

Att hitta det rätta preventivmedlet

- En kvalitativ studie om unga kvinnors tillfredsställelse med preventivmedelsrådgivningen samt det valda preventivmedlet.

Beata Granskog

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2022

EXAMENSARBETE

Författare: Beata Granskog
Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa
Handledare: Anita Wikberg

Titel: Att hitta det rätta preventivmedlet – En kvalitativ studie om unga kvinnors tillfredsställelse med preventivmedelsrådgivningen samt det valda preventivmedlet

Datum: 24.11.2022 Sidantal: 45 Bilagor: 3

Abstrakt

Syftet med denna kvalitativa studie var att beskriva unga kvinnors tillfredsställelse med preventivmedelsrådgivningen samt det valda preventivmedlet. Studien har tre frågeställningar: Vilken information och rådgivning får unga kvinnor när de börjar med preventivmedel? Hurdant bemötande får unga kvinnor på preventivmedelsrådgivning? Hur tillfredsställda är de unga kvinnorna med sitt valda preventivmedel?

Sex kvinnor från Österbotten i åldrarna 18-25 deltog i studien och materialet samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Det insamlade materialet analyserades med hjälp av kvalitativ, induktiv innehållsanalys. Resultatet presenteras i form av teman, kategorier och underkategorier som sedan speglats mot Dorotea Orems vårdteori.

I resultatet framkom att preventivmedelsrådgivningen varit informationsmässigt bristfällig vid start av preventivmedel. De unga kvinnorna visste inte efter rådgivningstillfället vilka olika preventivmetoder som fanns eller vad de skulle göra om biverkningar uppstod. Rådgivarens bemötande upplevdes både som positivt och negativt. Rådgivaren lyssnade och gav stöd åt kvinnorna, vilket ansågs positivt. Det fanns även upplevelser om att rådgivaren varit oförstående och bemött kvinnor rutinmässigt. Tillfredsställelsen med det första valda preventivmedlet var främst negativt. De unga kvinnorna upplevde biverkningar som ledde till att det inte kändes värt att fortsätta med det initiala preventivmedlet. Slutsatsen är att preventivmedelsrådgivningen bör ge mer information vid preventivmedelsstarten och rådgivarna borde tänka på att inte låta sina egna attityder och åsikter påverka den unga kvinnans preventivmedelsrådgivning och preventivmedelsval.

Språk: Svenska

Nyckelord: Preventivmedel, unga kvinnor, preventivmedelsrådgivning

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Beata Granskog
Koulutus ja paikkakunta: Terveystieteiden tutkimuskeskus, Vaasa
Ohjaaja(t): Anita Wikberg

Nimike: Löytää oikea ehkäisyväline

Päivämäärä: 24.11.2022 Sivumäärä: 45

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata nuorten naisten tyytyväisyyttä ehkäisyneuvontaan sekä valittuun ehkäisymenetelmään. Tutkimuksessa on kolme kysymystä: Mitä tietoa ja neuvontaa nuoret naiset saavat aloittaessaan ehkäisyn? Minkälaista kohtelua nuoret naiset saavat ehkäisyneuvonnalla? Kuinka tyytyväisiä nuoret naiset ovat valittuun ehkäisymenetelmään?

Tutkimukseen osallistui kuusi 18–25 ikäisiä naisia Pohjanmaalta ja aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla. Kerätty materiaali analysoitiin laadullisesti, induktiivisella sisältöanalyysillä. Tulos on esitetty teemoihin, luokkiin ja alaluokkiin, jotka ovat sittemmin peilattu Dorotea Oremin hoito teoria vasten.

Tulos osoitti, että ehkäisyneuvonta on ollut puutteellinen ehkäisyn aloitettaessa. Nuoret naiset eivät tienneet neuvonnan jälkeen, mitä erilaisia ehkäisymenetelmiä oli olemassa tai mitä tehdä, jos haittavaikutuksia ilmenee. Ohjaajan vastaus koettiin sekä positiivisena että negatiivisena. Ohjaaja kuunteli ja antoi tukea naisille, jota pidettiin positiivisena. Haastateltavat kokivat myös että neuvonantaja oli ollut ymmärtämätön ja ruutiinimaisesti kohdellut naisia. Tyytyväisyys ensimmäiseen valittuun ehkäisymenetelmiin oli ensisijaisesti negatiivinen. Nuoret naiset kokivat sivuvaikutuksia, jotka johtivat siihen, että he eivät tunteneet kannattavuutta jatkaa alkuperäistä ehkäisymenetelmää. Tämän tutkimuksen johtopäätös on, että ehkäisyneuvonnan tulisi antaa enemmän tietoa ehkäisyn alkaessa ja tulisi myös kohdella nuoria naisia yksilöllisesti. Neuvonantajien omien mielipiteiden ei saisi vaikuttaa neuvontaan.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Ehkäisy, nuoret naiset, ehkäisyneuvonta

BACHELOR'S THESIS

Author: Beata Granskog
Degree Programme: Public health nurse, Vaasa
Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: To find the right contraceptive – A qualitative study about young women's satisfaction with the contraceptive counselling as well as the chosen contraceptive

Date: 24.11.2022 Number of pages: 45

Appendices: 3

Abstract

The purpose of this qualitative study was to describe young women's satisfaction with the contraceptive counseling as well as the chosen contraceptive. The study has three research questions: What information and counseling do young women receive when they start contraception? How do young women get on contraceptive counselling? How satisfied are the young women with their chosen contraceptive?

Six women from Ostrobothnia aged 18-25 participated in the study and the data material was collected using semi-structured interviews. The collected material was analyzed using qualitative, inductive content analysis. The result is presented in the form of themes, categories and subcategories which have since been mirrored against Dorotea Orem's care theory.

The result showed that contraceptive advice has been inadequate when starting contraception. The young women did not know after the moment of counseling what different methods of contraception existed or what to do if side effects occurred. The counselor's response was perceived both as positive and negative. The counselor listened and gave support to the women, which was considered positive. There were also experiences that the counselor had been non understanding and met women routinely. Satisfaction with the first chosen contraceptive was primarily negative. The young women experienced side effects that led to not feeling worthwhile to continue with the initial contraceptive. The conclusion is that the contraceptive advice should provide more information at the start of contraception and not let the counselors own beliefs and opinions affect the young womans contraceptive counselling and choice of methods.

Language: Swedish

Key words: Contraception, young women, contraceptive counselling

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning.....	2
3	Bakgrund	2
3.1	Sexualitet och sexuell hälsa	2
3.1.1	Lagar och förordningar i Finland	3
3.1.2	Preventivmedelsrådgivning	4
3.2	Hormonella preventivmedel.....	5
3.2.1	P-piller	5
3.2.2	P-ring.....	6
3.2.3	P-plåster	6
3.2.4	Minipiller.....	6
3.2.5	P-stav.....	7
3.2.6	P-spruta.....	7
3.2.7	Hormonspiral.....	8
3.3	Biverkningar av hormonella preventivmedel	8
3.4	Hormonfria preventivmedel.....	10
3.4.1	Kondom och femidom.....	10
3.4.2	Pessar	11
3.4.3	Kopparspiral.....	11
3.4.4	Alternativa metoder	11
3.5	Biverkningar av icke-hormonella preventivmedel.....	12
3.6	Akut preventivmedel	13
3.7	Sterilisering	14
3.8	Pearl Index – Preventivmetodernas säkerhet.....	14
3.9	Abort.....	15
3.10	Preventivmedelsanvändning i Norden.....	16
4	Teoretisk utgångspunkt.....	17
5	Metod	19
5.1	Datainsamlingsmetod – semistrukturerad intervju	19
5.2	Urval av respondenter.....	20
5.3	Dataanalysmetod – kvalitativ innehållsanalys.....	20
5.4	Etiska frågor	21
6	Resultat	23
6.1	Informationen under rådgivningstillfället.....	23
6.1.1	Tillräcklig information.....	23
6.1.2	Otillräcklig information.....	24

