



Opgaveløser:	Sandra Heilmann
CPR nr.:	[REDACTED]
Opgavetype:	Bachelorprojekt
Semester:	8. semester
Hold:	Hold 2018
Måned og år:	Juni 2022
Vejleder:	Silvia Isidor
Anslag:	71.764
ECTS:	22,5

## Bachelorprojekt

**Hvordan kan sygeplejersken ved patientundervisning om seksuelle overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, bidrage til seksuel adfærdsændring, således patientens risiko for re-smitte nedbringes?**

Denne opgave er udarbejdet af en studerende ved Peqqissaanermik pinngortitamillu Iisimatusarfik / Institut for Sundhed og Natur. Opgaven er udtryk for den studerendes egne synspunkter, der ikke nødvendigvis deles af skolen.

Kopiering eller anden gengivelse af opgaven eller dele af den, er kun tilladt med forfatterens tilladelse.

Underskrift:

Peqqissaanermik pinngortitamillu Iisimatusarfik/  
Institut for Sundhed og Natur  
Manutooq 1,3905 Nuussuaq.

Peqqissaanermik Ilisimatusarfik/  
Institut for sygepleje og sundhedsvidenskab  
Sygeplejerskeuddannelsen 2016

## Vedrørende eksterne prøver i sygeplejerskeuddannelsen

Jeg giver hermed tilladelse til at min opgave til ekstern prøve kan læses, som inspiration for andre og ligges på Ilisimatusarfik-s nedenstående hjemmeside:

<https://da.uni.gl/uddannelse/afgangsprojekter.aspx>

semester 8.

Opgavens titel: Hvordan kan sygeplejersken ved patientundersøgning om seksuelle overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, bidrage til seksuel adfærdsendring, således patientens risiko for re-smitte nedbringes

Dato: 15/06/22

Underskrift: Jach Hj

# Indholdsfortegnelse

<b>1 Resumé</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Indledning</b> .....	<b>4</b>
2.1 <i>Initierende problem</i> .....	4
2.2 <i>Seksuelle overførte infektioner i Grønland – fra et historisk perspektiv til nu</i> .....	4
<b>3 Problemets relevans for sygeplejen</b> .....	<b>6</b>
3.1 <i>Problembelysning</i> .....	6
3.2 <i>Helbredsmæssige konsekvenser relateret til seksuelle overførte infektioner</i> .....	8
3.3 <i>Seksuelle overførte infektioner og seksuel risikoadfærd</i> .....	9
<b>4 Afgrænsning</b> .....	<b>10</b>
<b>5 Problemformulering</b> .....	<b>11</b>
5.1 <i>Begrebsafklaring</i> .....	11
<b>6 Litteratursøgning</b> .....	<b>12</b>
6.1 <i>Indledende litteratursøgning</i> .....	12
6.2 <i>Systematisk litteratursøgning</i> .....	13
6.2.1 <i>Databaser</i> .....	13
6.2.2 <i>Søgeproces</i> .....	13
<b>7 Metode</b> .....	<b>15</b>
7.1 <i>Videnskabsteoretiske perspektiv</i> .....	15
7.2 <i>Valg af teori</i> .....	16
7.2.1 <i>Interaktionel sygeplejepraksis af Merry Scheel</i> .....	16
7.2.2 <i>Self-efficacy</i> .....	18
7.3 <i>Præsentation af empiri</i> .....	19
7.4 <i>Etiske og juridiske overvejelser</i> .....	21
7.5 <i>Analysestrategi</i> .....	21
<b>8 Analyse</b> .....	<b>22</b>
8.1 <i>Interaktionel sygeplejepraksis som referenceramme til sygeplejen</i> .....	22
8.1.1 <i>Viden og magt</i> .....	22
8.1.2 <i>Systemverdenen og livsverdenen</i> .....	23
8.1.3 <i>Handlemåder</i> .....	24
8.1.4 <i>To niveauer af sygeplejepraksis</i> .....	26
8.2 <i>Self-efficacy af Albert Bandura som teoretisk referenceramme til patientundervisningen</i> .....	28
8.2.1 <i>Sproglig overtalelse og selvregulerende kompetenceudvikling</i> .....	28
8.2.1 <i>Tre betingelser for effektiv adfærd</i> .....	29
<b>9 Diskussion</b> .....	<b>30</b>
<b>10 Konklusion</b> .....	<b>32</b>

<b>11 Perspektivering .....</b>	<b>34</b>
<b>12 Litteraturliste .....</b>	<b>36</b>
<b>13 Bilagsfortegnelse.....</b>	<b>40</b>

## 1 Resumé

Projektet har til formål at undersøge, hvordan sygeplejersken ved patientundervisning om seksuelle overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, kan bidrage til seksuel adfærdsændring, således patientens risiko for re-smitte nedbringes.

**Baggrund:** I Grønland ses forekomsten af seksuelle overførte infektioner at være ekstremt høje sammenlignet med Danmark og andre arktiske lande. Endvidere viser statistikkerne at mange bliver re-smittede på trods af mødet med sundhedsvæsenet vedr. behandling. Eksempelvis var 1/7 af alle positive klamydiaprøver gengangere pga. re-infektion i 2020. Håndteringen af seksuelle overførte infektioner i sundhedsvæsenet er behandlingsorienterede. Seksuelle overførte infektioner kan imidlertid medføre alvorlige helbredsmæssige konsekvenser såsom infertilitet samt påvirke livskvaliteten.

**Problemformulering:** Hvordan kan sygeplejersken ved patientundervisning om seksuelle overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, bidrage til seksuel adfærdsændring, således patientens risiko for re-smitte nedbringes?

**Metode:** Med en hermeneutisk tilgang, tager projektet udgangspunkt i en case, som jeg har skrevet på baggrund af en erfaret oplevelse i praksis, samt en kandidatafhandling af Versie Johnson-Mallard "The Effects of an Education/Behavioral Intervention on Knowledge, Perceived Risk and Self-Efficacy for Sexually Transmitted Infections in Women". Empirien analyseres og fortolkes ud fra Marry Scheels teori om Interaktionel Sygeplejepraksis samt Albert Banduras teori om Self-Efficacy.

**Konklusion:** På baggrund af analysen fandt jeg ud af, at sygeplejersken ved patientundervisning om seksuelle overførte infektioner kan bidrage til seksuel adfærdsændring hos patienten ved at bruge interaktionel sygeplejepraksis som referenceramme til sygeplejen, endvidere ved at bruge self-efficacy som teoretiske referenceramme til patientundervisningen.

## 2 Indledning

### 2.1 Initierende problem

Seksuelle overførte infektioner kan have en dyb indvirkning på helbredet. Ubehandlet kan det føre til alvorlige helbredsmæssige konsekvenser, såsom neurologiske og vaskulære sygdomme, infertilitet, øget risiko for ekstrauterin graviditet samt dødsfaldsler (Koppelhus 2019, Koppelhus 2020, SSI 2019). Derudover er de forbundet med stigmatisering og kan påvirke livskvaliteten (WHO 2016, s. 13).

På verdensplan anslås der hvert år at være 376 millioner, som bliver smittede med en af følgende fire seksuelle overførte infektioner; klamydia, gonorré, syfilis eller trichomonas (WHO 2021). I Grønland ses forekomsten af særlig klamydia og gonorré at være ekstremt høje sammenlignet med Danmark og andre arktiske lande (Law m.fl. 2008, s. 1).

### 2.2 Seksuelle overførte infektioner i Grønland – fra et historisk perspektiv til nu

Historisk ses en stigning i forekomsten af seksuelle overførte infektioner i Grønland indtil slutningen af 1980'erne (Berntsen m.fl. 2017, s. 3), hvor der blev etableret en række forebyggelses- og kontrolforanstaltninger for at reducere forekomsten af seksuelle overførte infektioner (Johansen m.fl. 2017, s.1). Dette da man nu havde fundet det første hiv-tilfælde i Grønland, og der var frygt for, at sygdommen ville sprede sig ukontrollabelt (Jørgensen 2018, s. 30). Blandt indsatserne var STOP-AIDS kampagnen, som havde til formål at skabe større opmærksomhed omkring sikker sex og brugen af kondom (Berntsen m.fl. 2017, s. 4). Endvidere blev grønlandske sygeplejersker undervist i venerologi med henblik på oplæring i tidlig diagnose, partneropsporing og hurtig behandling (ibid., s. 6). Tilsammen udgjorde indsatserne et markant fald i forekomsten af seksuelle overførte infektioner, indtil omkring år 1995, hvorfra der igen ses en stigning (Johansen m.fl. 2017, s. 3). På trods af en lang række indsatser og projekter vedr. seksuel sundhed siden midten af 1990'erne, er det endnu ikke lykkedes, at nedbringe antallet af seksuelle overførte infektioner i Grønland igen.

De seneste opgørelser fra Landslægeembedet om seksuelle overførte infektioner i Grønland viser, at der i 2020 var 1962 laboratorieprøver positive med nye tilfælde af gonorré<sup>1</sup> (Landslægeembedet 2021a, s. 1). Det svarer til en incidens på 3.485 gonorrétilfælde per 100.000 indbyggere (ibid., s. 3). Tallene er ekstremt høje sammenlignet med incidensen i Danmark på 46 gonorrétilfælde per 100.00 indbyggere i 2020 (se beregning i bilag 1). Vedr. klamydia var 2.984 laboratorieprøver positive med nye tilfælde i 2020<sup>2</sup> (Landslægeembedet 2021a, s. 8). I 2006 rapporterede Alaska høje forekomster af klamydia – med 715 per 100.000 indbyggere (Law m.fl 2008, s. 1). Samme år blev der i Grønland rapporteret 5.543 klamydiatilfælde per 100.000 indbyggere (ibid.), hvilket belyser problematikens størrelse. I 2018 var der desuden en voldsom stigning i antallet af syfilismittede i Grønland. Fra 21 anmeldte tilfælde i 2017 til 138 i 2018 (Landslægeembedet 2019, s. 8). I 2020 blev 140 personer anmeldt med syfilis (Landslægeembedet 2021b, s. 1).

Forebyggelse i relation til seksuel sundhed blev igen en del af i folkesundhedsprogrammet i Grønland med Inuuneritta III i 2020 (Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet 2020, s. 49). Paarisa, som er hovedaktør i implementeringen af Inuuneritta III, står for en række projekter med bl.a. hensigten at understøtte en positiv seksuel udvikling hos unge (ibid., s. 66). Et nyt og igangværende pilotprojekt er ung-til-ung metoden, som har til formål at inddrage ungdomsuddannelserne i kampen mod den høje forekomst af seksuelt overførte infektioner (ibid., s. 59). Siden 2007 har Paarisa endvidere udført dukkeprojektet, som er iværksat med det formål at nedbringe antallet af teenage-graviditeter, seksuelt overførte infektioner og øge brugen af prævention (ibid., s. 59, Jørgensen 2018, s. 25). Disse former for primær forebyggelse er relevante og nødvendige, men den ønskede effekt har ikke vist sig til kende i sammenfatning med den fortsatte stigning der er i antallet af seksuelle overførte infektioner. Indsatser må derfor ske på flere niveauer, hvis der skal ses ændring.

---

<sup>1</sup> Landslægeembedet anvender følgende definition: Hvis der er gentagne positive prøver hos samme person, defineres et nyt gonorrétilfælde ved, at der er gået mere end 21 dage siden seneste positive fund.

<sup>2</sup> Landslægeembedet anvender følgende definition: Hvis der er gentagne positive prøver hos samme person, defineres et nyt klamydiatilfælde ved, at der er gået mere end 42 dage siden seneste positive fund.

### 3 Problemets relevans for sygeplejen

I det grønlandske sundhedsvæsen er det ofte sygeplejersken, som står for håndteringen af seksuelle overførte infektioner. Under min praktik i Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) erfarede jeg håndteringen som behandlingsorienteret, hvor forebyggelse ikke var en aktiv del af behandlingen. Samtidig lagde jeg mærke til, at mange, som kom til behandling af en seksuel overført infektion, havde været smittet med en eller flere seksuelle overførte infektioner tidligere.

#### 3.1 Problembelysning

I dette afsnit identificeres, beskrives og begrundes det sygeplejefaglige problemområde; om manglende inddragelse af det forebyggende arbejde i håndteringen af seksuelle overførte infektioner i sundhedsvæsenet – for at afdække dens relevans i forhold til bearbejdelse af dette projekt.

Sygeplejersker i Grønland arbejder indenfor et juridisk grundlag som bl.a. omfatter sundhedsloven. I Landstingsforordningen nr. 15 om sundhedsvæsenets ydelser står der i kap. 1 §1 at: *"Sundhedsvæsenets vigtigste opgave, er, at fremme befolkningens sundhed, at forebygge sygdomme og sygdomslignende tilstande (...)"* (Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997). Tilsvarende beskrivelse findes om missionen for det grønlandske sundhedsvæsen (Det Grønlandske Sundhedsvæsen 2020, s. 4).

Endvidere står der i folkesundhedsprogrammet fra 2007 om sundhedsvæsenets aktiviteter, at: *"[...] Forebyggelse skal indtænkes aktivt i alle sundhedsvæsenets aktiviteter, som omfatter diagnostik, pleje, behandling og rehabilitering [...]"* (Aagaard 2015, s. 58).

