

Bacheloroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Kandidatnummer: 10191

Å redusere hiv-smitte hos unge kvinner i Afrika sør for Sahara

Litteraturbachelor

Antall ord: 7590

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Kandidatnummer: 10191

Å redusere hiv-smitte hos unge kvinner i Afrika sør for Sahara

Litteraturbachelor

Antall ord: 7590

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Innen 2030 har FN som mål å utrydde aids-epidemien. I dag lever 38 millioner mennesker med hiv i verden og flertallet bor i Afrika sør for Sahara. Unge kvinner i regionen er særlig utsatte og ukentlig smittes 4500 kvinner mellom 15 og 24 år. Store fremskritt har blitt gjort, men covid-19 har satt viktig arbeid på vent. Det er kritisk å gjeninnføre tiltak som seksualundervisning for å redusere hiv-smitten. En aktuell yrkesgruppe for dette er sykepleiere. Oppgaven skal undersøke hvordan sykepleier kan bruke seksualundervisning til å redusere hiv-smitten hos disse unge kvinnene.

Metode: Litteraturstudie som bygger på fag- og forskningsbasert kunnskap, inkludert ti forskningsartikler valgt ut gjennom systematisk litteratursøk. Disse er basert på kvantitative og kvalitative data og har ulike metodiske tilnærminger som randomiserte kontrollstudier, tverrsnittstudier og dybdeintervjuer.

Resultat: Det er bred enighet om at seksualundervisning har positiv effekt på seksuell helse og hiv-forebygging. Seksualundervisningen er derimot ikke optimal ved flere av skolene og mange mangler kunnskap om temaet. Det fremkommer også flere grunner til hvorfor unge kvinner er særlig utsatt for hiv, som for eksempel vold og kulturelle konflikter.

Konklusjon: Seksualundervisning har en positiv effekt på kvinnenes kunnskap om hiv og seksuell helse. Sykepleieren bør ha faglig og pedagogisk kunnskap, og tilrettelegge undervisningen med tanke på kultur og læreforutsetninger. For å bekjempe aids-epidemien er det derimot flere utfordringer som må tas tak i, og det kan tenkes at også menn og foreldre bør undervises om emnet.

Nøkkelord: Seksuell helse, undervisning, hiv, Afrika sør for Sahara, unge kvinner

Abstract

Background: UN has a goal to end the aids-epidemic by 2030. Today, 38 million people are still living with HIV globally, most of them in Sub-Saharan Africa. Young women are at particular high risk of infection, and weekly 4500 women between the age of 15 and 24 become infected. There have been great improvements, but Covid-19 has forced important work at wait. It is critical to reimplement measures like sexual education to continue to reduce HIV. Nurses are potential educators, and this study will examine how nurses can use sexual education as a tool to reduce HIV among young women in Sub-Saharan Africa.

Method: Literature review based on research articles and other literature, including 10 research articles found by systematic literature searching. These are based on quantitative a qualitative data, through randomized controlled trials, cross-sectional studies, interviews etc.

Results: Sexual education is commonly known to positively affect sexual health and HIV-prevention. However, the education is deficient at several schools and the youths lack sexual knowledge. Other reasons for high HIV-incidence are also presented, like violence and cultural conflicts.

Conclusion: Sexual education has a beneficial impact on women's knowledge regarding HIV and sexual health. The nurse should have both professional and pedagogical knowledge and facilitate the lessons with regard to culture and the women's learning abilities. Nevertheless, there are more challenges to the aids-epidemic that has to be faced, and men and parents should receive sexual education too.

Keywords: sexual health, education, HIV, Sub-Saharan Africa, young women

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Teori	6
1.1.1 Om Human Immunodeficiency Virus	6
1.1.2 Unge kvinner i Afrika sør for Sahara	7
1.1.3 Sykepleierfunksjonen	8
1.1.4 Sykepleieren som pedagog	9
1.1.5 Seksualundervisning	9
1.1.6 Den didaktiske relasjonsmodellen	10
1.2 Formål, avgrensning og problemstilling	11
2.0 Metode	12
2.1 Beskrivelse av metode	12
2.2 Søkehistorikk	12
2.3 Vurdering av artikler	13
2.4 Søketablell	14
2.5 Analyse	16
2.5.1 Innsamling av artikler	16
2.5.2 Identifisering av funn	16
2.5.3 Sammenligne tema og funn	17
2.5.4 Beskrive funnene	17
3.0 Resultater	18
3.1 Artikkelmatriks	18
3.2 Deltakerforutsetninger	28
3.3 Rammefaktorer	28
3.4 Mål og innhold	28
3.5 Arbeidsmåter	29
3.6 Evaluering	29
4.0 Diskusjon	30
4.1 Forutsetninger før undervisningsstart	30
4.2 Lokaler og tidspunkt for undervisning	32
4.3 Mål og innhold for undervisningen	33
4.4 Hvilke arbeidsmåter er mest effektive?	34
4.5 Evaluering av undervisningen	35
4.6 Ytterligere implikasjoner for sykepleie	35
4.7 Oppgavens styrker og svakheter	36
4.8 Konklusjon	36
Litteraturliste	37
Vedlegg 1	42

1.0 Innledning

I 2015 introduserte FN bærekraftsmålene som skal bekjempe klimaendringene, utrydde fattigdom og forbedre menneskers livskvalitet innen 2030 (UN, 2020a). Mål 3 skal sikre helse og velvære for alle ved å blant annet stoppe aids-epidemien, som siden utbruddet har tatt livet av over 32,7 millioner mennesker (UN, 2020b; UNAIDS, 2020). Store forbedringer har blitt gjort og mellom 2010 og 2019 ble antall nyregistrerte hiv-infeksjoner redusert med 23% (UNAIDS, 2020). Videre ble antall hiv-smittede som mottar behandling firedoblet i samme periode. Likevel lever fortsatt 38 millioner mennesker med hiv, og det ble i 2019 registrert 1,7 millioner nye smittede og 690.000 aids-relaterte dødsfall i verden (UNAIDS, 2020).

1,7 millioner hiv-positive er mellom 10 og 19 år (UNICEF, 2020b). 88% av disse bor i Afrika sør for Sahara; regionen som står for to av tre smittetilfeller globalt og dermed utgjør det hardest rammede området i verden (SOS Children's Villages, u.å.; UNICEF, 2020b). Her blir unge kvinner smittet fire ganger så ofte som jevnaldrende menn, og representerer totalt hvert fjerde smittetilfelle i regionen (UNAIDS, 2021; UNICEF, 2020). Årsakene til at både Afrika sør for Sahara og de unge kvinnene er overrepresentert er blant annet fattigdom, stigma og mangel på helsetjenester (SOS Children's Villages, u.å.). Seksualundervisning har vært utelatt fra skolen inntil nylig grunnet politiske og kulturelle syn, noe som har hindret mange unge i å tilegne seg kunnskap om seksuell helse (SOS Children's Villages, u.å.). De siste årene har det derimot blitt igangsatt en rekke program for seksualundervisning i regionen (UNAIDS, 2014).

I 2020 endret alt seg da covid-19 rammet verden, og viktig arbeid har måtte blitt satt på vent (UN, 2020a). Når forholdene tillater det, vil det være kritisk å gjenoppta undervisningsprogrammene for å fortsette arbeidet mot bærekraftsmålene (UNICEF, 2020a). En aktuell yrkesgruppe for dette er sykepleiere da de har en veiledende og forebyggende funksjon, i tillegg til å inneha faglig kunnskap (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Gjennom et strukturert litteratursøk skal oppgaven undersøke hvordan sykepleiere kan bruke seksualundervisning til å redusere hiv-smitte hos unge kvinner i Afrika sør for Sahara. Det blir først redegjort for relevant teori, før avgrensning og problemstilling presenteres. Videre følger metodebeskrivelse, resultater, drøfting og konklusjon.

1.1 Teori

1.1.1 Om Human Immunodeficiency Virus

Human Immunodeficiency Virus (hiv) er et virus som angriper immunforsvaret (Wyller, 2019). Viruset invaderer leukocytene og ødelegger dem gradvis. Som følge av dette får den smittede redusert immunforsvar og blir mer disponert for sekundære infeksjoner som en frisk kropp normalt ville bekjempet. Ubehandlet vil hiv resultere i total kollaps av immunforsvaret. På dette stadiet har sykdommen utviklet seg fra hiv til Aquired immunodeficiency Syndrome (aids) (Wyller, 2019).

1.1.1-1 Hvordan smitter hiv?

Hiv finnes i kroppsvæsker og smitter via kontakt med blod, morsmelk, sæd og skjedesekret (FHI, 2019a). Smitten skjer idet kroppsvæsken til den smittede kommer i kontakt med mottakers slimhinner, som finnes i urinrøret, endetarmen, skjeden, munnen og øyet. Hiv kan dermed ikke bare smitte analt og vaginalt, men også oralt. Ved seksuell omgang er det parten som mottar sæd som er mest utsatt, og en pågående seksuell overførbar infeksjon (SOI) eller soppinfeksjon i underlivet kan øke sjansen for smitte. Hiv finnes også i kroppsvæsker som spytt, svette, urin og tårer, men andelen virus regnes som for liten til å være smittsom (FHI, 2019a). I Afrika sør for Sahara er heteroseksuell smitte den hyppigste smitemåten (UNAIDS, 2014).

1.1.1-2 Sykdomsforløp, behandling og forebygging

Det er store variasjoner i hvordan hiv utvikler seg (FHI, 2019a). Etter to til fire uker vil 50-70% utvikle symptomer som feber og sår hals. Dette er vanskelig å skille fra en vanlig forkjølelse og varer ofte to til tre uker før man blir symptomfri. Deretter reduseres virusmengden til et lavere nivå, men invasjonsprosessen fortsetter. Personen vil føle seg frisk frem til immunforsvaret har blitt så svekket at en sekundær infeksjon oppstår. Ved utviklet aids vil denne infeksjonen ofte resultere i tidlig død. Tiden fra smitte til utvikling av aids varierer, og opptil 50% vil fortsatt være symptomfrie etter 10 år (FHI, 2019a).

Per i dag finnes det ingen behandling som kan kurere hiv (NHI, 2018). Det finnes derimot behandling som gjør at hiv-smittede kan leve lengre, mange tilnærmet normalt, så fremt de diagnostiseres tidlig. Anti-retroviral terapi (ART) bremser utviklingen ved å hindre viruset i å formere seg. ART må brukes daglig resten av livet, og ved rett bruk vil sykdomsutviklingen stagnere og sjansen for å utvikle aids minimeres (NHI, 2018). Velbehandlede har svært lave, eller ingen, påviselige virusmengder og kan dermed ikke smitte sine seksualpartnere (FHI, 2019b).

Ettersom det ikke finnes en kurativ behandling mot hiv er det viktig å jobbe forebyggende (FHI, 2019a). Preeksponeringsprofylakse (PrEP) har vist gode resultater innen forskning. Medisinene brukes normalt av hiv-positive, men har vist seg å kunne forebygge smitte *før* smitteeksponering. Dette er særlig aktuelt hos mennesker som er spesifikt utsatt (FHI, 2019a). Har man blitt utsatt for smitte finnes det også posteksponeringsprofylakse (PEP) (Norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM), 2021).

