p>Group discussion of barriers to and eroticization of female condom use and negotiation skills building.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Overcome barriers to female condom use: facilitate group sharing of positive and negative experiences of using the female condom, brainstorm ways to overcome barriers to use of the device, and reinforce positive aspects of use. 2. Increase the enjoyment of female condom use: brainstorm ways to make female condom use fun and erotic. 3. Increase female condom use negotiation skills: <ul style="list-style-type: none"> • Introduce 4 different strategies: (1) "discussion" (discuss the female condom in terms of its benefits and a desire to use it), (2) "persuasion" (try to convince a partner when he does not want to use it), (3) "bartering" (bargain or trade favors to get a partner to use the condom if he does not want to use it), and (4) "humor" (use light-hearted teasing and joking to negotiate the use). 	<p>Group discussion of healthy living.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Increase knowledge about healthy eating habits: view a nutrition video, review the Food Guide Pyramid poster, and discuss action steps toward eating healthier food. 2. Increase knowledge about fitness: discuss common myths about exercise, view an exercise video, and review a list of 10 exercise options and encourage participants to try these options. 3. Create motivational statements about the adoption of healthy dietary practices and physical exercise and encourage active support of one another's change efforts.

Continued

TABLE 1—Continued

Session 4 (0.5 hours)	<ul style="list-style-type: none"> • Practice these strategies by role-playing a series of scenarios that deal with 4 different issues: (1) trust issues in a long-term relationship, (2) a partner's negative attitudes toward the female condom, (3) power imbalance in a long-term relationship, and (4) sexual situation (i.e., being carried away during sexual intercourse and ending up not using the condom). <ol style="list-style-type: none"> 4. Create motivational statements about female condom use and encourage active support of one another's change efforts. 	<p>Telephone follow-up</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Review personal goals and motivational statements made during sessions 1-3. 2. Identify and address additional barriers to adopting healthy behaviors. 3. Provide an opportunity to discuss personal issues not discussed in session 3.
--------------------------	--	---

Note. STI = sexually transmitted infection; BSE = breast self-examination.

(Choi, et al., 2008).

Alle deltakerne var med på foredrag, både individuelle og gruppediskusjoner, rollespill, ferdighetstrening, videoer. Den eksperimentelle gruppen fikk en demonstrasjon ved hjelp av en modell av kvinnens underliv og ved hjelp av en videovisning. Demonstrasjonen viste hvordan en bruker kvinnekondomet. De fikk tre prøveprodukter, som de skulle gå til et privat område og selv øve på å sette inn og ta ut igjen. I tillegg til et hovedfokus på kvinnekondomet, fikk deltakerne også en

demonstrasjon og prøving av det mannlige kondomet ved hjelp av en modell av penis. Kontrollgruppen fikk kun vist bruken på en modell, og ikke prøvd ut produktet. Etter prøvingen av produktet i den eksperimentelle gruppen fulgte en diskusjon med sykepleieren, hvor de tok opp eventuelle problemer fra øvingen og problemløsninger. De diskuterte hvordan de skulle ta opp kvinnekondomet som et aktuelt prevensjonsmiddel for partneren gjennom ulike teknikker. Teknikkene ble øvd på gjennom rollespill, knyttet til det å prøve et nytt prevensjonsmiddel, ubalanse i maktforhold, utfordringer knyttet til tillit og det å introdusere kvinnekondomet til en ny partner. Deltakerne satte personlige mål knyttet til introduisering av kvinnekondomet til sex-partneren (Choi, et al., 2008).

I gruppetimen diskuterte den eksperimentelle gruppen bruk av kvinnekondom og kvinnekondomet å foreslå det for partneren. De delte positive og negative erfaringer ved bruk av kvinnekondomet, men forsøkte å fokusere på de positive sidene ved produktet. Deltakerne diskuterte gøyale og erotiske metoder for bruk av kvinnekondomet. De øvde på overbevisende metoder å fortelle om kvinnekondomet til partneren, som å overbevise partneren ved for eksempel å bruke kvinnekondomet i bytte mot andre tjenester og ved lett humor ved å fleipe og erte. Deltakerne øvde på situasjoner med tillitsproblemer, ubalanse i maktforhold, i forhold til partnerens negative innstilling til kvinnekondomet, ved bruk av rollespill. Deltakerne jobbet for å komme opp med motiverende utsagn for partneren. Den fjerde timen foregikk gjennom individuelle telefonsamtaler, hvor de gjennomgikk deltakernes mål og valg av metode for å motivere partneren og en drøfting av problemer og problemløsning. Kontrollgruppen hadde en telefonsamtale om mål og motiverende tiltak i forhold til generelle helserisikoer og ikke spesifikt i forhold til kvinnekondomet. (Choi, et al., 2008).

Den økte bruken av både mannlig og kvinnelig kondom vises i vedlegg 3. Bruken av mannlig kondom ble ikke redusert, da bruken av kvinnekondomet økte. Selv om fokuset lå på kvinnekondomet, økte også bruken av mannlig kondom, både i den eksperimentelle gruppen og i kontrollgruppen. Choi et al. (2008) konkluderer med at strategien brukt i deres studie kan brukes i familieplanleggingstimer, for både å øke bruken av kvinnekondomet og andre prevensjonsmidler.

3.3 Samfunnsmessige faktorer

3.3.1 Tilgjengelighet til produktet

En undersøkelse Sør-Afrika og Zimbabwe om sykepleieres og legers rådgivning om kvinnekondom i familieplanlegging og HIV-tjenester viser at 99 % i undersøkelsen nylig hadde delt ut mannlige

kondomer, mens 88 % nylig hadde delt ut kvinnekondom. Kvinnekondomet ble brukt mer i rådgivning i Zimbabwe enn i Sør-Afrika. Årsaken kan være at myndighetene i Sør-Afrika kun har valgt ut noen klinikker som får nok utsyr, og hvor helsepersonell får opplæring. Helsearbeiderne fra Sør-Afrika nevnte manglende tilgjengelighet av produktet som avgjørende for at kvinnekondomet ikke alltid ble inkludert i rådgivningen. Andre faktorer er at kvinnekondomet er dyrere enn mannlige kondomer (Holt, et al., 2013).

