

## **SYND OM UNGDOMEN**

### **Sjuksköterskans möte med ungdomar som har en misstänkt STI**

<b>FÖRFATTARE</b>	Charlotte Danz Janne Hammar
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete  HT 2006
<b>OMFATTNING</b>	10 p
<b>HANDLEDARE</b>	Lena Bernerman-Sternhufvud.
<b>EXAMINATOR</b>	Catharina Welin

Titel (svensk):	Synd om ungdomen – sjuksköterskans möte med ungdomar som har en misstänkt STI
Titel (engelsk):	Pity the Youth – the nurse encounter with adolescents that have a suspected STI
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program/kurs/kurskod/ Kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/VOM 200/SPN6
Arbetets omfattning.	10 poäng
Sidantal:	13 sidor
Författare:	Charlotte Danz Janne Hammar
Handledare:	Lena Bernerman Sternhufvud
Examinator:	Catharina Welin

---

## SAMMANFATTNING

Tonåren är en omvälvande period i människors liv och det är då den sexuella lusten väcks. Invånarna i Sverige är välupplysta om sexuellt transmitterade infektioner (STI) men ändå konstateras över 38000 nya fall av STI varje år. Majoriteten av dessa ungdomar får sin diagnos på en ungdomsmottagning men de kan även undersökas på en vårdcentral. Därför är det viktigt att veta hur ungdomarna ser på STI och hur sjuksköterskan kan underlätta mötet med dessa unga vuxna. Syftet med litteraturstudien var att beskriva ungdomars upplevelser kring STI samt att beskriva vad som är viktigt i mötet mellan sjuksköterskan och ungdomarna. Totalt kom 13 artiklar att ingå i resultatet. Artiklarna har funnits i databaserna PubMed/Medline och via CIHNAL. Artiklarna har lästs flera gånger både induktivt och deduktivt. Ungdomarnas upplevelser grupperades under två rubriker: avskildhet, diskretion, miljö och stress samt chock, förnekelse, skuld och skam. Mötet analyserades deduktivt med Jean Watsons karativa faktorer: inge förtroende och hopp, befrämja och acceptera positiva och negativa känslouttryck, främja lärande och undervisning samt bidra med en stödjande och god omgivning. Resultatet visar att upplevelserna kretsar kring chock, skuld, skam, förnekelse, rädsla och oöverbinnerlighet. Det goda mötet är att ha tid, ett professionellt bemötande i en trygg och harmonisk miljö som kan främja ungdomarnas vilja att prata om STI.

# INNEHÅLL

	Sid
<b>INTRODUKTION</b>	1
<b>Historik</b>	1
<b>Smittskyddslagen</b>	2
<b>STI bland ungdomarna idag</b>	2
<b>Omvårdnadsperspektiv</b>	3
<b>SYFTE</b>	4
<b>METOD</b>	4
<b>RESULTAT</b>	5
<b>Ungdomars upplevelse av sexuellt transmitterade infektioner</b>	5
<u>Avskildhet, diskretion, miljö och sekretess</u>	5
<u>Chock, förnekelse, skuld och skam</u>	6
<b>Vad är viktigt i mötet mellan sjuksköterska och ungdomar</b>	7
<u>Inge förtroende och hopp</u>	7
<u>Befrämja och acceptera positiva och negativa känsloutryck</u>	7
<u>Främja lärande och undervisning</u>	8
<u>Bidra med en stödjande och god omgivning</u>	8
<b>DISKUSSION</b>	8
<b>Metoddiskussion</b>	8
<b>Resultatdiskussion.</b>	9
<b>REFERENSER</b>	11
<b>BILAGA</b>	
<b>1. Artikelsammanställning</b>	



## INTRODUKTION

Under ungdomstiden sker många förändringar i livet och då utvecklas även det sexuella intresset. Att vara sexuellt aktiv kräver en viss kunskap för att inte förstöra för sig eller för sin partner. Det innebär att ta ansvar för att kvinnan inte skall bli gravid men även för att inte drabbas av en könssjukdom.

Varje år diagnostiseras över 38 000 nya fall av könssjukdomar i Sverige. Vilket namnet antyder så överförs dessa infektioner vid sexuell kontakt, alltså från slemhinna till slemhinna men även genom blod och andra kroppsvätskor (1, 2).

Under den verksamhetsförlagda utbildningen, har vi mött unga människor som sökt vård för misstänkt sexuellt transmitterad infektion (STI). Dessa möten med ungdomarna har skett både inom primärvården och inom slutenvården. I mötet uppfångades en känsla av, att om patienten blev diagnostiserad med en könssjukdom, skulle detta betyda ett ritualvärde hos ungdomarna. Det innebär att en STI skulle vara "inträdesbiljett" till vuxenvärlden. Den andra sidan av STI är den genanta sidan där det inte talas om könssjukdomarna överhuvudtaget. Felaktiga föreställningar och brist på kunskap om dessa infektioner skapar oro och lidande i onödan. Möten med ungdomarna, gav upphov till funderingar i och omkring patientens kunskapsnivå och attityd till STI. Barnmorskan på ungdomsmottagningen är den som vanligtvis träffar ungdomarna. Det är inte ovanligt att även sjuksköterskor kommer i kontakt med dessa patienter inom t ex skolhälsovården. Intresset väcktes kring ungdomars upplevelser av att ha eller misstänka en STI och om att få kunskap om vad som var viktigt i mötet mellan sjuksköterskan och dessa ungdomar.

### Historik

Sexualiteten har genom tiderna pendlat mellan lössläpplighet till asketism allt i farsoternas fotspår (3). Könssjukdomar finns omskrivet redan under antikens Rom och Aten (4). De äldsta fynden av syfilis kommer från Amerika och den fördes troligtvis över till Europa med Christoffer Columbus. Till Sverige kom syfilis troligtvis under 1500-talets början, under kung Kristian Tyranns krigståg i landet. För att behandla syfilis använde man kvicksilverkurer och det användes i över 400 år (5). Under Carl von Linnés tid uttrycktes till och med "En natt med Venus, en livstid med Mercurius (kviksilver)" (6).