Nedenfor kommer en beskrivelse af, hvordan håndteringen af seksuelle overførte infektioner foregår i sundhedsvæsenet, som tidligere sygeplejerske ved DIS, Lisa Ivalo Lind, har udtalt til Polarfronten:

*"(...) Man kommer og afleverer en urinprøve, bliver testet, og hvis den er positiv, ringer vi vedkommende op, informerer dem om, at de er smittet og laver en recept over telefonen, som de kan afhente på apoteket. Vi får slet ikke snakket ordentligt med dem. De bliver bare informeret og får udleveret behandling. (...)"* (Philbert 2020).



Det er ligeledes sådan, som jeg erfarede håndteringen af seksuelle overførte infektioner under min praktik i DIS og sådan, som handleplanen for håndteringen af klamydia er beskrevet, med blot tilføjelsen; at patienten skal informeres om at orientere seksuelle partnere gennem de sidste 3 måneder samt opfordres til anvendelse af kondom de næste 14 dage (se bilag 2: Håndtering af klamydia). Håndteringen af gonorré foregår på stort set samme måde, men behandlingen foregår under en sygeplejekonsultation, da den inkluderer en injektion i.m. (se bilag 3: Håndtering af gonorré). Til en konsultation gives 15 minutter.

Sidestilles denne behandlingsorienterede tilgang til håndteringen af seksuelle overførte infektioner med ovenfornævnte forordning, mission samt strategi, opfyldes kriterierne for sygeplejen ikke, da forebyggelse ikke indgår som en aktiv del af behandlingen.

Imidlertid kan behovet for inddragelse af forebyggelse i behandlingen af seksuelle overførte infektioner komme til udtryk i antallet af re-smittede. Antallet af enkeltpersoner, som i løbet af 2020 havde været smittet med klamydia var 2488 (hvoraf nogle var testet positiv mere end 2 gange) (Landslægeembedet 2021a, s. 8). Således var 1/7 af alle positive klamydiaprøver gengangere pga. re-infektion. Af alle gonorrétilfældene var 1/9 gengangere pga. ny-(re-) infektion (ibid., s. 1). Disse er altså opgørelser over registrerede re-infektioner med den samme seksuelle overførte infektion, hos den samme person, inden for samme år (år 2020). Dog erfarede jeg under min praktik i DIS at endnu flere, som kom til behandling for en seksuelt overført infektion, havde været smittede med en eller flere seksuelle overførte infektioner tidligere. Dette er til trods for kontakt med sundhedsvæsenet vedr. behandling fra tidligere infektion.

Om den autoriserede sygeplejerskes funktion i sundhedsvæsenet, står der desuden i sygeplejerskens kompetenceprofil, at sygeplejersken bl.a. skal "medvirke til opretholdelse af befolkningens sundhedstilstand med sundhedsfremmende og forebyggende tiltag" (Institut for sygepleje og sundhedsvidenskab 2016, s. 5). Samtidig arbejder sygeplejersken ud fra de fire virksomhedsområder: *at udføre, at lede, at formidle og at udvikle sygeplejen* (ibid., s. 15).

Ifølge WHO er seksuel sundhed grundlæggende for den overordnede sundhed og velvære (WHO 2006). WHO definerer seksuel sundhed ved:

“...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled” (WHO, 2006).

Seksuel sundhed er således et bredt begreb, som bl.a. kræver fokus på reduktion af sygdomme, såvel som et positivt fokus på seksuel trivsel i alle livets faser.

Når det er bekendt, at mange bliver re-smittede på trods af kontakt med sundhedsvæsenet vedr. behandling fra tidligere infektion, og forebyggelse alligevel ikke indgår som en aktiv del af behandlingen, opstår der derved en divergens mellem det ideelle, som beskrives om den autoriserede sygeplejerskes funktion i sundhedsvæsenet og derover bl.a. i sundhedsloven, kontra det reelle, der viser behov for inddragelse af forebyggende tiltag med henblik på at medvirke til opretholdelse af befolkningens sundhedstilstand. Dette, da seksuel sundhed beskrives som værende grundlæggende for den overordnede sundhed, og indebærer fravær af seksuelle overførte infektioner (WHO, 2006).

Endvidere kan seksuelle overførte infektioner medføre alvorlige komplicerede følgetilstande af helbredsmæssig karakter. Komplikationer relateret til seksuelle overførte infektioner og deres indvirkning på helbredet belyses i nedenstående afsnit.

### 3.2 Helbredsmæssige konsekvenser relateret til seksuelle overførte infektioner

For både mænd og kvinder kan ubehandlede infektioner med klamydia og gonorré føre til infertilitet (Koppelhus 2020, Tracz 2022). Derudover er der øget risiko for senere graviditet uden for livmoderen hos kvinden (ibid.). Og grundet infektionernes ofte asymptomatiske optræden, kan der gå lang tid før, at en infektion opdages (op mod 80% kvinder og 50% mænd får ikke symptomer ved klamydiainfektioner) (Koppelhus 2020).

Ubehandlet syfilis kan give alvorlige helbredsproblemer, som infektion i hjerte-kar-system og hjerne (Koppelhus 2019). Infektioner i hjernen kan forårsage unormal hørelse, nedsat syn, anfald

af smerter i arme og ben, psykose samt hurtig udvikling af demens (ibid.). Derudover kan syfilis overføres via moderkagen fra mor til foster (ibid.). Smitte i fostertilstanden kan føre til abort, dødfødsel eller medfødt syfilis (Statens Serum Institut 2019). Medfødt syfilis kan resultere i en række forskellige kroniske tilstande fx misdannelser og mental retardering (ibid.).

Foruden komplicerede følgetilstande af fysisk karakter, kan smitte med en seksuel overført infektion give anledning til tab af livskvalitet (Graugaard, Pedersen, Frisch 2015, s. 8). Især kroniske virusinfektioner som kondylomer, herpes og hiv kan føre til langvarige sundheds- og trivselsproblemer knyttet til sygdomsmanifestationer, behandlingskomplikationer eller mere indirekte psykosociale gener (ibid., s. 29). Særligt på hiv-området ses en udtalt stigmatiserings- og ensomhedsproblematik (ibid.). Eksempelvis har et dansk studie vist markant øget forekomst af nedsat eller manglende lyst til seksuelt samvær blandt både kvinder og mænd med hiv (ibid., s. 29).

### 3.3 Seksuelle overførte infektioner og seksuel risikoadfærd

Seksuelle overførte infektioner kan imidlertid sidestilles med en seksuel adfærd af ikke-beskyttende karakter. Og når patienter imødekommes med et behandlingsorienteret sundhedsvæsen, som derudover har så nem adgang til test og behandling, er der risiko for at der opstår en ligegyldig holdning blandt befolkningen med hensyn til seksuelle overførte infektioner. Håndteringen af seksuelle overførte infektioner kan igen kritiseres ud fra de sygeplejeetiske retningslinjer, hvor der om udøvelse af god etisk praksis bl.a. står, at sygeplejersken skal (...) *styrke patientens muligheder for selv at tage ansvar* (2020, s. 7). Det ideelle, set i denne sammenhæng, er at sygeplejersken bør hjælpe patienten med at styrke hans evner til at træffe sunde valg, når det kommer til seksuel adfærd.

Ifølge Graugaard og Worm findes der en række barrierer imod brug af "sikker sex", som der må tages højde for i den forebyggende indsats – herunder manglende tillid, angst for afvisning, mindre lystfølelse, følelse af sygdom og død, nedsat følsomhed, mindre romantik, forstyrret spontanitet, pris og besvær (2006, s. 123). De mener, at "sikker sex" (og dermed især kondombrug) griber ind i den enkeltes mulighed for frit at udfolde sin seksualitet og opleves af mange som "usexet" og besværligt (ibid., s. 124).

Manglende håndtering kan imidlertid forbindes med øget risiko for udbredelse af øvrige infektionssygdomme, såsom HIV (Bandura 1997, s. 181).

Endvidere er der, ifølge WHO, en stigende risiko for, at gonorrhé bliver ubehandlelig (WHO 2016, s. 17), da gonorrhé i de seneste årtier har udviklet resistens for næsten al medicin (ibid., s. 42).

#### 4 Afgrænsning

Seksuelle overførte infektioner kan medføre alvorlige helbredsmæssige konsekvenser, såsom infertilitet (Koppelhus 2020, Tracz 2022), samt påvirke livskvaliteten (Graugaard, Pedersen, Frisch 2015, s. 8).

I Grønland ses forekomsten af særlig klamydia og gonorrhé at være ekstremt høje sammenlignet med Danmark og andre arktiske lande (Law m.fl. 2008, s. 1).

På trods af en lang række indsatser og strategier i forebyggelsen af seksuelle overførte infektioner siden midten af 1990'erne, er det endnu ikke lykkedes, at nedbringe antallet af seksuelle overførte infektioner (Johansen m.fl. 2017, s. 3).

Statistikkerne viser desuden, at mange bliver re-smittede på trods af kontakt med sundhedsvæsenet vedrørende behandling fra tidligere infektion (Landslægeembeder 2021a, s. 1, s. 8). Handlingsplanerne i håndteringen af seksuelle overførte i sundhedsvæsenet er behandlingsorienterede (se bilag 2 og bilag 3). Den behandlingsorienterede tilgang med manglende forebyggende tiltag kan imidlertid argumenteres for at være i uoverensstemmelse med sundhedsloven, missionen for det grønlandske sundhedsvæsen samt sygeplejeetiske retningslinjer (Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997, Det Grønlandske Sundhedsvæsen 2020, s. 4, Sygeplejeetisk Råd 2020, s. 7). Ligeledes er det i modstrid med sygeplejerskens kompetenceprofil, hvor der om den autoriserede sygeplejerskes funktion i sundhedsvæsenet bl.a. står at sygeplejersken skal *medvirke til opretholdelse af befolkningens sundhedstilstand med sundhedsfremmende og forebyggende tiltag* (Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab 2016, s. 5). Dette da seksuel sundhed, som den er defineret af WHO, bl.a. inkluderer fravær af seksuelle overførte infektioner, og er grundlæggende for den overordnede sundhed og velvære (WHO 2006).

Hvis ikke sygeplejen i håndteringen af seksuelle overførte infektioner ikke udvikles, er der risiko for at der opstår en ligegyldig holdning blandt befolkningen vedr. seksuelle overførte infektioner. Endvidere kan manglende håndtering forbindes med øget risiko for udbredelse af øvrige infektionssygdomme, såsom HIV (Bandura 1997, s. 181). Desuden øget risiko for resistens og multiresistens af klamydia og gonorre (WHO 2016, s. 17).

Formålet med opgaven er, at undersøge om hvorledes patientundervisning om seksuelle overførte infektioner, som en del af sygeplejen i konsultationen med patienter, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, kan bidrage til antallet af re-smittede reduceres. Dette på baggrund af den viden, som er indsamlet til problembelysningen. Således vil resten af opgaven vil tage udgangspunkt i nedenstående problemformulering.

## 5 Problemformulering

*Hvordan kan sygeplejersken ved patientundervisning om seksuelle overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, bidrage til seksuel adfærdændring, således patientens risiko for re-smitte nedbringes?*

### 5.1 Begrebsafklaring

Nedenfor kommer uddybende forklaringer på begreber, som er brugt i problemformuleringen:

*Patientundervisning* er defineret af Sundhedsstyrelsen som en sundhedsrelateret aktivitet, hvor formålet er at give patienten viden til at forstå sin sygdom og situation, handlemuligheder til at få størst mulig kontrol over sit liv og følelsesmæssig støtte til at mestre følgevirkningerne af sin sygdom (2005, s. 38).

*Seksuelle overførte infektioner* (på engelsk: sexually transmitted infections) kaldes også sexsygdomme, kønssygdomme, seksuelt overførbare infektioner o.l. i andet litteratur. De har samme betydning; infektioner forårsaget af smitte via. seksuel kontakt.

*Patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion* omfatter patienter, som sygeplejersken møder i en planlagt sygeplejekonsultation i ambulanseregistreret behandling for en seksuelt overført infektion.

*Seksuel adfærd*. Risikoadfærd, som er defineret ved at en patient eller anden borger bevidst eller ubevidst øger sin sandsynlighed for at blive udsat for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker (Sundhedsstyrelsen 2005, s. 41). Målet er at støtte patienten med seksuel risikoadfærd til adfærdændring med henblik på beskyttende seksuel adfærd.

## 6 Litteratursøgning

I følgende afsnit kommer en beskrivelse af den indledende litteratursøgning efterfulgt af den systematiske litteratursøgning, herunder en beskrivelse af inklusions- og eksklusionskriterier samt udvalgte søgeord. Vedhæftet som bilag findes en samlet søgeprofil samt kvalitetsvurdering af udvalgt videnskabelig artikel.

### 6.1 Indledende litteratursøgning

For bred orientering vedr. seksuelle overførte infektioner, herunder forebyggelse i Grønland, har jeg med *bevidst tilfældig søgning* foretaget en indledende søgning på søgedatabasen Google samt artikeldatabaserne CINAHL og PubMed. De anvendte søgeord var bl.a. "seksuelle overførte infektioner", "forebyggelse" og "Grønland", og de samme ord oversat fra dansk til engelsk. Udvalgt litteratur blev anvendt som kilde til indholdet i den indledende del af opgaven.