Choi et al. (2008) viser til tidligere studier, med en kortvarig effekt i forhold til bruk av kvinnekondomet. Resultatene i deres egen studie viser derimot en betydelig lengre varighet av kondombruken. De delte ikke bare ut kvinnekondomer underveis, men også en gang i måneden i fire måneder etter siste veiledningstime. I tillegg lå fokuset i timene hele tiden på kvinnekondomet, praktisk øvelse og tilbakemeldinger, noe studiene de sammenlikner med ikke har med. Studien viser at det ikke er tilgangen til produktet som i utgangspunktet er avgjørende for bruken av kvinnekondomet. Kontrollgruppen og den eksperimentelle gruppen hadde lik tilgang til kvinnekondomet, men den eksperimentelle gruppen fikk større økning i bruk av kvinnekondomet enn kontrollgruppen. De mener typen rådgivning gitt av helsepersonell var avgjørende for resultatet. Se avsnitt «3.2 Program med fokus på kvinnekondomet» for innhold i rådgivningen.

3.3.2 Kvinnen versus mannen i samfunnet

I Holt et al. (2013) sin studie merket helsepersonell at noen menn som ikke vil bruke mannlige kondomer, allikevel gikk med på å bruke kvinnekondomet, dersom kvinnen satte det inn.

Helsepersonell sa de tror kvinnekondomet kan bli mer akseptert i ekteskap enn mannlige kondomer, i de tilfeller der kvinnen er villig til å gjøre en innsats. Helsearbeiderne sa samtidig at bruk av kondom kunne føre til tillitsproblemer hos mennesker i ekteskap, da en kvinne som ønsket å bruke kondom kunne ses å være utro. Helsepersonell mente at menn lettere ville bruke kvinnekondomet dersom også de ble med på rådgivningstimene og fikk vist hvordan produktet fungerer.

Jones, Weiss, Bhat og Bwaya (2006), viser til kvinners posisjon i samfunnet som avgjørende for bruk av kvinnekondomet. De mener kvinnekondomet kan styrke kvinners posisjon i samfunnet, da kvinnen får påvirket egen beskyttelse. Mannen må allikevel godta prevensjonsmiddelet, da mannen ofte er den som bestemmer ut ifra mannens maktposisjon i det Zambiske samfunnet. I magasinet *=Oslo* intervjues tidligere leder av *The Big Issue Zambia* og ungdomsbladet *Trendsetters*, Samba Yonga, om å snakke åpent om HIV/AIDS i samfunnet. Yonga skrev med åpenhet om HIV/AIDS, som provoserte leserne i Zambia. Hun sier de fleste er redde for å snakke om sex, og at unge derfor ikke får høre sex

knyttet til beskyttelse mot kjønnssykdommer. Yonga mener folk må tørre å snakke om sykdommen før det rammer de selv. Tidligere dømte hun HIV-smittede mennesker, men hun endret holdning da hun innså det var eneste måten å bekjempe sykdommen på. Mange HIV-smittede oppsøker ikke behandling, på grunn av det tabu temaet, samtidig har bare en tidel tilgang til medisiner. Yonga hevder de lever med et stort helseproblem, der HIV/AIDS har blitt så vanlig at folk ikke lenger legger merke til at det er et eksisterende samfunnsproblem (Bu, 2008).

«Menn i vårt samfunn tror de eier kvinner, slik at kvinner må akseptere alt de gjør. Mange i min generasjon er vokst opp med at dette er galt. Likevel er det vanlig å være utro uten å tenke på konsekvensene. Kvinner har lite de skulle sagt i seksuelle saker.» (Bu, 2008).

3.4 Helsepersonell – holdninger og opplæring

En sykepleiers holdning er viktig, da en god holdning kan bidra til at pasienten respekterer sykepleieren (Christensen & Jensen, 2003, s. 33). Tidligere studier viser at helsepersonell har en dårlig holdning til kvinnekondomet, men at opplæring om produktet kan bidra til en bedre holdning. En studie sier kvinnekondomet bør bli inkludert under opplæring av HIV/AIDS og i familieplanlegging. Studien viste en generelt bra aksept hos helsepersonell for kvinnekondomet som prevensjonsmiddel for HIV-positive kvinner og for kvinner med høy HIV-risiko. Mesteparten av helsepersonellet (89 %) snakket med kvinnelige klienter om prevensjonsmidler både for å unngå uønsket graviditet og for å forebygge spredning av seksuelt overførbare infeksjoner i samme rådgivningstime. Helsepersonell hadde en forholdsvis dårlig holdning til kvinnekondomet, mye på grunn av den manglende tilgjengeligheten på produktet. Helsepersonell hadde et ønske om opplæring om kvinnekondomet. Tilgjengelighet, pris på produktet og om sykepleiere har fått opplæring om kvinnekondomet, er ifølge forfatterne avgjørende for om de snakker om kvinnekondomet som en del av rådgivningen (Holt, et al., 2013).

I studien ga sykepleiere mer rådgivning om kvinnekondomet enn legene (89 % versus 72 %). Det fremhever sykepleiernes fremtredende rolle i det forebyggende arbeidet. Holt et al. (2013) konkluderer med at sykepleiere bør være av topp prioritet i forhold til opplæring og trening, da de står for mye av arbeidet i primærhelsetjenesten. Totalt 71 % svarte at de vanligvis eller alltid foreslo, og ga rådgivning om, kvinnekondomet til kvinner. Det var mer rådgivning av kvinnekondomet til HIV-positive og ugifte kvinner, enn til HIV-negative, kvinner i ekteskap og som brukte hormonelle prevensjonsmidler. Dette viser fremtidens behov for rådgivning, generelt til alle, men ikke minst til HIV-negative, til ungdom med fokus på undervisning om sikker sex, til kvinner i ekteskap og til

kvinner som bruker hormonelle prevensjonsmidler med fokus på informasjon om prevensjonsmidler med dobbel effekt (Holt, et al., 2013).