Den tidigare sexuella fördomsfriheten förändrades under 1500-talet eftersom syfilis fick ordentligt fäste i Europa (7). Den rädslan mynnade ut i att allmänheten ville behålla sina döttrar och fruar "rena" genom att ingen sexuell kontakt tilläts (8). Skräcken höll i sig och i Sverige kom i början av 1800-talet, en kunglig förordning som blev början till dagens smittskyddslag. Den innebar obligatorisk läkarundersökning utav genitalier vid misstänkt smitta. Detta gällde dock bara vissa social- och yrkesgrupper som t ex soldater, gårdfarihandlare, ammor men även föräldralösa barn. Efter hand inriktade sig läkarna på att undersöka kvinnor som arbetade på härbärgen, pubar, restaurang och på dem som var allmänt lösaktiga. Kvinnor som uppvisade sedeslöst beteende dömdes till tvångsvård på kurhus. Vid lagskärpningen en senare lagskärpning, blev läkarna skyldiga att rapportera den smittades namn, ålder och hemort till prästerna, tvångsvård av smittbärare blev obligatorisk samt att smittkällan skulle eftersökas (9). Under

1800-talet rådde sexualkonservatism i Sverige, dock med dubbelmoral. Kvinnan skulle koncentrera sig på äktenskapet och vara behärskad vad det gällde könsdrift. Sex för kvinnan skulle vara ett nödvändigt ont. Masturbation ledde till vansinne och andra psykiska och somatiska sjukdomar. Mannen var den som skulle njuta vid samlaget även om hans tankar inte fick föras till sex. Inte ens stols- eller bordsben fick blottas då de kunde föra tanken till en kvinnas ben och syndfullhet (3). Under senare delen av 1800-talet tog vetenskapen över sexualiteten genom att ge liderligheterna latinska namn som t ex cunnilingus och fellatio (5, 10). Den svenska staten fortsatte att lagstifta om olika åtgärder för att stoppa könssjukdomarnas spridning. Lex Veneris även kallad Svea rikes lag nr 460, kom i början av 1900-talet. Denna lag om smittskydd var unik för Europa (11). Lagen tvingade alla oavsett kön och socialstatus att underkasta sig vård vid venerisk sjukdom, för att på så sätt skydda samhället. Genom alla tider har det största hotet bland könssjukdomarna varit syfilis, då den ledde till galenskap och död. I slutet av 1800-talet upptäcktes gonokockerna, Neisseria Gonorrhoeae (12). Syfilisbakterien, Treponema Pallidum (12) upptäcktes i början av 1900-talet. Den första verksamma medicinen, Salvarsan, kom i början av 1900-talet. Det var först när penicillinet framställdes i mitten av 1900-talet som behandlingen av syfilis och gonorré revolutionerades (5).

På 1960-talet kom en sexrevolution med bland annat p-pillret i mitten av decenniet och spiralen som började massproduceras första åren på 1970-talet. Detta sägs vara en efterdyning efter 1800-talets kontroll över sexualiteten (13). Under dessa decennier var gonorrén mycket utbredd men stoppades tack vare intensiva informationskampanjer för kondom och säkrare sex. Klamydia upptäcktes i början av 1900-talet men det dröjde till 1960-talet, innan forskarna fick mer detaljerad kunskap om klamydia (14). Andelen smittade av klamydia var på 1980-talet hög, vilket ledde till att klamydia kom att hamna under smittskyddslagen i slutet av 1980-talet (15). Efter lagstiftningen sjönk antalet smittade kraftigt. I början av 1990-talet sjönk antalet klamydiafall tillfälligt p.g.a. skräcken för HIV (16). Den senare delen av 1990-talet medförde en kulminering av STI igen.

### **Smittskyddslagen**

Smittskyddslagen, SFS 2004:168, innebär skyldigheter och rättigheter. Till åtagandena hör att, vid misstanke, snarast söka sjukvård för undersökning och provtagning. Vid smitta skall föreskriven behandling ske samt smittkälla uppges. Förmånerna innebär att undersökning, vård och behandling är gratis. Alla STI: s omfattas inte utav smittskyddslagen. STI som lyder under smittskyddslagen är HIV, syfilis, gonorré, klamydia samt hepatit B och C (2).

### **STI idag**

STI är en förkortning på sexuellt transmitterade infektioner. Andra namn är könssjukdomar, veneriska sjukdomar och genitala infektioner. Tidigare benämndes könssjukdomar STD vilket betyder ”sexually transmitted diseases” men det är ändrat till STI vilket betyder ”sexually transmitted infections”. Anledningen till namnbytet beror på att det krävs ett förtydligande av att STI är en infektion som inte alltid ger symtom på sjukdom (2, 17). Sexuellt transmitterade infektioner i Sverige omfattas av flatlöss, gonorré, hepatitinfektioner, herpesinfektionerna, HIV/aids, klamydia, kondylom, lymfogranuloma venereum, skabb, syfilis samt ulcus molle. HIV och hepatiterna räknas till könssjukdomar men kan även smittas

via blodet (18). Många könssjukdomar är symtomfattiga, alltså att de påverkar hälsotillståndet i liten eller ingen omfattning i initiala skedet. Flera av sjukdomarna ger irreversibla skador som kan leda till sterilitet, cancer samt hjärt- och hjärnskador om de inte behandlas i tid (2).

Det är gonorré och klamydia som ökar på årsbasis medan övriga könssjukdomar minskar. Bland de klamydiasmittade finns 86 % i ålderskategorin 15-29 år (2). Dessa siffror visar att klamydia är ett ungdomsproblem. Att vara diagnostiserad för STI kan vara känsligt och mötet med sjukvården kan därför kännas obehagligt. Det är därför viktigt att sjuksköterskor skall kunna bemöta ungdomarna på deras nivå för att på så vis nå fram till dem. Det är sjuksköterskans skyldighet enligt författningar, att förebygga och främja hälsa. I sin yrkesuppgift skall sjuksköterskan verka för att ”förebygga sjukdom och ohälsa” (SOSFS 1993:17) (19). Klamydia är på nytt den sjukdom som dominerar de sexuellt överförbara infektionernas statistik och som ökar mest vilket gör att klamydia betraktas som ett folkhälsoproblem och då främst bland ungdomar (2).

Tabell 1

Totalt antal fall av STI i Sverige som omfattas av smittskyddslagen (2)

<b>Infektion</b>	<b>År 2004</b>	<b>År 2005</b>
Gonorré	571	691
Hepatit B	759	1419
Hepatit C	2989	2602
HIV	427	392
Klamydia	32281	33169
Syfilis	192	108

Bakterien, Chlamydia Trachomatis orsakar klamydiainfektionen. Både hos män och kvinnor kan bakterien finnas i urinrör, ändtarm och svalg. Hos kvinnor kan den även finnas i livmoderhalsen. Inkubationstiden är kort, några dygn till någon vecka. Många som smittas med klamydia märker inte att de har sjukdomen, då den kan vara asymtomatiskt (2) Av kvinnorna är 50 % symtomfria och utav männen 40 % (20). De eventuella symtomen visar sig som sveda/klåda vid vattenkastning p.g.a. inflammation i urinröret. Det är viktigt att inte gå med smittan länge, eftersom kvinnor kan få bestående skador på äggledarna och riskerar sterilitet. Män kan få inflammation i bitestiklarna vilket kan leda till sterilitet. För att ställa diagnos skall smittämnet påvisas i urinrör, livmoderhals, svalg eller ändtarm. . Infektionen behandlas med antibiotika (2).