Behandlingen varer i 4 uker og bør startes innen 4 timer, og senest innen 72 timer, for å hindre utvikling av hiv (NFIM, 2021). Videre forskes det på kremer og vaksiner, uten foreløpig resultat (FHI, 2019a).

Den eneste sikre metoden å forebygge hiv-smitte ved seksuell kontakt er korrekt bruk av kondom (FHI, 2019a). I Afrika sør for Sahara er det derimot kun 8 kondomer tilgjengelig per seksuelt aktive årlig, noe som begrenser muligheten for beskyttelse betraktelig (UNAIDS, 2014).

1.1.2 Unge kvinner i Afrika sør for Sahara

I 2019 utgjorde kvinner mellom 15 og 24 år i Afrika sør for Sahara 72% av nye hiv-smittede i aldersgruppen på verdensbasis (UNAIDS, 2021). Dette tilsvarer 4500 nysmittede hver uke. Samme år døde 23.000 kvinner i samme alder av aids-relaterte sykdommer (UNAIDS, 2021). Afrikanske kvinner har dobbelt så stor sjanse for å bli smittet med hiv sammenlignet med mennene, og blir i snitt smittet 5-7 år tidligere (UNAIDS, 2014).

Det er flere faktorer som gjør at kvinner er overrepresentert i regionen, og de hyppigste årsakene er vold, mangel på helsetjenester og utdanning, og diskriminerende lover og normer (UNAIDS, 2014). Opptil 45% oppgir at deres første seksuelle opplevelse ble gjort under tvang, og dermed hindret dem i å beskytte seg selv mot smitte. Videre oppgir over halvparten av kvinnene at det er mannen som bestemmer over deres egen helse, inkludert kondombruk. I en rekke av landene er det aldersbestemte lover som blant annet regulerer testing av hiv, samt kriminaliserer hiv-smitte, noe som hindrer mange kvinner i å teste seg. Kun 15% av kvinnene mellom 15 og 24 år er klar over hiv-statusen sin (UNAIDS, 2014).

Fattigdom er en annen årsak til høy hiv-forekomst da mange ikke har råd til å anskaffe kondomer eller hiv-tester (SOS Children's Villages, u.å.). Videre fører tabu og stigma til at viruset lettere sprer seg. Mange holder smitten skjult for partneren, som da uvitende kan videreføre viruset til andre, enten gjennom seksuell kontakt eller andre smittemåter (SOS Children's Villages, u.å.).

En rekke forskning viser at utdannede kvinner har bedre kunnskap om hiv og mindre sjanse for å bli smittet (UNAIDS, 2014). I Afrika sør for Sahara står derimot 24% av kvinnene uten arbeid eller utdanning, og 80% har ikke fullført utdanning tilsvarende ungdomsskole eller videregående (UNAIDS, 2014; UNAIDS, 2021). Ifølge Utdanningsdirektoratet (2017) er det fem grunnleggende egenskaper som kreves for å lære, deriblant lesing og skriving. Uten skolegang vil det derfor være vanskelig å tilegne seg kunnskap, både på egenhånd og gjennom seksualundervisningen på skolen (UNAIDS, 2021).

1.1.3 Sykepleierfunksjonen

Sykepleieyrket omfatter en rekke funksjonsområder som tar utgangspunkt i menneskets grunnleggende behov, og har som mål å bistå dem som av ulike årsaker har behov for hjelp (Kristoffersen et al., 2011). Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson omtalte dette i sin teori der hun definerer sykepleie som pleie av både den syke og friske:

«Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til fredelig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.» (Henderson, 1997, s. 9)

Dette viser at sykepleieren har et bredt spekter av arbeidsoppgaver og må jobbe helhetlig. Ifølge NSF's oversettelse av ICNs etiske retningslinjer skal det alltid tilrettelegges for at verdier, skikker og tro ivaretas i møte med mennesker (NSF, 2007, s. 25). En sykepleier skal respektere menneskerettighetene og sørge for at pasienten mottar tilstrekkelig informasjon, slik at helsemessige og sosiale behov kan opprettholdes (NSF, 2007, s. 25). Dette innebærer å vise respekt og forståelse for enkeltmennesket for å hindre krenkelse, noe som lett skjer uten intensjonen om å påføre pasienten ubehag (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Dette er særlig relevant for oppgaven da sykepleieren skal møte unge kvinner som er i risikozonen for hiv. Hiv er et sterkt stigmatisert tema, ikke bare i møte med hiv-positive pasienter, men også i undervisning, ute i samfunnet og i familier (UNAIDS, 2018). Frykt og uvitenhet øker også stigmaet hos helsepersonell som mangler kunnskap om sykdommen (Boakye & Mavhandu-Mudzusi, 2019; UNAIDS, 2018a).

Kultursensitivitet er viktig for å hindre krenkelse, og omhandler ifølge Vågan et al. (2020, s.188) å vise interesse, respekt og forståelse for pasienten, og selv reflektere over sin egen forståelse. Selv med felles kultur foreligger det likheter og ulikheter mellom enkeltindividene og det er viktig å vise forståelse for dette (Vågan et al., 2020). Det er derfor viktig at sykepleieren har et bevisst forhold til sin egen holdning, samt sterk faglig kompetanse både for faget og kulturen, for å hindre krenkelse.

1.1.4 Sykepleieren som pedagog

Ifølge Kunnskapsdepartementets rammeplan for sykepleierutdanning (2008) skal sykepleiere både undervise og veilede, samt drive helsefremmede og forebyggende arbeid. I den sammenhengen brukes ordet «helsepedagogikk» for å trekke fokuset vekk fra den tradisjonelle pleien, og mot den pedagogiske rollen (Kristoffersen, 2011). Ifølge Kristoffersen (2011, s.345) består læring av en forandringsprosess som skal resultere i forbedret helse og grunnlag for å selvstendig opprettholde denne. Dette samsvarer med Hendersons (1997) teori om raskest mulig uavhengighet.

Disse føringene stiller krav til sykepleierens pedagogiske evner slik at læringsprosessen optimaliseres (Kristoffersen, 2011). Det er viktig å være oppmerksom på eleven og møte den der den er, samt overveie kulturelle og individuelle faktorer (Vågan & Hvinden, 2020). Det er også viktig å være oppmerksom på situasjoner som kan oppstå i forbindelse med seksualundervisning, som senreaksjoner på traumatiske opplevelser (Almås & Benestad, 2006). Dette kan blant annet vises gjennom aggresjon, angst eller avverging (Almås & Benestad, 2006).

1.1.5 Seksualundervisning

Sexual health is 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. [...] For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled. (WHO & Department of Reproductive Health and Research, 2006, s.5)

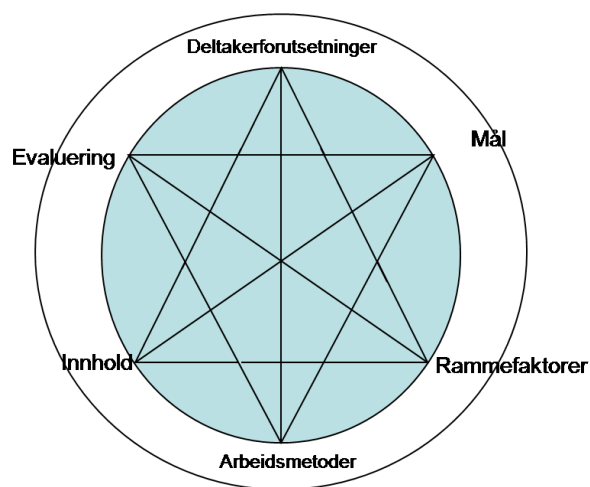
Seksualitet er en grunnleggende del av å være menneske (Gamnes, 2011). Å ha god seksuell helse er en forutsetning for å opprettholde god helse, og er ifølge WAS (World Association for Sexual health)(2014) å regne som en menneskerett. Ifølge WHO (2006) inkluderer seksuell helse å fritt kunne velge partner, å være frisk fra sykdom, og ha trygge og gode seksuelle opplevelser, uten opplevelse av tvang, diskriminering eller vold.

I mange land er det gjort store fremskritt rundt seksualitet den siste tiden, men fortsatt lider mange av dårlig seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Blant hovedårsakene til dette er mangel på kunnskap, undervisning og tilgang til informasjon, som følger av nasjonalt regulerte lover og politikk (WHO, 2015). Gjennom seksualundervisning vil man tilegne seg kunnskap om seksualitet som er grunnleggende for å kunne fatte beslutninger som gjør sex blant annet trygt og godt, og har også vist å være voldsforebyggende (UNESCO, 2016). Uten denne kunnskapen mangler grunnlaget for å beskytte seg mot blant annet hiv. (WHO, 2015)

Flere land i Afrika sør for Sahara har iverksatt nasjonale tiltak for å bekjempe hiv og aids, som for eksempel «She Conquers»-kampanjen i Sør-Afrika (National department of health, South Africa (NDHSA), 2017). Sør-Afrikas regjering har også uttrykt ønske om å etablere sykepleiere på hver skole for å bistå med blant annet seksualundervisning, men dette er foreløpig ikke realisert (NDHSA, 2011).

1.1.6 Den didaktiske relasjonsmodellen

En av måtene å organisere undervisningen på er ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen (Bjørndal & Lieberg, 1978). Modellen ble utviklet av pedagogene Bjarne Bjørndal og Sigmund Lieberg (1978), og fungerer som et rammeverk for undervisningsplanlegging. Den består av seks elementer som anses som de viktigste faktorene for å planlegge og tilrettelegge undervisning: deltakerforutsetninger, mål, rammefaktorer, arbeidsmåter, innhold og evaluering (Kristoffersen, 2011). Disse elementene er overførbare til sykepleieprosessen som inkluderer datasamling, problemidentifisering, målidentifisering, sykepleiehandlinger og evaluering (Dahl & Skaug, 2011).



Figur 1: Den didaktiske relasjonsmodellen, hentet fra mestring.no (2018).

Deltakerforutsetningene omhandler både underviserens (sykepleierens) og deltakerens (kvinnenes) forutsetninger for undervisningen (Kristoffersen, 2011). For sykepleieren innebærer dette å inneha tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse. Det er også en fordel med undervisningserfaring og gode kommunikasjonsferdigheter, samt ivareta kultursensitivitet og de yrkesetiske retningslinjene (Kristoffersen, 2011; NSF, 2007; Vågan et al., 2020).

For de unge kvinnene er det flere faktorer som påvirker læreforutsetningene. Intellektuell forståelse og utdanningsnivå påvirker evnen til å tilegne seg informasjon, og den enkeltes dagsform kan variere (Kristoffersen, 2011). Videre inneholder sykepleiefaget ukjente ord og uttrykk som kan være vanskelige å forstå. Det er derfor viktig at sykepleieren tilrettelegger språket i undervisningen (Kristoffersen, 2011).

Neste element er *rammefaktorer*, som tar for seg når og hvor undervisningen skal finne sted (Kristoffersen, 2011). Det er viktig å finne et egnet tidspunkt og lokale hvor elevene er tilgjengelige (Kristoffersen, 2011).

Læringsmålene som settes må tilpasses gruppen og være realistiske å oppnå innen gitt undervisningstid (Kristoffersen, 2011). Disse legger videre grunnlaget for *innholdet*, som

igjen læres bort gjennom ulike *arbeidsmåter*. Undervisningen kan bestå av ulike læringsmetoder som diskusjoner, animasjoner og praktisk læring, samt digitale verktøy. Dette kan gjerne suppleres av skriftlig undervisningsmateriell. Gruppestørrelsen må vurderes, samt hvorvidt andre parter skal inviteres med (Kristoffersen, 2011).