3.5 Undervisning og rådgivning

Helsepedagogikk er et forholdsvis nytt begrep, og vil ha en sentral rolle for fremtidige pedagogiske utfordringer i helsetjenesten. Helsepedagogikk har som mål å bedre helse for pasienten, ved bruk av pedagogiske aktiviteter for å fremme læring og mestring (Kristoffersen, 2011, s. 345). Undervisning kan ha ulike pedagogiske mål: Kunnskapsmål, ferdighetsmål og holdningsmål. (Kristoffersen, 2011, ss. 360-361). Undervisningsmålene ligger i vedlegg 4. For at en person skal føle mestring, vil det være viktig å få frem en følelse av selvstendighet. Selvstendighet skapes ved at helsepersonell ikke bare gir svarene, men også stiller pasienten spørsmål. Pasienten utfordres til å stille undrende spørsmål, og involveres i læreprosessen. Sykepleieren har en pedagogisk kompetanse, der verdier, kunnskaper og ferdigheter ligger sentralt. God undervisning krever en god relasjon med pasienten, samt kunnskaper om læreprosessen (Kristoffersen, 2011, ss. 345-347).

Samtalen i pasientundervisningen bør preges av gjensidig tillit. Tillit kan skapes ved å vise at en tar pasienten på alvor, og gjennom kommunikativ kompetanse gjennom å lytte, tenke, snakke og svare. Sykepleieren må gi pasienten kunnskap og informasjon som pasienten forstår. I tillegg til å gi informasjon til pasienten, må sykepleieren selv hele tiden utvikle ny kunnskap. Både for selv å være oppdatert og for å kunne tilpasse hver enkelt pasient, da ingen pasienter eller situasjoner vil være like (Christensen & Jensen, 2003, ss. 33-35).

3.6 Sykepleieteori – Joyce Travelbee

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et annet samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.» (Travelbee, 1999, s. 29).

En *prosess* er en situasjon mellom sykepleier og et annet menneske som har behov for sykepleierens hjelp. Begrepet *mellommenneskelig* rettes mot at en sykepleiers arbeid, direkte eller indirekte, alltid handler om mennesker. Sykepleieren hjelper pasienten, uansett om den er direkte eller indirekte. En sykepleieoppgave er å gi initiativ til, være med på, organisere og evaluere tiltak, med mål om å løse helseproblemer i samfunnet. Det kan være arbeid hvor en samarbeider med innbyggere om å avdekke potensielle eller reelle helsefarer i samfunnet (Travelbee, 1999, ss. 29-31).

Kristoffersen (2011, ss. 220-222) skriver om Travelbee og hennes tenkning knyttet til opprettelse av tillit. I følge Travelbee må en først oppnå empati for hverandre, for så å kunne etablere tillit. Empati kan kun oppstå ut ifra likheter fra erfaringsbakgrunn. Mennesket kan ikke forstå et annet menneskes situasjon, uten selv å kunne knytte situasjoner opp mot egne erfaringer. Sykepleieren må derfor alltid arbeide for å utvikle evnen til empati, både gjennom livserfaring og gjennom erfaringer fra møter med pasienter. Travelbee hevder en profesjonell sykepleier klarer å bruke seg selv terapeutisk. En sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk for å få til en ønsket forandring i pasientens situasjon. Sykepleier må da være klar over at egen atferd kan virke inn på andre mennesker.

Kommunikasjon bidrar til både å komme nærmere og til å frastøte seg andre mennesker. Sykepleier og den hun hjelper kommuniserer ikke bare gjennom ord, men også gjennom atferd og holdning. Således kan god eller dårlig kommunikasjon avgjøres ut ifra atferd og holdninger, og ikke kun ut ifra ord (Travelbee, 1999, ss. 135-152).

4 Drøfting

4.1 Sykepleierens rolle i den forebyggende prosessen

Travelbee (1999, s. 29) sier sykepleie blant annet handler om å hjelpe et individ med forebygging av sykdom. Kristoffersen sier forebyggende sykepleie er å hindre at en sykdom oppstår eller minke en følgetilstand (2011, s. 341). Tiltak om helseinformasjon og kondombruk har fungert i industriland (Pratt, 2003, s. 10). I følge Travelbee (1999, ss. 29-31) er det å gi initiativ til, være med på, organisere og evaluere tiltak, sykepleieoppgaver. Holt et al. (2013) understreker viktigheten av sykepleiers arbeid rundt rådgivning om kvinnekondom som forebyggende arbeid. Kondombruk kan forhindre smitte. Informasjon og kondombruk har fungert i industriland, men en må også etablere effektive tiltak i verdens mer fattige land. Ut ifra definisjoner på sykepleie og forebyggende arbeid, ser jeg på sykepleieren som en viktig faktor i forebyggingen av HIV/AIDS. Sykepleieren kan utføre tiltak for å øke bruken av kvinnekondomet. Sykepleiere kan ikke alene bekjempe HIV/AIDS, men kan bidra som et ledd i prosessen. Det er viktig å arbeide sammen med kvinnen, som er en del av samfunnet. Det kan utføres gjennom blant annet rådgivning om kvinnekondomet og HIV/AIDS.

4.2 Program med fokus på kvinnekondomet versus andre program

Exner, Mantell, Hoffmann, Adams-Skinner, Stein og Leu (2011) viser at familieplanleggingsprogrammer, utviklet for å øke bruken av prevensjonsmidler med dobbel effekt, kan øke bruken av kvinnekondomet. Sykepleierne diskuterte kvinnekondomet med klientene i

intervensjonsgruppen. Sykepleieren demonstrerte bruk av mannlige- og kvinnelige kondomer via modeller, samt at klientene selv fikk øve, i motsetning til kontrollgruppen som kun fikk forklart produktet. Sykepleieren i intervensjonsgruppen diskuterte problemer ved bruk av kondomene sammen med klienten, etterfulgt av problemløsning. Ved parforhandlingsproblemer ble det brukt rollespill.