I den indledende søgning har jeg ydermere foretaget manuelle søgninger på relevante hjemmesider, herunder [nun.gl](http://nun.gl), [stat.gl](http://stat.gl) og [peqqik.gl](http://peqqik.gl), hvor opgørelser og statistikker er blevet indhentet og bearbejdet.

Endvidere har jeg været på Ilisimatusarfiks bibliotek med henblik på at finde relevante bøger til problembelysningen. Biblioteket på Ilisimatusarfik, som er et delvist sundhedsfagligt bibliotek. Den indledende litteratursøgning gav informationer til forståelse af udfordringer relateret til seksuelle overførte infektioner, hvilket har ledt mig til problemformuleringen.

Problemformuleringen gav baggrund for søgeord som er brugt i den systematiske søgning. Den systematiske søgning beskrives nedenfor i emnerne "Systematisk litteratursøgning", "Databaser" og i "Søgeproces".

## 6.2 Systematisk litteratursøgning

En systematisk søgning indebærer både valg af rette databaser, udformning af søgeord og søgeprofil, en præcisering af hvilke artikler man udvælger på baggrund af søgningen, og hvordan man dokumenterer og beskriver sin søgning (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2020, s. 93).

### 6.2.1 Databaser

Til min systematiske litteratursøgning har jeg primært søgt på de to forskningsdatabaser CINAHL og PubMed.

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), som er det definitive søgeværktøj inden for bl.a. sygepleje, patientpleje og sundhed i øvrigt, giver adgang til mere end 4,3 mio. artikler, hvor hovedparten er på engelsk (Hørmann 2018, s. 44). CINAHL er specielt god til kvalitativ forskning og artikler om patienterfaringer og -oplevelser (ibid.).

PubMed (Public Medline), som er en udgave af MEDLINE, indeholder materiale fra hele det biomedicinske område, herunder sygepleje (Karlsson 2018, s. 105). Databasen referencer til mere end 25 mio. artikler, og opdateres dagligt, og det er derfor muligt at finde meget nye artikler, der netop er udgivet elektronisk (Hørmann 2018, s. 43).

Fælles for CINAHL og PubMed er, at videnskabelige artikler, afhandlinger og forskningsrapporter som er udgivet på disse sider, betegnes peer-reviewed. Dvs. at materialet er blevet undersøgt af andre forskere før udgivelsen, og er en måde at garantere kvaliteten af forskningen på (Karlsson 2018, s. 119).

### 6.2.2 Søgeproces

Redskaberne til at søge i databaser og sortere i hitsene er først og fremmest en systematisk brug af søgeord, som kombineres med blokke og ved anvendelse af boolske operatorer (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2020, s. 97). På baggrund af min problemformulering blev først følgende søgeord udvalgt til den systematiske litteratursøgning: "Sexually transmitted infections",

"prevention", "patient education", "sexual behavior" og "re-infection" og synonymer forbundet med ordene. Det gav for få hits, og jeg eliminerede derfor de to sidstnævnte søgeord. De udvalgte søgeord og deres tilsvarende synonymer blev forbundet med "OR", mens søgeordene med deres tilsvarende synonymer blev forbundet med "AND". Søgeordene "sexually transmitted infection" og dens tilsvarende synonymer blev opført til mindst at indgå i titlen, mens "prevention" og dens tilsvarende søgeord skulle indgå i abstract og "patient education" i teksten. Jeg indkredsede min søgning til artikler, der er udgivet i akademiske tidsskrifter og på engelsk, hvorfra jeg ved søgning i CINAHL fik 97 hits. Jeg læste abstracts og fandt forskningsartiklen "STI health communication intervention based on perceived knowledge, self-efficacy, and a logic model... sexually transmitted infections" relevant i forhold til at bruge som empiri. Jeg var særligt interesseret i denne artikel, da den fokuserer på en kort intervention, modsat de fleste andre artikler, som omhandler interventioner, der strækker sig over længere tid eller af flere gange eller er gruppebaserede, hvilket ikke var interesseområdet på baggrund af min problemformulering og dermed var eksklusionskriterier for min litteratursøgning. Der var dog ikke var gratis adgang til artiklen, hvorfor jeg søgte på andre databaser, og da det ikke lykkedes mig at finde den gratis kontaktede jeg bibliotekaren på Ilisimatusarfik. Det lykkedes dog heller ikke bibliotekaren, at skaffe adgang. Jeg foretog dermed en googlesøgning på artiklens overskift og forfatter hvor jeg fandt, hvad der svarer til en kandidatafhandling, som ovenfor nævnte artikel er baseret på, og med overskriften "The Effects of an Education/Behavioral Intervention on Knowledge, Perceived Risk and Self-Efficacy for Sexually Transmitted Infections in Women". Kandidatafhandlingen er et RCT-studie og skrevet af Versie Johnson-Mallard i 2005 i forbindelse med færdiggørelse af sin doktorgrad i filosofi på College of Nursing, University of South Florida. Efter en gennemgang af RCT-studiet fandt jeg denne relevant i forhold til at bruge som empiri til min videre opgave. I næste afsnit argumenteres for hvordan det fundne RCT-studie "The Effects of an Education/Behavioral Intervention on Knowledge, Perceived Risk and Self-Efficacy for Sexually Transmitted Infections in Women" analyseres.



## 7 Metode

I dette afsnit argumenteres for det videnskabsteoretiske perspektiv, valg af teori samt en præsentation af empirien. Desuden beskrives de etiske og juridiske overvejelser for projektet. Endvidere en redegørelse for analysestrategien.

### 7.1 Videnskabsteoretiske perspektiv

Dette projekt handler om at undersøge og forsøge at forstå: *Hvordan sygeplejersken ved patientundervisning om seksuelt overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, kan bidrage til seksuel adfærdsændring, således patientens risiko for re-smitte nedbringes.*

Et centralt begreb indenfor hermeneutikken er forforståelse (Birkler 2007, s. 96). Således vil det videnskabsteoretiske perspektiv i opgaven tage udgangspunkt i hermeneutikken.

Hermeneutikken kommer fra græsk og betyder "fortolkning", og hører under humanvidenskaben (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2020, s. 160).

Anvendelsen af den hermeneutiske tilgang vil komme til udtryk gennem analyse og fortolkning af empirien, hvorfra jeg ønsker at opnå ny forståelse af betydningen af patientundervisningen som et fænomen, og hvorledes denne kan bruges med henblik på seksuel adfærdsændring, således patientens risiko for re-smitte nedbringes.

Som ovenfor nævnt er forforståelse et centralt begreb indenfor hermeneutikken. Som ordet antyder, henvises der til den forståelse, som altid går forud før selve forståelsen (Birkler 2007, s. 96). På baggrund af den viden, som er indsamlet til problembelysningen, og som er udmundet i problemformuleringen, har jeg således min forståelse. Endvidere vil de teoretiske begreber, som jeg anvender i opgaven, vil være en del af min forforståelse (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2020, s. 161).

Forforståelsen i "forståelse gennem forforståelse" skal så forstås som en fordom, som enten bekræftes eller afkræftes, hvilket udgør forståelsen (Birkler 2007, s. 96). Gadamer beskriver, ifølge Birkler, vores forforståelse med alle sine fordomme, som samlet i en horisont, og som er det synsfelt, der omfatter og omslutter alt det, der er synligt fra et bestemt punkt (ibid., s. 97). For at kunne skabe ny forståelse på baggrund af forståelseshorisonten anvendes så den hermeneutiske cirkel (ibid.). Hertil er grundtanken, at der består et cirkulært forhold mellem menneskets helhedsforståelse og

delforståelse, hvor delene kun forstås, hvis helheden inddrages, og omvendt kan helheden kun forstås i kraft af delene (ibid., s. 98). Hver gang en ny delforståelse får lov at revidere helhedsforståelsen vil der ifølge Gadamer være tale om en horisontsammensmeltning (ibid., s. 101).

## 7.2 Valg af teori

I dette afsnit argumenteres for valg af teorier og begreber samt en præsentation af de udvalgte teoretikere. Til at analysere min problemformuleringen anvendes interaktionel sygeplejepraksis af Merry Scheel og self-efficacy-begrebet af Albert Bandura.

### 7.2.1 Interaktionel sygeplejepraksis af Merry Scheel

Scheel er udvalgt som referenceramme, da hun bl.a. beskæftiger sig med sygepleje, hvor interaktion og kommunikation er redskaber der skal muliggøre, at patienten tilegner sig frigørende handlingskompetencer (Scheel 2016, s. 223). Dette kan hjælpe med at belyse problemformuleringen i forhold til hvordan sygeplejersken kan forholde sig til sygeplejen med patientundervisningen, således patienten tilegner sig frigørende handlingskompetencer, som i sammenfatning med min problemformulering kan forstås som evnen til at tilegne sig beskyttende seksuel adfærd, således risikoen for at generhverve en seksuel overført infektion nedbringes. Merry Elisabeth Scheel (1929-2007) var en dansk sygeplejerske, uddannet i 1960. Hun arbejdede fra 1967 til sin pensionering i 1992 ved Danmarks sygeplejehøjskole, hvor hun undertiden studerede ved School of Nursing, Boston University fra 1971-72 (Nielsen 1997). Scheel blev desuden cand.phil. og mag.art. i filosofi og Ph.d. på en afhandling om tavs viden i 2003 (ibid.). Scheel har arbejdet med interaktionel sygeplejepraksis siden sin første bogudgivelse i 1985 med titlen "Vidensgrundlag – etik og sygepleje" (ibid.). Hovedbudskabet i teorien er, at sygepleje er en praksisdisciplin, hvor sygeplejersken i samarbejde med patienten, pårørende og andre sundhedspersonale skal sørge for, at patienten bliver bedre til at tage vare på sig selv (ibid.). Ifølge Scheel er problemstillinger sygeplejefaglige, når det handler om at fremme sundhed, at forebygge sygdom, at genoprette sundhed, at hindre følger af sygdom og lidelse samt at sikre en værdig livsafslutning (ibid.).

Den interaktionelle sygeplejepraksis befinder sig i et spændingsfelt mellem natur-, human- og

samfundsvidenskab, fordi sygeplejersken har brug for den viden om og forståelse af mennesket, der kan komme fra alle tre videnskaber (Scheel 2016, s. 135).

Nedenfor beskrives de dele af interaktionel sygeplejepraksis, som er valgt til analysebearbejdelsen på baggrund af min problemformulering.

### **Viden og magt**

Ifølge Scheel er alle menneskelige relationer magtrelationer – herunder sygeplejerske-patientforholdet (ibid., s. 174). Endvidere forbinder Scheel magt med viden, således er sygeplejersken i en magtposition med den viden og indsigt hun har på sundhedstruede forhold som patienten er indebærer af (ibid.). Hvis sygeplejersken har forståelse for den magtposition, hun indtager, og det ansvar hun har i forvaltningen af denne magt, kan det blive til gavn for patienten (ibid.). Patientundervisningen skal således ses i sammenhæng med at formidle viden, som kan blive til gavn for patienten og som ifølge Scheel er forvaltning af magt.

### **System- og livsverdenen**

Den interaktionelle sygeplejepraksis foregår i systemverdenen, men søger at inddrage livsverdensværdier (ibid., s. 193). Systemverdenen, som beskrives som den verden, der er styret af økonomiske markedsmekanismer og statslige bureaukratiske regler, og hvor relationerne mellem mennesker er upersonlige og anonyme (ibid., s. 87). Livsverdenen derimod er den verden og kultur, som mennesket lever i og hvorfra den får sin grundlæggende erfaring og forståelse af sproget, verden og kulturen (ibid., s. 88). Den skal forstås som den en betydningshorisont, og menneskets nødvendige grundlag for overhovedet at kunne orientere sig i tilværelsen og have mulighed for at nå til forståelse med forskellige samtalepartnere (ibid., s. 88).

### **Handlemåder**

Endvidere er der tre handlemåder i interaktionel sygeplejepraksis, der må ses i sammenhæng, hvis det frigørende potentiale skal opnås. Det er: *Den kognitivt-instrumentelle, den æstetisk-ekspressive og den moralsk-praktiske*, men alt efter hvad patientsituationen forlanger af hende, vil

enten den kognitivt-instrumentelle eller den æstetisk-ekspressive dominere i forhold til den anden, mens den moralsk-praktiske vil forekomme i alle patientsituationer (ibid., s. 89).

### **To niveauer af sygeplejepraksis**

Ifølge Scheel er der både noget unikt og noget generelt i hver enkelt patientsituation. Den interaktionelle sygeplejepraksis består derfor af to niveauer: 1) Et universalistisk niveau med det sigte at medvirke til at skabe sunde livsbetingelser for hele befolkningen (ibid., s. 198). 2) Et situationsorienteret, konkret praksisniveau, hvor der ydes pleje og omsorg til den enkelte patient i en konkret situation (ibid., s. 199). Disse to niveauer skal dog forstås som uadskillelige og påvirker hinanden gensidigt (ibid.).

#### 7.2.2 Self-efficacy

Et begreb inden for sundhedspædagogikken er self-efficacy.

Self-efficacy referer til menneskers tro på egen evne til at organisere og udføre de handlinger, som er nødvendige for at mestre fremtidige adfærdsændringer (Villadsen, Faurshou 2007).