Det finns bara ett sätt att skydda sig mot könssjukdomar och det är genom att använda kondom (2).

### **Omvårdnadsperspektiv**

Jean Watsons omvårdnadsteori innebär mellanmännsliga relationer.

Omvårdnadens mellanmännsliga omsorgshandlingar kan förklaras med världen så som människan förstår den inom det fenomenologiska fältet. För Watson innefattar omvårdnad kunskap, omtanke, värden, filosofi, ansvar och handlingar samt litehängivenhet. Målet är att vara stödjande för att personen skall uppnå harmoni i ande, kropp och själ (21). Watson menar att omvårdnad främjar tillväxt för person

och omgivning. En omtänksam omgivning accepterar en person för vad den är och ser möjligheterna för vad den kan bli. Den erbjuder även utveckling och möjligheter. Omsorg förespråkar hälsa bättre än avvänjning (22). Omvårdnadsteorin interventioner eller omsorgsprocess består av tio karaktäristiska faktorer

- Forma en värdegrund byggd på humanism och människokärlek. Praktiserar kärlek, vänlighet och sinneslugn i omvårdande sammanhang.
- Inge förtroende och hopp. Vara verkligt närvarande och inge en djup trosuppfattning och personlig livsvärld för sig själv och den som blir omvårdad.
- Odla känslighet för sig själv och andra. Kultivera sitt andliga och transpersonliga jag, gå utanför sitt överjag.
- Utveckla hjälpande -förtroende förhållande. Utveckla och bibehålla en hjälpande- förtroendeingivande äkthet i omvårdnadsrelationen.
- Befrämja och acceptera negativa samt positiva känslouttryck. Vara medveten om och stödjande till positiva och negativa känslouttryck från egen och den omvårdades sinnesstämning.
- Systematiskt använda kreativa problemlösningar vid beslutsfattande. Skapa kreativa möjligheter för sig själv och befintlig kunskap som en del i omvårdnadsprocessen; vara kapabel till skickligt yrkesutövande i omvårdnads- och behandlande servicen.
- Främja lärande och undervisning. Förmåga att skapa en genuin undervisnings- och kunskaperfarenhet som leder till bestående förändringar i deras tillvaro och referensramar.
- Bidra med en stödjande, skyddande och god omgivning. Skapa en helande omgivning på alla nivåer; fysisk, psykisk, klok omgivning med energi och medvetenhet. Där helhet, skönhet, tröst, värdighet och stillhet är möjlig.
- Bistå och tillfredsställa mänskliga behov. Med avsiktlig omvårdnads medvetenhet skapa grundläggande omvårdnads behov som ökar möjligheten för hjärna, kropp och ande att få helhet och harmoni i omvårdnaden. I ett försök att införliva andlighet och upptäcka andliga fenomen.
- Tillåta existentiella fenomenologiska krafter. Vara öppen för och ge akt på andliga och svårförklarliga händelser och dimensioner gällande liv och död; självavård för oss och de som vårdas (22)

Dessa förutsätter en kunskapsbas och klinisk kompetens. Mänskliga omsorgen skall sträva efter att behålla personligheten och det mänskliga hos både sjuksköterska och patient (21).

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva ungdomars upplevelser kring sexuellt transmitterade infektioner. Syftet var också att beskriva vad som är viktigt i mötet mellan sjuksköterskan och ungdomar.

## **METOD**

Resultatet består av vetenskapligt granskade artiklar som främst är funna i databasen PubMed/Medline samt några från databasen CINAHL.



## **Pubmed/Medline**

Först användes bara sökordet STD då blev det 6972 träffar vilket var för omfattande. Begränsningar krävdes vilket resulterade i en limitation på fem år samt fler sökord som följer nedan i kursiv stil.

*Young People STI Attitudes* 060831: 30 träffar, referens 24 och 25.

*Chlamydia Adolescents Qualitative* 060911: 23 träffar, referens 28 och 29.

*Attitudes STI Health Personnel Knowledge* 060918: 5 träffar, referens 26.

*Adolescents Sexual behaviour STI Qualitative* 060918: 7 träffar, referens 35.

*Nursing STD Education* 060922: 39 träffar, referens 33.

*Quality STD Clinics* 060922: 58 träffar, referens 23.

*Coitarche STI* 061019: 31 träffar, referens 30 och 31

*Teenager Sexually Transmitted Attitudes Nursing* 061019: 44 träffar, referens 32.

## **CINAHL**

*Adolescents STD* 061001: 1 träff, referens 34.

*Boy STD Experience Adolescents* 061001: 20 träffar, referens 27.

Vid sökresultatets början lästes titlarna på artiklarna för att sedan gå över till att läsa sammanfattningarna på de titlar som verkat vara av intresse. Sökningarna gav sådant resultat att möjlighet fanns att läsa alla de sammanfattningarna som var av intresse. Artiklarna har lästs flera gånger och analyserats både induktivt och deduktivt utifrån Watsons karaktäristiska faktorer för att få ett djupare omvårdnadsperspektiv. Resultatet baseras på ungdomar från USA, Storbritannien samt Sverige. Upplevelserna hade ingen geografisk skillnad utan samma teman återkom i de olika artiklarna. De olika institutionerna som ungdomarna besökte benämndes olika. För att vara konsekvent benämns de två olika inrättningarna för preventionsmottagningar samt STI-kliniker. I artiklarna framkom olika begrepp för vårdpersonalen, för att tydliggöra, valdes begreppet sjuksköterska. Sjuksköterskan nämns som hon. Män och kvinnor definieras som ungdomar tillsammans, medan enskild grupp betecknas kvinnor respektive män. Stigma är en återkommande benämning som betyder stämpling och märkning.

## **RESULTAT**

Resultatet presenterades utifrån två huvudrubriker; ungdomars upplevelser kring sexuellt transmitterade infektioner samt vad som var viktigt i mötet mellan sjuksköterska och ungdomar.