6.2	Rådgivarens bemötande under preventivmedelsrådgivning	25
6.2.1	Uppmuntrande bemötande	25
6.2.2	Opersonligt bemötande.....	27
6.3	Preventivmedels upplevelser	28
6.3.1	Orsaker till att påbörja preventivmedel	28
6.3.2	Biverkningar	28
6.3.3	Byte av preventivmedel	30
6.3.4	Attityder som uppkommit efter preventivmedelsanvändningen.....	33
7	Metoddiskussion.....	34
8	Resultat diskussion.....	36
9	Slutsats	39
10	Källor	40

Bilaga 1: Intervjuguide

Bilaga 2: Informationsbrev

Bilaga 3: Samtyckesblankett

1 Inledning

Förr i tiden trodde man att god sexuell hälsa innebar att den unga inte har sexuellt umgänge. Idag vet man att en del av den normala utvecklingen är att lära känna sin egen sexualitet och på samma gång lära sig respektera andra människors gränser. Sexualundervisningen är ett viktigt redskap för att förverkliga sin egen sexualitet. Alla människor behöver sexualundervisning som är forskningsbaserad och pålitlig. Om ett barn får bristfällig sexualundervisning lär barnet sig sexuella mönster någon annanstans vilket kan leda till felaktiga uppfattningar om exempelvis porr. (Väestöliitto, u.å).

I detta examensarbete har jag utfört en studie som handlar om unga kvinnor tillfredsställelse av preventivmedelsrådgivningen samt det valda preventivmedlet. Jag är intresserad av detta ämne för att jag, i mitt blivande yrke som hälsovårdare, kommer att träffa kvinnor som vill diskutera preventivmedel samt möjligtvis påbörja en preventivmetod. Jag vill då kunna informera kvinnorna på ett sätt så att de känner sig trygga och välinformerade före de bestämmer sig för en preventivmetod. Jag vill kunna leva upp till förväntningarna kvinnorna har när de söker sig till preventivrådgivning.

Ett preventivmedel ska vara pålitligt, lätt och tryggt att använda. För män finns det endast ett preventivmedel och det är kondom. Kondomen, (och femidomen) om de används på rätt sätt, är det enda preventivmedlet som skyddar mot könssjukdomar. För kvinnor finns det däremot flera alternativ bland annat p-piller, p-stav, minipiller och hormon- och kopparpiraler. (Duodecim, 2020).

När man vill påbörja ett preventivmedel kan man ta kontakt med skolhälsovård, preventivrådgivning, hälsovårdscentral eller en gynekolog. Efter förlossning eller abort är det viktigt att fundera på vilket preventivmedel som lämpar sig om man vill undvika en ny graviditet. (Duodecim,2020).

2 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att beskriva unga kvinnors tillfredsställelse med preventivmedelsrådgivningen och det valda preventivmedlet. Med unga kvinnor menas kvinnor i åldern 18–25.

Frågeställningar:

Vilken information och rådgivning får unga kvinnor när de börjar med preventivmedel?

Hurdant bemötande får unga kvinnor på preventivmedelsrådgivning?

Hur tillfredsställda är de unga kvinnorna med sitt valda preventivmedel?

3 Bakgrund

I bakgrunden beskrivs den sexuella hälsan, de viktigaste lagarna och förordningarna angående preventivmedelsrådgivning i Finland, preventivmedelsrådgivningen, olika preventivmedel, biverkningar av preventivmedel, abort samt sterilisering. I det här arbetet beskrivs även tidigare studier om ämnet.

3.1 Sexualitet och sexuell hälsa

Sexualiteten är ett naturligt behov som alla människor har från nyfödd till åldring. En bra sexualitet ska ge människan positiv energi, kontroll och frihet. Det är inte självklart att människor alltid har en positiv sexualitet och då kan bland annat ångestkänslor och rädsla uppkomma. Sexualiteten ser väldigt olika ut för alla människor och faktorer som påverkar sexualiteten är bland annat religion, kultur, ekonomisk status, psykologiska och biologiska faktorer samt existentiella upplevelser. Sexualiteten och den sexuella hälsan förändras och utvecklas för människan med tiden. Traumatiska upplevelser eller oväntade händelser kan förändra den sexuella självbilden både negativt och positivt. Alla människor har självbestämmanderätt över sin egen sexualitet och kropp. (Terveyskylä, 2018)

Enligt världshälsoorganisationen WHO definieras sexuell hälsa som “ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, inte endast frånvaro av sjukdom, funktionsstörning eller svaghet. Sexuell hälsa förutsätter en positiv och respektfull attityd till sexualitet och sexuella relationer samt möjlighet till tillfredsställande och säkra sexuella upplevelser utan tvång, diskriminering eller våld. För att upprätthålla den

sexuella hälsan ska sexuella rättigheter respekteras, skyddas och förverkligas” (WHO, 2006).

3.1.1 Lagar och förordningar i Finland

Enligt kapitel 2 §7 i lagen om patientens ställning och rättigheter kan en minderårig med beaktande av dennes ålder och utveckling själv bestämma om sin vård. Detta betyder i praktiken att en minderårig kan påbörja ett preventivmedel samt göra abort utan vårdnadshavarnas vetskap. (Finlex, 785/1992 §7)

I hälso- och sjukvårdslagen kapitel 2 §13 framhåller man att alla kommuner i Finland ska ordna hälsorådgivning för att främja invånarnas hälsa samt förebygga sjukdomar. Alla kommuner i Finland har även en skyldighet att ordna preventivmedelsrådgivning och tjänster som stödjer den reproduktiva hälsan. (Hälso- och sjukvårdslag, 1326/2010 §13)

I ”stadsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga” tas det upp i kapitel 3 §14 att kommunen är skyldig att ordna relevanta regelbundna hälsoundersökningar utgående från individens behov och utveckling. I kapitel 3 §16 framhåller man att barn och unga ska få lämplig hälsorådgivning som stöder individens sexuella utveckling och mognad. (Finlex, 338/2011)

Lagen om avbrytande av havandeskap (24.3.1970/239) styr hur och när aborter får göras. Abort får göras bland annat om modern blivit gravid genom kriminell handling, om havandeskapet kan medföra fara för kvinnan, om levnadsförhållanden gör det svårt för mamman att ta hand om barnet, om kvinnan är under 17 år eller äldre än 40 och om det finns orsak att tro att barnet lider av en svår sjukdom. Havandeskapet ska avbrytas så snabbt som möjligt men före graviditetsvecka 20. Om barnet är svårt sjuk kan havandeskapet avbrytas före vecka 24. (Finlex, 239/ 24.3.1970 §1, §5 & §5a)

I steriliseringslagen (24.4.1970/283) tas det upp hur och när sterilisering får göras. Sterilisering kan göras bland annat om individen fyllt 30 år, om havandeskapet skulle vara en fara för kvinnan, om det finns orsak att tro att eventuella barn skulle vara svårt sjuka, om individen fött tre barn eller har tre minderåriga barn sammanlagt med sin partner och om individen upplever sig vara det motsatta könet. Personen under 18 år får inte steriliseras om det inte finns allvarliga orsaker till det. (Finlex, 283/24.4.1970 §1 & §2)