Self-efficacy-begrebet er valgt som teoretisk referenceramme, da begrebet netop leder mod adfærdsændringer, som et mål for at blive bedre til at tage vare på sig selv. Dette kan hjælpe med at belyse problemformuleringen i forhold til hvordan sygeplejersken kan forholde sig teoretisk til patientundervisningen i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion. Således at patienten potentielt kan tilegne sig evnen til seksuel adfærdsændring med henblik på beskyttende seksuel adfærd, og dermed nedbringe egen risiko for re-smitte.

Albert Bandura (1925-2021) var en canadisk-amerikansk psykolog, som udviklede Social Cognitive Theory, hvorfra self-efficacy-begrebet stammer (ibid.). Social Cognitive Theory er en teoretisk ramme, der analyserer motivation, tanke og handling i et socialt, kognitivt perspektiv (ibid.). Self-efficacy skal forstås som en mellemliggende variabel mellem viden og handling, og sammen med omgivelserne påvirker self-efficacy adfærden (Bandura 1997, s. 282).

Nedenfor beskrives de dele af Banduras self-efficacy, som er valgt til analysebearbejdelsen på baggrund af problemformuleringen.

Man kan således have en stærk eller svag self-efficacy. Bandura beskriver fire måder, der kan udvikle og styrke en persons self-efficacy: Gennem egne erfaringer; gennem observerede erfaringer; ved sproglig overtalelse; og ved oplevede følelser (ibid., s. 79).

Bandura berører bl.a. self-efficacy i relation til forebyggelse af tilbagefald i forbindelse med sundhedsfremmende adfærd (ibid., s. 289). Ifølge Bandura må såkaldte *selvregulerende kompetencer* indgå i sundhedsfremmende adfærdshåndtering, for at det kan have effekt på forebyggelse af tilbagefald (ibid., s. 295).

Der er imidlertid tre betingelser for effektiv adfærd i Banduras teori. Først er der overbevisningen om, at det tilsigtede resultat af given adfærd er værdifuld for én; for det andet overbevisningen om, at denne adfærd rent faktisk vil føre til dette resultat; og for det tredje overbevisningen om, at man er i stand til at udføre denne adfærd (Antonovsky 2000, s. 77).

### 7.3 Præsentation af empiri

Empirien til analysebearbejdelsen vil delvist tage afsæt i en deltagerobservation, en erfaret case fra min praktik i DIS (se bilag 6), og delvist med afsæt i kandidatafhandlingen, et RCT-studie, som er fundet i forbindelse med litteratursøgningen. I følgende afsnit kommer en uddybende beskrivelse af hhv. casestudiet og RCT-studiet.

Casestudier er en strategi der benyttes ved en empirisk undersøgelse af en udvalgt nutidig hændelse eller et fænomen i dets naturlige sammenhæng (Nielsen, Hjørnholt, Jørgensen 2020, s. 175). Casen bruges til at analysere hvad man kan lære af netop denne specifikke hændelse eller fænomen, med det formål at opnå detaljeret praktisk baseret viden (ibid.).

Casen, som er udarbejdet på baggrund af en erfaret oplevelse i praksis, er et eksempel på en delvis typisk case – forstået således, at det ikke er en atypisk case, men et eksempel på en kritisk case. Den er baseret på en observation af en sygeplejekonsultation med en patient, der kommer til behandling for gonorré.

Casestudier anses for at have den laveste grad af evidens i evidenshierarkiet, og kan ikke generaliseres (Hornnes 2013, s. 103-104). Derfor har jeg valgt at understøtte casen med nedenstående RCT-studie.

RCT-studiet er baseret på kandidatafhandlingen "The Effects of an Educational/Behavioral Intervention on Knowledge, Perceived Risk and Self-Efficacy for Sexually Transmitted Infections in Women" af Versie Johnson-Mallard fra 2005. Studiet er et eksperimentel, udforskende, randomiseret kontrol studie med formålet at undersøge hvorvidt et undervisningsprogram har en effekt på viden og opfattet risiko for erhvervelse af seksuelle overførte infektioner (Johnson-Mallard 2005, s. 57).

Studiet er baseret på deltagelse af 89 kvinder i den fertile alder og som har søgt sundhedssektoren i forbindelse med familieplanlægning (Johnson-Mallard 2005, s. 57). Dog har jeg alligevel vurderet, at dele af undersøgelsen kan bruges til analysebearbejdelsen, herunder dele der omhandler indholdet i undervisningsprogrammet/interventionen, endvidere udfaldet af undersøgelsen. Behandlingsgruppen i undersøgelsen modtog en kort (30 minutters) teoribaseret "STI education/behavioral intervention" (egen oversættelse: seksuelle overførte infektionsundervisnings-/adfærdsintervention) (ibid., s. viii).

Specifikt var interventionen rettet imod at øge bevidstheden om konsekvenserne af seksuelle overførte infektioner og tilskynde til inkorporering af sund adfærd i kvinders liv i deres fødedygtige år (ibid., s. 70). Den pædagogiske intervention omfattede indhold om omfanget af seksuelt overførte infektioner hos kvinder; modtagelighed for og risiko for at pådrage sig seksuelt overførte infektioner, forebyggende adfærd, identificering af barrierer for forebyggende adfærd og teknikker til at inkorporere forebyggende adfærd i deres liv (ibid., s. 70). Undervisningsteknikker omfattede didaktisk undervisning (ibid., s. 70). Derudover blev forsøgspersoner i interventionsgruppen opfordret til at læse informationsbrochuren om forebyggelse af seksuelt overførte infektioner mindst tre gange om ugen efter den pædagogiske intervention for at tilskynde til at bevare viden (ibid., s. 70).

"A logic model" og Banduras socialkognitive teori blev brugt til at teste virkningerne af en undervisnings-/adfærdsintervention med henblik på at reducere individuel eksponering for seksuelt overførte infektioner ved at *øge individuel viden, opfattet risiko og self-efficacy* (ibid., s. 16).

Informationsbrochuren og interventionen havde til formål at forbinde ændringer i viden og adfærd (ibid., s. 71).

Undersøgelsen bestræbte sig på at demonstrere, at korte, men omfattende undervisningspræsentationer om forebyggelse af seksuelt overførte infektioner kan øge viden, opfattet risiko og self-efficacy til forebyggelse af seksuelle overførte infektioner (ibid., s. 10).

#### 7.4 Etiske og juridiske overvejelser

De etiske overvejelser i forbindelse med arbejdet med dette bachelorprojekt er omkring brugen af empiri, der præsenteres i ovenstående afsnit "valg af empiri".

En del af empirien er, som nævnt, baseret på en case, som er skrevet på baggrund af en erfaret oplevelse i praksis. Jeg har valgt denne metode, da jeg har fundet den mest hensigtsmæssig idet der ikke findes relevant litteratur der bearbejder problemstillingen i en grønlandsk kontekst.

Patienten i casen er ikke identificerbar, dvs. jeg har sikret mig, at den er personbeskyttet.

Endvidere står der ikke periode for episodens hændelse, hvilket gør, at man på baggrund af perioden ej heller kan finde frem til personen, som patienten omhandler, ej heller den sygeplejerske, som udførte konsultationen.

Endvidere består en del af empirien, som nævnt, af en kandidatafhandling. Kandidatstudiet er godkendt af Institutional Review Boards of the Florida Department of Health and the University of South Florida (Johnson-Mallard, s. 66). Det tilstræbes, at analyse og diskussion alene tolker det, der står skrevet, ikke udleder yderligere og derved forbliver tro mod teksten.

#### 7.5 Analysestrategi

Opgaven vil tage afsæt i en deduktiv analysestrategi, dvs. ved at tage udgangspunkt i udvalgte teorier (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2020, s. 251). En deduktiv analysestrategi kaldes også for teoristyret eller en top-down-tilgang idet man går fra det generelle, altså teorien om det almene, til at sige noget om det enkeltstående, dvs. min empiri (ibid, s. 251). Når man begrunder noget deduktivt, betyder det egentlig blot, at man beviser noget gennem en logisk udredning (Birkler 2007, s. 67).

Casen som helhed samt dele af casen udvælges til analysebearbejdelse. Endvidere udvælges dele af kandidatafhandlingen, som har relevans med henblik på at belyse problemformuleringen.

## 8 Analyse

Analysen er opdelt i 2 afsnit med afsæt i udvalgte teorier. Første del tager afsæt i interaktionel sygeplejepraksis af Merry Scheel som referenceramme til sygeplejen, efterfulgt self-efficacy-begrebet som referenceramme til patientundervisningen.

### 8.1 Interaktionel sygeplejepraksis som referenceramme til sygeplejen

#### 8.1.1 Viden og magt

Ifølge Scheel er der en forbindelse mellem magt og viden (Scheel 2016, s. 174). Sygeplejersken er i en magtposition med den viden og indsigt hun har på de sundhedstruende forhold, som patienten besidder (ibid.). Patienten er afhængig af sygeplejerskens forståelse for den magtposition, hun indtager, og det ansvar hun har i forvaltningen af denne magt, for at det kan blive til gavn for patienten (ibid.).

I casen fremgår det, at patienten tilsyneladende ikke har meget viden og indsigt i erhvervet infektion med gonorré. I stedet fokuserer patienten på behandlingen i forhold til hvor mange "stik" hun skal have. Endvidere fortæller patienten om en tidligere episode, hvor hun har fået behandling for "et eller andet", hvilket igen belyser patientens manglende viden og indsigt på de sundhedstruede forhold der er ved seksuelt overførte infektioner.

Når magt ses i forbindelse med viden, ses en tydelig magtfordeling i denne case. Sygeplejersken er i en magtposition med den viden og indsigt hun har om seksuelle overførte infektioner, hvilket patienten i casen tilsyneladende ikke har. Dermed er patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, afhængig af sygeplejerskens forståelse for den magtposition, hun indtager, og det ansvar hun har i forvaltningen af denne magt, dvs. i patientundervisningen om seksuelle overførte infektioner, for at det kan blive til gavn for patienten, fx ved at bidrage til seksuel adfærdsændring, og således patientens risiko for re-smitte nedbringes.

Johnson-Mallard undersøgte, som en del af sit studie, om hvorvidt undervisnings-/adfærdsintervention kunne resultere i en øget viden om seksuelle overførte infektioner (2005, s. 92). Med henblik på at øge patienternes viden bestod en del af interventionsmaterialet af en informationsbrochure om seksuelle overførte infektioner, der bl.a. indeholdt forklaringer på potentielle følgesygdomme af udiagnosticerede og ubehandlede seksuelle overførte infektioner



(ibid., s. 71). På baggrund af sin forudgående empirisk undersøgelse havde Johnson-Mallard fundet ud af, at læseniveauet har en betydning for opnået viden, holdning og self-efficacy (ibid.). Derfor udviklede hun informationsbrochuren på et læseniveau med en 8.klasses, og som derfor bestod af korte ord, uden indhold af medicinske terminologier eller abstrakte tanker (ibid.).

Johnson-Mallard kunne på baggrund af sin undersøgelse konkludere, at der var en betydelig sammenhæng mellem undervisnings-/adfærdsinterventionen med øget viden vedr. seksuelle overførte infektioner.

I undersøgelsen har sygeplejersken tilsyneladende forståelse for den magtposition, hun indtager, og det ansvar hun har i forvaltningen af denne magt. Ved at udvikle informationsbrochuren på et læseniveau med en 8.klasses resulterede det i, at patienterne tilegnede sig større forståelse og viden om seksuelle overførte infektioner, herunder de sundhedstruede forhold der er ved seksuelle overførte infektioner. Her ses, at patientundervisningens udfald kan ses i sammenhæng med sygeplejerskens forståelse for at formidle den viden hun har om seksuelle overførte infektioner, hvilket derfor må foregå på patientens niveau.

Der er således en forbindelse mellem magt og viden. Sygeplejersken kan dermed med sin viden om patientens erhvervede seksuelt overførte infektion informere og undervise patienten på patientens niveau i sygeplejen, som derved kan tilegne sig større forståelse af egen sygdom og situation. Det vil give patienten en større forståelse for de sundhedstruede forhold der er ved seksuelle overførte infektioner, som derved kan få mere magt over egen tilværelse, fordi patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, kan deltage mere aktivt i at forebygge eget problem i forbindelse med seksuel adfærd, og herunder seksuelle overførte infektioner. Uddyb

#### 8.1.2 Systemverdenen og livsverdenen

Det fremgår i casen, at sygeplejersken er begrænset af tid i konsultationen med patienten, der kommer til behandling for gonorré. Dog stemmer den udførte sygepleje overens med handlingsplanen vedr. gonorréinfektioner, hvilket tyder på at handlingsplanen er behandlingsorienteret.

Når sygeplejersken i casen begrænser sin sygepleje til at følge handlingsplanen vedr. gonorréinfektioner og desuden er begrænset af konsultationens varighed på 15 minutter, er det

hvad Scheel betegner som værende sygepleje styret af systemverdenen, hvor menneskelig handling foregår ud fra ovenfra givne og magtpåbudte regler (Scheel 2016, s. 87). Ydermere hvor mellem menneskelige relationer er upersonlige og anonyme (ibid.).

I interaktionel sygeplejepraksis, må sygeplejersken imidlertid altid søge at inddrage livsverdensværdier ind i sygeplejen. Livsverdenen som ifølge Scheel er modsætningen til systemverdenen, og er den verden og kultur, som mennesket lever i (ibid., s. 88).