### **Ungdomars upplevelser kring sexuellt transmitterade infektioner**

#### Avskildhet, diskretion, miljö och sekretess

Flertalet ungdomar upplevde STI negativt (23-35). Avskildhet och att uppgifter om deras besök skulle hållas hemliga i form av sekretess var angeläget. Avskildhet innebar att inte bli sedd eller passeras av utomstående och obehöriga personer. Sekretess berörde skyddet av medicinska journaler (23). För kvinnor var det viktigt att vara anonym (24). Ungdomarna trodde att sekretessen bröts regelbundet och att för mycket personal hade tillgång till journalerna. Bland männen grundade sig den föreställningen på att de mött sjuksköterskor som hade varit högljudda, påträngande och hade haft menande blickar. Kvinnornas uppfattning kom från

skvaller de råkat höra i väntrummet samt deras negativa möten med sjuksköterskan (23, 24).

Mötet med sjuksköterskan oroade ungdomarna. De var rädda för att sjuksköterskor som arbetade på STI-kliniken och även annan personal på sjukhuset skulle vara fördömande (23). Några ungdomar hade vänner med dålig erfarenhet av bemötandet. Sjuksköterskorna skulle ha skrikit åt dem och anklagat dem för att vara promiskuösa. Att ha en vänlig och god relation med sin ordinarie preventionsmottagning gjorde kvinnorna obekväma med att söka hjälp där p.g.a. rädsla för att förlora sitt goda anseende (24). Vid dåliga erfarenheter upplevde kvinnorna olust p.g.a. snorkigheten och den skvallriga atmosfären på STI-kliniken. Vidare talade kvinnorna länge om de elakheter och den respektlöshet som de erfarit vid besöken (23). De manliga patienterna ansåg att deras relation, med den behandlande sjuksköterskan, var vänlig och professionell. Övriga sjuksköterskor upplevdes mer indiskreta på grund av deras negativa ordalag och menande blickar eller uppnosiga attityd. Männerna klagade på skämt och skratt och undrande om de blev förlöjligade av dessa sjuksköterskor. (23, 24)

Ungdomarna var bekymrade över att bli upptäckta av någon bekant i väntrummet (25, 26). De flesta män tyckte att det var genant att bli undersökta och behandlade för en STI. Avsaknad av behandlingsställen för män gjorde skammen värre, särskilt för de män som var tvungna att besöka kvinnors preventionsmottagningar för råd. Stress var en av känslorna män upplevde, när de skulle söka till en STI-klinik. De uttryckte obehag i samband med att söka och få hjälp. Män beskrev både interna hinder i form av stigma men även externa hinder där bland annat brist på avskildhet nämndes (27). I småstäder påtalade männen, synligheten som ett problem. Att undvika att bli sedd kunde leda till mycket som t ex att köpa medicin utan att vara diagnosticerad, köpa medicin från gatan och att låna antibiotika av vänner (26). Ungdomarna ansåg att frånvaron av avskildhet var beroende av den arkitektoniska utformningen på kliniken. Väntrummen kunde vara synliga för förbipasserande, för folk till och från hissen och för andra patienter som besökte kliniken. Männerna hade endast STI misstanke som skäl till att var på kliniken vilket gjorde att de var väldigt bekymrade över väntrummens placering. De klagade på risken att bli sedda av grannar på parkering eller när de gick in i byggnaden (23). Kvinnor var ur flera aspekter rädda för de kliniker vars namn endast associerade till STI snarare än till de vars namn även tillät besök för familjeplanering. STI-kliniken i sig bidrog till stigmatiseringen p.g.a. att de endast behandlade STI (25). Anledningen till att kvinnor hellre använde preventionsmottagningarna framför STI-klinikerna är dels fysisk tillgänglighet men även psykosocial aspekt som t ex stigma, skräcken för smärta och det okända (24). Namnet preventionsmottagning tillät kvinnorna att distansera sig både från den negativa associationen och från "sjukdomsmodellen" som STI står för. Att vara identifierad som en patient som skulle till en STI-klinik var besvärande för kvinnorna. Första mötet med STI-kliniken var ett känslomässigt hinder. Hos kvinnorna som besökte en STI-klinik skapades en känsla av att det var normalt att besöka en STI-klinik, vilken påtagligt minskade känslan av stigma. Denna process underlättades av att flera av patienterna inte stämde in på stereotypen de tidigare känt (25).

Chock, förnekelse, skuld och skam

Att få en STI var svårt att föreställa sig för ungdomarna (25, 28). Upptäckten av att vara smittad med en STI väckte många negativa känslor som: chock, rädsla, sorg, skam, skuld och smutsighet (28). Obevekligt var den första reaktionen en chock som vidare följdes av misstro mot att de skulle ha drabbats av en STI, eftersom de tidigare känt sig oövervinnerliga. Detta gällde även de som tyckte sig ha kunskap om sin sexuella hälsa (25). När ungdomarna såg tillbaka så medgav de, att de var informerade om riskerna (28). Flera av ungdomarna som hade bra kunskap om STI menade att STI var en relativ harmlös infektion eftersom den kunde botas med antibiotika (29).

Ungdomarna var medvetna om att flera partner och ett frigjort sexuellt beteende ökade risken för STI (30, 31) vilket ledde till förnekelse eftersom de menade att det kunde hända andra men inte mig. Detta grundade sig i att de ansåg att de inte har haft flera sexpartners (25). I ett försök att återfå sin självkänsla uppkom flykttankar då föreställningen av att det kunde ha varit värre projicerades mot stigman av andra STI (29). En svårighet i att acceptera en STI var att kvinnorna associerade STI med attribut som var socialt och moraliskt oacceptabla (25). Lindberg lyfte fram att män kände oro över att vara smittade med en STI, men att de ändå inte sökt vård för denna oro (27).

Män och kvinnor uttryckte skam olika. Kvinnor klandrade sig själva för att ha fått infektion, medan männen inte anklagade någon. Männen kände sig generade och oroliga inför att berätta för sin partner (29). Vid en STI kunde kvinnorna känna sig utsatta och sökte då stöd från sina närstående, medan män inte anförtrorde någon (28). Å andra sidan visade Scoular att kvinnor inte ville berätta, att de undersökts för STI, för någon sin i omgivning (25). Kvinnor kände skuld och oroade sig för att ha infekterat andra. Männen kände däremot ingen skam utan var nöjda med att veta varifrån infektionen kom. Kvinnor uttryckte oro för infertilitet i framtiden. De kände sig inte trygga i effektiviteten av behandlingen och var oroliga för att föra infektionen vidare även efter behandling. Män reagerade inte så starkt som kvinnor och kände ingen oro för att bli sterila (28). Bara ett fåtal män var medvetna om att de kunde bli sterila av en STI (29). Ungdomarna var bekymrade över att bli mål för ett STI-relaterat skvaller. Det var förödmjukande med skvallret som kunde komma och då särskilt om de hade testats negativt. De var oroliga att skvallret skulle göra att de hamnade utanför. Ungdomarna var oroliga för behandlingen (23, 25, 26).