3.1.2 Preventivmedelsrådgivning

Det primära målet med preventivmedelsrådgivning är att hitta det mest lämpliga preventivmedlet anpassat till kvinnans livsstil och önskemål. Det finns många faktorer som påverkar vilket preventivmedel som är lämpligast för kvinnan exempelvis ålder, medicin, vikt och gener. För att ta reda på vilket preventivmedel som är lämpligast ska rådgivaren, tillsammans med kvinnan, samla in en noggrann anamnes. För en lyckad preventivmedelsrådgivning ska rådgivaren vara empatisk, bry sig om och framför allt inte döma kvinnan. (Percy & Mansour, 2016)

I preventivmedelsrådgivningen ingår bland annat information om preventivmedel, information om hur man behåller sin fertilitet, skydd mot sexuellt överförbara sjukdomar och information om en oplanerad graviditet uppstår. Rådgivaren träffar kvinnan vid sin första preventivmedelsrådgivning och följer henne genom livets alla skeden. Att informera och uppmuntra till en lyckad sexuell och reproduktiv hälsa är därför rådgivarens uppgift. (Tydén, 2016. s.133–136)

Vid start av preventivmedel ska en noggrann anamnes göras. Anamnesen ska innehålla: aktuella eller tidigare sjukdomar; läkemedel; tidigare eller kommande kirurgiska ingrepp; rökning, snus-, alkoholanvändning; hjärt- och kärlsjukdomar i närmaste släkten; tidigare graviditeter; tidigare preventivmedelsanvändning; behov av att dölja preventivmedelsanvändningen; pris; egna åsikter; samt menstruationscykelns blödningsmönster. Även kroppsliga undersökningar så som blodtrycksmätning, vikt och längd ska tas. En gynekologisk undersökning behöver inte rutinmässigt göras men om kvinnan vill påbörja spiral krävs det. Rådgivaren kan även erbjuda test för könssjukdomar och cellprovtagning åt kvinnan före start av preventivmedel. Återbesök eller kontrollbesök kan bokas in för att se hur det valda preventivmedlet fungerat för kvinnorna. (Käypähoito, 2021; Tydén, 2016. s.133–136)

I en studie gjord i Norge framkom det att kvinnor vill bli bemötta med respekt på preventivmedelsrådgivningen. Kvinnorna vill att hälsovårdspersonalen ska vara intresserad och bemöta kvinnan med ett öppet sinne. De vill att vårdpersonalen ska fråga bakgrundsfakta om t.ex. sjukdomar och medicinanvändningen men även individuella önskemål. Kvinnorna vill att hälsovårdspersonalen noggrannare ska gå igenom eventuella biverkningar och vilka alternativ det finns till hormonella preventivmedel. (Lukasse m.fl, 2021)

I en annan studie undersökte man hur kvinnor i Sverige ansåg att preventivmedelsrådgivningen fungerat samt upplevelserna av att göra ett

preventivmedelsval som inte kändes rätt. Resultatet var att kvinnorna kände att de hade blivit pressade av sina vårdare. De upplevde att vårdarna inte lyssnade på dem och att det enda vårdarna fokuserade på var att få de unga kvinnorna att börja med p-piller eftersom det är "lättast". Kvinnorna upplevde redan före mötet med vårdaren att de hade känt sig pressade av kulturen, samhället, av sig själva eller av pojkvänner/sambon som inte vill använda kondom. Allt ansvar hamnade då på den enskilda kvinnan och beslutet om att använda preventivmedel blev framtvingat. (Waller m.fl, 2017)

3.2 Hormonella preventivmedel

Preventivmedel som innehåller hormoner delas in i två grupper. Kombinationspreparat och gestagena preparat. Kombinationspreparat innehåller både östrogen och gestagen medan de gestagena preparaten endast innehåller gestagen. Vid start av hormonellt preventivmedel är det viktigt att man går igenom sjukdomshistorien grundligt. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens & Wangel, 2019, s.191).

Till kombinationspreparaten hör p-piller, p-ring och p-plåster. Oavsett vilken av dessa preparat man väljer tillförs en daglig dos av östrogen och gestagen till kroppen. Hormonerna tillförs i perioder på allt från tre veckor (vanligast) upp till sex månader. Mellan perioderna har man en hormonfri period på fyra till sju dagar. Under denna vecka lossnar en del av slemhinnan i livmodern och man får en bortfallsblödning. Kombinationspreparaten förhindrar en graviditet på tre olika sätt: Förhindrar ägglossning; livmoderhalssekretet blir tjockt och det blir svårt för spermier att ta sig igenom och livmodersslemhinnan blir tunn vilket gör att ett ägg inte kan fastna på slemhinnan. (Borgfeldt m.fl, 2019, s.191-194).

Till de gestagena preparaten hör minipiller, p-stav, p-spruta och hormonspiral. De gestagena preparaten indelas i lågdosgestagen, mellandosgestagen och högdosgestagen beroende på hur mycket gestagen som finns i preventivmedlet. De gestagena preparaten förhindrar en graviditet på tre olika sätt: Ägglossning förhindras med höga doser gestagen men med låga doser kan ägglossning fortfarande ske; livmoderhalssekretet blir tjockare på samma sätt som vid kombinationspreparat och livmodersslemhinnan blir tunn, till och med ännu tunnare än vid kombinationspreparat. (Borgfeldt m.fl, 2019, s.191-194).

3.2.1 P-piller

P-piller är ett kombinationspreparat. Det betyder att det innehåller både östrogen och gestagen. Mängden av östrogen och gestagen varierar mellan olika sorters p-piller. P-piller

ska intas ungefär samma tid dagligen för att uppnå bästa terapeutiska nivå men marginalen är upp till 36 timmar. (Borgfeldt m.fl, 2019, s.191-194).

P-piller indelas i monofasiska och trefasiska p-piller. Monofasiska p-piller innehåller lika mycket östrogen och gestagen i alla piller. I de trefasiska p-pillerna varierar mängden östrogen och gestagen beroende på var i kartan man är. De monofasiska p-pillerna är vanligare. (Borgfeldt m.fl, 2019, s.192). Några exempel på p-piller är Yaz® (Läakeinfo, 2020) och Lumivela® (Läakeinfo, 2019).

3.2.2 P-ring

P-ringen är ett kombinationspreparat som införs i slidan. P-ringen ligger i slidan 3 veckor och sedan har man en pausvecka för att få bortfallsblödning. Man kan skjuta på blödningen genom att lägga in en ny ring genast efter att man tagit ut den gamla. Om man tar ut ringen i mer än 3 timmar försvagas skyddet och risken att bli gravid ökar. (Duodecim, 2020). P-ringen är mjuk och ungefär 4-5 centimeter bred (Borgfeldt m.fl, 2019, s. 192). Ett exempel på p-ring är Ornibel® (Läakeinfo, 2021).

3.2.3 P-plåster

P-plåster är ett kombinationspreparat i form av ett plåster som placeras på huden. Hormonerna i plåstret upptas utav huden. P-plåstren byts en gång per vecka med ett alternativt uppehåll den fjärde veckan för att få bortfallsblödning. För att undvika eller skjuta upp bortfallsblödningen lägger man på ett nytt plåster genast efter att man tagit bort det gamla. P-plåster kan användas utan avbrott i upp till 6 månader. (Borgfeldt m.fl, 2019, s.192).