Exner et al. (2011) viser gjennom sine resultater at inkludering av kvinnekondomet i generell rådgivning om prevensjonsmidler med dobbel beskyttelse kan bidra til økt bruk av kvinnekondomet. Choi et al. (2008) viser derimot til at rådgivningstimer og ferdighetstrening rettet spesielt mot kvinnekondomet kan gi økt bruk av kvinnekondomet. De mener en bør fokusere på veiledning spesifikt om kvinnekondomet. En ser samtidig at de to studiene har forholdsvis lik rådgivning. De ga deltakerne ordentlig informasjon om kvinnekondomet, demonstrerer bruken av den, lot klientene selv få prøve produktet, samt tok opp og diskuterte eventuelle problemstillinger. Slik ser en at effekten av både det å inkludere kvinnekondomet i generell rådgivning i familieplanlegging, og det å gi spesifikk rådgivning om kvinnekondomet kan føre til økt bruk av kvinnekondomet. Er det behov for egne rådgivningstimer om kvinnekondomet? Det er mulig løsningen ligger i å inkludere kvinnekondomet som en del av rådgivning om generelle prevensjonsmidler. Dersom det skal fungere, må strategier hvor en inkluderer kvinnen i undervisningen brukes. Sykepleier må gi god og korrekt informasjon om kvinnekondomet, demonstrere bruk, la kvinnen selv få prøve kvinnekondomet, og i etterkant diskutere problemer. Det kan bli vanskelig å få til timer kun for kvinnekondomet, da det kan bli for dyrt for enkelte land, samt vanskeligheter om å få nok helsepersonell. Dermed kan det være mer aktuelt å inkludere kvinnekondomet som en del av generell familieplanlegging. Kvinnekondomet må allikevel ikke komme i stedet for det mannlige kondomet, men i tillegg. Slik kan en øke generelt bruken prevensjonsmidler med dobbel effekt.

Gruppetimer kan fungere for å øke kondombruk hos kvinner (Holt, et al., 2013). Choi et al. (2008) viser derimot til god effekt av rådgivning med kombinasjon av individuelle timer og gruppetimer. Travelbee har ti punkter om gode kommunikasjonsevner. Punkt fem handler om evnen til å planlegge ut ifra beslutninger fra observasjon, og punkt ti er om evnen til å evaluere egen deltakelse og om målene ble nådd, samt å planlegge intervensjonen videre ut ifra observasjonene (Travelbee, 1999, ss. 151-152). Kristoffersen hevder selvstendighet kan gi mestring, og at god undervisning krever god relasjon med pasienten (2011, ss. 345-347). Selvstendighet opparbeides lettere i individuelle timer. Tilrettelagt undervisning legger et fokus på hver enkelt av klientene. Individuell rådgivning kan gjøre det lettere for helsepersonell å observere om kvinnen får med seg informasjonen. Kvinnens utprøvelse av produktet og inkludering i undervisningen kan bidra til økt mestringsfølelse, som øker

sannsynligheten for videre bruk av kvinnekondomet. Sykepleier må vise at hun tar pasienten på alvor, for å opparbeide tillit. Gjennom individuelle timer kan sykepleier komme nærmere hver enkelt klient, bli bedre kjent. Det bidrar til bedre rådgivning. En ser også at det å bruke en time med gruppeterapi, i tillegg til individuelle timer, kan fungere godt. Kvinnene delte erfaringer om bruk av kvinnekondomet og kom selv med ideer for problemløsning under gruppediskusjoner.

Ut ifra studien til Choi et al. (2008) kan en konkludere med at det ikke bare er måten en planlegger undervisningen på som avgjør om kvinnene tar i bruk produktet, men også hva sykepleieren lærer kvinnene. Det hjelper ikke bare å lære om risikofaktorer for HIV-smitte, en må også vite hvordan en bruker et kondom for å kunne beskytte seg mot eventuell smitte. I studien fikk kvinnene i den eksperimentelle gruppen selv prøve kvinnekondomet, og problemer under prøvingen gjorde diskusjoner med sykepleier i etterkant nødvendige. Deltakerne må kunne nok om å bruke produktet, for å klare å bruke det. Sykepleier kan bidra med korrekt informasjon, og må selv opparbeide nok kunnskap om produktet for å kunne lære det videre til andre. Undervisning av sykepleier basert på alle de tre læringsmålene (kunnskapsmål, ferdighetsmål og holdningsmål), vil kunne bidra til økt bruk av kvinnekondomet. Kunnskapsmålet må brukes for å oppnå kunnskap om kvinnekondomet. Økt kunnskap kan gi kvinnene en bedre holdning til produktet. Undervisning knyttet til holdningsmål kan gi økt interesse for produktet og bli bevisst på HIV/AIDS-situasjonen. Det kan gjøre at kvinnene blir villige til å prøve kvinnekondomet. Ferdighetsmål er viktig for ferdighetstrening gjennom utprøving av produktet. Ved å kombinere undervisning med veiledning, kan kvinnene i etterkant prøve ut produktet på egenhånd. Videre veiledning, der en tar opp problemer, og kommer frem til problemløsninger sammen med kvinnen, kan bidra til økt mestring hos kvinnen.

4.3 Påvirkende faktorer for rådgivningen

I Zambia opplevde jeg HIV/AIDS som et tabu tema. De brukte andre forkortelser enn HIV/AIDS i pasientjournalene, for at andre ikke skulle forstå at pasienten hadde HIV/AIDS. Det er viktig å skjule pasientinformasjon, men etter min oppfatning forsøkte helsepersonell kun å skjule pasientinformasjon hos pasienten med HIV/AIDS, og ikke ved andre diagnoser. HIV/AIDS var ikke noe man snakket om i samfunnet generelt. Travelbee hevder en sykepleier kan påvirke til forandring i en pasients situasjon ved å bruke seg selv terapeutisk, dersom sykepleier er klar over egen atferds innvirkning på andre mennesker (Kristoffersen, 2011, s. 222). Sykepleier kommuniserer gjennom atferd og holdning (Travelbee, 1999, ss. 135-152). En ser her viktigheten av sykepleiers atferd og holdninger, samt viktigheten for sykepleier selv å være klar over egen atferd og holdning. En sykepleier vil ut ifra egen atferd og holdning påvirke klientene under rådgivningen. Er sykepleieren

negativt innstilt til produktet, vil hun ikke gi en god reklame for det. Det samme gjelder om åpenhet om HIV/AIDS. God kommunikasjon er avhengig av god holdning og atferd hos sykepleieren.