### **Vad är viktigt i mötet mellan sjuksköterskan och ungdomarna?**

#### Inge förtroende och hopp

Det första intrycket av sjuksköterskan och STI-kliniken var det som etablerade trygghet och förtroende i relationen. Hon skulle skapa en naturlig situation som lugnade patienten, avdramatiserade STI och undersökningarna omkring dem (25, 32). Sjuksköterskan skulle hålla ett professionellt och lugnt beteende som legitimerade patientens besök. Beteendet skulle tillbakavisa stigmatisering, aldrig vara fördömande och behandla STI som andra sjukdomsfall. Sjuksköterskan skulle kunna gå utanför sina egna värderingar och mötas som medmänniska, för att inge hopp till patienten. Kunskap om det moderna samhällets levnadsvillkor och trender i ungdomars sexualitet var nödvändig för det goda mötet. (23, 25, 32). Det viktigaste i kontakten med patienter som besökte en STI klinik var ett

professionellt bemötande (25). Första mötet med sjuksköterskorna var avgörande för hur patienterna skulle känna tillfredsställelse över vården som de fått (23).

#### Befrämja och acceptera negativa och positiva känslouttryck

Kunskap om genusskillnader var betydelsefulla för sjuksköterskan. Genomsådande och åsidosättande, beträffande patientens negativa förhållningssätt samt att ge positiv feedback och instrument att skingra oron var viktigt för en sjuksköterska. Det sjuksköterskan skulle ta hänsyn till var dels kvinnornas negativa upplevelser av stigma och å andra sidan att männen skröt, bagatelliserande och kände bekräftelse i sin mansroll genom att vara smittade med en STI (23).

#### Främja lärande och undervisning

God kunskap om symtom och omvårdnad kring STI var viktigt för sjuksköterskan. En kontinuerlig uppdatering genom utbildning och information främjade utbildningen av ungdomar. För ett gott möte krävdes kunskap om ungdomar som sjuksköterskan träffade. Vid besökstillfällen skulle det tas upp en sexualanamnes, ges utbildning och informationsbroschyrer. I en lugn avslappnad miljö skulle ungdomarna kunna känna att samtalen var naturligt och inte genant. Det krävdes tid och tillgång till journaldokumentation (32). Närvaro av en sjuksköterska vid patientbesök ökade samtalen gällande STI och STI prevention. Det var viktigt för sjuksköterskan att öka patientens kunskap om STI (33). För att nå ungdomarna behövdes informationen anpassas till ungdomarnas ålder, kön, utvecklingsnivå och sexuella erfarenhet (35). Den stödjande rollen hos sjuksköterskan var viktig särskilt vad det gäller uppmuntran i att informera om STI (29).

Dixon-Woods (24) gav förslag på åtgärder som sjuksköterskan kunde göra för att förbättra mötet med ungdomarna. Det krävdes utveckling av protokoll och riktlinje i sexualanamnes för att dokumentera relevant information. Sjuksköterskan skulle inkludera förebyggande åtgärder mot STI vid preventivmedelsrådgivning och poängterade att orala preventivmedel inte är tillräckliga. När nya sjuksköterskor introducerades skulle tonåringars sexuella hälsofrågor inkluderas. Dessutom borde kunskapsutbyte ske på avdelningen samt uppdaterande och utvecklande av befintliga broschyrer. Vidare ansåg Dixon-Woods att varje avdelning borde ha en STI-sjuksköterska som ansvarade för främjande av tonåringars sexuella hälsa. Organisationen skulle ta sitt ansvar genom att ge utrymme för diskussion och reflektion kring sjuksköterskornas egna tankar kring sexualitet och erbjuda emotionell support (24).

#### Bidra med en stödjande, skyddande och god omgivning

Det var viktigt att sjuksköterskan var professionell i sitt bemötande och strävade efter att få bort stigma stämpeln över människor med STI (34). Sjuksköterskor skulle inte ha en dömande attityd (26). Hon borde också vara medveten om att ungdomarna reagerade olika på provresultaten för att behålla sin professionella attityd. Det var angeläget att ungdomarna bemöttes med vänlighet och respekt. Ungdomar skulle bemötas med kompetens och effektivitet så att de kände att det var den bästa vården som gick att fås (23).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Litteratursökningen kring STI gav många träffar dock var det svårt att finna precisa artiklar. Efter att läst igenom flertalet av artiklarna noterades, att upplevelserna var lika oavsett geografisk hemvist, kön eller ålder. Många av artiklarna belyste ungdomars upplevelse av STI (25, 27, 28, 30, 31, 34, 35). Ett fåtal behandlade vad som var viktigt i mötet mellan sjuksköterska och ungdomarna (23, 32, 33). Några artiklar fokuserade endast på upplevelser (24, 26, 29).

Ett stort antal av artiklarna utfördes i USA (23, 26, 27, 33-35). Några hade sitt ursprung i Storbritannien (24, 25, 29, 32). Ett mindre antal var gjorda i Sverige (28, 30, 31). Artiklarna som analyserats har trots olika infallsvinklar och geografiska ursprung haft mycket gemensamt. Det är ingen större skillnad på upplevelser eller bemötande oavsett om det sker i USA, Storbritannien eller Sverige.

Vid artikelsökningen var intentionen att eftersträva kvalitativa artiklar i största möjliga mån eftersom de svarade bättre på syftet än vad de kvantitativa gjorde. Dock har det funnits några kvantitativa artiklar (30, 31, 33) som varit av intresse p.g.a. att de dels handlade om svenska ungdomar i sjuttonårsåldern (30, 31). Den tredje hade en stor population som innebar en kartläggning av öppenvårdsmottagningar i USA (33).

### **Resultatdiskussion**

Synd om ungdomen kan ha dubbla innebörder. Det är synd om de som drabbas av en STI eftersom det kan ge följder som sterilitet. Titeln kan också associeras till ett syndfullt leverne. Vad det gäller de båda innebörderna, har sjuksköterskan en stor möjlighet att förändra mötet med ungdomarna till något positivt.