P-plåstren kan placeras på till exempel låren, buken, rumpan eller överarmarna. Huden där plåstret placeras ska vara rakad, rengjord och torr (Läakeinfo, 2020). P-plåstren ska inte placeras på bröstet. Man ska variera ställe på kroppen vid varje plåsterbyte för att undvika hudirritation. (Duodecim, 2020). Ett exempel på p-plåster är Evra® (Läakeinfo, 2020).

3.2.4 Minipiller

Minipiller innehåller endast gestagener, vilket innebär att det hör till de gestagena preventivpreparaten. Minipiller delas in i lågdos-, och mellandos gestagener varav ägglossningen påverkas olika mycket beroende på vilken gestagensdos minipillret innehåller. Minipiller ska tas oavbrutet alla dagar.

Marginalen vid lågdoserade minipiller är 3 timmar och för att uppnå bästa terapeutiska nivå är det viktigt att pillret tas samma tid alla dagar. Kvinnor med lägre fertilitet, till exempel de som ammar, använder sig vanligen av lågdoserade minipiller. Mellandoserade minipiller ger ett högre skydd mot oönskade graviditeter än lågdoserade minipiller och marginalen vid glömd tablett är 12 timmar. Enligt Duodecim (2020) är minipiller ett säkert preventivmedel om det tas regelbundet. Ett exempel på lågdoserade minipiller är Microluton® (Läkeinfo, 2021) och ett exempel på mellandoserade minipiller är Cerazette® (Läkeinfo, 2021). (Borgfeldt m.fl. 2019, s. 193–194).

3.2.5 P-stav

P-staven innehåller endast gestagener, vilket innebär att det hör till de gestagena preventivpreparaten. De gestagena preventivpreparaten delas in i tre undergrupper, en av dessa grupper är de mellandoserade gestagenerna och dit hör bland annat p-staven. P-staven utsöndrar en regelbunden nivå av gestagen i blodet. (Borgfeldt m.fl.2019, s.194). P-staven administreras subkutant i överarmens insida och ingreppet görs i lokalbedövning. P-staven skyddar mot ofrivillig graviditet tre till fem år efter insättning. (Duodecim, 2020).

Ett exempel på p-stav är Nexplanon®. Nexplanon implantatet innehåller 68 milligram etonogestrel. Implantatet är 4cm lång och 2mm bred, den är mjuk, böjbar och gjord av plast som inte kan lösas upp i kroppen. Preventiveffekten för Nexplanon är tre år men om man är överviktig kan läkare rekommendera att man byter p-staven tidigare. (Läkeinfo, 2021).

3.2.6 P-spruta

P-sprutan är en spruta som injiceras intramuskulärt med tre månaders mellanrum (Duodecim, 2020). Den hör till de högdoserade gestagenpreparaten, vilket innebär att ägglossningen hindras helt och hållet. Av p-sprutan påverkas livmoderslemhinnan och livmoderhalssekretet på likadant sätt som vid låg-, och mellandoserade gestagenpreparat: Livmoderslemhinnan blir tunn och livmoderhalssekretet blir tjockare och ogenomträngligt. Depo-Provera är ett exempel på en p-spruta (Borgfeldt m.fl, 2019, s.194-197).

Oregelbundna blödningar och stänkblödningar förekommer i början vid användningen av p-sprutan. För varje injektion minskar blödningarna och efter upprepade injektioner uteblir ofta kvinnans menstruationsblödning helt. Fertiliteten återkommer långsamt när man slutar använda p-sprutan. I medeltal tar det ungefär sex månader. (Tydén, 2016).

3.2.7 Hormonspiral

Spiralerna är ett långverkande preventivmedel som införs i livmodern. Spiralerna finns i olika storlekar och med olika mycket hormon. Spiralerna är T-formade. De kan delas in i hormonspiral och kopparspiral (se 3.3.2). Spiralernas preventiveffekt är mellan tre och tio år beroende på vilken sort man har. Det är lämpligt att använda spiraler oavsett om kvinnan har fött barn eller om hon inte har fött något barn. (Mehiläinen, u.å; Borgfeldt m.fl, 2019, s.196).

Hormonspiralen verkar genom att den släpper ut gestagen från skaftet på spiralen. Gestagenet gör så att livmoderslemhinnan blir tunn och att ett befruktat ägg inte fastnar. Livmoderslemhinnan blir även inaktiv av gestagenet vilket leder till att menstruationsblödningarna minskar eller uteblir helt. Hormonspiraler kan användas både i preventivmedelssyfte och för att minska menstruationssmärter samt blödningar (Mehiläinen, u.å). (Borgfeldt m.fl, 2019, s.196-197).

Ett exempel på en hormonspiral är Mirena®, dess effekt håller sex år om man använder den i preventivmedelssyfte och fem år om den används för att minska menstruationsblödningar samt menstruationssmärter (Läakeinfo, 2021).

3.3 Biverkningar av hormonella preventivmedel

Preventivmedel som innehåller hormoner kan ge olika biverkningar. Biverkningarna beror på vilka doser och sorter av hormoner som används i preventivmedlen. För kvinnor som har haft bröstcancer inom de fem senaste åren är inte någon hormonell preventivmetod lämplig. Det finns inte endast negativa biverkningar av preventivmedel utan även positiva hälsoeffekter. Kombinerade hormonella preventivmedel minskar endometrie- och ovarialcancer med femtio procent, även finnar och hudproblem kan förbättras. (Tydén, 2016. s. 142–144)

Kombinerade hormonella preventivmedel ökar risken för kvinnor att få venös tromboembolism. Risken att få venös tromboembolism är störst under de tre första månaderna av preventivmedelsanvändningen. Östrogenet ökar risken för venös tromboembolism men hur hög risken är beror på vilket gestagen som används. Förändringar i organismen kan uppkomma av kombinerade hormonella preventivmedel bland annat kolhydratmetabolismen, koagulationsfaktorerna och blodtrycket kan komma att påverkas. Humörsvängningar, nedstämdhet, reducerad sexlust, huvudvärk, viktökning, illamående, oregelbundna blödningar och finnar kan även uppkomma. Dessa biverkningar är oftast

orsaker till att kvinnorna slutar använda preventivmedlet. En kontraindikation för kombinerade hormonella preventivmedel är huvudvärk med aura eftersom det påverkar risken för stroke. (Percy & Mansour, 2016, s. 32-33; Tydén, 2016. s.142–150)

De gestagena preventivpreparaten har utvecklats för att hindra biverkningar som den östrogena beståndsdelens orsakar, exempelvis trombos. Det finns inte några allvarliga risker med att använda gestagena preventivmetoder. Biverkningar som kan uppkomma vid användning av gestagena preventivmetoder kan exempelvis vara att man går upp i vikt, har oregelbundna blödningar, får finnar och huvudvärk, minskad sexlust samt humörsvängningar. Alla kvinnor kan använda lågdos-, och mellandoserade gestagena metoder, även kvinnor som har en ökad risk för venös tromboembolism. Kvinnor som däremot har flera riskfaktorer till exempel högt blodtryck och hög risk för hjärt-, och kärlsjukdomar uppmanas att inte använda den högdoserade gestagena preventivmetoden p-spruta. (Tydén, 2016. s. 139–142)