Hun beskriver den som en betydningshorisont, hvori mennesket allerede befinder sig og er den kulturelt oplagrede baggrundsviden (ibid.). Endvidere menneskets nødvendige grundlag for overhovedet at kunne orientere sig i tilværelsen og have mulighed for at nå til forståelse med forskellige samtalepartnere (ibid., s. 88).

Sygeplejersken må derfor i patientundervisningen om seksuelle overførte infektioner i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, søge at inddrage livsverdensværdier ind i sygeplejen. Dette som grundlag for, at patienten overhovedet kan nå til forståelse med sygeplejersken i forhold til seksuelle overførte infektioner, herunder betydningen af seksuel risikoadfærd. Når livsverdenen ses i modsætning til systemverdenen, og Uddyb mellem menneskelige relationer i systemverdenen er upersonlige og anonyme, må sygeplejersken derfor søge at gøre relationen personlig og ikke-anonym. En personliggørelse i relationen er ifølge Scheel at inddrage patientens verden og kultur, og således ville sygeplejersken også kunne nå til forståelse for patientens baggrundsviden relateret til seksuelle overførte infektioner, dvs. patientens betydningshorisont i relation til disse. Ved at sygeplejersken ligeledes deler sin betydningshorisont vedr. seksuelle overførte infektioner, kan der således tilstræbes en horisontsammensmeltning på baggrund af gensidig forståelse. Således ville patientens betydningshorisont potentielt kunne udvides og dermed også patientens mulighed for at nå til bedre forståelse for behovet for seksuel adfærdændring, og således ville patientens risiko for re-smitte potentielt kunne nedbringes.

### 8.1.3 Handlemåder

Endvidere siger Scheel, at hvis sygeplejersken undlader at give patienten mulighed for at tilegne sig den indsigt og de færdigheder, han har brug for til at klare sin situation, bliver han fastholdt i en passivitet og afhængighed, der ikke giver mulighed for, at han selv kan være med til at løse, evt.

Hvilke rettigheder har patienten i forhold til behandling?

forebygge fremtidige problemer (Scheel 2016, s. 174). Det er dermed sygeplejersken ansvar, at give patienten den viden og de færdigheder, som er påkrævet for at opnå seksuel adfærdsændring, så han selv kan være med til at forebygge fremtidige infektioner.

I casen fremgår det, at sygeplejekonsultationen er behandlingsorienteret, dvs. baseret på det, som Scheel betegner som *den kognitivt-instrumentelle handlemåde*, altså problemløsende og resultatorienteret (ibid., s. 223).

Samtidig fremgår det i casen, at patienten flere gange har erhvervet sig seksuelle overførte infektioner, dvs. at patienten er blevet fastholdt i en passivitet og afhængighed, hvor konsultationerne ikke har givet patienten mulighed for at nå til seksuel adfærdsændring, og dermed ikke givet patienten mulighed for at være med til at forebygge fremtidige infektioner selv. Undersøgelsen af Johnson-Mallard viste at STI undervisnings-/adfærdsintervention kan bidrage til seksuel adfærdsændring (2005, s. 102).

Ifølge Scheel kan den kognitivt-instrumentelle handlemåde imidlertid ikke stå alene, og må ses i sammenhæng med *den æstetisk-ekspressive handlemåde* ligeså vel som den *moralsk-praktiske handlemåde*, hvis ikke det frigørende potentiale skal mistes (Scheel 2016, s. 223). Det frigørende potentiale, som på baggrund af problemformuleringen skal ses i forbindelse med seksuel adfærd og med henblik på seksuel adfærdsændring, således risikoen for re-smitte nedbringes.

*Den æstetisk-ekspressive handlemåde*, som er forståelsesorienteret, og sigter mod indbyrdes forståelse i en samtale (ibid., s. 89), må ifølge Scheel derfor indgå som en aktiv del af patientundervisningen. Sygeplejersken må derfor i samtale med patienten sikre, at der er indbyrdes forståelse i forhold til patientens aktuelle situation med erhvervet seksuelt overførte infektion og den seksuelle adfærd, som patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, giver udtryk for, herunder risikoen for at blive re-smittet med en seksuel overført infektion, hvis denne adfærd forsættes. Det, som sygeplejersken tilstræber, er en horisontsammensmeltning (ibid., s. 224), således at begge parter får forståelse for sammenhænge og mening i forhold til seksuelle overførte infektioner og patientens seksuelle risikoadfærd.

*Den moralsk-praktiske handlemåde*, som ligeledes er forståelsesorienteret, handler om sygeplejerskens evne til at forme forholdet til andre mennesker ud fra gyldige etiske normer (ibid.). Som en del af patientundervisningen, må sygeplejersken derfor reflektere over relationen,

som hun danner med patienten, hvilket ifølge Scheel er essentielt i alle patientforløb (ibid.). De etiske normer, som er gensidig respekt og anderkendelse ifølge Scheel (ibid., s. 90).

Den kognitivt-instrumentelle handlemåde må imidlertid ikke undervurderes, da den er nødvendig i forhold til at tilgodesse menneskets legemlige behov, til instrumentelle og tekniske aktiviteter (ibid., s. 223). I sammenhæng med casen som kan forstås som selve behandlingen af gonorréinfektionen.

Indtænkes de tre handlemåder i patientundervisningen om seksuelle overførte infektioner, kan patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, potentielt tilegne sig frigørende handlekompetence af beskyttende seksuel adfærd, og dermed nedbringe egen risiko for re-smitte.

#### 8.1.4 To niveauer af sygeplejepraksis

Ifølge Scheel og interaktionel sygeplejepraksis bør to niveauer af praksisudøvelse tilgodeses i enhver patientsituation (ibid., s. 199). Det universalistiske niveau samt det situationsorienterede, konkrete praksisniveau (ibid.). Sygeplejersken i casen er begrænset af konsultationens varighed på 15 minutter. Inden for de 15 minutter når sygeplejersken lige akkurat at give patienten behandlingen for gonorréinfektionen og informere om forholdsregler, før sygeplejersken må sende patienten ud, så hun kan nå at dokumentere den udførte sygepleje i patientens journal. Med Scheels interaktionelle sygeplejepraksis overses imidlertid begge niveauer af praksisudøvelse i casen. *Det universalistiske niveau* der handler om, at sygeplejerskens handlinger er rettet mod at formindske risikoen for, at befolkningsgrupper pådrager sig bestemte sygdomme, og dermed skaber sunde livsbetingelser for den givne befolkning (Scheel 2016, s. 198). *Det situationsorienterede, konkrete praksisniveau* der handler om at personer udtrykker deres personlige involvering i bestemte sygepleje- og omsorgssituationer, herunder det følelsesmæssige konkrete (ibid., s. 199).

Interventionen udført i undersøgelsen af Johnson-Mallard resulterede i en øget beskyttende seksuel adfærd hos deltagerne (2005, s. 102). Dermed kan en aktivitet som patientundervisning/intervention bidrage til, at patientens, som er en del af en befolkningsgruppe, risiko for at blive re-smittet med seksuelle overførte infektioner formindskes, og dermed er det universalistiske niveau tilgodeset.

Individorienteret patientundervisning i relation til seksuel adfærd vil nødvendigvis være baseret på den enkelte patient, hvorfor patientens involvering ville komme til udtryk. På baggrund af ovenstående analyse vil sygeplejersken i interaktionel sygeplejepraksis søge at inddrage livsverdensværdier i sygeplejen, som dermed vil involvere det følelsesmæssige konkrete, og dermed vil det situationsorienterede, konkrete praksisniveau ligeledes tilgodeses.

Sygeplejersken i patientundervisningen om seksuelle overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, ville dermed ved at tilgodese det universalistisk niveau skabe sunde livsbetingelser for patienten. Det situationsorienterede, konkrete praksisniveau tilgodeses når det drejer sig om individorienteret patientundervisning, og som vil tage udgangspunkt i den enkelte patients situation og livsverden.

#### Delkonklusion:

Med interaktionel sygeplejepraksis som referenceramme *til patientundervisningen om seksuelle overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuel overført infektion, kan bidrage til seksuel adfærdsændring hos patienten, og således nedbringe patientens risiko for re-smitte*. Der er imidlertid nogle grundlæggende sygeplejehandlinger, der må tilgodeses for, at patienten kan tilegne sig såkaldt frigørende handlekompetencer. Det frigørende potentiale forstået som patientens evne til at seksuel adfærdsændring, således risikoen for re-smitte nedbringes. Med vidensformidling om seksuelle overførte infektioner og de konsekvenser som seksuel risikoadfærd kan medføre, kan patienten tilegne sig større forståelse af egen sygdom/infektion og situation/seksuel adfærd og derved få mere magt over egen tilværelse. Således kan patienten deltage mere aktivt i at forstå egne problemer relateret til seksuel adfærd og være med til at forebygge eventuelle fremtidige infektioner selv. Sygeplejersken må imidlertid have forståelse for forvaltningen af denne viden, som må være på niveau med patientens, for at det kan blive *et gode* for patienten.

For at det frigørende potentiale kan opnås må sygeplejersken integrere følgende tre handlemåder i sin sygepleje: *Den kognitivt-instrumentelle, den æstetisk-ekspressive og den moralsk-praktiske*, der må ses i sammenhæng. Ydermere handler det om sygeplejerskens evne til at inddrage livsverdensværdier ind i systemverdenen, som sygeplejen er styret af. Patientundervisningen ville endvidere bidrage til at tilgodese de to niveauer af praksisudøvelse (det universalistiske niveau og

det situationsorienterede, konkrete praksisniveau), som ifølge Scheel bør indgå i enhver patientsituation.

## 8.2 Self-efficacy af Albert Bandura som teoretisk referenceramme til patientundervisningen

### 8.2.1 Sproglig overtalelse og selvregulerende kompetenceudvikling

Når patienten i casen flere gange har formået at erhverve en seksuelt overført infektion, og hvis seksuelle overførte infektioner ses i sammenhæng med seksuel adfærd, kan det ud fra self-efficacy-tankegangen tolkes som at patienten har en svag self-efficacy i relation til seksuel adfærd. På baggrund af Banduras teori er der fire måder at udvikle og styrke en patients self-efficacy på; gennem egne erfaringer, gennem observerede erfaringer, ved sproglig overtalelse og på baggrund af oplevede følelser (Bandura 1997, s. 70). Egne erfaringer beskrives som den bedste kilde til at fremme self-efficacy på (ibid., s. 80). Det handler imidlertid om at træne færdigheder, ligesom observerede erfaringer handler om at observerer andre gennemføre en opgave (og lægger dermed op til holdtræning). I forbindelse med patientundervisningen i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion og med henblik på seksuel adfærdsændring, kan de to ovennævnte metoder, grundet intimiteten i problemstillingen, imidlertid være vanskelige at gennemføre. Mest hensigtsmæssigt vil da være *sproglig overtalelse*, som handler om, at sygeplejersken skal forsøge at overbevise patienten om, at han vil være i stand til at lykkes med en handling/adfærdsændring (ibid., s. 101). Men for at sundhedsfremmende adfærdsundervisning kan få den tiltænkte effekt må patientundervisningen imidlertid indeholde selvregulerende kompetenceudvikling, ifølge Bandura (ibid., s. 295).

Undersøgelsen med interventionen udført af Johnson-Mallard resulterede i en større self-efficacy af beskyttende seksuel adfærd mod seksuelle overførte infektioner (Johnson-Mallard 2005, s. 99). Interventionen, som foruden informationer vedr. seksuelle overførte infektioner og konsekvenser relaterede til disse, indeholdt en pædagogisk intervention, som bl.a. bestod af identificering af barrierer for forebyggende adfærd og teknikker til at inkorporere forebyggende adfærd i deres liv (ibid., s. 70). Johnson-Mallard har således været bevidst om at integrere selvregulerende kompetenceudvikling i interventionen, hvor målet netop var seksuel adfærdsændring med henblik på at nedringe patienternes risiko for at blive smittet med en seksuel overført infektion.

Således må sygeplejersken i patientundervisningen om seksuelle overførte infektioner i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuel overført infektion, således foruden vidensformidling om seksuelle overførte infektioner og komplikationer relateret til disse, integrere selvregulerende kompetenceudvikling i sygeplejen. Således kan patienten tilegne sig evnen til seksuel adfærdsændring, og dermed nedbringe egen risiko for re-smitte. Med inspiration fra interventionen udført af Johnson-Mallard kan det ske ved identificering af barrierer for forebyggende adfærd og teknikker til at inkorporere forebyggende adfærd i deres liv. På baggrund af barrierer, som er belyst i problembelysningen, kan patientundervisningen eksempelvis indeholde en dialog om patienten har eventuelle barrierer i forhold til kondombrug, såsom hvorvidt det er svært at få hentet kondomerne i lægeklinikken, om det har betydning, hvad den seksuelle partner ønsker, om mødested og alkoholindtagelse har en betydning. På baggrund af identificerede barrierer for forebyggende seksuel adfærd bør sygeplejersken således inddrage teknikker til at inkorporere forebyggende seksuel adfærd i deres liv i patientundervisningen. Således kan sproglig overtalelse bruges som metode til at overbevise patienten om, at hun også er i stand til at inkorporere disse teknikker for forebyggende adfærd i hendes liv og derved styrke patientens self-efficacy i relation til seksuel adfærd, hvilket vil resultere i en nedbringelse af patientens risiko for re-smitte.