STI är ständigt aktuellt. I media tas ämnet upp med jämna mellanrum och även i populärmusiken besjungs veneriska sjukdomar. Författarna till uppsatsen ville redogöra för hur man skall närma sig ungdomarna på bästa sätt genom att få reda på hur de upplever STI och hur de vill bli bemötta av sjuksköterskan. Upplevelserna har framkommit tydligt i resultatet men bemötandet sett ur ett STI perspektiv har varit svårare att finna.

Ungdomar av idag är medvetna och upplysta om STI och frågan är varför de ändå drabbas av STI i så hög utsträckning? Kondom är det enda sättet vid sida om avhållsamhet som kan skydda mot STI. Kondomen är ett känsligt ämne i ungdomars sexualliv. Upplevelsen av kondom är splittrad eftersom ungdomarna vill påskina att de tycker att det är naturligt med kondom samtidigt som de inte använder den. De upplevde det generande, att avslöja att förväntningar på samlag fanns, genom att köpa kondomer. De var medvetna om riskerna att ha samlag med tillfälliga förbindelser. Det avgörande ställningstagandet var att bara ha sex med människor de kände. Att känna någon varierade i tid från månader, veckor, dagar till timmar (28).

Hela tiden mognar ungdomar sexuellt och gör sin sexualdebut. Det har framkommit att vid tillfälliga sexuella förbindelser är det inte STI som var faran

utan rädslan för ofrivillig graviditet var det som skrämde ungdomarna (28, 30, 31). Samhället bör ta sitt ansvar i form av information eftersom det förefaller som om STI är ett fortsatt stort problem. Det är troligare att en kvinna som använder orala preventivmedel drabbas av en STI än att hon blir gravid. Männerna bör bli mer jämställda och ta ansvar för prevention mot STI och graviditet.

Kvinnor ansåg sig ha ett större ansvar för att ha drabbats av en STI än vad män upplevde sig ha (25, 27-29). Det var viktigt att sjuksköterskan tog hänsyn till denna skillnad mellan kvinnor och män. Det var även angeläget att hon anpassade sig till situationen och ungdomarna (25, 27) eftersom kunskap främjar den sexuella hälsan (24, 29, 32, 34). Det kan bli fel om man bara finner information i dagstidningar eftersom den många gånger kan vara missvisande. Under tiopoängsarbetet har motsägande information figurerat i media som t ex Aftonbladet, Göteborgs Posten, Svenska Dagbladet samt radio. Tidningarna skriver att klamydian minskar medan andra källor som t ex smittskyddsinstitutet och läkartidningen hävdar motsatsen. Frågan är, vart ungdomarna hämtar sin information?

Namnet på STI-mottagningarna kan diskuteras, eftersom det är förenat med stigma att gå till en mottagning, som bara associeras med sjukdom och infektioner. Att det dessutom är större tillgänglighet för kvinnor än för män, är förödande. Det skulle vara bra om det skapade en ungdomsmottagning som var mer lättillgänglig för unga män, eftersom de tyvärr hade ett mer distanserat och arrogant förhållande till STI.

Jean Watsons karativa faktorer överensstämmer i mötet mellan sjuksköterskan och den STI drabbade ungdomen. Relationen mellan sjuksköterskan och ungdomarna är grundläggande för mötet. Alla sjuksköterskor bör ha kunskap om STI eftersom sjuksköterskan kan möta ungdomar på alla sorters vårdinrättningar. Flertalet av männen och kvinnorna är nöjda med mötet med sjuksköterskan även om det framkommit några extrema undantag (23, 24). Sjuksköterskan kan vara katalysatorn i samtalen kring det känsliga ämnet som STI innebär (32).

Alla kvalitativa artiklarna menade att det krävdes ökade kunskaper kring STI för sjuksköterskan samt kunskap och medvetande om sitt beteende vid bemötandet. En artikel (24) gav några konkreta förslag på vad sjuksköterskan kan göra för att förbättra STI-vården för ungdomar. Dokumentation var ett problem eftersom det inte fanns klara riktlinjer. Om alla avdelningar och institutioner har samma riktlinjer skulle det innebära en kvalitetssäkring för vården och för ungdomarna. Det goda mötet är, enligt vad vi kan utläsa från artiklarna, att ha tid och ett professionellt bemötande i en trygg och harmonisk miljö som kan främja ungdomarnas vilja att prata om STI. Ytterligare forskning i ämnet krävs för att fylla kunskapsluckor och kanske få fram en lyhördhet om STI i alla omvårdnadssammanhang.

STI är fortfarande mycket tabubelagt. Kunskap om ämnet finns. Dessa tankebanor leder oss osökt vidare på problemet att STI bland ungdomarna fortfarande ökar. STI är en tråkig baksida av lust, men har man kunskapen aktuellt är det lätt att skydda sig. Kärlek och lust smittar inte, det är bakterier och virus.

## REFERENSLISTA

1. STD en skrift från folkhälsoinstitutet om sexuellt överförbara sjukdomar. Borås: Förlagshuset Gothia; 1995.
2. Smittskyddsinstitutet. <http://www.smittskyddsinstitutet.se>. Tillgänglig 060905.
3. Lundberg P (red). Sexologi. Stockholm: Liber; 2002.
4. Nilsson I, Peterson H-I. Medicinsk idéhistoria. Stockholm: Författarna och SNS förlag; 1998.
5. Nationalencyklopedin multimedia 2000 plus DVD. Malmö: Nationalencyklopedin AB; 2000.
6. Uppsala Universitet. [http://www.linnaeus.uu.se/online/liv/6\\_42.html](http://www.linnaeus.uu.se/online/liv/6_42.html). Tillgänglig 061006.
7. Brune Y. Historiens hånflin (red). Ottar Kärleksbaciller. Stockholm: RFSU Prisma, 1984.
8. Puranen B. Risker och rötter. Sexualitet och riskbedömning i ett historiskt perspektiv. Socialmedicinsk tidskrift nr 5-6; 1987.
9. Blom I. Fighting Venereal Diseases: Scandinavian Legislation c.1800 to c.1950 Med Hist 2006;50:209-34.
10. Lindskog B I. Medicinsk Terminologi. Lund: Nordstedts Akademiska förlag; 2004.
11. Umeå universitet. <http://www.ekhist.umu.se/ekhistmote2005>. Tillgänglig 061006
12. Karolinska Institutet. <http://www.karolinska.se>. Tillgänglig 061006.
13. Ottar Sexualitet Samliv Samhälle (red) nr 2/3 1998 Årgång 18. Arlov: Elanders Berlings AB; 1998.
14. Danielsson D. Medicinsk mikrobiologi infektionsimmunitet. Stockholm: Liber AB; 2002.
15. Rättsnätet. <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/20040168.HTM>. Tillgänglig 061013.
16. Läkartidningen. <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=4856>. Tillgänglig 061013.
17. Sex och samlevnad. [http://www.sexosam.info/std\\_main.htm](http://www.sexosam.info/std_main.htm). Tillgänglig 060918.