I en studie undersöktes om minskad sexlust förekommer oftare hos kvinnor som använder hormonella preventivmedel jämfört med kvinnor som använder icke-hormonella preventivmedel. Studien undersökte även om en minskad sexlust ökade risken för att byta preventivmetod. I resultatet framkom att oavsett vilken hormonell preventivmetod som använts hade 27% av de som deltog i studien upplevt en minskad sexlust. 12% av de som använde en icke-hormonell preventivmetod hade upplevt sig ha minskad sexlust. Kvinnor som var i ett förhållande upplevde oftare att deras sexlust hade minskat på grund av ett hormonellt preventivmedel medan det var få av kvinnorna utan partner som upplevt en minskad sexuell lust. Enligt studien kan detta bero på att det blir mera uppenbart för kvinnor i ett förhållande att deras sexlust minskat jämfört med kvinnor som inte är i ett förhållande. 45% av kvinnorna som deltog i studien ville, när studien gjordes, sluta eller byta preventivmetod på grund av minskad sexlust. 22% av kvinnorna hade upplevt minskad sexlust vid tidigare användning av hormonellt preventivmedel. Hälften av dessa kvinnor använde fortfarande ett hormonellt preventivmedel medan andra halvan hade bytt till en icke-hormonell preventivmetod. (Malmborg m.fl, 2016)

En studie utfördes för att öka förståelsen bland kvinnor som upplevt sänkta sexuella behov i samband med användningen av hormonella preventivmedel. I resultatet framkom det att kvinnor upplevde det svårare att bli upphetsad när de använde hormonella preventivmedel än när de inte använde sig av hormonella preventivmedel. Vid användning av hormonella preventivmedel kände kvinnorna sig oberörda och avtrubbade när det kom att handla om

samlag. Även om kvinnorna kände ett behov av sex blev de inte upphetsade på samma sätt som när de varit utan hormonella preventivmedel. (Malmborg, m.fl. 2020)

I samma studie framkom även att kvinnors mentala hälsa påverkades vid användningen av hormonella preventivmedel med symtom som depression, ångest, ilska eller irritation. Kvinnor som upplevde symtom som dessa ansåg inte att det var värt att använda hormonella preventivmedel för att uppfylla sina sexuella behov om den mentala hälsan försämrades. En del blev även rädda för att pröva nya hormonella preventivmedel på grund av biverkningarna. (Malmborg, m.fl. 2020)

3.4 Hormonfria preventivmedel

Hormonfria preventivmedel är, som namnet säger, preventivmedel som inte innehåller några hormoner. Hormonfria preventivmedel kan delas in på olika sätt exempelvis barriärmetoder och naturlig familjeplanering. Till barriärmetoderna räknas bland annat kondom, femidom och pessar. Barriärmetoder innebär att ett hinder stoppar direktkontakten mellan penis och livmoderhals. Naturlig familjeplanering innebär att kvinnan ska lära känna sin egen kropp och veta när hon har ägglossning för att kunna undvika en graviditet. (Tydén, 2016. s.136–138, 160–162)

3.4.1 Kondom och femidom

Kondom och femidom är de enda preventivmedel som skyddar mot könssjukdomar. Kondomen är ett tunt gummihölje gjort av exempelvis latex eller polyuretan som sätts på mannens penis när den är hård. Kondomerna finns i flera olika storlekar, smaker och tjocklekar. Det kan även finnas glidmedel färdigt på utsidan av kondomen. Femidomen fungerar som en kvinnlig kondom. Den liknar en kondom men har ringar på båda ändarna. Den ena ringen sätts in i vaginan och den andra ringen skyddar kvinnans yttre könsorgan. Det är viktigt att kondomen och femidomen används på rätt sätt för att förhindra graviditet. Kondomen/femidomen ska sättas på före beröring med underlivet och en ny, oöppnad kondom/femidom ska alltid användas vid nytt samlag. Om de går sönder, spricker eller glider av är det rekommenderat att ta akut preventivmedel så fort som möjligt. (Borgfeldt m.fl, 2019. s. 189; Percy & Mansour, 2016 s.81–85)

3.4.2 Pessar

En gummikupa som sätts framför livmodermunnen eller livmodertappen i vaginan under samlag kallas för pessar. Pessaren finns i olika storlekar och modell. Pessaren spänner ut slidväggarna så att den hålls på rätt plats och på samma gång hindrar spermier från att ta sig upp i livmodern. Pessaren ska vara kvar i vaginan sex timmar efter samlaget, sedan kan den rengöras och återanvändas. Om man använder pessar som preventivmedel ska också spermicider användas, detta är ett spermiedödande medel som reducerar spermiernas rörlighet och hindrar dem från att komma upp i livmodern. Pessar finns i olika storlekar. Ett exempel på en pessar som enbart sätts över livmodertappen är FemCap®. (Borgfeldt m.fl, 2019. s. 189–190; Duodecim, 2020; Percy & Mansour, 2016. S.81–85)

3.4.3 Kopparspiral

Kopparspiralen är till sitt utseende likadan som hormonspiralen, T-formad. En kopparspiral innehåller inget hormon utan i stället har den en koppartråd virad runt skaftet. Koppar har en giftig effekt vilket leder till att miljön i livmodern förändras vilket i sin tur förhindrar graviditet. Äggen, spermier, sekretet i livmoderhalsen och äggledarna påverkas också av koppar. Kopparspiralen är lämplig åt kvinnor som vill ha en pålitligt men hormonfri preventivmetod. Den kan även användas som en akut preventivmetod. Preventiveffekten är fem till tio år beroende på vilken kopparspiral man väljer. Ett exempel på en kopparspiral är Gynefix® och dess preventiveffekt är fem år. Fertiliteten återkommer genast man tar ut kopparspiralen eftersom hormonbalansen är oförändrad. (Borgfeldt m.fl, 2019. s. 196; Percy & Mansour, 2016. s. 70–79)

3.4.4 Alternativa metoder

Säkra perioder (dagar) är en preventivmetod som innebär att man lär känna sin kropp och menstruationscykel för att medvetet kunna undvika en graviditet. Vid en regelbunden menstruationscykel får man ägglossning ungefär 14 dagar före menstruationen förväntas börja. Befruktnings av ett ägg sker endast om man har samlag dagarna före eller under ägglossningen. Detta betyder att man kan ha oskyddat samlag övriga dagar av menstruationscykeln utan att bli gravid. Spermier överlever dock i äggledarna upp till fem dygn efter samlag och därför ska samlag undvikas eller annat preventivskydd användas dagarna runt ägglossningen. (Borgfeldt m.fl, 2019. s.188)

Säkra perioder är lämpligt åt kvinnor som är motiverade och som har en regelbunden menstruationscykel. Det är även lämpligt åt par som skulle acceptera en oplanerad graviditet eller åt par som försöker bli gravid och håller koll på sin ägglossning i det syftet. Det finns flera olika sätt att hålla koll på sina säkra perioder. Exempelvis genom att alla dagar mäta kroppstemperaturen, regelbundna kontroller av livmoderssekretet eller använda appar/digitala kalendrar kan man räkna ut när ägglossningen sker. (Percy & Mansour, 2016. s.91–96)

Natural cycles är en hormonfri preventivmetod som består av en temperaturmätare och en app i telefonen. Metoden går ut på att man mäter sin basala kroppstemperatur alla dagar, sätter in resultatet i appen och sedan avläser sin fertilitetsstatus. Detta redskap kan man använda både när man inte vill bli gravid och när man försöker bli gravid. Appen fungerar med hjälp av en algoritm som lär sig den enskilda kvinnans fertilitetsmönster. När man sätter in temperaturen i appen dyker fertilitetsstatusen upp, antingen som grön eller som röd. Grön färg innebär att man inte är fertil den dagen och röd innebär att man är fertil. (Natural cycles, u.å)

Avbrutet samlag innebär att mannen drar ut penisen ur slidan före ejakulation för att förhindra att spermier kommer in i kvinnan. Detta är en osäker metod eftersom det ofta händer att en del sperma kommer ut före mannen ejakulerar. (Borgfeldt m.fl, 2019. s.188)
Enligt duodecim (2020) är avbrutet samlag en osäker preventivmetod.