Til slutt er det viktig å foreta en *evaluering* som kontrollerer om målene er nådd, samt hvilke utbedringer som bør gjøres (Kristoffersen, 2011).

1.2 Formål, avgrensning og problemstilling

Denne oppgaven skal undersøke hvordan sykepleier kan øke unge kvinners kunnskap om seksuell helse og dermed redusere hiv-smitte. Fokuset vil være å hindre smitte gjennom seksuell kontakt, og det vil derfor fokuseres lite på andre smittemåter. Selv om oppgaven fokuserer på hiv er det naturlig snakke om aids, da dette er to sykdommer som hører tett sammen (Wyller, 2019).

Unge kvinner utgjør i dagligtalen ikke en definert aldersgruppe. I UNAIDS' Gap Report (2014) defineres derimot «girl adolescents and young women» som kvinner i alderen 15-24 år. Dette er en alder som går igjen i forskning, sammen med aldersgruppen 10-14, og oppgaven vil derfor rette seg mot dem mellom 10 og 24 år. Hovedfokuset vil ligge hos jenter som er, eller har vært, i utdanning. Transpersoner er ikke inkludert i oppgaven da de ifølge UNAIDS (2014) regnes som en egen risikogruppe og dermed ville gjort oppgaven for omfattende.

Sykepleiere er naturlige å velge for seksualundervisning på bakgrunn av deres kompetanse og utøvende funksjoner. Globalt har sykepleiere og annet helsepersonell derimot varierende arbeidsoppgaver og definisjoner, og ulike land og regioner opererer med titler som ikke lar seg direkte oversette. Det vil derfor foreligge forskning og litteratur som ikke omtaler sykepleiere direkte, men som likevel anses som relevant da arbeidsoppgavene er overførbare til sykepleiefaget. Geografisk avgrensning er satt til Afrika sør for Sahara ettersom det er den hardest rammede regionen, med unge kvinner særlig utsatt (UNAIDS, 2014).

På bakgrunn av dette er det utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bruke seksualundervisning til å redusere hiv-smitte hos unge kvinner i Afrika sør for Sahara?

2.0 Metode

I dette kapittelet skal det redegjøres for søkestrategien til forskningsartiklene og relevant litteratur og teori. De utvalgte forskningsartiklene presenteres i en søketabell.

2.1 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven skal besvares som en litteraturstudie. En litteraturstudie kjennetegnes av at det benyttes forskning, litteratur og teori som allerede eksisterer for å svare på problemstillingen (Dalland, 2020). For å innhente relevant data ble det gjennomført systematiske søk knyttet til temaet og problemstillingen.

2.2 Søkehistorikk

Det ble først utfyllt et PICO-skjema for å lage en oversikt over aktuelle søkeord knyttet til problemstillingen (se vedlegg 1). For å kunne søke i internasjonale databaser ble det brukt engelske ord. Søkeordene som først ble plukket ut var «HIV», «Sub-Saharan Africa», «sex education» og «adolescents». «Adolescents» ble valgt for å ikke overse forskningsartikler om kvinner hvor menn også deltok. Gjennom bibliotekets nettsider ble databasene for litteratursøk funnet, og det ble gjennomført søk i Cinahl, Medline, PubMed og ERIC. ERIC er i utgangspunktet en søkebase for pedagogikk, men ettersom sykepleieren har en pedagogisk rolle i oppgaven ble det også gjennomført søk her.

Søkeordene ble brukt i samtlige databaser, kombinert med «AND», og fikk flere tusen treff. For å redusere antall treff ble det forsøkt å legge til søkeord som «HIV prevention», «knowlegde», «young women» og «effect», med god effekt i flere av basene. I tillegg ble synonymer og alternative søkeord lagt til det opprinnelige søkeordet med «OR», som for eksempel «young women OR girls». Det ble også forsøkt å legge til «nurse» som søkeord, men dette ga svært begrensede resultater. Artiklene som ble funnet omhandlet hovedsakelig klinisk praksis og/eller feil pasientgruppe. Flere av forskningsartiklene er derfor ikke spesifikt knyttet til sykepleie, men anses fortsatt som relevante for oppgaven ettersom de er overførbare til sykepleierrollen og bidrar til å svare på problemstillingen.

For å spisse søket ytterligere ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert tidligst 2010	Eldre enn 2010
Fagfellevurdert	Kvinner over 25 år
Nivå 1 eller 2 hos NSD (Norsk senter for forskningsdata)	Artikler som <i>kun</i> omhandler menn
Språk: engelsk, norsk, svensk eller dansk	Kvinner som er hiv-positive ved baseline
Geografisk: Afrika sør for Sahara	Utenfor Afrika sør for Sahara
Kvinner under 25 år	Sexarbeidere
Kvalitativ og/eller kvantitativ data	Transpersoner

Det ble valgt å ekskludere kvinner som allerede har testet positivt for hiv ettersom oppgaven fokuserer på å forebygge at kvinnen selv blir smittet. Søkene ga mange treff på hiv-forebygging hos sexarbeidere, men disse ble ekskludert da sexarbeidere har andre forutsetninger i forhold til smitterisiko. Forskning som spesifiserte seg mot transpersoner ble også ekskludert, da det fører til for stort spenn i oppgaven. Artikler som inkluderte kvinner eldre enn 25 år ble i ekskludert, med mindre flertallet av deltakerne var mellom 10 og 24 år.

Det ble først søkt etter artikler fra «siste 5 år» eller «fra 2015» for å finne de ferskeste dataene. I noen av søkene ga dette for få relevante artikler, og søket ble da utvidet til «siste 10 år» eller «fra 2010».

Artikler basert på både kvalitative og kvantitative data er inkludert. Kvantitative metoder gir målbare data i form av tall eller andre parametere, og gjør det mulig å sette tall på resultatet (Dalland, 2020). Dette kan blant annet bidra til å tydeliggjøre effekten av et tiltak. Kvalitative metoder gir resultater i form av ord og handlinger som ikke kan tallfestes. Ved å kombinere disse metodene får man et bredere perspektiv som omhandler både tall og opplevelser (Dalland, 2020).

2.3 Vurdering av artikler

Kildekritikk innebærer å gjøre rede for troverdighet og faglighet i litteraturen som er funnet (Dalland, 2020, s. 143). De fire databasene brukt til søk er i utgangspunktet seriøse aktører som publiserer fagfelleverderte artikler. Likevel ble samtlige publiseringskanaler for forskningsartiklene søkt opp i NSD (Norsk senter for forskningsdata) og kontrollert til å være klasse 1 eller 2, noe som blant annet krever fagfellevurdering (NSD, u.å.). Utover forskningsartiklene er det brukt pensumbøker og nettressurser fra offentlige organisasjoner som WHO, UNAIDS og Regjeringen. Noen av disse er sekundærlitteratur, ofte med referering til andre rapporter/dokumenter fra samme organisasjon, da den opprinnelige kilden ikke ble funnet. Det er brukt ordbok ved ukjente uttrykk på engelsk.

Forskningsartiklene baserer resultatene sine på primærdata, men flere sammenligner funnene med tidligere forskning. Dette gir rom for feilkilder som mistolkninger og følgefeil som forfatterne har med seg fra forskningen de har lest. Forskningsartiklene regnes likevel som troverdige satt opp mot Helsebibliotekets sjekkliste for kritisk vurdering av forskningslitteratur (2016). Samtlige forskningsartikler er etisk godkjent og innehar ingen sensitive personopplysninger.

2.4 Søketablell

Nedenfor presenteres søketablellen for de utvalgte forskningsartiklene. I Medline og Cinahl var det mulig å søke med emneord. Disse er markert med «MH». Ytterligere søkeord er nøkkelord og markert med anførselstegn på hver side, som «Sub-Saharan Africa». Antall valgte artikler per søk er skrevet i kolonnen til høyre. Hver artikkel er knyttet til sin respektive bokstav gjennom oppgaven.

Tabell 2: Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall Treff	Valgte artikler
Medline	14.04.21	S1	MH Africa south of the Sahara OR «Sub-Saharan Africa»		229,123	
		S2	MH HIV		101,310	
		S3	MH Violence OR MH Intimate Partner Violence		97,277	
		S4	S1 + S2 + S3	Siden 2010	24	1 (A)
Cinahl	14.04.21	S1	MH Human immunodeficiency virus OR «hiv»		117,265	
		S2	MH Africa south of the Sahara OR «Sub-Saharan Africa»		73,997	
		S3	MH Violence OR MH Intimate Partner violence		70,809	
		S4	MH Education		954,212	
		S5	S1 + S2 + S3 + S4	Publisert tidligst 2015	46	1 (B)
		S6	MH Sex Education or «sexuality education»		5,872	
		S7	«adolescents» OR «girls» OR «young women» OR «teenagers» OR «young females»		97,171	
		S8	S1 + S2 + S6 + S7	Publisert tidligst 2010 Full text	12	1 (C)

Pubmed	19.04.21	S1	«Sub-Saharan Africa» AND «sex education» AND «hiv prevention» AND «knowledge»	Siste fem år free full text	75 treff	5 (D, E, F, G, H)
		S2	«effectiveness» AND («nurse» OR «healthworker») AND «sub-saharan africa» AND «HIV programme»	Siste fem år Free full text	247	1 (I)
ERIC	20.04.21	S1	(«sex education» OR «sexual education») AND («HIV») AND («adolescents») AND («Sub-saharan Africa»)	Peer reviewed Publisert tidligst 2015	769	
		S2	«young women» OR «young females» OR «girls»	Peer reviewed Publisert tidligst 2015	8757	
		S3	S1 + S2		174	1 (J)

Inkluderte artikler

A: Jewkes et al. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The lancet*, 376(9734), 41-48.

B: Ajayi et al. (2020). Low awareness and use of post-exposure prophylaxis among adolescents and young adults in South Africa: implications for the prevention of new HIV infections. *African Journal of AIDS Research*, 19(3), 242-248.

C: Kemigisha et al. (2019). Evaluation of a school based comprehensive sexuality education program among very young adolescents in rural Uganda. *BMC public health*, 19(1), 1-11.

D: Mpondo et al. (2018). Understanding the role played by parents, culture and the school curriculum in socializing young women on sexual health issues in rural South African communities. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 15(1), 42-49.

E: Zulu et al. (2019). Why teach sexuality education in school? Teacher discretion in implementing comprehensive sexuality education in rural Zambia. *International journal for equity in health*, 18(1), 1-10.

F: Boti et al. (2019). Effects of comprehensive sexuality education on the comprehensive knowledge and attitude to condom use among first-year students in Arba Minch University: a quasi-experimental study. *BMC research notes*, 12(1), 1-7.

G: Mostert et al. (2020). Sexual knowledge and practice of adolescent learners in a rural South African school. *African Health Sciences*, 20(1), 28-38.

H: Haruna et al. (2018). Improving sexual health education programs for adolescent students through game-based learning and gamification. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 20-27.

I: Naidoo et al. (2018). Fidelity of HIV programme implementation by community health workers in rural Mopani district, South Africa: a community survey. *BMC public health*, 18(1), 1-8.