18. RFSU. <http://www.rfsu.se/konssjukdomar.asp>. Tillgänglig 061006.
19. Raadu G (red). Författningshandbok 2006 för personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2005.
20. Bogentoft S (red). Läkemedelsboken 2005/2006. Stockholm: Apoteket AB; 2005.
21. Watson J. Nursing: Human Science an Human care – A Theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1988.
22. Watson J. University of Colorado Health Science Center. <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp>. Tillgänglig 061006.
23. Lichtenstein B, Bachmann L H. Staff affirmations and client criticisms: staff and client perceptions of quality of care at sexually transmitted disease clinics. *Sex Transm Dis* 2005;32:281-5.
24. Dixon-Woods M, Stokes T, Young B, Phelps K, Windridge K, Shukla R. choosing and using Services for sexual health: a qualitative study of women´s views. *Sex Transm Dis* 2001;77:335-39.
25. Scoular A, Duncan B, Hart G. "That sort of place...where the filthy men go...". A qualitative study of women´s perceptions of genitourinary medicine services. *Sex Transm Dis* 2001;77:340-43.
26. Lichtenstein B. Stigma as a barrier to treatment of sexually transmitted infection in the American deep south: issues of race gender and poverty. *Soc sci med* 2003;57:2435-45.
27. Lindberg C, Lewis-Spruill C, Crownover C R. Barriers to sexual and reproductive health care: Urban male adolescents speak out. *Compr Pediatr Nurs* 2006;29:73–88.
28. Christianson M, Johansson E, Emmelin M, Westman G. "One-night stands" - risky trips between lust and trust: qualitative interviews with Chlamydia trachomatis infected youth in North Sweden. *Scand J Public Health* 2003;31:44-50.
29. Darroch J, Myers L, Cassell J. Sex differences in the experience of testing positive for genital Chlamydia infection: a qualitative study with implications for public health and for a national screening programme. *Sex Transm Dis* 2003;79:372-3.
30. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17-yearold Swedish girls. *Sex Transm Dis* 2000;76:98-102.
31. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17-yearold Swedish boys. *Acta Peadiatr* 2002;91:985-91.



32. Jolley S. Promoting teenage sexual health: an investigation into the knowledge, activities and perceptions of gynaecology nurses. *J Adv Nurs* 2001;36:246-55.
33. Lin S X, Gebbie K M, Fullilove R E, Arons R R. Do nurses make a difference in provision of health counselling in hospital outpatient departments? *J Am Acad Nurse Pract* 2004;16:462-6.
34. Cunningham S D, Kerrigan D, Pillay K B, Ellen J M. Understanding the role of perceived severity in STD-related care-seeking delays. *J Adolesc Health* 2005;37:69-74.
35. Ott M, Pfeiffer E, Fortenberry D. Perception of sexual Abstinence among High-Risk Early and middle Adolescents. *J Adolesc Health* 2006;39: 192-98.

## BILAGA

### 1. Artikelsammanställning

**23. Lichtenstein B, Bachmann L H. Staff affirmations and client criticisms: staff and client perceptions of quality of care at sexually transmitted disease clinics. Sex Transm Dis 2005;32(5):281-5.**

**Syfte:** Att beskriva kvaliteten på servicen och att utforska nya möjligheter för validering av patient tillfredsställelse.

**Metod:** En kvalitativ intervjustudie av 31 personer på två STI kliniker i Alabama, USA. Under juni och november år 2003.

**Resultat:** Personal och patienters bedömning av respekt, avskildhet, skydd och vänlighet på kliniken skilde sig i olika omfattning. Vårdtagarna var bekymrade över att bli stigmatiserade och få sekretessen bruten. Kvaliteten på den medicinska omvårdnaden värderades högt av båda grupperna

**24. Dixon-Woods M, Stokes T, Young B, Phelps K, Windridge K, Shukla R. choosing and using Services for sexual health: a qualitative study of women's views. Sex Transm Inf 2001;77:335-339.**

**Syfte:** Att beskriva hjälpsökande kvinnors beteende och åsikter.

**Metod:** En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer med 37 kvinnor på familjeplaneringsmottagningar och STI-kliniker i England.

**Resultat:** Kvinnors vilja att använda servicen som erbjuds påverkas av psykosociala faktorer. Kvinnornas prioriteringar när de skall välja klinik är om känslan av stigma hanteras professionellt eller inte. Flertalet av kvinnorna hade inte sökt hjälp för att de misstänkte en STI i första hand utan hade sökt för andra hälsoproblem. En vanlig anledning till besök var smärtest vilket i sig gav en legitim öppning till att ställa frågor om andra symptom som oroade men som var för pinsamt att fråga om.

**25. Scoular A, Duncan B, Hart G. "That sort of place...where the filthy men go...". A qualitative study of women's perceptions of genitourinary medicine services. Sex Transm Inf 2001;77:340-343.**

**Syfte:** Att beskriva erfarenheten av stigma hos unga kvinnor som nyligen diagnostiserats med STI.

**Metod:** En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer, där 17 kvinnor från Glasgow, Skottland deltog.

**Resultat:** Tre teman identifierades utifrån intervjuerna. Uppfattningen av att det händer "de andra", stigma och den hotfulla miljön kring GUM (genitourinary medicine).

**26. Lichtenstein B. Stigma as a barrier to treatment of sexually transmitted infection in the American deep south: issues of race gender and poverty. Soc sci med 2003;57:2435-45.**

**Syfte:** Att beskriva den gemensamma upplevelsen kring stigma i relation till STI.

**Metod:** En intervjustudie med 42 personer i Alabama, USA. Deltagarna var hälsopersonal, patienter i allmänna hälsovården och studenter från college och highschool.

**Resultat:** Stigma påverkade viljan, både direkt och indirekt, att behandlas för en STI. Fyra dimensioner av stigma framkom: Religiösa identifikationer, privata rädslor, ras attityder samt stigma överföring.