3.5 Biverkningar av icke-hormonella preventivmedel

Enligt Käypähoito (2021) är biverkningar av icke hormonella preventivmedel nästan icke-existerande. Kopparspiralen kan ge biverkningar som rikliga smärtsamma blödningar, vilket kan leda till järnbristanemi. Kvinnor som redan före insättning av kopparspiral haft rikliga smärtsamma blödningar löper risk att få ännu värre symtom efter insättning. Biverkningar av kondomer och femidomer kan vara att man är allergisk mot gummi, det kan påverka sexakten, erektionen och känslan under samlaget. (Tydén, 2016. s. 138 &154)

Användningen av naturliga preventivmetoder såsom säkra perioder eller avbrutet samlag har inga konkreta biverkningar förutom oönskade graviditeter. Avbrutet samlag kan vara otillfredsställande för båda parter. Naturliga preventivmetoder skyddar inte mot könssjukdomar. (Percy & Mansour, 2016. s. 94–96)

3.6 Akut preventivmedel

Akuta preventivmedel används om man har haft oskyddat samlag eller om preventivmetoden misslyckats och man inte vill bli gravid. De är mindre effektiva än andra preventivmetoder och ska aldrig användas som en regelbunden preventivmetod. Åldersgränsen för att köpa akut preventivmedel receptfritt har i Finland varit 15 år. År 2015 slopades åldersgränsen och nu kan vem som helst köpa akut preventivmedel receptfritt oavsett ålder. I Finland kräver man att apoteken ger rådgivning och information av akuta preventivmedel vid försäljning. (Fimea, 2015)

Det finns tre olika sorters akuta preventivmedel. Kopparspiral, som inte innehåller några hormoner, akut p-piller som innehåller levonorgestrel och akut p-piller som innehåller ulipristalacetat. Den mest effektiva akuta preventivmetoden är kopparspiralen. Kopparspiralen stör spermiefunktionen och förhindrar att ett eventuellt befruktat ägg fastnar på livmoderslemhinnan. Kopparspiralen är den minst använda akuta preventivmetoden fastän den är den mest effektiva. Den förhindrar en graviditet upp till 99%. En kopparspiral kan sättas in inom fem dagar efter det oskyddade samlaget och bör vara i kroppen åtminstone tre veckor. Kopparspiralen kan även användas som en långverkande preventivmetod. (Borgfeldt m.fl, 2019. s. 198; Percy & Mansour, 2016. s. 110–113)

Akut p-piller fungerar genom att skjuta upp ägglossningen eller stoppa en annalkande ägglossning. Akut p-piller stoppar inte ett redan befruktat ägg från att fästa i livmoderslemhinnan. Om menssen inte uppkommer vid förväntad tid efter att man tagit akut p-piller ska ett graviditetstest tas. Ett exempel på akut p-piller innehållande levonorgestrel är Postinor®. Postinor® kan tas inom 72 timmar efter oskyddat samlag. EllaOne® är ett exempel på akut p-piller som innehåller ulipristalacetat och det kan tas inom 120 timmar efter oskyddat samlag. (Borgfeldt m.fl, 2019. s.198; Duodecim, 2016; Lääkeinfo, 2018, 2020)

I en studie undersöktes sambandet mellan sexdebuten och användandet eller icke-användandet av preventivmedel och akuta p-piller. Man valde att fokusera på om, och på vilket sätt kvinnornas och partners ålder, användning av alkohol eller rökning påverkade användandet/icke-användandet av preventivmedel vid första samlaget. Studien utfördes på slumpmässigt valda skandinaviska kvinnor i åldern 18–26 år. (Guleria m.fl, 2016).

Resultatet av studien var att kvinnor som hade sin sexdebut före eller vid 14 års ålder hade ökad risk för utebliven användning av preventivmedel vid sitt första samlag. Vid

partners sexdebut om hen var 20 år eller äldre fanns det ökad risk för utebliven användning av preventivmedel under samlaget, men ökad risk för användning av akut p-piller. Vid större åldersskillnad mellan partnern och kvinnan vid kvinnans första samlag fanns det även ökad risk för utebliven användning av preventivmedel men ökad risk för användning av akut p-piller. I samband med alkohol ökade risken för användning av akut p-piller och rökning före sexdebuten ökade risken för utebliven användning av preventivmedel. (Guleria m.fl, 2016).

3.7 Sterilisering

Sterilisering är en permanent och mycket pålitlig preventivmetod som passar åt både män och kvinnor. Syftet med steriliseringen är att göra människan infertil genom att stoppa passagen för spermier och ägg. Sterilisering är lämpligt åt dem som är säkra på att de inte vill ha barn eller de som redan har barn och inte vill ha flera. (Percy & Mansour, 2016. s.98–100)

Manlig sterilisering kallas även för vasektomi. Ingreppet görs i lokalbedövning. Under ingreppet ombinds eller bränns sädesledarna. Receptfri värkmedicin räcker som smärtlindring efter ingreppet (Vasa centralsjukhus, 2020). Kvinnlig sterilisering kan utföras laparoskopiskt, vilket innebär att man använder sig av en titthåls kamera samt gör två små snitt i huden där instrumenten förs in. Under ingreppet kläms äggledarna fast med hjälp av klämmor eller diatermi. Ingreppet tar ungefär 30 minuter och kvinnan är sövd under tiden (Vasa centralsjukhus, 2020).

Enligt THLs statistikrapport 2022 utfördes ungefär 3800 steriliseringar år 2020 i Finland. Det är 15% mindre steriliseringar än året innan. Man tror att det beror på Coronapandemin eftersom icke-brådskande vård då blivit uppskjuten. Medelåldern för kvinnor som steriliserades år 2020 var 36,5 och för män 40,5. (Julkari, 2022)

3.8 Pearl Index – Preventivmetodernas säkerhet

För att mäta preventivmedlens säkerhet har en skattningsskala utformats som kallas Pearl Index (PI). Pearl Index är uppfunnen av Raymond Pearl. Pearl Index räknas ut genom att se hur många oönskade graviditeter som uppstår bland 100 kvinnor under 1 år. PI tar fram både preventiveffekten under optimal användning och typisk användning. Pearl Index kan användas för att jämföra olika preventivmetoders säkerhet och effekt. (Tydén, 2016. s. 132–133)

I denna text tas endast Pearl Index optimal användning upp. Enligt Käypähoito (2021) är Pearl Index = 85 om inget preventivmedel används. Vilket innebär 85 oönskade graviditeter bland 100 kvinnor under 1 år. De kombinerade hormonella preventivmedlens Pearl Index är: p-piller = 0,0–1,26, P-ring = 0,31–0,96, P-plåster = 0,59–0,99. De gestagena preventivmedlens Pearl Index är: minipiller = 0,0–1,26, P-spruta = 0,3, P-stav = 0,05. Hormonspiralens PI är 0,1–0,2 och kopparspiralens PI är 0,6. Kvinnlig steriliserings PI är 0,5 och manlig steriliserings PI är 0,1. Femidomens PI är 5, kondomens PI är 2 och pessarens PI är 6. Avbrutet samlag har PI 4 och säkra perioder har PI 3–5. (Käypähoito, 2021)