Holt et al. (2013) understøtter at helsepersonells holdning påvirker bruk av kvinnekondomet. De viser at helsepersonells holdning til kvinnekondomet ofte er dårlig, på grunn av for lite kunnskap og informasjon om produktet. Andre studier viser også til viktigheten av en sykepleiers holdning til arbeid og hvordan det påvirker pasientene. Mantell, West, Sue, Hoffman, Exner, Kelvin og Stein (2011) hevder sykepleiere er viktige for å fremme bruken av kvinnekondomet, gjennom deres kunnskap, holdning og komfort til produktet. Det hjelper ikke bare å dele ut kvinnekondomet. Måten en gjør det på har mye å si for om klientene ønsker å ta i bruk produktet. Dersom en sykepleier selv ikke tror på produktet, vil sannsynlighet heller ikke klienten det. Sykepleier må ha kunnskap om kvinnekondomet for å kunne utvikle en god holdning til det. Kunnskap om produktet er vesentlig for god rådgivning. En sykepleiers holdning til produktet er kanskje avgjørende, for at klienten selv skal få en god holdning til det.

Holt et al. (2013) nevner undervisning og opplæring av helsepersonell som nødvendig for aksept av kvinnekondomet. Dette understøttes av Mantell et al. (2011). Sykepleiere trenger opplæring om kvinnekondomet som et dobbeltfungerende prevensjonsmiddel. Samtidig har sykepleier ansvar for egen læring, og ansvar for å holde seg oppdatert i nyeste forskning. Det er riktig at mye av ansvaret holdes på sykepleieren selv, men samtidig er det ikke alltid lett å holde seg oppdatert om nyeste forskning som sykepleier i SSA, hvor en kanskje ikke har tilgang på all den moderne teknologien. Opplæring av helsepersonell med undervisning og kurs er derfor et godt tiltak. Selv med kursing, bør sykepleier vise initiativ til egen læring.

Holt et al. (2013) hevder tilgang på produktet er avgjørende for bruk av kvinnekondomet, mens Choi et al. (2008) sier det å ha tilgang på produktet i seg selv ikke er nok for å øke bruken av det. En må også sørge for rett rådgivning. De viser til ferdighetstrening rettet mot bruk av kvinnekondomet, tilstrekkelig informasjon, at deltakerne selv får prøve kvinnekondomet og problemløsende diskusjoner mellom sykepleier og kvinnen, som viktig innhold i rådgivningen. Det er ikke nok å få utdelt produktet. Kunnskap om produktet før bruk, og det å snakke om eventuelle problemer ved utprøving, kan gjøre at produktet lettere tas i bruk. En trenger kunnskap om produktet for å kunne bruke det rett.

Yonga hevder menn i det Zambiske samfunnet tror de eier kvinner (Bu, 2008). Det viser til stor maktubalanse i samfunnet. En studie sier noen menn lettere godtar kvinnekondomet, dersom kvinnen tar

initiativ og setter den inn (Holt, et al., 2013) . Det viser at bruk av kvinnekondomet kan styrke de ofte undertrykte kvinnenes posisjon i forholdet. Kvinner er undertrykt i samfunnets maktforhold, men kanskje kan kvinnekondomet, og en sterk innstilling blant kvinnen selv, styrke kvinnens posisjon. Kanskje det ikke kommer naturlig for kvinnen selv, men med øving gjennom rådgivning av sykepleier med informasjon, diskusjoner, rollespill og problemløsning, tør kanskje flere kvinner å ta bruk kvinnekondomet.

Ingen andre kvinnelige prevensjonsmidler kan brukes både for å unngå uønsket graviditet og for å forebygge smitte av HIV. En kan derfor lure på hvorfor kvinnekondomet ikke blir mer brukt. Det kan ha en sammenheng med hvert enkelt lands og personlig økonomi, helseplan, sosiale samfunn etc. Selv om kvinnekondomet er et prevensjonsmiddel utviklet for kvinner, nevner Pratt (2003, ss. 202-203) at det ikke nødvendigvis er kvinnen som styrer beskyttelsen, da partneren må gi samtykke til bruken av den. Kan kvinnekondomet ha en stor rolle i den forebyggende prosessen, når kvinnekondomet må godkjennes av mannen? Det er kanskje lite sannsynlig, da mannen ofte er den som tar avgjørelsene i forholdet. Det var også slik jeg observerte samfunnet i Zambia og ble fortalt av mennesker i Zambia. Jones et al. (2006) mener kvinnekondomet kan styrke kvinnens maktposisjon i samfunnet, men at mannen må inkluderes i rådgivningen. Kanskje det å inkludere mannen i rådgivningen er løsningen? Da vil mannen få et innblikk i kvinnekondomets funksjon. Tiltaket fungerer kun for kvinner i faste forhold eller med faste seksualpartnere. Blant kvinner med fast partner kan mannens deltakelse på rådgivningstimer utgjøre en stor forskjell. Dersom mannen tar avgjørelsene i forholdet, bør han få informasjon for å forstå produktet. Forskning viser samtidig at det å foreslå kvinnekondomet for mannen kan gi tillitsproblemer i forholdet. Mange kvinner tør derfor ikke å foreslå prevensjonsmiddelet. Jeg vil vise til Choi et al. (2008) sitt opplegg i rådgivningen knyttet til undervisning og diskusjoner, inkludert rollespill, om det å fortelle partneren om ønsket om å bruke kvinnekondomet. Det å bruke teknikker som å uttrykke at en ønsker å prøve noe nytt, gi hint om ønske om å bruke det på en leken måte, eller spørre partneren om å bruke kvinnekondomet i bytte mot en tjeneste, kan bidra til at mannen ser på kvinnekondomet som noe mer spennende enn et kondom, og at han ønsker å prøve det.

Travelbees tenkning om likheter i erfaringsbakgrunn for å oppnå tillit mellom sykepleier og klient, viser at sykepleier ikke kan hjelpe klienten uten å ha opplevd noe liknende eller å kunne knytte det til erfaringsbakgrunn. En kan derfor stille seg undrende til om en sykepleier fra Norge kan hjelpe kvinner i Afrika. Kvinnene vil kunne tenke at «du vet ikke noe om å være kvinne i Afrika» eller «hvordan kan du uttale deg om dette?». Det er også naturlig at de kan tvile på sykepleierens

kunnskaper, da sykepleieren ikke har vokst opp i deres samfunn. Det vil derfor være viktig å bli kjent med klientene og deres samfunn.