J: Butts et al. (2018). HIV knowledge and risk among Zambian adolescent and younger adolescent girls: challenges and solutions. *Sex education*, 18(1), 1-13.

2.5 Analyse

Analyseringen av artiklene ble basert på Evans' (2002) analysemodell, og tar for seg fire steg som fremgår i analyseprosessen og fremstillingen av data.

2.5.1 Innsamling av artikler

Det første steget innebærer utvelgelsen av artikler (Evans, 2002). Det ble utarbeidet en oversikt over relevante søkeord i et PICO-skjema (vedlegg 1), samt inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette ble brukt til søk i ulike databaser, og aktuelle artikler ble studert. Til slutt ble det valgt ut 10 artikler som sammen bidrar til å kunne svare på problemstillingen. Denne prosessen er beskrevet i detalj tidligere i metodekapittelet.

2.5.2 Identifisering av funn

Neste steg tar for seg relevante funn i artiklene (Evans, 2002). Artiklene ble lest gjennom opptil flere ganger, også underveis i skriveprosessen. Nøkkelfunn ble markert i hver enkelt artikkel slik at det var lett å danne seg et bilde over hva artiklene fortalte. Dette ble deretter skrevet ned på separate lister. Andre opplysninger som kunne være relevante ble også notert, blant annet forskjeller eller motsigelser. Dette var en god forberedelse til diskusjonskapittelet ettersom det gjør det oversiktlig å knytte likheter og ulikheter opp mot hverandre.

2.5.3 Sammenligne tema og funn

Her skal de ulike artiklene sammenlignes, og felles temaer og funn identifiseres (Evans, 2002). Listene med funn, både likheter og ulikheter, ble sammenlignet og det ble laget en oversikt over hvilke artikler som hadde felles temaer knyttet opp mot den didaktiske relasjonsmodellen. Dette gjorde det enklere å organisere diskusjonen, ettersom modellen fungerer som rammeverk. Inndelingen presenteres i tabellen under.

Tabell 3: Felles tema

Tema	Artikkel (se søketabell for referanse mellom bokstav og artikkel)
Deltakerforutsetninger (både sykepleier og kvinnene)	A, B, C, D, E, G, H, I, J
Rammefaktorer	C, D, E, F, H, I, J
Mål og innhold	A, B, C, D, E, F, G, J
Arbeidsmåter	C, D, E, F, G, H,
Evaluering	C, E, F, H, I

2.5.4 Beskrive funnene

I det siste steget skal de ulike funnene beskrives og knyttes opp mot problemstillingen (Evans, 2002). Dette redegjøres for i neste kapittel.

3.0 Resultater

3.1 Artikkelmatrise

De utvalgte artiklene presenteres i artikkelmatrisen nedenfor, hvor det blant annet redegjøres for resultater og relevans for oppgaven.

Tabell 4: Artikkelmatrise

Artikkel	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar, relevans for oppgaven
<p>A: Jewkes et al. (2010).</p> <p>Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study.</p> <p><i>The lancet</i>, 376(9734), 41-48</p>	<p>Sør-Afrika</p> <p>Undersøke hvorvidt partnervold og maktforskjell i forholdet øker risikoen for hiv hos Sørafrikanske kvinner.</p>	<p>Longitudinell studie basert på en tidligere klyngerandomisert kontrollstudie.</p> <p>2 års oppfølging av kvinner som var hiv-negative ved baseline.</p> <p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Ca. 15,6 % av kvinner i forhold med stor maktforskjell ble smittet med hiv, mens ca. 10,4% av kvinner i forhold med liten maktforskjell ble smittet.</p> <p>I underkant av 18% av dem som opplyste om mer enn én episode med partnervold ved baseline ble smittet med hiv, sammenlignet med under 10% av de som opplyste om én eller ingen episoder.</p>	<p>Viser til at partnervold og maktforskjell øker risikoen for hiv-smitte hos unge kvinner.</p> <p>Artikkelen foreslår å implementere voldsforebyggende undervisning i seksualundervisning</p>

<p>B: Ajayi et al. (2020).</p> <p>Low awareness and use of post-exposure prophylaxis among adolescents and young adults in South Africa: implications for the prevention of new HIV infections.</p> <p><i>African Journal of AIDS Research, 19(3), 242-248.</i></p>	<p>Sør-Afrika</p> <p>Undersøke kunnskapen og bevisstheten rundt PrEP, og bruken av det, hos ungdommer og unge voksne i Cape Town, Sør-Afrika.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie med 772 deltagere mellom 16 og 24 år.</p> <p>Spørsmål gjennom spørreskjema.</p>	<p>18,8% visste om PrEP, men bare 1,7% hadde brukt det. 7,5% hadde sett det og 4,8% visste hvor mye det kostet. Kun 14,8% visste hvor de kunne få tak i det ved behov.</p> <p>Deltagere som hadde diskutert HIV med partner eller familie hadde i snitt bedre kunnskap om PrEP.</p>	<p>Viser at det er for lite undervisning og kunnskap om PrEP, og at dette bør innføres som en del av undervisningen.</p>
--	---	---	---	--

<p>C: Kemigisha et al. (2019).</p> <p>Evaluation of a school based comprehensive sexuality education program among very young adolescents in rural Uganda.</p> <p><i>BMC public health, 19 (1), 1-11.</i></p>	<p>Uganda</p> <p>Evaluere effekten av seksualundervisning hos ungdommer mellom 10-14 år i Uganda.</p>	<p>Randomisert klyngeprøving for undervisningen, etterfulgt av dybdeintervjuer og gruppediskusjoner</p> <p>Både kvalitativ og kvantitativ data ble samlet.</p> <p>1096 elever ble rekruttert, og resultatene fra 864 ble samlet inn til slutt.</p> <p>Varighet på prosjektet: 1 år.</p>	<p>Prosenten av elever som hadde hatt sex økte for begge grupper, uten signifikant forskjell mellom gruppene.</p> <p>Hos undervisningsgruppen ble det funnet større forbedring innen seksuell og reproduktiv helse.</p> <p>Kvalitative data viser at økt kunnskap om seksuell helse ga bedre forståelse for risikofylt adferd, og studentene hadde intensjon om senere seksuell debut for å redusere faren for bl.a. hiv-smitte.</p> <p>20,6% droppet ut av prosjektet. Årsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bytting av skole: 68,5% - Drop-out: 22,5% - Giftemål: 0,9% - Andre: 8% 	<p>Forskningen viser at seksualundervisning gir økt kunnskap hos selv de yngre elevene, og bidrar til å redusere faren for å utsette seg for hiv-smitte i fremtiden.</p> <p>Av dem som droppet ut av prosjektet var i underkant av hver fjerde relatert til å slutte på skolen. Dette gir et tilfeldig, men relevant, funn i forbindelse med diskusjonen, relatert til sammenhengen mellom skolegang, kunnskap om seksuell helse og risikofaktorer.</p>
--	---	---	--	---

<p>D: Mpondo et al. (2018).</p> <p>Understanding the role played by parents, culture and the school curriculum in socializing young women on sexual health issues in rural South African communities.</p> <p><i>SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS</i>, 15(1), 42-49.</p>	<p>Sør-Afrika</p> <p>Undersøke <i>hva</i> som blir formidlet om seksuell helse, samt <i>når</i> og <i>hvordan</i>, i Sør-Afrikanske hjem, og om dette har endret seg den siste tiden.</p> <p>Undersøker også hvilken påvirkning kultur, seksualundervisning og venner har på de unge kvinnenenes seksuelle vaner.</p>	<p>Strategisk utvelging av deltagere for å velge unge kvinner som kunne representere profilen til de 5 utvalgte rurale områdene i Sør-Afrika.</p> <p>55 deltagende kvinner mellom 18 og 35 år.</p>	<p>De unge kvinnene får beskjed av mødrene om å avstå fra sex for å hindre graviditet. Hiv nevnes sjeldent. Mødrene mener også det gis nødvendig undervisning på skolen. Likevel blitt norm blant unge i samfunnet å være seksuelt aktive. De har derfor sex selv om de blir frarådet i å gjøre det.</p> <p>Kvinnene i studien formidlet også at de synes trygg sex og kondombruk er viktig, men understreket at det var opp til partneren om det ble brukt kondom eller ikke.</p>	<p>Studien støtter viktigheten av å implementere en fullverdig seksualundervisning i samfunnet, da både mødre og skolen gir begrenset informasjon til de unge kvinnene.</p> <p>Studien gir også kvalitative data på unge kvinners syn på blant annet seksualundervisning, kulturelle syn og seksuelle vaner. Dette bygger grunnlag for diskusjon.</p>
---	---	--	--	---

<p>E: Zulu et al. (2019).</p> <p>Why teach sexuality education in school? Teacher discretion in implementing comprehensive sexuality education in rural Zambia.</p> <p><i>International journal for equity in health, 18 (1), 1-10</i></p>	<p>Zambia</p> <p>Hensikt: undersøke hvordan lærere i Zambia (5.-12. trinn) opplever å inkludere seksualundervisning i pensum, og hvordan de praktiserer det.</p>	<p>Case-study format med kvalitativ metode: 18 lærere fra 6 skoler. Dybdeintervjuer av lærerne og observasjon av undervisningen.</p> <p>Del av et større forskningsprosjekt sponset av Forskningsrådet (Norge).</p>	<p>Seksualundervisningen er som oftest mangelfull, og tidvis fullstendig utelatt, da det er opp til den enkelte læreren å bestemme innhold og tidspunkt for undervisningen.</p> <p>Noen lærere føler de ikke har nødvendige kunnskap, andre uttrykker ubehag knyttet til undervisningen mtp. kulturelle og religiøse skikker, og rollen som lærer - en slags «foreldrerolle».</p> <p>Noen lærer kun bort avholdenhet, mens andre velger ut enkelte temaer de synes er «innafor».</p>	<p>Støtter/fremmer sykepleierelevansen da lærere opplever det vanskelig å ha ansvaret for seksualundervisning</p>
---	--	---	--	---

<p>F: Boti et al. (2019).</p> <p>Effects of comprehensive sexuality education on the comprehensive knowledge and attitude to condom use among first-year students in Arba Minch University: a quasi-experimental study.</p> <p><i>BMC research notes, 12(1), 1-7.</i></p>	<p>Etiopia</p> <p>Undersøke effekten seksualundervisning har på kunnskap og holdninger til kondombruk hos førsteårs-studenter ved Arba Minch University</p>	<p>Kvasi-eksperimentell studie med kontrollgruppe og undervisningsgruppe.</p> <p>832 (820 ved slutt) førsteårsstudenter mellom 15 og 24 år som tidligere ikke har hatt seksualundervisning ble valgt ut via klyngeprøving.</p> <p>Data ble samlet gjennom spørsmålsskjema som inkluderte holdninger og kunnskap til kondombruk. Dette ble gjort før og etter en 6 måneders periode med seksualundervisning. Hvert svar ga ulike poeng avhengig av holdning eller rett/galt.</p>	<p>Ved undervisningsslutt hadde undervisningsgruppen i gjennomsnitt høyere score, enn kontrollgruppen, når det gjaldt kunnskap om kondombruk.</p> <p>Holdningen til kondombruk scoret høyere hos undervisningsgruppen enn kontrollgruppen.</p> <p>Kontrollgruppen hadde ingen signifikant bedring på noen av målingene.</p> <p>Det ble sett lite forbedring hos både kontroll- og undervisningsgruppen når det kom til regelmessig bruk av kondom.</p>	<p>Artikkelen viser at seksualundervisning har effekt på holdninger og kunnskap.</p> <p>Den gir også grunnlag for å sørge for praktisk opplæring rundt kondombruk, slik at elevene får lært seg rett bruk, og dermed også øker bruken av kondom.</p>
--	---	---	--	--