#### 8.2.1 Tre betingelser for effektiv adfærd

Der er ifølge Banduras teori imidlertid tre betingelser for effektiv adfærd (Antonovsky 2000, s. 77). Først er der *overbevisningen om, at det tilsigtede resultat af given adfærd er værdifuld for én* (ibid.), dvs. at sygeplejersken i patientundervisningen må tilsigte, at det bliver værdifuldt for patienten at nedbringe risikoen for re-smitte med seksuelle overførte infektioner ved seksuel adfærdsændring.

For det andet *overbevisningen om, at denne adfærd rent faktisk vil føre til dette resultat* (ibid.), dvs. sygeplejersken i patientundervisningen må tilsigte, at patienten bliver overbevist om, at der er en sammenhæng med patientens seksuelle adfærd med risikoen for seksuelle overførte infektioner og komplikationer relateret til disse.

For det tredje *overbevisningen om, at man er i stand til at udføre denne adfærd* (ibid.), dvs. sygeplejersken i patientundervisningen endvidere må tilsigte, at patienten bliver overbevist om, at

hun også er i stand til at ændre seksuel adfærd. Dette tredje komponent hører til metoden sproglig overtalelse, som ovenfor beskrevet.

Delkonklusion:

Med self-efficacy-begrebet som teoretisk referenceramme, kan sygeplejersken ved patientundervisningen om seksuelle overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, bidrage til seksuel adfærdsændring, og dermed nedbringe patientens risiko for re-smitte. Der må sygeplejersken, foruden at informere om seksuelle overførte infektioner og komplikationer relateret til disse, dog være i stand til at inddrage selvregulerende kompetenceudvikling i patientundervisningen, for at patienten kan inkorporere seksuel adfærdsændring i sit liv. Sproglig overtalelse kan bruges som metode til at styrke patientens self-efficacy på. Endvidere må tre betingelser inddrages for effektiv adfærd, herunder særligt overbevisningen om, at man er i stand til at udføre denne adfærdsændring.

## 9 Diskussion

Dette afsnit indeholder en kritisk vurdering af metode-, teori-, empirivalg.

Empirien i opgaven tager primært udgangspunkt i en case, som jeg har skrevet på baggrund af en erfaret oplevelse i praksis. Som beskrevet i metodeafsnittet anses casestudier for at have den laveste evidens i evidenshierarkiet (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2020, s. 289). Men da der ikke findes relevant litteratur, som bearbejder problematikken i en grønlandsk kontekst, er det denne metode, som jeg har fundet mest hensigtsmæssig til analysebearbejdelsen. Dette da jeg ville tage udgangspunkt i det aktuelle, og som ses i klinikken og i Grønland. Casen er således en beskrivelse af den virkelighed, som jeg har erfareret under min praktik i DIS.

Fordi opgaven primært er baseret på en enkelt case, kan opgaven derfor ikke opfattes værende valid (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2020, s. 393-394), men kan opfattes som et udtryk for, at der er behov for mere undersøgelse inden for området, i en grønlandsk kontekst, grundet problematikken størrelse. Statistikken over re-smittede med seksuelle overførte infektioner taler for det (Landslægeembedet 2021a, s. 1, s. 8).



Empirien blev dog understøttet med et RCT-studie. RCT-studier anses som det mest valide, reliable og objektive design, grundet randomiseringen, da andre faktorer dermed ikke kan spille ind på resultaterne af undersøgelsen (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2020, s. 288). Desuden ligger RCT-studier højt på evidensskalaen fordi der er tale om en kontrolleret intervention (ibid., s. 289).

RCT-studier er imidlertid kvantitative studier (ibid., s. 283), og på baggrund af, at jeg i min opgave har valgt en kvalitativ, hermeneutisk tilgang, har været det begrænset, hvad jeg har kunne få af kvalitativ viden af studiet. Dog kan det hermeneutiske synspunkt komme til udtryk på flere måder, og jeg har valgt denne metode med henblik på at opnå *ny forståelse af betydningen af patientundervisningen som et fænomen* med henblik på seksuel adfærdsændring (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2020, s. 160). Derfor har jeg alligevel kunne bruge studiet med dens indhold i forhold til interventionen samt resultaterne på baggrund af undersøgelsens udfald. Endvidere er studiet baseret på en undersøgelse, hvor deltagerne udelukkende var kvinder i den fertile alder og som havde søgt sundhedssektoren i forbindelse med familieplanlægning i Florida (Johnson-Mallard 2005, s. 57). Denne snævre målgruppe er ikke umiddelbar præsentabel i forhold til at kunne generalisere til min interessegruppe. Endvidere grundet de kulturelle forskelle der er mellem Florida og Grønland. Studiet blev dog alligevel valgt og fundet relevant, da den netop undersøger, hvad min problemformulering ligger op til, herunder betydningen af en *kort individorienteret intervention* i forhold til seksuelle overførte infektioner og self-efficacy i relation til seksuel adfærd. Som nævnt i metodeafsnittet omhandlende de fleste andre artikler nemlig om interventioner der foregik over længere tid og ofte indeholdt elementer af gruppebaseret undervisning. Gruppebaserede undervisninger fandt jeg ikke overførbare til grønlandsk kontekst, grundet befolkningens størrelse, hvor folk kender ofte hinanden. Det ville dermed være etisk ukorrekt at placere folk med seksuelle overførte infektioner i samme rum til gruppeundervisning, da seksuelle overførte infektioner ofte er forbundet med stigmatisering.

Merry Scheels teori viste sig værende anvendelig som sygeplejefaglig referenceramme til belysningen af problemformuleringen. Teorien om interaktionel sygeplejepraksis (2016) var brugbar i forhold til analyse og fortolkningen af empirien og belyste en række grundlæggende sygeplejehandlinger, der må tilgodeses for i sygeplejen med patienten der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion. Imidlertid har teorien en høj abstraktionsgrad, hvilket kan tolkes

som værende både en styrke og svaghed i teorien. Denne høje abstraktionsgrad gør det nemt at tolke empirien via teorien, men det betyder også, at man let kan få bekræftet en hypotese eller en antagelse.

En anden svaghed i Scheel teori er at hun ikke giver et klart svar på, hvordan sygeplejersken skal agere, men blot giver eksempler på, hvordan en handlemåde optræder i forhold til den anden.

Self-efficacy-begrebet viste sig endvidere at være anvendelig som teoretisk referenceramme i forhold til belysningen af problemformuleringen. Teorien var særligt anvendelig, da Bandura (1997) netop beskæftiger sig med adfærd og adfærdsændring som et mål for at øge self-efficacy. Teorien kan dog kritiseres på baggrund af Banduras antagelse om at adfærdsændringer kan opnås på baggrund af kognitive redskaber, og skelner dermed ikke til, at individer besidder forskellige genetiske egenskaber, der medfører at individer ikke besidder de samme kapaciteter for at lære eller har de samme kognitive færdigheder, der har indflydelse på at kunne reflektere. Teorien har dog været brugbar i forhold til at komme med konkrete redskaber til hvordan sygeplejersken ved patientundervisningen, i sygeplejen med patienten, der kommer til behandling for en seksuel overført infektion, kan fremme patientens self-efficacy således seksuel adfærdsændring kan opnås, og dermed også nedringe patientens risiko for re-smitte.

## 10 Konklusion

Konklusionen er en sammenfatning af fundene fra analyse og diskussion. Der gives et samlet svar på problemformuleringen. Problemformuleringen som lyder:

*Hvordan kan sygeplejersken ved patientundervisning om seksuelle overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, bidrage til seksuel adfærdsændring, således patientens risiko for re-smitte nedbringes?*

På baggrund af analysens fund, kan patientundervisning om seksuelle overførte infektioner bidrage til seksuel adfærdsændring hos patienten. Ifølge Scheel er der imidlertid nogle grundlæggende sygeplejehandlinger, der må tilgodeses, hvis patientundervisningen skal have effekt. For at det kan blive til gavn for patienten, må sygeplejersken have forståelse for den magtposition hun indtager, og det ansvar hun har i forvaltningen af denne magt. Magt ses i

forbindelse med viden, og skal således forstås ved, at sygeplejersken har et ansvar for at formidle den viden hun har om de sundhedstruede forhold, der er ved seksuelle overførte infektioner på et niveau, som er forståeligt for patienten. Således kan patienten tilegne sig større forståelse af erhvervet seksuelt overførte infektion og relationen der er til seksuel adfærd, hvilket gør, at patienten kan deltage mere aktivt i at forebygge eget problem i forbindelse med seksuel adfærd, og således nedbringe egen risiko for re-smitte.

Endvidere må sygeplejersken inddrage livsverdensværdier ind i sygeplejen, som er styret af systemverdenen, for at patienten overhovedet kan nå til forståelse med sygeplejersken. Det handler om at involvere patientens verden og kultur i sygeplejen, og således kan sygeplejersken også nå til forståelse for patientens kulturelt oplagrede baggrundsviden og betydningshorisont. På baggrund af patientens viden om seksuelle overførte infektioner og den viden, som sygeplejersken formidler om seksuelle overførte infektioner, kan hun således tilstræbe en horisontsammensmeltning.

For at det frigørende potentiale kan opnås, som skal forstås som evnen til seksuel adfærdsændring, må sygeplejersken integrere følgende tre handlemåder i sin sygepleje: Den kognitivt-instrumentelle, den æstetisk-ekspressive og den moralsk-praktiske, der må ses i sammenhæng. Den kognitivt-instrumentelle, som omfatter selve behandlingen, eksempelvis selve injektionen, som gives i forbindelse med seksuelle overførte infektioner; den æstetisk-ekspressive, som igen handler om gensidig forståelse mellem sygeplejerske og patient; og den moralsk-praktiske, som omhandler relationen mellem sygeplejerske og patient, der skal foregå ud fra gyldige etiske normer, hvilket i sygeplejen er gensidig respekt og anerkendelse.

Patientundervisningen om seksuelle overførte infektioner ville endvidere bidrage til at tilgodese de to niveauer af praksisudøvelse, det universalistiske niveau og det situationsorienterede, konkrete praksisniveau, som ifølge Scheel bør indgå i enhver patientsituation. Det universalistiske niveau tilgodeses på baggrund af, at der skabes sunde livsbetingelser for de patienter, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, hvis de formår at ændre seksuel adfærd og således nedbringer egen risiko for re-smitte. Det situationsorienterede, konkrete niveau tilgodeses ved at patientundervisningen foregår på individorienteret niveau og således er patienten involveret i eget forløb.

Patientundervisningen kan med self-efficacy-tankegangen bidrage til seksuel adfærdsændring hos patienten, hvis sygeplejersken inddrager såkaldt selvregulerende kompetenceudvikling i undervisningen. Selvregulerende kompetenceudvikling kan tilstræbes ved fx at hjælpe patienten til identificering af barrierer for forebyggende adfærd og teknikker til at inkorporere forebyggende adfærd i sit liv. Således kan sygeplejersken bruge sproglig overtalelse, som metode til at styrke patientens self-efficacy i relation til seksuel adfærd på.

På baggrund af tre betingelser for effektiv adfærd, må sygeplejersken ydermere tilstræbe at patienten tilegner sig: overbevisningen om, at en nedbringelse af risikoen for seksuelle overførte infektioner på baggrund af en beskyttende seksuel adfærd er værdifuldt; overbevisningen om, at denne beskyttende seksuelle adfærd rent faktisk vil føre til en nedbringelse af risikoen for seksuelle overførte infektioner; endvidere overbevisningen om, at man er i stand til at udføre beskyttende seksuel adfærd.

## 11 Perspektivering

I dette afsnit perspektiveres og reflekteres over, hvad projektets konklusion kan bruges til. Der argumenteres for idéer til, hvordan resultaterne kan anvendes, hvordan formidling af projektets resultater kan tilrettelægges samt for nye undersøgelser, der kan være behov for på området.

Det er som nævnt en stor problematik, at mange patienter, på trods af behandling i sundhedsvæsenet, bliver re-smittede med en seksuelt overført infektion. Som statistikkerne viser, bliver nogle re-smittede med den samme seksuelle overførte infektion op til 3 gange inden for samme år. På baggrund af projektets konklusion kan en kort patientundervisning om seksuelle overførte infektioner, i sygeplejen til patienten, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, bidrage til seksuel adfærdsændring, og dermed nedbringe patientens risiko for re-smitte. Skulle patientundervisningen integreres i praksis, ville det nødvendigvis indebære, at konsultationer med patienter, der kommer til behandling for en seksuelt overført infektion, blev forlængede. Som erfaret i praksis, er tiden imidlertid i forvejen presset, altså er der ikke meget tid at indhente. Det kunne imidlertid overvejes eller undersøges om en forlængelse af konsultationerne, på baggrund af tilføjelse af patientundervisning vedr. seksuelle overførte infektioner, på længere sigt ville medføre færre blev re-smittede, og dermed at færre patienter

skulle komme til behandling for seksuelle overførte infektioner. Det er således et spørgsmål om costs-benefits.

Projektet kan tolkes som et udtryk for, at der er behov for mere undersøgelse vedr. patienters viden, holdning og adfærd om seksuelle overførte infektioner i Grønland. Som opsummering af dette afsnit lægges resultaterne i dette projekt op til, at der bliver lavet flere kvalitative undersøgelser, hvor patientperspektivet inddrages.