Yonga kommer med mange viktige utsagn (Bu, 2008). Må Zambias befolkning bli mer bevisst på situasjonen de står i? Mange er helt klar over HIV/AIDS som et stort samfunnsproblem, men mange gjør allikevel ikke noe med det. Yonga hadde selv en negativ holdning til mennesker med HIV-smitte, før hun skjønnte at en negativ holdning var årsaken til at samfunnet ikke kommer seg ut av krisen. Kanskje er det slik. At menneskene i samfunnet «graver sin egen grav». Og kanskje ikke. Det er i hvert fall helt sikkert at folk må løfte blikket. Uten at mennesker i samfunnet tar initiativ til hjelp, kan ikke en sykepleier vite hvem som trenger hjelp. HIV-negative må også ta initiativ til forebygging av HIV/AIDS. Hvordan ellers skal sykepleieren kunne hjelpe de? Sykepleier kan bidra med å henge opp plakater som reklamere for metoder for forebygging av HIV/AIDS. Reklamer med korrekt informasjon om HIV/AIDS, om hvordan en blir smittet, og om prevensjonsmidler som forebygger smitte burde hjelpe. Plakatene hjelper allikevel ikke ene og alene for å få kvinner til å ta i bruk kvinnekondomet, men de kan bidra til oppsøking av rådgivning for mer informasjon.

For å kunne øke effekten av det forebyggende arbeidet må organisasjoner og hvert enkelt land ta ansvar. Jeg viser til blant annet UNAIDS' arbeid for å hindre HIV-spredning og bekjempe AIDS. Et av UNAIDS' mål er å øke tilgangen på prevensjonsmidler som allerede eksisterer, deriblant kvinnekondomet. Dette er noe en sykepleier i seg selv ikke kan påvirke. En sykepleier kan påvirke i utdeling av, og om informasjon og undervisning om produktet, men sykepleieren avgjør ikke hvor mange kvinnekondomer hun har til rådighet i sitt arbeid.

Mange yngre kvinner og ungdom blir smittet av HIV. Jeg vil kort nevne noe om denne gruppen, selv om ungdom ikke er oppgavens fokusområde. Kun om lag 65 % av barn i Zambia får mulighet til å fullføre skolegang. Få lærere underviser i reproduksjon og seksualitet. I Zambia er HIV/AIDS mer vanlig blant de uten utdanning enn de med høyere utdanning. Mange jenter må slutte på skolen, på grunn av graviditet eller fordi foreldrene ikke har råd til å betale for videre skolegang. Omtrent 1/3 av jentene under 19 år blir gravide, på grunn av lite informasjon om, og tilgang til, prevensjon. De får til og med ikke nok informasjon på helsesentrene, hvis jentene i det hele tatt vet om sentrene. Ei jente i Zambia som ikke blir smittet av HIV/AIDS, vil ha venninner som blir det (KILDEN, 2008). Det er ikke bare en sykepleiers rolle som er avgjørende for at forebyggingen av HIV/AIDS skal bli en suksess. Det må skje et samarbeid mellom stat, organisasjoner, skoler og helsesektoren. En sykepleiers arbeid er ekstremt viktig, men uten gode samarbeidspartnere blir det umulig å nå målet. En sykepleier kan fungere motiverende for andre i samarbeidet, og kan komme med kunnskap. Kanskje en sykepleiers

informasjon om seksualitet og reproduksjon når bedre frem til elevene på skolene i Zambia, enn en lærers. Både på grunn av kunnskap og villighet til å lære bort om emnet.

5 Konklusjon

Sykepleiere er viktige i prosessen for å forebygge HIV/AIDS. I tillegg er et lands økonomi og helseplan og HIV/AIDS-programmer med på å påvirke tilgjengelighet til produktet. Samtidig er det ikke nok å ha kvinnekondomet tilgjengelig, men det er også nødvendig med korrekt informasjon for å kunne bruke produktet på rett måte. Kvinnenes mestring i bruk av kvinnekondomet, samt forståelse for hvorfor det prevensjonsmiddelet bør brukes, har stor betydning for eventuell videre bruk av produktet. Mannen har ofte en maktposisjon i forholdet. En sykepleier kan ikke avgjøre om mannen vil godta produktet, men parveiledning eller det å inkludere mannen i en eller flere rådgivningstimer i familieplanlegging eller HIV-tjenester, kan bidra til at mannen får økt forståelse og kunnskap for produktet.

Sykepleiere kan være med å gjøre en forskjell gjennom sin kunnskap, med rådgivning med informasjon, undervisning og veiledning. Sykepleieren må selv ha nok kunnskap om kvinnekondomet, for å kunne gi god rådgivning om produktet. Sykepleier har ansvar for egen læring og for å holde seg oppdatert på nyeste forskning, noe som ikke nødvendigvis er enkelt i SSA, hvor en ikke alltid har tilgang på moderne teknologi. Det trengs opplæring og kursing av helsepersonell om prevensjonsmidler med dobbel beskyttelse, som kvinnekondomet, og HIV/AIDS.

En kan ikke se på kvinnekondomet alene som løsningen på HIV-smitte og kvinners kontroll over egen beskyttelse, men en kan se på det som en vesentlig faktor i prosessen for å forebygge HIV-smitte. Helsepersonell er en viktig del av den forebyggende prosessen og for å få flere til å ta i bruk kvinnekondomet. Sykepleiere jobber tett sammen med klientene, og kan gjennom rådgivning med informasjon, veiledning og undervisning, spesielt i familieplanlegging og HIV-tjenester, bidra til økt forståelse og kunnskap om produktet hos klienten. Sykepleiers atferd og holdning kan påvirke klientens holdning. Nok kunnskap om kvinnekondomet kan føre til en bedre holdning til produktet hos både sykepleier og klient, som igjen kan bidra til økt bruk av produktet. Det er vist at en kombinasjon av individuelle timer og gruppetimer, enten om spesifikt kvinnekondomet, eller med en inkludering av kvinnekondomet i generell rådgivning om prevensjonsmidler med dobbel effekt, kan bidra til økt bruk av kvinnekondomet. De ulike strategiers funksjon vil allikevel variere fra land til land, og en kan ikke ha en klar felles løsning for alle land i SSA.