<p>G: Mostert et al. (2020).</p> <p>Sexual knowledge and practice of adolescent learners in a rural South African school</p> <p><i>African Health Sciences, 20(1), 28-38</i></p>	<p>Sør-Afrika</p> <p>Undersøke unges kunnskap om seksualitet og deres seksuelle vaner.</p>	<p>Tverrsnittstudie med spørreskjemaer. 79 deltagere fra 8.-12.trinn.</p>	<p>26,6% seksuelt aktive.</p> <p>Gjennomsnittlig debutalder 15,2 år ± 2,3 år.</p> <p>41,2% brukte prevensjon.</p> <p>54,8% rapportere vanskeligheter med å forhandle om kondombruk</p> <p>45,5% hadde aldri hørt om SOI</p> <p>12,3% brukte sosiale medier for informasjon</p> <p>58% oppga skolen som primærkilde for seksualundervisning</p>	<p>Studiet viser at det foreligger lite kunnskap om seksuell helse hos ungdommer, til tross for at mer enn hver fjerde er seksuelt aktiv.</p> <p>Dette viser at seksualundervisning bør implementeres i tidlig alder.</p>
---	--	---	--	---

<p>H: Haruna et al. (2018).</p> <p>Improving sexual health education programs for adolescent students through game-based learning and gamification.</p> <p><i>International journal of environmental research and public health, 15(9), 2027.</i></p>	<p>Tanzania</p> <p>Undersøke hvordan seksualundervisning en kan styrkes gjennom spillbasert læring (GBL) og spillifisering (GM).</p>	<p>Randomisert, kontrollert studie på offentlig skole i Dar-El Salaam, Tanzania.</p> <p>120 elever mellom 11 og 15 år ble tilfeldig fordelt på 3 grupper (kun begrenset til 40 per gruppe): spillbasert læring (GBL), spillifisering (GM) og kontrollgruppe som fikk tradisjonell seksualundervisning. Gruppene fikk den samme før- og slutt-testen.</p> <p>Etter undervisningsperioden ble 21 tilfeldige elever invitert til diskusjon i hver sin studiegruppe for tilbakemeldinger.</p>	<p>Gruppene hadde i snitt samme score ved første test. Ved slutt-test viste alle tre gruppene økt kunnskap, men med signifikante forskjeller mellom kontrollgruppen og undervisningsgruppene.</p> <p>Kontrollgruppen hadde økt fra i snitt ca. 30 poeng til ca. 50 poeng. Både GBL og GM hadde økt fra ca. 30 poeng til ca. 80 poeng.</p> <p>Dette utgjør en differanse på 20 poeng og kontrollgruppen, og hele 50 poeng hos undervisningsgruppene (GM og GBL).</p>	<p>Studien viser at det kan være aktuelt å innføre moderne læringsmetoder utover den tradisjonelle seksualundervisning en.</p> <p>Studien er også relevant for oppgaven da den kan utvide muligheten for hvor undervisningen skal finne sted.</p>
--	--	---	---	---

<p>I: Naidoo et al. (2018).</p> <p>Fidelity of HIV programme implementation by community health workers in rural Mopani district, South Africa: a community survey.</p> <p><i>BMC Public Health, 18(1), 1-8</i></p>	<p>Sør-Afrika</p> <p>Undersøke blant innbyggerne hvordan et hjemmebasert hiv-program ble gjennomført av «community health workers» (CHW).</p>	<p>Tverrsnittstudie på 900 randomisert valgte hjem i undervisningsområdet.</p> <p>Spørreskjemaer ble gitt til et voksent familiemedlem, og inneholdt ulike spørsmål</p>	<p>Antall besøkte hjem i områdene, og frekvensen av besøkene, scoret mellom 29 og 55% avhengig av distriktet.</p> <p>Alle besøkene de siste 6 månedene ble gjennomført (100%) og folket ga innholdet en score på 242 av 253 poeng.</p> <p>De som ble besøkt av CHW hadde større sannsynlighet for å vite hiv-statusen sin. I disse familiene ble det også mer åpent å snakke om hiv, og deriblant hyppigere oppmuntret til testing.</p>	<p>Studien viser at CHW gjør en lovende jobb i å undervise i hjemmene, noe som er overførbart til sykepleieryrket.</p> <p>Å undervise i hjemmet kan være et alternativt undervisningslokale</p> <p>Studien viser også at innbyggerne er villige til å ta imot helsepersonell, stoler på dem, og tar til seg det de sier. Dette er viktig for å bygge tillit mellom underviseren (sykepleieren) og deltakeren.</p>
--	---	---	---	---

<p>J: Butts et al. (2018).</p> <p>HIV knowledge and risk among Zambian adolescent and younger adolescent girls: challenges and solutions.</p> <p><i>Sex education, 18(1), 1-13.</i></p>	<p>Zambia</p> <p>Identifisere informasjonskilden til hiv-forebygging hos unge kvinner mellom 10 og 14 år, og samfunnstiltakene som gjøres for å fremme hiv-forebygging.</p>	<p>Strategisk utvelgning av tre provinser, og deretter de ni distriktene med høyest hiv-forekomst.</p> <p>Områder hvor unge samles (skole, kirken, ungdomsklubber o.l.) ble brukt som rekrutteringsområder. Skolene var offentlige, som sikret et varierende utvalg av sosioøkonomisk bakgrunn hos deltagerne.</p> <p>Totalt 114 jenter mellom 10 og 14 år.</p>	<p>Tross kampanjer om seksuell helse på skolene, er det mangelfull seksualundervisning. Noen skoler har «safe clubs» hvor det ble gitt informasjon, men disse var frivillige å delta på.</p> <p>Unge kvinnene får hovedsakelig informasjon gjennom pubertetsritualer, venner eller familiemedlemmer utenom foreldre.</p> <p>Lite kondombruk.</p> <p>Feilinformasjon rundt hiv-smitte.</p> <p>Kvinnene ønsker forbedret kommunikasjon med foreldrene, samt plattformer for seksualundervisning.</p> <p>Fattigdom fører til hyppigere giftemål og prostitusjon for penger.</p> <p>Autoritære skolepersonell utnytter jentene seksuelt, og tilbyr å bytte skoleavgiften mot seksuelle handlinger.</p>	<p>Artikkelen tar opp en rekke relevant data for oppgaven. Den viser til kunnskapen (forutsetningene) de unge kvinnene har, utfordringer de møter i hverdagen og hvordan dette kan bidra til å øke faren for hiv.</p> <p>Den presenterer også forslag om ulike forbedringer som kvinnene ønsker.</p>
--	---	---	--	--

Ettersom forskningsartiklene er presentert i artikkelmatrisen vil kun eksempler på sammenlignbare funn og detaljer redegjøres for nedenfor. Dette gjøres for å hindre unødvendig gjentakelse, samt som resultat av oppgavens begrensede størrelse.

3.2 Deltakerforutsetninger

Ni av ti artikler presenterer funn direkte eller indirekte knyttet til kvinnes eller sykepleierens forutsetninger for undervisningen. Kemigisha et al. (2019), Ajayi et al. (2020) og Mostert et al. (2020) presenterer kvantitative data for kunnskapen og vanene unge kvinner i Afrika sør for Sahara innehar før undervisningen starter. Artiklene viser ulike grader av mangler, som for eksempel at kun 18,8% visste om PrEP-behandling (Ajayi et al., 2020). Nærmere halvparten hadde aldri hørt om SOI (Mostert et al., 2020), til tross for at opptil 12% mellom 10-14 år oppga å ha debutert seksuelt (Kemigisha et al., 2019). Manglende kunnskap støttes av Haruna et al. (2018) som viser et gjennomsnittlig lavt resultat rundt seksuell helse, før implementering av seksualundervisning. Videre viser Jewkes et al. (2010) at nærmere 50% av kvinnene i undersøkelsen har opplevd vold.

Butts et al. (2018) mener dårlig undervisning er blant årsakene til den seksuelle atferden og manglende kunnskapen hos kvinnene. Zulu et al. (2019) og Mpondo et al. (2018) viser til familiære og kulturelle faktorer, og hvordan dette påvirker kvinnes holdning til seksualitet. De viser også til mangelen på kunnskap, og påvirkningen av kultur og religion hos de innehavende underviserne; lærere og familiemedlemmer.

Naidoo et al. (2018) viser til et hiv-program i Sør-Afrika som undervises av opptrente helsearbeidere i hjemmet, og legger forutsetning for sykepleierfunksjonen.

3.3 Rammefaktorer

Butts et al. (2018), Mpondo et al. (2018) og Zulu et al. (2019) viser til skolesystem som ikke møter tilfredsstillende krav med tanke på seksualundervisningen. Kemigisha et al. (2019), Haruna et al. (2018), Naidoo et al. (2018) og Boti et al. (2019) presenterer mulige måter å implementere seksualundervisning både i og utenfor skolen. Flere av forskningsartiklene presenterer også kvinnes egne forslag til rammefaktorene for undervisningen.

3.4 Mål og innhold

Åtte artikler gir resultater som direkte eller indirekte belyser hvilke temaer som bør inngå i undervisningen for å nå ulike delmål som sammen kan nå målet om å redusere hiv-smitte. Et eksempel på dette er Boti et al. (2019) som antar det behøves praktisk trening i kondombruk, og ikke bare teori og demonstrasjon fra underviseren, for å oppnå hyppigere og korrekt bruk. Videre belyser Jewkes et al. (2010) viktigheten av voldsforebyggende undervisning, da partnervold gir økt risiko for hiv-smitte.

3.5 Arbeidsmåter

Det er gjennomført ulike undervisningsmetoder i forskningsartiklene. Flere av intervensjonene foregår som tradisjonell klasseromsundervisning, som hos Kemigisha et al. (2019). Haruna et al. (2018) har derimot testet ut effekten av å modernisere undervisningen gjennom dataspill og oppnådde resultater som utkonkurrerte den tradisjonelle seksualundervisningen i samme prosjekt. I noen av artiklene uttrykker også de unge kvinnene et ønske om å kunne prate mer åpent om seksualitet i hjemmet (Butts et al., 2018; Mpondo et al., 2018)

3.6 Evaluering

Evalueringen av undervisningen gjennomføres ved hjelp av kvantitative og kvalitative metoder. Boti et al. (2019) bruker for eksempel spørreskjemaer før og etter undervisningsperioden, som gir et kvantitativt resultat i form av poengsum. Andre slår sammen kvantitative og kvalitative metoder, som for eksempel Kemigisha et al. (2019) som bruker både kunnskapsprøver og intervjuer. I Haruna et al. (2018) fikk hver deltager sin individuelle poengsum, i tillegg til at et utvalgt på 21 deltagere ble inkludert i gruppediskusjon for å evaluere programmet.