3.9 Abort

Att avbryta en oönskad eller oplanerad graviditet på konstgjort sätt kallas för abort. Det finns två olika sätt att göra abort på, medicinsk och kirurgisk. Aborter görs enligt Finlands abortlag. Beslutet om att göra en abort kan för många människor vara ett lätt beslut men för andra väldigt svårt och känslösamt. Psykiskt stöd är speciellt viktigt om en önskad graviditet måste avslutas på grund av sjukdom eller om kvinnan varit med om infertilitet tidigare i livet. För unga och minderåriga kan en oplanerad graviditet vara ett riskbeteende. Det är viktigt att kvinnan själv får bestämma och att andra människor runt omkring endast stöttar beslutet hon tar. Kvinnan som funderar på abort har rätt till att få information och stöd av vårdare eller läkare. Före aborten inleds blir kvinnan oftast tillfrågad om hon är säker på sitt val eftersom det är omöjligt att avbryta en pågående abort riskfritt. Kvinnan kan när som helst före aborten ändra sig. Aborter är för det mesta riskfria ingrepp och några få aborter inverkar inte på framtida eventuella graviditeter. (Duodecim, 2021; Terveyskylä 2017,2018)

Medicinsk abort används i 96% av alla abortfall i Finland. Kvinnan får ett läkemedel som innehåller det verksamma ämnet mifepristone på sjukhuset. Mifepristone ökar känsligheten för sammandragningar samt gör livmoderhalsen mjukare. Man kan börja blöda och få biverkningar som illamående, kräkningar eller ont i underlivet av detta läkemedel. 1–3 dagar efter man tagit mifepristone ska man ta ett annat läkemedel som innehåller misoprostol. Läkemedlet tas antingen på sjukhuset eller hemma beroende på hur långt gången man är. Av detta läkemedel får man sammandragningar som görs att livmodern töms. Ibland, om graviditeten pågått länge kan man behöva ta en till tablett innehållande misoprostol. (Duodecim, 2021; Terveyskylä, 2018)

Kirurgisk abort innebär att livmodern töms med sugskrapning. Före ingreppet får man läkemedel som görs livmodermunnen mjukare. Ingreppet görs under narkos dagkirurgiskt.

Livmoderhalsen öppnas med hjälp av ett instrument som kallas hegar-dilator. Livmoderhålan töms och graviditetsmaterialet sugts ut. Efteråt görs en kontroll av livmodern. (Duodecim, 2021; Terveyskylä, 2018)

Enligt THLs statistikrapport 2021 utfördes år 2020 ungefär 8300 aborter. Det är 5% färre än året före. Kvinnor i åldern 20–24 utförde flest aborter år 2020. För 15–19 åriga kvinnor har aborter minskat tydligt. Av tusen kvinnor utfördes 6,4 aborter år 2020 medan det fem år tidigare utfördes 7,9 aborter per tusen kvinnor. (Julkari, 2021)

3.10 Preventivmedelsanvändning i Norden

I Finland använder en fjärdedel av kvinnorna i åldern 19-49 hormonella preventivmedel. Kvinnor med bättre socioekonomisk status har en högre sannolikhet att använda hormonella preventivmedel jämfört med kvinnor med sämre socioekonomisk status. Bland finländska kvinnor med psykiska sjukdomar är den hormonella preventivmedels-användningen mindre. Högutbildade ogifta kvinnor med bra inkomst är mera sannolik att använda hormonella preventivmedel än gifta lågutbildade kvinnor med dålig inkomst. (Toffol m.fl, 2020)

I en studie jämförde man preventivmedelsanvändningen i de nordiska länderna. Resultatet var att Danmark hade den högsta preventivmedelsanvändningen med 42%, följt av Sverige och Finland på andra och tredje plats. I alla nordiska länder användes kombinerade hormonella preventivmedel mest följt av hormonspiralen. Hormonspiralen användes mest i Finland jämfört med de andra länderna. I Sverige användes kopparspiral och minipiller mest om man jämför med användningen av dem i de andra nordiska länderna. P-stav och andra långtidsverkande preventivmedel användes mest i Sverige följt av Finland. (Lindh m.fl, 2016)

I en annan studie tog man reda på och jämförde användningen av preventivmedel, fertiliteten, antalet aborter samt födslar i de nordiska länderna mellan åren 1975-2013. Resultatet var att kombinerade hormonella preventivmedel samt hormonspiralen var de vanligaste preventivmetoderna. Danmark var landet med högsta användning av kopparspiral och hormonella preventivmedel. Mellan åren 1975-2013 hade antalet aborter minskat. I Danmark hade aborter minskat från 27 kvinnor av tusen till 15 kvinnor av tusen. I Finland hade det minskat från 20 kvinnor av tusen till 10 kvinnor av tusen. Antalet aborter var högst i ålder 20-24. Antalet födslar hölls på ungefär samma nivå i alla de nordiska länderna förutom Island där antalet födslar hade minskat. (Hognert m.fl, 2017)

I en studie undersökte man attityderna gentemot preventivmedel samt vilka faktorer som påverkar preventivmedelsanvändningen bland somaliska kvinnor bosatta i Finland. I resultatet framkom att de somaliska kvinnorna påverkas av pressen från andra kvinnor och män inom samma kultur men även religion och utbildning påverkar. Religionen tillåter somaliska kvinnor att använda preventivmedel men kulturen begränsar användningen till endast sjuka eller kvinnor som behöver en paus från barnahavandet. Somaliska kvinnors attityder för preventivmedel förändras över tiden och det framkom i resultatet att andra generationen av somaliska kvinnor bosatta i Finland är mera öppen för preventivmedelsanvändning än första generationens kvinnor. Information om sexual och reproduktiv hälsa behöver ges åt somaliska kvinnor för att ändra deras attityder mot preventivmedel. (Farah & Sundberg, 2022)

4 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har jag valt Dorothea Orem's teori om egenvårdsbalans. Grundläggande begrepp är egenvård, egenvårdskapacitet, egenvårdskrav samt egenvårdsbrist. Dessa begrepp hör alla ihop med patienten eller patientens anhöriga. Till den professionella vårdaren hör begrepp som omvårdnadskapacitet och omvårdnadssystem. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012 s.168). I detta arbete används delteorin om egenvård samt teorin om omvårdnadssystemet.

Egenvård definieras enligt Orem som: ”aktiviteter som individer initierar och utför i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande”. Att vårda sin egen hälsa är en rättighet som alla människor har, men med det kommer även ansvar. Ansvar att ta hand om sig själv samt att ta hand om andra människor vars egenvård är otillräcklig. För att på bästa sätt vårda sig själv och andra människor behövs kunskap, förmåga att se behov samt målmedvetenhet. Detta är enligt Orem egenvårdskapaciteten, vilket alla människor anskaffar sig genom livet. (Orem, 2001 s. 43-45 ; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012. s.168–169)

Dorothea Orem's teori om egenvårdsbalans är indelad i tre delteorier. Patienten är i fokus i del ett och del två medan del tre är fokuserad på hur man skapar egenvårdsbalans genom olika system. Del ett, teorin om egenvård, fokuserar på vilken kapacitet man som människa har att ta hand om sig själv samt sina anhöriga. Egenvård är både ett inlärt beteende och en medveten handling. Människans förmåga att utföra egenvård påverkas av olika faktorer, exempelvis kön, ålder, mognadsnivå, livsstil, familjesituation och hälsostatus. Även yttre

faktorer såsom miljön, hälso- och sjukvårdssystem och tillgången till mediciner påverkas människans egenvårdsförmåga. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012. s.174–175)