Bibliografi

- AVERT. (udatert). *Female Condom*. Hentet 25. mai 2015 fra <http://www.avert.org/female-condom.htm>.
- Bu, K. (2008). *Samba tør å snakke om HIV i Zambia*. =Oslo.
- Choi, K.-H., Hoff, C., Gregorich, S. E., Grinstead, O., Gomez, C., & Hussey, W. (2008). The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 98(10), 1841-1848. doi: 10.2105/AJPH.2007.113050.
- Christensen, S. L., & Jensen, B. H. (2003). *Pedagogikk og pasientutdanning: Sykepleiens pedagogiske felt*. Oslo: Akribe Forlag .
- Dalland, O. (2012). Hva er metode? . I O. Dalland, *Metode- og oppgaveskriving for studenter (5.tug)* (ss. 110-122). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I Dalland Olav, *Metode og oppgaveskriving for studenter (5.utg.)* (ss. 62-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Exner, T. M., Mantell, J. E., Hoffmann, S., Adams-Skinner, J., Stein, Z. A., & Leu, C.-S. (2011). Project REACH: A provider-delivered dual protection intervention for women using family planning services in New York City. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 23(4), 467-475. doi: 10.1080/09540121.2010.516335.
- Holt, K., Blanchard, K., Chipato, T., Nhemachena, T., Blum, M., Stratton, L., . . . Harper, C. C. (2013). A nationally representative survey of healthcare provider counselling and provision of the female condom in South Africa and Zimbabwe. *BMJ Open*, 3(3), 1-8 . doi: 10.1136/bmjopen-2012-002208.
- Jones, D. L., Weiss, S. M., Bhat, G. J., & Bwalya, V. (2006). Influencing sexual practices among HIV-positive Zambian women. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 18(6), 629-634. doi: 10.1080/09540120500415371.
- KILDEN. (2008). *Kvinnens reproduktive selvbestemmelse*. Hentet 25. mai 2015 fra http://kilden.forskningsradet.no/c51689/artikkel/vis.html?tid=51692&strukt_tid=51689.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleier bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer (2.utg.)* (ss. 337-385). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar (2.utg.)* (ss. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunnskapscenteret. (2015). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 30. januar 2015 fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>.

Mantell, J. E., West, B. S., Sue, K., Hoffman, S., Exner, T. M., Kelvin, E., & Stein, Z. A. (2011). Health care providers: A missing link in understanding acceptability of the female condom. *AIDS Education and Prevention*, 23(1), 65-77. doi: 10.1521/aeap.2011.23.1.65.

Pratt, R. J. (2003). *HIV & AIDS: A foundation for nursing and healthcare practice (5.utg.)*. London: Arnold.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_2.

Store Medisinske Leksikon. (2009). *Femidom*. Hentet 26. mai 2015 fra <https://sml.snl.no/femidom>.

Store Medisinske Leksikon. (2014). *HIV*. Hentet 26. mai 2015 fra <https://sml.snl.no/aids>.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. Thorbjørnsen, Overs.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

UNAIDS. (2005). Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper [brosjyre]. Sveits: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).

WHO. (2006). *HIV treatment access reaches over 1 million in sub-Saharan Africa, WHO reports*. Hentet 25. mai 2015 fra <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr38/en/>.

WHO. (udatert). *HIV/AIDS*. Hentet 25. mai 2015 fra <http://www.who.int/gho/hiv/en/>.

WHO. (udatert). *HIV/AIDS prevalence in sub-Saharan Africa*. Hentet 25. mai 2015 fra http://www.who.int/gho/urban_health/outcomes/hiv_prevalence/en/.

WHO. (udatert). *Sexual and reproductive health: Female condom*. Hentet 25. mai 2015 fra http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/female_condom/en/.

Vedlegg 1

Vedlegget viser noe av søknadsprosessen. Jeg valgte kun å ta med de søkene jeg har funnet og bruk forskning til oppgaven:

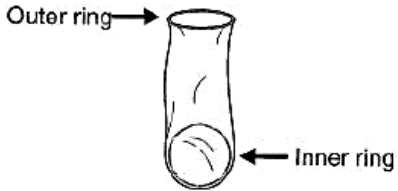
Database	Søkeord	Resultat	Valgte artikler
Cinahl with full text	Søkte opprinnelig gjennom tittelen til en annen artikkel i Academic Search Premier. Fant den igjen med nye søkeord: HIV prevention + female condom + skills training	5 artikler	The Efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: A randomized controlled trial (Choi, et al., 2008).
PubMed	Nurse + prevention + HIV + female condom (avgrenset siste 10 år)	46 artikler	A nationally representative survey of healthcare provider counselling and provision of the female condom in South Africa and Zimbabwe (Holt, et al., 2013).
Academic Search Premier	Søkte opprinnelig med andre søkeord, men søkte senere på nytt med disse søkeordene for å lettere finne den igjen: Female	116 artikler → nytt søk → 15 artikler	Health care providers: a missing link in understanding acceptability of the female condom (Mantell, et al., 2011).

	condom + HIV prevention + acceptability		
Oria	Hiv + nurse prevention + female condom (avgrenset fra 29.05.05 + artikler)	3 artikler	Project REACH: a provider-delivered dual protection intervention for women using family planning services in New York City (Exner, et al., 2011).
Oria	Efficacy + female condom + teaching	10 artikler	Influencing sexual practices among HIV-positive Zambian Women (Jones, Weiss, Bhat, & Bwalya, 2006).

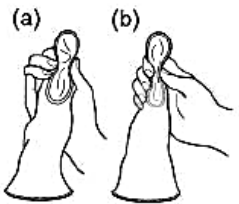
Vedlegg 2

Innsetting av kvinnekondomet:

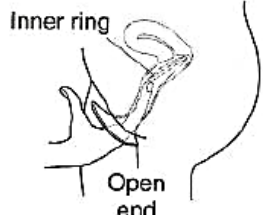
1 OPEN END (outer ring)
The open end covers the area around the opening of the vagina. The inner ring is used for insertion and to help hold the sheath in place.




2. HOW TO HOLD THE SHEATH
(a) Hold inner ring between thumb and middle finger. Put index finger on pouch between other two fingers, or
(b) just squeeze.