4.0 Diskusjon

4.1 Forutsetninger før undervisningsstart

Ifølge både den didaktiske relasjonsmodellen og sykepleieprosessen må det innhentes data for å kunne tilrettelegge undervisningen («pleien» i sykepleieprosessen) på best mulig måte (Dahl & Skaug, 2011; Kristoffersen, 2011). I samsvar med Utdanningsdirektoratets grunnleggende ferdigheter for læring (2017) vil en av de viktigste læreforutsetningene for de unge kvinnene være å kunne lese og skrive. Ettersom oppgaven hovedsakelig omhandler kvinner med ulik grad av skolegang tenkes det at elevene innehar grunnleggende lese- og skriveferdigheter. Ferdighetene kan likevel variere avhengig av alder, skolegang og personlige faktorer (Dahl & Skaug, 2011). Det er derfor viktig at sykepleieren kartlegger dette før undervisningen starter, slik at undervisningen kan tilrettelegges gruppen og enkeltindividene.

Elevenes forkunnskaper om seksuell helse bør også være avklart (Dahl & Skaug, 2011). Dette kan for eksempel kartlegges gjennom prøver hvor kvinnenes kunnskap om seksuell helse blir testet, og/eller via fagorienterte samtaler. Disse metodene brukes blant annet av Boti et al. (2019) og Haruna et al. (2018). Hvis sykepleieren vil ha innblikk i kunnskapsnivået før møtet med elevene, kan pensumet for den lokale skolen og respektive klassetrinnet undersøkes (Kemigisha et al., 2019). På disse måtene kan sykepleieren få bedre innblikk i kvinnenes forkunnskaper slik at nivået på seksualundervisningen kan tilpasses deretter.

Selv om pensumet tilsier et gitt kompetansenivå er det likevel risiko for at deltakerne ikke innehar tilsvarende kunnskap. Zulu et al. (2019) avslører hvordan seksualundervisningen på seks skoler i Nyimba-distriktet i Zambia styres etter den enkeltes lærerens initiativ, kunnskap, tro og holdninger, til tross for et felles pensum. I studien oppgir lærerne å få en til to timers opplæring i seksualundervisning, før det er opp til den enkelte å avgjøre hva, når og hvordan dette gjennomføres. Med manglende faglig kunnskap åpner dette for subjektive tolkninger av pensumet, som igjen resulterer i mangelfull undervisning (Zulu et al., 2019). I et av eksemplene utelater læreren bevisst prevensjonsundervisning fordi vedkomne synes det er upassende å diskutere, i tillegg til å tro det oppmuntrer til seksuell aktivitet. Andre underviser kun om avholdenhet, mens enkelte unnlater seksualundervisningen fullstendig (Zulu et al., 2019). Lærerne oppgir at seksualundervisningen strider mot deres kultur, og en av dem oppga å ha blitt konfrontert av sinte foreldre etter å ha gitt lekser knyttet til temaet (Zulu et al., 2019).

Konflikten mellom kultur og seksualitet er også belyst av Mpondo et al. (2018), hvor unge kvinner i Sør-Afrika beskriver samtalene rundt seksualitet med mødre som mangelfulle og illustrert gjennom kulturelle metaforer. Når sex nevnes forklares hovedsakelig risikoen for graviditet, mens temaer som hiv uteblir (Mpondo et al., 2018). Dette antyder også forskningen til Butts et al. (2018) hvor zambiske jenter unngår å snakke om sex med foreldrene, da de blir oppfordret til avholdenhet (Butts et al., 2018). Samtidig uttrykker mødrene i Mpondo et al. (2018) at de tror ungdommene får nødvendig seksualundervisning på skolen, og i Mostert et al. (2020) oppgir 58% av Sørafrikanske ungdommer skolen som hovedkilde til seksualundervisning. Satt opp mot Zulu et al. (2019) som antyder mangelfull undervisning på skolen kan det derfor tenkes

at elevene har flere hull i kompetansen sin, da det ikke fremgår en objektiv, informativ plattform for seksualundervisning.

At forkunnskapene hos jentene er mangelfulle styrkes ytterligere av Ajayi et al. (2020), hvor kun 18,1% av Sørafrikanske kvinner mellom 16 og 24 år hadde hørt om PrEP som forebyggende behandling. Enda færre visste hvordan PrEP så ut (7,5%) og kun 14,8% visste hvordan de kunne anskaffe det (Ajayi et al., 2020). I Mostert et al. (2020) oppga så mange som 45,5% av deltagerne å aldri ha hørt om SOI, og flertallet av disse var kvinner. Videre var 39% usikre på om kondom beskyttet mot smitte. På før-testene til Haruna et al. (2018) ble det i snitt svart rett på hvert fjerde spørsmål om seksuell helse, og ved spørsmål om kilde for seksualundervisningen i Mostert et al. (2020) rapporterte 71% i av de som oppga læreren som primærkilde at de ikke brukte kondom.

På bakgrunn av dette kan det diskuteres hvorvidt den lokale læreren er egnet som seksualunderviser. Som et alternativ vil en sykepleier kunne undervise kunnskapsbasert og forebyggende på bakgrunn av sin faglige kompetanse (Kristoffersen et al., 2011). Det stilles likevel krav til sykepleieren som pedagog, og i denne konteksten vil kompetansen om lokalsamfunnet være viktig for å tilrettelegge for kultursensitiv seksualundervisningen (Vågan et al., 2020). Dette viser derimot Mpondo et al. (2018), Zulu et al. (2019) og Butts et al. (2018) at være vanskelig, særlig med tanke på foreldrene. Den kulturelle kompetansen er ekstra viktig om sykepleieren kommer fra en annen kultur, men selv fra samme område kan personlige holdninger variere (Vågan et al., 2020). Det er derfor viktig å være bevisst på både egne, samfunnets og deltakernes verdier for å oppnå tillit og dermed optimalisere læringen (Kristoffersen & Nortvedt, 2011; Vågan et al., 2020). Ut ifra Naidoo et al. (2018) kan det tolkes at det allerede foreligger tillit mellom innbyggere og helsepersonell, noe som gir et godt utgangspunkt for sykepleieren.

Utover de faglige forutsetningene bærer de unge kvinnene med seg holdninger som kan påvirke hvordan undervisningen bør tilrettelegges. Til tross for den historiske kulturen ser det ut til at ungdommene i Afrika sør for Sahara går gjennom et kulturskifte, som gjenspeiles i holdningene deres: I Mpondo et al. (2018) opplever ungdommene det å være seksuelt aktiv som norm, til tross for å bli bedt om å avstå fra sex fra foreldre. De mener det er opp til dem selv å bestemme når de vil debutere seksuelt. Videre forteller de viktigheten av å følge hva resten av medelevene gjør for å opprettholde et godt rykte på skolen (Mpondo et al., 2018). I Mostert et al. (2020) blir det bekreftet at mer enn hver fjerde elev mellom 8. og 12. trinn er seksuelt aktive, som tilsvarer jenter ned i 12-års alder. Statistisk tilsier dette at flere av deltakerne i seksualundervisningen allerede vil ha seksuell erfaring.

Det er derimot ikke alle som selv har valgt å debutere seksuelt. Blant hovedårsakene til hivsmitte er som nevnt fattigdom, og i Butts et al (2018) kommer det frem at enkelte familier tvinges til å enten gifte bort, eller prostituere døtrene sine for å ha råd til å overleve (SOS Children's Villages, u.å.). I andre tilfeller får jenter med dårlig råd tilbud av autoritært skolepersonell, som rektorer, om å fortsette på skolen i bytte mot seksuelle tjenester (Butts et al., 2018). I tillegg har opptil 50% av kvinnene i undersøkelsen til Jewkes et al. (2010) opplevd vold, noe som samsvarer med UNAIDS' Gap Report (2014) hvor opptil 45% rapporterte at deres første seksuelle opplevelse var tvungen. Dette er faktorer som sykepleieren bør være bevisst på ved undervisning, da det kan oppstå reaksjoner hos elever som har gjennomgått traumatiske seksuelle opplevelser (Almås &

Benestad, 2006). Det er derfor viktig å lære seg kjennetegnene for reaksjoner som kan oppstå og hvilke tiltak som kan iverksettes i den enkelte situasjon (Almås & Benestad, 2006).

4.2 Lokaler og tidspunkt for undervisning

Resultatene fra forskningsartiklene antyder at seksualundervisningen på skolen ikke er optimal, hovedsakelig på grunn av lærerens manglende kunnskap og kulturelle konflikter (Butts et al., 2018; Mpondo et al., 2018; Zulu et al., 2019). På den ene siden er skolen et aktuelt sted å gjennomføre undervisningen ettersom det er et naturlig samlingspunkt for de unge kvinnene. Forskning der eksterne underviserne, med faglig kompetanse innen seksuell helse, har undervist på skolene har vist lovende resultater. Kemigisha et al. (2019) gjennomførte et prosjekt på unge mellom 10 og 14 år hvor undervisningsgruppen i snitt scoret bedre enn kontrollgruppen på etter-testene. Videre analyse viste at undervisningsgruppen hadde over dobbelt så stor sjanse for å score bedre enn kontrollgruppen (Kemigisha et al., 2019). Boti et al. (2019) underviste studenter mellom 15 og 24 år om kondombruk, og også her kom undervisningsgruppen best ut (Boti et al., 2019).

På den andre siden foreligger det utfordringer knyttet til skoleundervisning. Omtrent hver fjerde kvinne mellom 15 og 24 år i Afrika sør for Sahara står uten utdanning eller arbeid, noe som gjør at disse vil bli utelatt om seksualundervisningen legges til skolen (UNAIDS, 2021). Kemigisha et al. (2019) fremla drop-out-statistikken fra prosjektet hvor hver femte elev falt fra i løpet av perioden. 68,5% av disse byttet skole, mens resterende droppet ut av skolen av ulike årsaker (Kemigisha et al., 2019). Dette tyder på at ved å legge seksualundervisningen til skolen, er sjansen stor for at flere faller fra underveis. Lærerne i Zulu et al. (2019) uttrykte også at det var unaturlig å holde seksualundervisning for gutter og jenter samtidig. Ettersom flere av dem omtalte seksualundervisning som problematisk i utgangspunktet, er det derimot ikke gitt at jentene opplever det samme. Det bør derfor avklares om gutter kan være til stede samtidig.

Det finnes også andre potensielle arenaer for seksualundervisning. Naidoo et al. (2018) fulgte opp et program der helsepersonell underviste familier om hiv i hjemmet. Forskningen viste god effekt av helsepersonellets gjennomføring, og familiene som hadde hatt besøk hadde større sjanse for å åpent diskutere hiv og vite sin hiv-status (Naidoo et al., 2018). Det kan derfor vurderes å legge seksualundervisningen til hjemmet. Dette krever derimot at familiene åpner hjemmene sine for sykepleieren, samt lar døtrene delta. Ut ifra uttalelsene i Mpondo et al. (2018) kan dette i enkelte tilfeller stride imot kulturen og dermed ikke være mulig å implementere i enkelte deler av Afrika sør for Sahara. Andre metoder kan da være kommunale eller nasjonale tiltak. Kvinnene i Butts et al. (2018) fremhevet «safe clubs» og «hiv prevention clubs» som positive. Slike tilbud kan derimot, i likhet med seksualundervisning i hjemmet, by på kulturelle konflikter da jentene må møte opp utenom skoletid (Mpondo et al. 2018). Samtidig gir det mulighet for dem som ikke går på skolen å delta.