## 12 Litteraturliste

### Obligatorisk litteratur

- Antonovsky, Aron (2000): Ligheder mellem OAS-begrebet og andre helbredsperspektiver I: *Helbredets mysterium*. København, Hans Reitzels Forlag, s. 51-80 (30 sider)
- Birkler, Jacob (2007): *Videnskabsteori – en grundbog*. København, Munksgaard (152 sider)
- Departementet for Sociale Anliggender, Familie og Justitsområdet, Naalakkersuisut (2020): Inuuneritta III. Naalakkersuisuts strategi for samarbejdet om det gode børneliv 2020-2023. Nuuk, Naalakkersuisut (97 sider)
- Hørmann, Ester (2018): Litteratursøgning I: Glasdam, Stinne (red.): *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København, Munksgaard, 2. udgave, s. 37-49 (13 sider)
- Institut for sygepleje og sundhedsvidenskab (2016): Studieordning – Bachelor i sygepleje <https://uni.gl/media/5122999/sygeplejerske-studieordning-rettet-jun-19.pdf> (Besøgsdato 02.06.2021) (48 sider)
- Karlsson, Eva Karin (2018): Informationssøgning I: Henricson, Maria (red.): *Videnskabelig teori og metode*, København, Munksgaard, 2. udgave, s. 103-121 (19 sider)
- Nielsen, Diana Astrup; Hjørnholm, Thea Qvist; Jørgensen, Peter Stray (2020): Kapitel 8: Litteratur og kilder I: *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning*. København, Samfundslitteratur, 1. udgave, 3. oplag, s. 87-119 (33 sider)
- Nielsen, Diana Astrup; Hjørnholm, Thea Qvist; Jørgensen, Peter Stray (2020): Kapitel 11: Kvalitative design I: *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning*. København, Samfundslitteratur, 1. udgave, 3. oplag, s. 173-180 (8 sider)
- Nielsen, Diana Astrup; Hjørnholm, Thea Qvist; Jørgensen, Peter Stray (2020): Kapitel 10: Teori I: *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning*. København, Samfundslitteratur, 1. udgave, 3. oplag, s. 133-172 (40 sider)
- Nielsen, Diana Astrup; Hjørnholm, Thea Qvist; Jørgensen, Peter Stray (2020): Kapitel 21: Diskussion I: *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning*. København, Samfundslitteratur, 1. udgave, 3. oplag, s. 381-395 (15 sider)

- Nielsen, Diana Astrup; Hjørnholm, Thea Qvist; Jørgensen, Peter Stray (2020): Kapitel 15: Kvantitative design I: *Det gode bachelorprojekt – i sundhedsuddannelserne. Håndbog i opgaveskrivning*. København, Samfundslitteratur, 1. udgave, 3. oplag, s. 381-395 (15 sider)
- Scheel, Merry (2016): *Interaktionel Sygeplejepraksis*. København, Munksgaard, 4. udgave (288 sider)
- Aagaard, Tine (2015): Hverdagsliv med sygdom: patienters kulturelle perspektiver på sundhedspraksis i Grønland. *Inussuk, Naalakkersuisut*, s. 52-72 (21 sider)

Sider i alt: 779

### Selvvalgt litteratur

- Bandura, Albert (1997): Developmental Analysis of Self-Efficacy I: *Self-Efficacy – The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company, New York, s. 162-211 (50 sider)
- Bandura, Albert (1997): Health Functioning I: *Self-Efficacy – The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company, New York, s. 259-318 (60 sider)
- Bandura, Albert (1997): Sources of Self-Efficacy I: *Self-Efficacy – The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company, New York, s. 79-115 (37 sider)
- Berntsen, Sine; Karlsen, Anders Peder Højer; Pedersen, Micheal Lynge; Mulvad, Gert (2017): Gonorrhoea in Greenland, incidence and previous preventive measures: a review to improve future strategies. *International Journal of Circumpolar Health*. Vol. 76 (11 sider)
- Danmarks statistik: Befolkningstal i Danmark per 1. januar 2020: 5.822.763  
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningstal#> (Besøgsdato: 23.03.22) (1 side)
- Det Grønlandske sundhedsvæsen (2020): *Organisationsplan 2020*  
(Kan rekvireres hos Det Grønlandske Sundhedsvæsen – postboks 1230 – 3900 Nuuk - personale@peqkik.dk) (35 sider)
- Graugaard, Christian; Pedersen, Bente Klarlund; Frisch, Morten (2015): Seksualitet og Sundhed. I: *Vidensråd for Forebyggelse*. København (43 sider)

- Graugaard, Christian; Worm, Anne-Marie (2006): Seksuelt overførbare sygdomme og seksualitet I: Graugaard, Christian; Møhl, Bo; Hertoft, Preben (red.): *Krop, sygdom og seksualitet*. 1. udgave, København, Hans Reitzels Forlag, s. 103-128 (26 sider)
- Hornnes, Nete (2013): Epidemiologisk design I: Rasmussen, Johanne Lind (red.): *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi*. København, Gads Forlag, s. 101-125 (25 sider)
- Johansen, Mila Broby; Koch, Anders; Wohlfahrt, Jan; Kamper-Jørgensen, Mads; Hoffmann, Steen; Soborg, Bolette (2017): Increased incidence of gonorrhoea and chlamydia in Greenland 1990–2012. *International Journal of Circumpolar Health*. Vol. 76 (9 sider)
- Jørgensen, Trine Juncher; Aidt, Ea Cecilie (2018): På med kondomer – Informationsavis. *Departementet for Sundhed*. Naalakkersuisut (32 sider)
- Kamper-Jørgensen, Mads (2013): Epidemiologiske hyppighedsmål I: Rasmussen, Johanne Lind: *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi*. København, Gads Forlag, s. 83-100 (18 sider)
- Koppelhus, Uffe (2019): Syfilis. I: *Sundhed.dk*  
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sexsygdomme/sygdomme/bakterieinfektioner/syfilis/> (26.04.22) (4 sider)
- Koppelhus, Uffe (2020): *Klamydia*. I: *Sundhed.dk*  
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sexsygdomme/sygdomme/bakterieinfektioner/klamydia/> (Besøgsdato: 25.04.22) (4 sider)
- Landslægeembedet (2019): Seksuelt overførte sygdomme i Grønland, 2018  
[https://nun.gl/emner/udgivelser/aarsberetninger/sundhedsfaglige\\_notater\\_vedroerende\\_2018?sc\\_lang=da](https://nun.gl/emner/udgivelser/aarsberetninger/sundhedsfaglige_notater_vedroerende_2018?sc_lang=da) (Besøgsdato: 23.03.22) (17 sider)
- Landslægeembedet (2021a): Landslægeembedets notat om klamydia og gonorre statistik 2020  
[https://nun.gl/emner/udgivelser/aarsberetninger/sundhedsfaglige\\_notater\\_vedroerende\\_2020?sc\\_lang=da](https://nun.gl/emner/udgivelser/aarsberetninger/sundhedsfaglige_notater_vedroerende_2020?sc_lang=da) (Besøgsdato: 23.03.22) (16 sider)
- Landslægeembedet (2021b): Landslægeembedets notat om syfilis 2020  
[https://nun.gl/emner/udgivelser/aarsberetninger/sundhedsfaglige\\_notater\\_vedroerende\\_2020?sc\\_lang=da](https://nun.gl/emner/udgivelser/aarsberetninger/sundhedsfaglige_notater_vedroerende_2020?sc_lang=da) (Besøgsdato: 23.03.22) (10 sider)



- *Landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser m.v. Grønlands Hjemmestyres Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997* (6 sider)
- Law, Dionne Gesink; Rink, Elizabeth; Mulvad, Gert; Koch, Anders (2008): Sexual Health and Sexually Transmitted Infections in the North American Arctic. *International polar year* (6 sider)
- Nielsen, Kirsten (1997): Større frihed til patienten. I: *Sygeplejersken*. Nr. 42, Dansk Sygeplejeråd. <http://www.sygeplejersken.dk/> (Besøgsdato d. 01.05.22) (3 sider)
- Philbert, Laura (2020): Tænk nyt I kampen mod kønssygdomme i Grønland. I: *Polarfronten* <https://www.polarfronten.dk/koenssygdomme-i-groenland/> (Besøgsdato: 20.04.22) (5 s.)
- Statens Serum Institut (2019): Syfilis <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsleksikon/s/syfilis> (Besøgsdato: 26.04.22) (3 sider)
- Statens Serum Institut: Antal tilfælde af gonorré i 2020: 2670 <https://statistik.ssi.dk//sygdomsdata#!/?sygdomskode=GONO&xaxis=Aar&show=Graph&ar=2%20010%7C2020&datatype=Individual> (Besøgsdato: 23.03.22) (1 side)
- Sundhedsstyrelsen (2005): Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. I: *Sundhedsstyrelsen – center for forebyggelse* (60 sider)
- Sygeplejeetisk Råd (2020): *Sygeplejeetiske retningslinjer* I: Kalaallit Nuaanni Peqqissaanermi Ileqqorissaarnermut Siunnersuisoqatigiit (8 sider)
- Tracz, Eva Susanna (2022): Gonorré I: *Sundhed.dk* <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sexsygdomme/sygdomme/bakterieinfektioner/gonorre/> (Besøgsdato: 25.04.22) (3 sider)
- Versie Johnson-Mallard (2005): The Effects of an Education/Behavioral Intervention on Knowledge, Perceived Risk and Self-Efficacy for Sexually Transmitted Infections in Women. *University of South Florida* (189 sider)
- Villadsen, Birgit; Faurshou, Pernille (2007): Patientundervisning skal forankres teoretisk I: *Sygeplejersken*. Nr. 5, Dansk Sygeplejeråd. <http://www.sygeplejersken.dk/> (Besøgsdato d. 29.04.22) (7 sider)
- WHO (2006): Sexual Health [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2) (Besøgsdato: 02.04.22) (1 side)

- WHO (2016): Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021. Toward ending STIs. I: *World Health Organization* (64 sider)
- WHO (2022): Sexually transmitted infections [https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_1) (Besøgsdato: 02.04.22) (1 side)

Sider i alt: 755

### 13 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Beregning af incidensen af gonorrétilfælde i Danmark i 2020

Bilag 2: D4-vejledning – Håndtering af klamydia

Bilag 3: D4-vejledning – Håndtering af gonorré

Bilag 4: Søgeprofil

Bilag 5: Kvalitetsvurdering af udvalgt RCT-studie (CASP)

Bilag 6: Case

**Bilag 1:** Beregning af incidensen af gonorrétilfælde i Danmark i 2020

For at beregne incidensen af gonorrétilfælde i Danmark i 2020 bruges følgende beregning (Kamper-Jørgensen 2013, s. 84):

$$\begin{aligned} \text{Per 100.000 indbyggere (gonorrétilfælde)} &= \frac{\text{Antal gonorrétilfælde i 2020}}{\text{Befolkningstal pr. 1.1.2020 i Danmark}} \\ &= \frac{2.670}{5.822.763} * 100.00 = 45,8 \end{aligned}$$

I 2020 var der således rundt regnet 46 gonorrétilfælde per 100.000 indbyggere i Danmark.

## Bilag 2: D4-vejledning – Håndtering af klamydia

Region Sermersooq - Klinisk DIH2.01.04 - Chlamydia-svar, Vejledning i håndtering a... Page 1 of 2

Dokumentnummer Klinisk DIH2.01.04	Version 1.4	Dokumentforfatter Ser.Led.Læg	Redaktør ANRL	Godkendt af JEOL
Niveau Klinisk D4	Dokumentbrugere			Kvalitetsundersøgt dato 06.03.2020

Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.

### Chlamydia-svar, Vejledning i håndtering af positive svar (DIS Nuuk)

- 0) ICPC-2 kodning
- 1) Formål
- 2) Fremgangsmåde
- 3) Målgruppe
- 4) Referencer og litteratur
- 5) Kontakt til D4 redaktører på DIS

#### 0) ICPC-2 kodning

- U72 - Urinrørsbetændelse
- X74 - Underlivsbetændelse
- X92 - Chlamydia-infektion i kønsorgan hos kvinde
- Y74 - Betændelse i testikel/bitestikel

#### 1) Formål

At kontakte patienter med positiv chlamydia.

#### 2) Fremgangsmåde

1. Visitatoren kigger på svar via Cosmic, under Indbakke. **Husk at markere på DIS Reception på svar modtager enhed, og svarmodtager (Ingen), samt klik på "alle patienter".**
2. Ved positivt svar for chlamydia ringer visitatoren patienten op.
  - Orienterer patienten om, at urinprøven har vist at patienten har chlamydia.
  - Tilbyder patienten at blive testet for HIV, syfilis, samt Hep A, bestilles under DIS Reception, "veneriske bl.pr".
3. Patienten orienteres om, at sexuel partnere gennem de sidste 3 måneder bør henvende sig ved DIS til undersøgelse for kønssygdomme.
4. Patienten orienteres om, at han/hun bør anvende kondom ved samleje mindst 14 dage efter behandling.
5. Standard behandling til ikke gravide, er, Tbl. Azithromycin 1g som engangsdosis.
6. Gravide i 1. trimester gives tbl. imadrax 500 mg 1 tbl x 2 i 7 dage.
7. Gravide i 2.-3.- trimester gives standard behandling.
8. Der laves recept, og informeres om apotekets åbningstid (9.30-15.30, torsdag 9.30-17.00).
9. I tilfælde, hvor det ikke er muligt at opnå telefonisk kontakt sendes brev til patienten om at henvende sig på DIS. Kan findes under "Notat", "Ny blanket".
10. Svaret godkendes i Cosmic.