3. HOW TO INSERT THE CONDOM
Squeeze inner ring. Insert the sheath as far as it will go. It's in the right place when you can't feel it. Don't worry – it can't go too far, and IT WONT HURT!



4. MAKE SURE PLACEMENT IS CORRECT
Make sure the sheath is not twisted. The outer ring should be outside the vagina.



5. REMOVAL
Remove before standing up. Squeeze and twist the outer ring. Pull out gently. Dispose with waste, not in toilet.



Use more lubricant if:

- the penis does not move freely in and out;
- the outer ring is pushed inside;
- there is noise during sex;
- the female condom comes out of the vagina during sex.

Remove and insert a new female condom if:

- the female condom rips or tears during insertion or use;
- the outer ring is pushed inside;
- the penis enters outside the pouch;
- the female condom bunches inside the vagina;
- you have sex again.

Add lubricant to the inside of the sheath or to the penis. Start with two drops and add more if desired.

(Pratt, 2003, s. 204).

Vedlegg 3

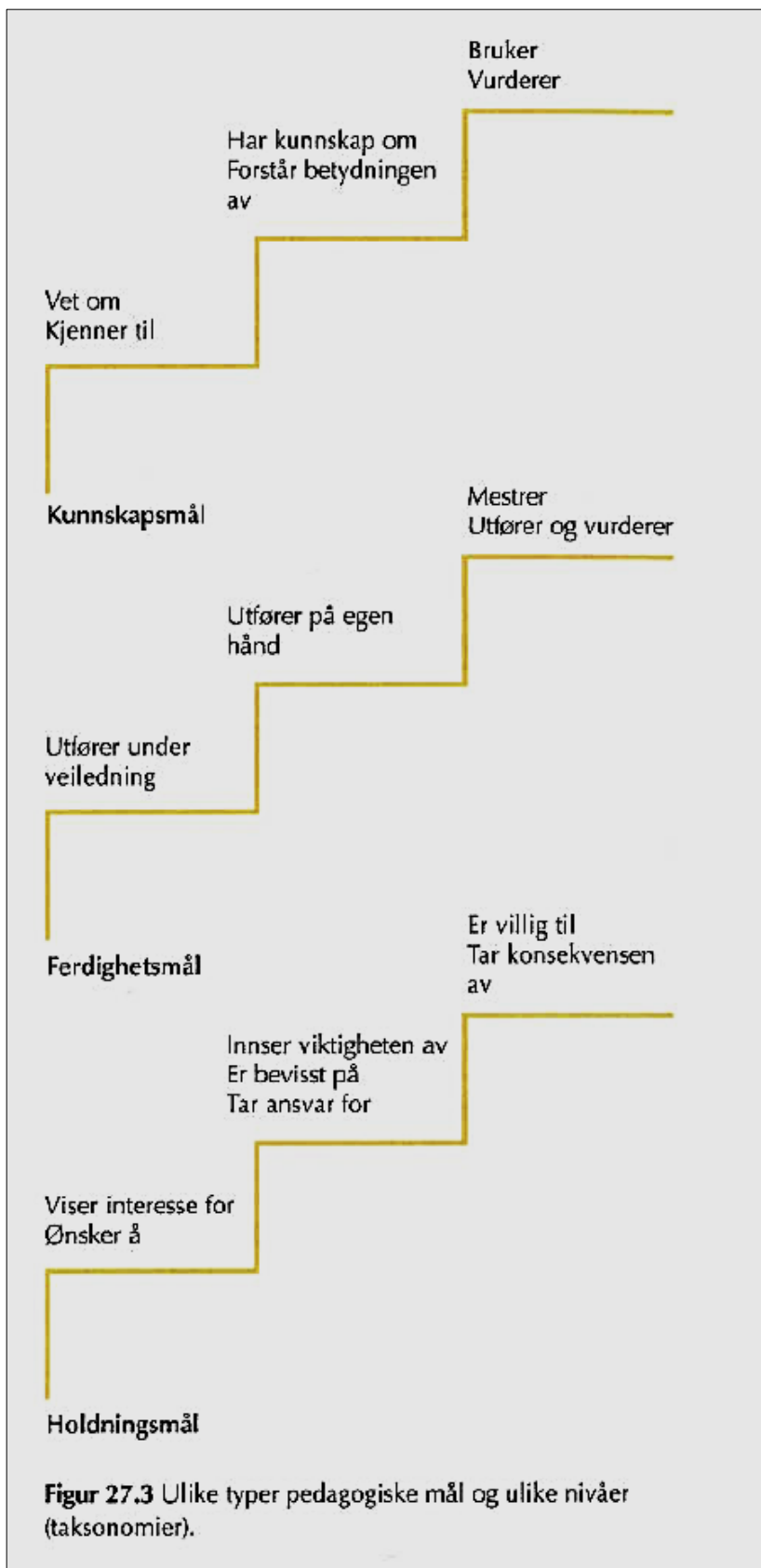
Tabell med oversikt over økt bruk av kvinnekondomet fra forskningsartikkel:

	Female Condom Skills Training, %	Women's General Health Promotion, %	P
Female condom			
Using the female condom at least once			
Baseline	1.41	0.51	.362
3 mo	45.31	19.11	<.001
6 mo	30.80	7.65	<.001
Treatment × time interaction			.588
Percentage of vaginal or anal intercourse protected by female condoms			
Baseline	3.82	7.62	.095
3 mo	11.57	11.30	.918
6 mo	18.87	14.40	.198
Treatment × time interaction			.040
Male condom			
Using the male condom at least once			
Baseline	68.45	64.39	.388
3 mo	70.75	65.46	.289
6 mo	63.99	59.77	.417
Treatment × time interaction			.992
Percentage of vaginal or anal intercourse protected by male condom			
Baseline	38.05	39.66	.681
3 mo	37.00	39.60	.511
6 mo	44.30	40.49	.371
Treatment × time interaction			.293
Male or female condom			
Percentage of vaginal or anal intercourse protected by any condom			
Baseline	38.10	39.66	.692
3 mo	45.06	41.86	.426
6 mo	50.42	40.97	.028
Treatment × time interaction			.032

(Choi, et al., 2008).

Vedlegg 4

Vedlegg 4 viser en oversikt over de ulike læringsmålene:



(Kristoffersen, 2011, s. 361).