Et mer moderne alternativ kan være å legge seksualundervisning til internettet. Haruna et al. (2018) utviklet spill og digitale aktiviteter for å undervise elever i Tanzania om

seksuell helse. Til tross for at denne forskningen ble gjennomført på en skole er det tenkelig at det kan videreføres til hjemmet og dermed gjennomføres på fritiden. Dette krever derimot tilgang til den nødvendige teknologien for å delta. I studien oppga 82% av elevene å ha tilgang til data hjemme eller på skolen, mens 66% hadde tilgang til smartprodukt (Haruna et al., 2018). Ettersom det ikke fremkommer hvor mange som kun har tilgang gjennom skolen, kan skolen likevel anses som et av de bedre egnede lokalene. Alternativt kan for eksempel ungdomsklubber tilby digitale verktøy for læring utenom skolen.

Uavhengig hvor og når er det viktigste at seksualundervisning gjennomføres. I Zulu et al. (2019) er et av hovedproblemene at det ikke er satt av egen tid til temaet og dermed må implementeres i andre fag. På denne måten blir det fort nedprioritert og bortglemt. Dette er derimot et problem som blir løst av at en ekstern sykepleier underviser.

4.3 Mål og innhold for undervisningen

I likhet med sykepleieprosessen, viser den didaktiske relasjonsmodellen til «mål» som et ønsket oppnåelig resultat (Dahl & Skaug, 2011; Kristoffersen, 2011). Hovedmålet ved undervisningen er å redusere hiv-smitte. På bakgrunn av de ulike smittemåtene er det likevel flere delmål som kreves for å nå hovedmålet. I Zulu et al. (2019) fremhever flere av lærerne avholdenhet fra sex som det viktigste. Det samme gjør mødrene i Mpondo et al. (2018). Dette er på et kontroversielt vis ikke feil, ettersom kvinnene i regionen hovedsakelig smittes heteroseksuelt (UNAIDS, 2014). Likevel vil det være uheldig å kun undervise avholdenhet av flere grunner. Seksualitet er en grunnleggende del av det å være menneske, og også en menneskerett (Gamnes, 2011; WAS, 2014). For sykepleieren vil det være i strid med ICN's yrkesetiske retningslinjer da det hindrer «pasienten» i å dekke både helsemessige og sosiale behov (NSF, 2007, s.25). Sykepleieren skal heller ikke holde tilbake informasjon pasienten trenger for å ta en selvstendig beslutning (NSF, 2007, s.25). Mangel på informasjon kan også føre til ytterligere stigmatisering av både hiv og kvinnene, samt bidra til å neglisjere kvinnes utvikling og seksuelle vaner (Mostert et al., 2020; Mpondo et al., 2018; UNAIDS, 2018a). Det bør derfor aksepteres at de unge kvinnene er seksuelt aktive, både for dem som selv velger det selv, men også for å bedre ivareta de som opplever vold og overgrep (Butts et al., 2018; Jewkes et al., 2010; UNAIDS, 2014).

Forskning viser at 45.5% ungdommer i Sør-Afrika ikke vet hva SOI er (Mostert et al., 2020). Kunnskap om SOI er relevant for å undervise om hiv, i tillegg til at tallene indikerer for lite undervisning om temaet. I samme forskning kommer det frem en rekke mistolkninger rundt prevensjon og sex (Mostert et al., 2020). Sykepleieren bør derfor gi en grunnleggende innføring om seksuell helse og kropp, før smitteforebyggende tiltak introduseres, slik at nødvendig forkunnskaper er på plass.

Den eneste sikre beskyttelsen mot hiv gjennom seksuell kontakt, hvis brukt riktig, er kondom (FHI, 2019a). Samtidig viser Mostert et al. (2020) at hele 39% av elevene var usikre på hvorvidt kondom beskytter mot SOI. I Butts et al. (2018) kommer det frem at unge kvinner har negative holdninger til kondombruk i tillegg til å mangle kunnskap om bruken av det. Kvinnene i Mpondo et al. (2018) mener derimot at kondombruk er viktig, og ønsker å bruke det. Til tross for forskjellige holdninger oppgir jentene i begge

artiklene at det er opp til den mannlige partneren om kondom brukes eller ikke (Butts et al., 2018; Mpondo et al. 2018). Dette støttes av Mostert et al. (2020) hvor 54,8% oppgir vanskeligheter med å diskutere kondombruk med partner. Opplæring i viktigheten og bruke av kondom det bør derfor inkluderes i undervisningen.

Videre viser forskning at kvinner som opplever partnervold har betydelig økt risiko for å bli smittet med hiv (Jewkes et al., 2010). Når i tillegg 45% av kvinner opplyser at deres første seksuelle opplevelse var tvungen, tyder dette på at vold som tema bør inkluderes i undervisningen (UNAIDS, 2014). Dette krever at sykepleieren kan grunnleggende voldsforebyggende undervisning, med mulighet for å leie inn eksperter på området da dette kan ligge utenfor sykepleierens kompetansefelt. Sykepleieren bør derfor være bevisst sine begrensinger, jf. ICNs yrkesetiske regler (NSF, 2007, s.25). Mostert et al. (2020) foreslår undervisning om likestilling som en viktig faktor for å forebygge hiv. Sett sammen med forekomsten av vold, og forholdet mellom vold og hiv, kan det tenkes at likestillingsundervisning kan ha en positiv effekt på voldsforebygging.

Utover dette bør det informeres om PrEP (FHI, 2019a). Svært få vet at PrEP eksisterer, og enda færre vet hvor det kan anskaffes (Ajayi et al., 2020). Selv om PrEP ikke er like sikkert som kondom kan det være et alternativ der kondom av ulike årsaker ikke brukes, samt for spesielt utsatte kvinner som for eksempel har hyppig partnerskifte (FHI, 2019a). Her er det viktig at sykepleieren er oppmerksom på ubevisst stigmatisering eller krenkelse av de aktuelle deltakerne. PrEP kan også fungere som midlertidig beskyttelse for voldsutsatte kvinner, selv om det bør fokuseres på å få kvinnen ut av det voldelige forholdet.

4.4 Hvilke arbeidsmåter er mest effektive?

Tradisjonell klasseromsundervisning er en undervisningsmetode som ofte går igjen for seksualundervisning. I Mpondo et al. (2018) forteller jentene at det er læreren som forteller om kondombruk og SOI. Kemigisha et al. (2019) og Boti et al. (2019) viser også til tradisjonell undervisning, med innslag av gruppediskusjoner og demonstrasjoner. Dette har i mange tilfeller vist å forbedre kunnskapen rundt seksualitet, men gir ikke nødvendigvis utslag på den seksuelle atferden. For eksempel finner Kemigisha et al. (2019) forbedret kunnskap om seksuell helse, men ingen betydelige forskjeller over hvor mange som har debutert seksuelt før og etter undervisningen. Boti et al. (2019) viser tilsvarende resultater hvor seksualundervisningen i form av demonstrasjoner og forelesninger *ikke* forbedret konsekvent og korrekt bruk av kondom. Undervisningen inneholdt ikke praktisk trening for studentene, og det kan derfor tenkes at å innføre dette vil bidra til hyppigere og korrekt bruk. Undervisningen forbedret likevel holdningen og den teoretiske kunnskapen rundt kondombruk (Boti et al., 2019).

Det kan derfor tenkes at seksualundervisningen bør inkludere flere aspekter enn den tradisjonelle «lærer til elev»-undervisningen. Mostert et al. (2020) foreslår gruppediskusjoner som verktøy for å åpne for samtale mellom elevene. I studien oppga også elevene at bøker, magasiner og sosiale medier kan brukes hyppigere til undervisning (Mostert et al., 2020). En mulighet kan være å sørge for at blant annet fagbøker er tilgjengelig på skolen, slik at elevene kan oppsøke informasjon når ønskelig.

Her bør sykepleieren finne ut hvordan det kan foreligge lett tilgjengelig informasjon samtidig som man viser kultursensitivitet for dem som føler det upassende.

En moderne læringsmetode som har vist god effekt er bruk av digitale verktøy (Haruna et al., 2018). Haruna et al. (2018) designet to typer spill. Et var fullanimert og inkluderte blant annet forelesninger og animasjoner (GBL), mens det andre bestod av quizer hvor deltakerne konkurrerte mot hverandre (GM). Begge intervensjonene scoret betydelig bedre sammenlignet med tradisjonell undervisning, og kan være aktuelt å ta i bruk (Haruna et al., 2018). Dette krever derimot at elevene har tilgang på den nødvendige teknologien.

4.5 Evaluering av undervisningen

Ved undervisningslutt bør det gjennomføres en evaluering for å undersøke kvaliteten på undervisningen. Dette svarer til både den didaktiske relasjonsmodellen og sykepleieprosessen (Dahl & Skaug, 2011; Kristoffersen, 2011). Det er relevant å undersøke hvorvidt undervisningen har hatt effekt på jentenes kunnskap, holdninger og atferd. Dette kan gjøres ved at kvinnene gjennomfører tilsvarende test som ble brukt under kartleggingen, for så å sammenligne svarene (Boti et al., 2019; Haruna et al., 2018). Det samme gjelder før- og etter-samtaler. Om kunnskapen rundt seksuell helse er økt kan det indikere at man er nærmere målet om å redusere hiv-smitte.

Utover det faglige kan det opplevelsen av undervisningen undersøkes. Dette kan gjøres gjennom en gruppesamtale med tilfeldig utvalgte deltakere som i Haruna et al. (2018), eller gjennom individuelle samtaler med deltagerne (Naidoo et al., 2018). Disse samtalene gir mulighet for konstruktive tilbakemeldinger, som for eksempel om det faglige opplevdes upassende, eller om sykepleieren fremstod krenkende. Disse tilbakemeldingene bør sykepleieren ta med til neste undervisning for å øke kvaliteten på seksualundervisningen, samt videreutvikle sin egen yrkesutøvelse (Dahl & Skaug, 2011).

Til slutt bør sykepleierne samles for en felles evaluering, gitt at det er flere undervisere. På denne måten får man tilbakemeldinger på hva som funket bra og dårlig fra underviserens ståsted.

4.6 Ytterligere implikasjoner for sykepleie

Flere av de sykepleiefaglige implikasjonene for seksualundervisning er allerede diskutert. Samtidig kan en sykepleier med kompetanse innen seksuell helse, pedagogikk og kultursensitivitet tenkes å være en ressurs utover selve seksualundervisningen. Sykepleieren kan lære opp andre sykepleiere, helsepersonell og andre yrkesgrupper, som for eksempel lærere, i å undervise om temaet (Kristoffersen et al., 2011). Slik vil det lettere kunne utdannes kompetente undervisere, og stadig flere vil få tilgang på seksualundervisning. Dette kan også sørge for høyere kvalitet på seksualundervisning, til forskjell fra hvordan den gjennom forskningen fremstår i dag (Butts et al., 2018; Mpondo et al., 2018; Zulu et al., 2019).