#### 3)

<http://sundhed4info/D4Doc/book/DSIDdokument.asp?DokID=5554&sText=klamydia> 17-03-2022

## Bilag 3: D4-vejledning – Håndtering af gonorré

Fælles standardbehandling - Klinisk DIH9.4536 - Gonorré - håndtering på DIS (DIS N... Page 1 of 2

Dokumentnummer Klinisk DIH9.4536	Version 1.5	Dokumentansvarlig LægeSteno	Redaktør ANRL	Godkendt af MILP
Niveau Klinisk DIH	Dokumentbrugere Alle			Ikrafttrædelsesdato 06.03.2020

Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.

### Gonorré - håndtering på DIS (DIS Nuuk)

- 0) ICPC-2 kodning
- 1) Formål
- 2) Fremgangsmåde - Ukompliceret gonorré hos voksne
  - 2.1) Procedure
  - 2.2) Behandling
- 3) Fremgangsmåde - Kompliceret gonorré
- 4) Referencer og litteratur

#### 0) ICPC-2 kodning

- X71 - Gonore hos kvinde
- Y71 - Gonore hos mand

#### 1) Formål

Håndtering af gonorré på DIS (Dronning Ingrid's Sundhedscenter).

#### 2) Fremgangsmåde - Ukompliceret gonorré hos voksne

##### 2.1) Procedure

Når der foreligger **positiv urlin svar for GK** gør sygeplejevagten følgende:

- Patienten kontaktes telefonisk.
- Der informeres om at urinprøven har vist gonorré.
- Det afklares om der er tale simpel gonorré (urethrit, cervicit, rectum)
- Patienten får tid i sygeplekøns. 4 til behandling i tidrummet 8.45-9.30 eller hos sygeplejevagten.
- Mænd tilbydes podning til resistensbestemmelse (rødt podesæt)
- Patienten orienteres om at kontakte sexual partnere indenfor de sidste tre måneder, således at disse kan henvende sig på DIS eller andet sundhedscenter med henblik på undersøgelse for kønssygdom
- Kondom anvendes i mindst 14 dage efter afsluttes behandling
- Der tilbydes venerisk blodprøvepakke
- Der er ikke grund til kontrol podning med mindre der foreligger mistanke om behandlingssvigt.
- Ny urin undersøgelse for GK bør tidligst foretages 3 uger efter behandling da prøven forbliver positiv op til et par uger efter vellykket behandling.

##### 2.2) Behandling

<http://sundhed4info/D4Doc/book/DSIDdokument.asp?DokID=4536&sText=gonorre> 17-03-2022

**Ceftriaxon 500 mg (cum lidocain) im. dybt intraglutatalt samt azithromycin 2 g som engangsdosis** (udskriv recept på azithromycin 500 mg, 4 stk.). Azithromycin kan evt. udelades hos gravide og ammende.  
Kombinationsbehandlingen vil være dækkende for evt. samtidig clamydia infektion.  
Blandingsforhold: 1000 mg ceftriaxon blandes med 3,5 ml lidocain uden adrenalin (10mg/ml). Rumfanget bliver 4 ml. Der gives 2 ml im. som engangsdosis i musculus gluteus maximus.

### 3) Fremgangsmåde - Kompliceret gonoré

#### Ved kompliceret gonoré

(salpingit, epidimit), dissemineret gonoré (dermatit/artrit)samt hos børn og neonatale konfereres med bagvagt på DIS.

### 4) Referencer og litteratur

Instruks vedrørende behandling af gonoré på Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS)  
Udarbejdet af: Michael Lyng Pedersen, Godkendt af Jesper Olesen og Apolonia Møller


2006 instruks for veneria Grønland: <http://old.peqqik.gl/upload/venerologi.pdf>


2012 European

guidelines: [http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2012/Gonorrhoea\\_2012.pdf](http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2012/Gonorrhoea_2012.pdf)

#### Søgeord

gonorre gonorré gonore gonorea gonnore gonnoré gonnorre gonnorré x9x x13x x5x

 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoeae.pdf

 Grønland venerologi 2006.pdf


**Bilag 4: Søgeprofil**

Seksuelle overførte infektioner (Title)		Forebyggelse (abstract)		Patientundervisning (all text)
sexually transmitted infections  <b>OR</b>  sti  <b>OR</b>  sexually transmitted diseases  <b>OR</b>  std  <b>OR</b>  chlamydia  <b>OR</b>  gonorrhoea	<b>AND</b>	prevention  <b>OR</b>  intervention  <b>OR</b>  reduction  <b>OR</b>  minimization	<b>AND</b>	patient education


Academic journals and English

CINAHL boolean/phrase:

**TI ( sexually transmitted infections or sti or sexually transmitted diseases or std or chlamydia or gonorrhoea ) AND AB ( prevention or intervention or reduction or minimization ) AND TX patient education**

 TI ( sexually transmitted infections or sti or sexually transmitted diseases or std or chlamydia or gonorrhoea ) AND AB ( prevention or intervention or reduction or minimization ) AND TX patient education

**Expanders** - Apply equivalent subjects

 [View Results \(97\)](#)

**Narrow by Language:** - english

**Search modes** - Boolean/Phrase

I alt: 97 hits (Besøgsdato: 16.05.22)

PubMed query:

---

**Query**

**Results**

Search: ((sexually transmitted infections[Title] OR sti[Title] OR sexually transmitted diseases[Title] OR std[Title] OR chlamydia[Title] OR gonorrhoea[Title]) AND (prevention[Title/Abstract] OR intervention[Title/Abstract] OR reduction[Title/Abstract] OR minimization[Title/Abstract])) AND (patient education) Filters: English

99

I alt: 99 hits (Besøgsdato: 16.05.22)



## Bilag 5: Kvalitetsvurdering af udvalgt RCT-studie

Til kvalitetsvurdering af udvalgt RCT-studie har jeg brugt CASP-tjekliste.

# Kritisk læsning af en klinisk kontrolleret undersøgelse

Oversat efter: Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Making sense of evidence

© Public Health Resource Unit 2002

**Forfatter:** Versie Johnson-Mallard

**Titel:** The Effects of an Educational/Behavioral Intervention on Knowledge, Perceived Risk and Self-Efficacy for Sexually Transmitted Infections in Women

**Tidsskrift:**

**Nøgleord:** women's health, childbearing, intervention study, reliability testing, condom use

### Overvej følgende spørgsmål:

- Er undersøgelsen valid?
- Hvad siger resultaterne?
- Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

*Til vurdering heraf kan nedenstående spørgsmål være retningsanvisende.*

*De første to spørgsmål er overordnede. Hvis svaret til begge er ja, gå videre.*

*Hvis svaret er nej, er der ingen grund til at fortsætte.*

<b>Overordnede spørgsmål</b>	
<p><b>1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• den undersøgte population?</li> <li>• interventionen?</li> <li>• forventninger til undersøgelsen (hypotese)?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2) Er studiet en randomiseret kontrolleret undersøgelse og er det valgt at undersøge problemstillingen på denne måde?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hvorfor udføres studiet som en randomiseret kontrolleret undersøgelse?</li> <li>• var randomiseret kontrolleret undersøgelse den rette fremgangsmåde til at svare på de stillede spørgsmål?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<b>Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de ovenstående spørgsmål er ja)</b>	
<p><b>3) Blev studiepersonerne på behørig vis fordelt i interventions- og kontrolgruppe?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fremgår det, hvordan deltagerne blev fordelt?</li> <li>• er der reelt tale om randomisering?</li> <li>• er metoden til fordeling af studiepersonerne beskrevet?</li> <li>• blev der brugt en metode til at opnå en balanceret randomisering?</li> <li>• er grupperne sammenlignelige eller er der forskelle mellem grupperne ved studiets start?</li> <li>• er der forskelle mellem grupperne, som kan forklare nogle af studiets resultater?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>

<p><b>4) Var studiepersonerne, studiets forskere, assistenter, sundhedspersonale og andre med relation til studiet blindet?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• overvej om blinding var en reel mulighed?</li> <li>• blev der gjort en indsats for at opnå blinding?</li> <li>• havde det i det konkrete studie en betydning, om studiet var blindet eller ej?</li> <li>• overvej muligheden for bias hos observatøerne</li> </ul>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nej <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p><b>5) Konkluderes der på baggrund af alle studiepersonerne?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• blev der fulgt op på samtlige studiepersoner?</li> <li>• fik studiepersonerne et valg mellem at være i kontrolgruppen eller interventionsgruppen?</li> <li>• blev alle studiepersonernes resultater analyseret i forhold til den gruppe, de oprindeligt var fordelt til (intention-to-treat)?</li> <li>• mangler du oplysninger på dette område?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p><b>6) Blev studiepersonerne fulgt og data indsamlet på samme måde for begge grupper?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• blev studiepersonerne vurderet med de samme tidsintervaller?</li> <li>• modtog studiepersonerne den samme opmærksomhed fra forskere og sundhedspersonale?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p><b>7) Har studiet nok deltagere til at minimere tilfældighedernes indflydelse?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• er der redegjort for, hvor store grupperne skal være, for at der med rimelighed kan siges noget sikkert?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>

<p><b>8) Hvordan bliver resultaterne præsenteret og hvad er det primære resultat?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hvad er det, der bliver målt?</li> <li>• hvad er størrelsen af resultatet og giver resultatet mening?</li> <li>• prøv at redegøre for studiets resultat i én sætning</li> </ul> <p><b>9) Hvor signifikante er resultaterne?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• er resultaterne signifikante nok til at foretage en beslutning?</li> <li>• er der rapporteret et sikkerhedsinterval?</li> <li>• hvis der ikke er rapporteret sikkerhedsinterval: Er der rapporteret en p- værdi?</li> </ul> <p><b>10) Er alle væsentlige informationer taget med i overvejelserne over, hvorvidt studiets konklusioner kan anvendes?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• overvej om studiepersonerne er så forskellige fra den population, du vil bruge resultaterne på, at det kan give et andet resultat</li> <li>• er undersøgelsen udført i en sammenhæng, som er meget anderledes fra den, du vil anvende resultaterne i?</li> <li>• overvej resultaterne fra forskellige perspektiver: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ patienten</li> <li>○ familie/pårørende</li> <li>○ sundhedsprofessionelle</li> <li>○ politikere/økonomi</li> </ul> </li> <li>• overvej om de rapporterede fordele (benefits) overgår ulemper/udgifter (costs)</li> <li>• kan du tilbyde den samme behandling i din afdeling?</li> <li>• skal nuværende praksis ændres på baggrund af den evidens, dette studie har frembragt?</li> </ul>	<p><b>Beskriv</b></p> <p>Testpersonernes viden og holdning vedr. seksuelle overførte infektioner hhv. før og efter interventionen bliver præsenteret i tabeller. Det primære resultat er, at interventionen har en effekt på viden og holdning vedr. SOL.</p> <p><b>Beskriv</b></p> <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p><b>Kommentarer</b></p> <p>Til trods for, at testpersonerne i undersøgelsen udelukkende er kvinder i den bæredygtige alder og som har henvendt sig i forbindelse med familieplanlægning, og derfor ikke i nærheden af den befolkningsgruppe, som jeg er interesseret i, kan undersøgelsen stadig bruges, da det er korte interventionsdel, som jeg er interesseret i.</p>
--	--

## **Bilag 6: Case**

En 21-årig kvinde kommer til behandling for gonorré.

Forinden konsultationen er kvinden blevet ringet op med henblik på information vedr. positivt prøvesvar samt tilbud og indkaldelse til behandling.

Patienten træder ind i konsultationslokalet, hvor hun igen informeres om, at hun er testet positiv for gonorré. Sygeplejersken forklarer, hvad behandlingen går ud på og spørger patienten, om det er noget, hun har prøvet før. Patienten spørger, om det er 1 eller 2 stik, hvortil sygeplejersken svarer "ét stik, som jeg giver i den ene balle". Patienten svarer med et snært af et smil "det er først anden gang, at jeg skal prøve det". Og fortsætter "jeg har engang har fået to stik, én i hver balle, selvom jeg ikke engang havde sygdommen, men fordi jeg havde været sammen med en, der havde fået "et eller andet"". Sygeplejersken forklarer, at primære kontakter til nyopdagede syfilistilfælde tilbydes behandling, og spørger om hun i den forbindelse har fået taget blodprøver. "Ja men der var ingenting".

Patienten får en injektion med 500 mg. Ceftriaxon dybt intraglutalet og får udleveret 2 g.

Azithromycin, som patienten opfordres til at tage i forbindelse med et måltid. Endvidere orienteres patienten om at informere seksuelle partnere gennem de sidste 3 måneder, så de kan lade sig teste. Desuden opfordres patienten til at anvende kondom de næste 14 dage, da hun fortsat kan smitte. Patienten bedes vente i 15 minutter i venteværelset inden hun går, og sendes ud af konsultationen. Sygeplejersken har 5 minutter til at dokumentere udført sygepleje i journalen før konsultationens varighed er udløbet (15 minutter).