**27. Lindberg C, Lewis-Spruill C, Crownover C R.**

**Barriers to sexual and reproductive health care: Urban male adolescents speak out. Compr Pediatr Nurs 2006;29:73–88.**

**Syfte:** Att beskriva attityder och uppfattningar bland unga svarta män boende i storstaden angående tillgänglighet och tillträde till STI- klinik.

**Metod:** En kvalitativ intervjustudie av 18 män från New Jersey, USA.

**Resultat:** Studien visade på att de unga männen känt oro för att ha varit smittade med en STI. Deltagarna uttryckte både interna och externa obehag i samband med att söka och ta emot hjälp från en STI mottagning.

**28. Christianson M, Johansson E, Emmelin M, Westman G. "One-night stands" - risky trips between lust and trust: qualitative interviews with Chlamydia trachomatis infected youth in North Sweden. Scand J Public Health 2003;31:44-50.**

**Syftet:** Att beskriva och få en djupare förståelse för sexuellt riskbeteende genom att intervjua ungdomar med Klamydia Trachomatis.

**Metod:** Flera kvalitativa djupintervjuer med 9 personer. På en ungdomsmottagning från Umeå, Sverige.

**Resultat:** Bakom det sexuella riskbeteendet fanns en önskan att få fast sällskap. När diskussion om "One night stands" kom upp upptäcktes tydliga könsskillnader gällande kondom användning och STI.

**29. Darroch J, Myers L, Cassell J. Sex differences in the experience of testing positive for genital Chlamydia infection: a qualitative study with implications for public health and for a national screening programme. Sex Transm Infect 2003;79:372-3.**

**Syfte:** Att beskriva män och kvinnors värderingar av klamydia, i ett försök att förstå könsskillnader.

**Metod:** En kvalitativ analys utformad i semistrukturerade intervjuer med 24 personer som diagnostiserats med klamydia från London, England.

**Resultat:** Studien påvisade viktiga könsskillnader i hanteringen av upplevelser omkring STI.

**30. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish girls. Sex Transm infect 2000;76:98-102.**

**Syfte:** Att beskriva sexuellt beteende hos studerande och icke studerande 17-åriga kvinnor.

**Metod:** Kvantitativ studie med en enkät som delades ut till 1239 17-åriga kvinnor bosatta i Sverige.

**Resultat:** Tidig menarche var en bakgrundsfaktor för tidig coitarche.

Socioekonomisk status, tidigt första samlag, samlag med partner träffad på en utlandsvistelse, antalet partners samt hur avancerad sexuellt beteende ökade risken för STD. Förkärleken till p-pillret gör tonåringar mindre benägna ägna sig åt ett STD preventivt beteende.

**31. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17-year-old Swedish boys. Acta Paediatr: 2002; 91: 985-91.**

**Syfte:** Att beskriva bakgrundsfaktorerna till en tidig sexuell erfarenhet, riskfyllt sexuellt beteende, förekomsten av STI och av att göra en flicka gravid.

**Metod:** En kvantitativ metod med en enkät som delades ut till 906 män i 17-årsåldern i Sverige.

**Resultat:** Riskfyllda beteende var associerade med det höga numret av livstidspartner och samlag på första träffen. Användningen av alkohol och illegala droger var överrepresenterade för både STI och graviditeter.

**32. Jolley S. Promoting teenage sexual health: an investigation into the knowledge, activities and perceptions of gynaecology nurses. J Adv Nurs 2001;36:246-55.**

**Syfte:** Att beskriva ungdomars sexualhälsa.

**Metod:** Enkätundersökning för en tvärsnittlig kartläggning och semistrukturerade intervjuer av 46 gynekologiska sjuksköterskor från Nottingham, England.

**Resultat:** Sjuksköterskorna visade på dålig kunskap om STI och ett inkonsekvent tillvägagångssätt. Sjuksköterskorna fick inte någon träning i ämnet. Efter litteraturstudie har det kommit fram att det krävs en mer detaljerad undersökning av den gynekologiska sjuksköterskans roll i att erbjuda en sexuell hälsoservice för ungdomar som skulle vara hjälpsam, särskilt relaterat till sjuksköterskans kunskap, handlingar och attityder.

**33. Lin S X, Gebbie K M, Fullilove R E, Arons R R.**

**Do nurses make a difference in provision of health counselling in hospital outpatient departments? J Am Acad Nurse Pract 2004;16:462-6.**

**Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors påverkan vid hälsorådgivning som ges under patientens vistelse på öppenvårdsmottagningar.

**Metod:** En kvantitativ studie som byggde på en nationell kartläggning av USA: s öppenvårds och akutvårdsmottagningar där 90 478 personer deltog. Studien inkluderade endast patienter på öppenvårdsmottagningar. Skattningsskalor av hälsorådgivning gjordes på patienter som involverade sjuksköterska som jämfördes med rådgivning utan sjuksköterskor.

**Resultat:** Visade på att hälsorådgivning gällande STI. Var mellan två och tre gånger vanligare när en sjuksköterska var involverad vid öppenvårdsbesöket.

**34. Cunningham S D, Kerrigan D, Pillay K B, Ellen J M. Understanding the role of perceived severity in STD-related care-seeking delays. J Adolesc Health 2005;37:69-74.**

**Syfte:** Att beskriva och få en djupare förståelse för relationen mellan kännbara symtom på STI i relation till de hjälpsökandes beteende.

**Metod:** Flera kvalitativa djupintervjuer av 25 kvinnor från Baltimore, USA under en tre månaders period. Jämförelser gjordes mellan de som sökte vård p.g.a. av sina symtom till dem som inte gjorde det.

**Resultat:** Att ha stor förståelse för allvaret i STI symtom har både kognitiva och emotionella komponenter som fungerar oberoende. Det var faktorer som både gynnade och försenade vårdsökande vid STI symtom.

**35. Ott M, Pfeiffer E, Fortenberry D. Perception of sexual Abstinence among High-Risk Early and middle Adolescents. J Adolesc Health 2006;39:192-8.**

**Syfte.** Att beskriva hur ungdomar ser på avhållsamhet.

**Metod:** En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer med 42 personer från Indiana, USA.

**Resultat:** De upptäckte en uppenbar förvirring kring begreppet avhållsamhet. Dock var begreppet "att inte ha sex" tydligare bland ungdomarna. Avhållsamhet var en naturlig del i utvecklingen tills att bli redo för att ha sex. Att vara redo beror dels på individen, förhållandet, moraliska och religiösa övertygelser, balansen mellan hälsa, sociala och familjerisker och fördelar. Sex var något kraftfullt som ett steg in i vuxenlivet.