4.7 Oppgavens styrker og svakheter

Denne oppgaven har både styrker og svakheter som preger resultatene. En styrke er at det finnes en rekke oppdatert informasjon om hiv og aids gjennom offentlige organisasjoner. Det samme gjelder for forskning, og de inkluderte forskningsartiklene presenterer noe av den nyeste dataen på området. Forskningen som er funnet viser også bred enighet om effekten av seksualundervisning. Det ble derimot ikke funnet forskning på sykepleiere som underviser seksuell helse i skolen i regionen. Flere av artiklene skriver derimot at helsepersonell har vært med på å utarbeide undervisningsprogrammene. Ettersom forskning viser at det trengs bedre undervisere, samt at helsepersonell gjør en god jobb i seksualundervisning i hjemmene, anses de inkluderte artiklene likevel som relevante for oppgaven (Naidoo et al., 2018; Zulu et al., 2019).

Oppgaven bærer preg av heteronormativ forskning rundt kvinner, da risikoen for hivsmitte ved sex med samme kjønn er fokusert til menn. Kvinner som har sex med kvinner kun nevnes i bisetninger, og oppgaven har derfor kun data på heteroseksuell smitte. Det er også funnet begrenset kunnskap om effekten av kvinnelig kondom, femidom, som bemerkes av en av kvinnene: «Women don't know how to use female condoms» (Butts et al., 2018, s.5). Styrkene til oppgaven synes likevel å veie opp for svakhetene, og oppgaven har god overføringsverdi til sykepleiefaget.

4.8 Konklusjon

På bakgrunn av diskusjonen kan det tolkes at seksualundervisning har en positiv effekt på unge kvinners seksuelle helse og kan bidra til å øke deres kunnskap om hiv. Sykepleieren må tilegne seg nødvendig pedagogisk, kulturell og faglig kunnskap før undervisningen holdes. Med økt kunnskap om risikofaktorer, smittemåte og forebyggende tiltak vil kvinnene være bedre rustet til å ta bevisste valg når det kommer til kondombruk og seksuell atferd, og som et resultat av det kunne beskytte seg bedre mot hiv.

Samtidig kommer det frem at å undervise kvinner alene ikke vil bidra til å utrydde aids. Menn spiller en betydelig rolle blant annet gjennom holdninger til kondombruk og vold. Det er derfor avgjørende at også menn får forbedret seksualundervisning. I enkelte tilfeller bør også foreldre inkluderes for å åpne for samtaler om seksuell helse i hjemmet.

Sykepleiere kan også bidra til å utdanne andre sykepleiere, helsepersonell og relevante yrkesgrupper som seksualundervisere, og dermed øke både antall undervisere og kvaliteten på læringen. For å planlegge undervisningen kan den didaktiske relasjonsmodellen anvendes som mal.

Hiv-forebyggende arbeid er en komplisert prosess på flere plan, og Afrika sør for Sahara står ovenfor en rekke utfordringer utover seksualundervisningen for å nå målet om utryddelse av aids innen 2030. Mye tyder likevel på at å økt kunnskap om seksuell helse kan være et stort skritt i riktig retning.

Litteraturliste

- Ajayi, A. I., Yusuf, M. S., Mudefi, E., Adeniyi, O. V., Rala, N., & Goon, D. T. (2020). Low awareness and use of post-exposure prophylaxis among adolescents and young adults in South Africa: Implications for the prevention of new HIV infections. *African Journal of AIDS Research*, *19*(3), 242–248.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017716>
- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Bjørndal, B., & Lieberg, S. (1978). *Nye veier i didaktikken?: en innføring i didaktiske emner og begreper*. Aschehoug. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2018050848079?page=135
- Boakye, D. S., & Mavhandu-Mudzusi, A. H. (2019). Nurses knowledge, attitudes and practices towards patients with HIV and AIDS in Kumasi, Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, *11*, 100147.
<https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.05.001>
- Boti, N., Hussen, S., Shegaze, M., Shibru, S., Shibiru, T., Zerihun, E., Godana, W., Abebe, S., Gebretsadik, W., Desalegn, N., & Temtime, Z. (2019). Effects of comprehensive sexuality education on the comprehensive knowledge and attitude to condom use among first-year students in Arba Minch University: A quasi-experimental study. *BMC Research Notes*, *12*(1), 1–17.
<https://doi.org/10.1186/s13104-019-4746-6>
- Butts, S. A., Kayukwa, A., Langlie, J., Rodriguez, V. J., Alcaide, M. L., Chitalu, N., Weiss, S. M., & Jones, D. L. (2018). HIV knowledge and risk among Zambian adolescent and younger adolescent girls: Challenges and solutions. *Sex Education*, *18*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/14681811.2017.1370368>
- Dahl, K., & Skaug, E.-A. (2011). Kapittel 9: Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (2. utg., Bd. 2, s. 15–60). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *20*(2), 22–26.
- FHI. (2019a, 25.februar). *Hiv og aids*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/seksualitet-og-helse/diag/om-hiv-og-aids/>
- FHI. (2019b, 6.april). *Hivinfeksjon/Aids*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hivinfeksjon-aids---veileder-for-hel/>

- Gamnes, S. (2011). Kapittel 21: Nærhet og seksualitet. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., Bd. 3, s. 71-104). Gyldendal.
- Haruna, H., Hu, X., Chu, S. K. W., Mellecker, R. R., Gabriel, G., & Ndekao, P. S. (2018). Improving Sexual Health Education Programs for Adolescent Students through Game-Based Learning and Gamification. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 2027. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092027>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf.
- Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekklistet*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>
- Henderson, V. (1997). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper* (5. utg.). Norsk sykepleierforbund. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009070601018
- Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., & Shai, N. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: A cohort study. *The Lancet*, 376(9734), 41–48. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60548-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60548-X)
- Kemigisha, E., Bruce, K., Ivanova, O., Leye, E., Coene, G., Ruzaaza, G. N., Ninsiima, A. B., Mlahagwa, W., Nyakato, V. N., & Michielsen, K. (2019). Evaluation of a school based comprehensive sexuality education program among very young adolescents in rural Uganda. *BMC Public Health*, 19(1), 1393. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7805-y>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Kapittel 27: Den myndige pasienten. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., Bd. 3). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, F. (2011). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (E.-A. Skaug, Red.; 2. utg., Bd. 1). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Kapittel 1: Om sykepleie. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., Bd. 1, s. 15–29). Gyldendal.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Overordnet del - verdier og prinsipper for grunnopplæringen*. Fastsatt som forskrift ved kongelig resolusjon. Læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020. <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del-samlet/>
- Mostert, K., Sethole, K. M., Khumisi, O., Peu, D., Thambura, J., Ngunyulu, R. N., & Mulaudzi, M. F. (2020). Sexual knowledge and practice of adolescent learners in a rural South African school. *African Health Sciences*, 20(1), 28–38. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i1.6>
- Mpondo, F., Ruiters, R. A. C., Schaafsma, D., Borne, B. van den, & Reddy, P. S. (2018). Understanding the role played by parents, culture and the school curriculum in socializing young women on sexual health issues in rural South African communities. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 15(1), 42–49. <https://doi.org/10.1080/17290376.2018.1455603>
- Naidoo, N., Railton, J. P., Khosa, S. N., Matlakala, N., Marincowitz, G., McIntyre, J. A., Struthers, H. E., Igumbor, J., & Peters, R. P. H. (2018). Fidelity of HIV programme implementation by community health workers in rural Mopani district, South Africa: A community survey. *BMC Public Health*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5927-2>
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2018, 6. desember). *Didaktisk relasjonsmodell*. [mestring.no](https://mestring.no/helsepedagogikk/pedagogisk-tilnaerming/didaktisk-relasjonsmodell/)
- National department of health, South Africa. (2011). *Provincial guidelines for the implementation of the three streams of PHC re-engineering.*, [http://policyresearch.limpopo.gov.za/bitstream/handle/123456789/882/Provincial %20Guidelines%20for%20the%20implementation%20of%20the%20three%20Streams%20of%20PHC%20Re-engineering.pdf?sequence=1](http://policyresearch.limpopo.gov.za/bitstream/handle/123456789/882/Provincial%20Guidelines%20for%20the%20implementation%20of%20the%20three%20Streams%20of%20PHC%20Re-engineering.pdf?sequence=1)
- National department of health, South Africa. (2017). *She Conquers update year presentation*. <http://www.health.gov.za/wp-content/uploads/2020/11/she-conquers-update-year-presentation.pdf>
- NHI. (2018, 17. august). *Hiv-infeksjon, behandling*. <https://nhi.no/sykdommer/blod/hiv-og-aids/hiv-infeksjon-behandling/>
- Norsk forening for infeksjonsmedisin. (2021). *Smitte, PrEP, PEP*. Faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av hiv. <https://www.hivfag.no/smitte-pep#pep>
- NSD. (u.å.) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NSF. (2007). *ICNs etiske regler for sykepleiere: Norsk utgave*. <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>

- SOS Children's Villages. (u.å.). *AIDS in Africa*. SOS Children's Villages. Hentet 6. mai 2021, fra <https://www.sos-usa.org/SpecialPages/Africa/AIDS-in-Africa>
- UN. (2020a). *Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. Sustainable Development Goals. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- UN. (2020b). *The Sustainable Development Agenda*. Sustainable Development Goals. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
- UNAIDS. (2014). *The gap report* (s. 422). https://unaids-test.unaids.org/sites/default/files/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- UNAIDS. (2018). *Global Partnership for Action to Eliminate All Forms of HIV-Related Stigma and Discrimination*. UNAIDS. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-partnership-hiv-stigma-discrimination_en.pdf
- UNAIDS. (2020). *Global HIV & AIDS statistics—2020 fact sheet*. UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- UNAIDS. (2021, 4.februar). *Education +*. UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/topics/education-plus>
- UNESCO. (2016, februar 16). *Comprehensive sexuality education combats violence against women and girls*. UNESCO. <https://en.unesco.org/news/comprehensive-sexuality-education-combats-violence-against-women-and-girls>
- UNICEF. (2020a, mars). *COVID-19 and children*. UNICEF. <https://data.unicef.org/covid-19-and-children/>
- UNICEF. (2020b, juli). *HIV and AIDS in Adolescents*. UNICEF. <https://data.unicef.org/topic/adolescents/hiv-aids/>
- Vågan, A., Berge, H., Koricho, A. T., & Berg, B. (2020). Kapittel 9: Kultursensitivitet. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (s. 188–218). Gyldendal.
- Vågan, A., & Hvinden, K. (2020). Kapittel 10: Den didaktiske relasjonsmodellen i en lærings- og mestringskontekst. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (s. 219–232). Gyldendal.
- WAS. (2014). *Declaration of sexual rights*. https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf
- WHO. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf
- WHO & Department of Reproductive Health and Research. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. WHO.

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1

Wyller, V. B. B. (2019). Kapittel 18: Sykdommer knyttet til infeksjonsforsvaret i V. B. B. Wyller, *Syk* (4. utg., s. 699-724). Cappelen Damm.

Zulu, J. M., Blystad, A., Haaland, M. E. S., Michelo, C., Haukanes, H., & Moland, K. M. (2019). Why teach sexuality education in school? Teacher discretion in implementing comprehensive sexuality education in rural Zambia. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1023-1>

Vedlegg 1

PICO-skjema

P (population)	I (intervention)	C (comparison)	O (outcome)
Young women	Sex education		Reduce HIV
Adolescents	Sexuality education		Prevent HIV
Sub-Saharan Africa	(Nurse)		