Del två, teorin om egenvårdsbrist, handlar om när människans egenvård är otillräcklig och hon är i behov av professionell hjälp. Det finns olika faktorer som kan rubba egenvårdsbalansen för en människa. Olyckor, sjukdomar eller ålder är exempel på dessa faktorer. Om egenvårdsbalansen är rubbad har människan egenvårdsbrist. Om den professionella hjälpen uppmärksammar de faktorer som ligger bakom egenvårdsbristen kan egenvårdsbalansen upprättas på lång sikt i stället för att endast upprätthålla de tillfälliga problemen. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012. s. 176–177)

Del tre, teorin om omvårdnadssystemet, innefattar de två andra teoridelarna också. Teorin om omvårdnadssystemet är skapade förutsättningar som används för att stödja och utveckla människans egenvårdskapacitet samt möta egenvårdskraven. I denna teori är det sjuksköterskan som har huvudrollen. Enligt Orem har sjuksköterskan kompetensen att notera om det finns obalans mellan patientens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav. Om obalans finns ska sjuksköterskan och patienten tillsammans därefter utforma en omvårdnadsplan med målet att minska olikheterna mellan egenvårdskapaciteten och egenvårdskraven. Patientens anhöriga ska om möjligt vara med när omvårdnadsplanen görs. Sjukskötarens främsta uppgift är att stödja människor att på bästa möjliga sätt bibehålla sin hälsa, återfå sin hälsa efter olyckor och sjukdomar samt lära människan att ta hand om sig själv och sina anhöriga. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012. s.176–177)

5 Metod

I detta avsnitt tar jag upp tillvägagångssätt, datainsamlingsmetod, urval av respondenter, dataanalysmetod samt etiska frågor. Jag valde att göra en kvalitativ intervjustudie för att få reda på kvinnors tillfredsställelse med preventivmedelsrådgivningen samt det valda preventivmedlet. En kvalitativ metods syfte är att få svar på personers upplevelser angående ett fenomen. I en persons upplevelser finns det inget som är absolut sanning eller absolut osanning. (Henricson & Billhult, 2017. s. 111)

5.1 Datainsamlingsmetod – semistrukturerad intervju

En kvalitativ forskningsintervju med öppna frågor är lämplig om man vill få reda på en persons erfarenheter, åsikter, attityd och upplevelser. För att intervjun ska löpa bra mellan intervjuaren och respondenten krävs det att frågorna är väl planerade. En intervjuguide ska göras före intervjun. Denna ska endast finnas som stöd under intervjuerna, vilket innebär att den som intervjuar måste vara medveten om arbetets syfte och intervjufrågor. Intervjuguiden ska högst vara en A4-sida. En semistrukturerad intervju innebär att frågorna finns med en viss struktur men kan anpassas enligt hur intervjun går och utan inbördes ordning. När intervjuguiden är klar är det bra om man gör en pilotintervju för att testa sina frågor. Med hjälp av pilotintervjun ser man hur frågorna tolkas, om tilläggsfrågor behövs samt hur länge intervjun tar. Det är även bra att man testar tekniken så det fungerar felfritt när man börjar med övriga intervjuer. (Danielson, 2017. s.143–149)

I detta arbete använde jag mig av semistrukturerade intervjuer. Jag valde semistrukturerad intervju som datainsamlingsmetod eftersom jag kände att jag skulle få ett bra stöd av intervjuguiden och på samma gång kunna diskutera runt frågorna och ställa följdfrågor om sådana uppstod. Jag skapade en intervjuguide (Bilaga 1) före intervjutillfällena som jag använde mig av som stöd under alla intervjuer. Jag delade in intervjuguiden i små kapitel som fokuserade på mina frågeställningar. Bakgrundsfrågor och förkunskap började jag alltid med att fråga respondenterna. Efteråt hade jag frågor om själva rådgivningstillfället före vi gick vidare till bemötandet och stödet. Sedan diskuterade vi om tillfredsställelsen angående preventivmedlet de valt och slutligen frågade jag alltid om respondenterna hade något de ville tillägga.

Före jag påbörjade mina intervjuer hade jag en pilotintervju. Under pilotintervjun insåg jag att jag behöver tilläggsfrågor för att få svar på mitt syfte. Jag adderade tilläggsfrågor i min intervjuguide efter pilotintervjun. En fråga som adderades var ”Hur upplevde du

rådgivaren?”. Denna fråga användes som tilläggsfråga när jag ville ha svar på hur rådgivaren var som person och vilket bemötande hen hade haft gentemot respondenterna. Pilotintervjun lämnade jag utanför mitt arbete och den analyserades inte. Under pilotintervjun prövade jag även tekniken med ljudinspelningen, som fungerade felfritt. Jag spelade in intervjuerna med min telefon.

5.2 Urval av respondenter

För att jag skulle få så mycket information genom mina intervjuer var det viktigt att de som blev intervjuade hade olika upplevelser och erfarenheter om ämnet jag skriver om. Man kan variera respondenterna genom ålder, utbildning, antal barn eller liknande. (Henricson & Billhult, 2017. s.115)

Min första plan var att få deltagare till intervjun genom att lägga ut på Facebook om någon har upplevelser/erfarenheter som de vill dela med sig av. Jag trodde att fler kvinnor skulle höra av sig eftersom preventivmedel är en aktuell sak för många men jag fick endast några frivilliga. Efter några dagar började jag höra mig för bland bekanta och bekantas bekanta. Jag intervjuade 6 kvinnor i åldern 18–25, varav alla var från Österbotten och pratade svenska. Jag intervjuade de sex första som ville delta. Intervjuerna skedde både över internet och ansikte mot ansikte. Jag såg till att miljön var lämplig och att vi fick göra intervjun ostörda. Intervjuerna tog mellan 20–30 minuter.

5.3 Dataanalysmetod – kvalitativ innehållsanalys

Jag har använt mig av kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys är lämplig inom exempelvis vårdvetenskap. Analysmetoden går ut på att man tolkar och granskar texter som exempelvis blivit transkriberade från intervjuer. Det finns både deduktivt och induktivt sätt att analysera. Induktivt innebär att man analyserar texterna utan antaganden och deduktivt innebär att man analyserar utgående från en teori eller modell. I mitt arbete använde jag mig av ett induktivt förhållningssätt. Jag valde att använda mig av kvalitativ innehållsanalys eftersom jag hade mycket text som skulle analyseras och då verkade denna analysmetod mest lämplig. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008)

I kvalitativ innehållsanalys ska texten analyseras i sitt sammanhang, vilket innebär att man under tolkningen av intervjuerna ska man komma ihåg den enskilda personens livshistoria och kultur. För att ta reda på trovärdighet i en text måste man i en kvalitativ innehållsanalys använda sig av resonemang och reflektion. Analysprocessen går ut på att texten görs

lätthanterlig och kortare utan att någon viktig information försvinner. En meningsenhet innebär ord, meningar eller stycken som förknippas med varandra på grund av innehållet. En kod är en förkortad meningsenhet. Olika koder som behandlar samma sak bildar en kategori. Sammanförda kategorier som behandlar samma sak bildas slutligen till olika teman. Innehållet i de olika kategorierna ska vara olika och samma koder får inte passa in i flera kategorier. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008)

När jag hade haft samtliga sex intervjuer påbörjade jag analysen. Jag började med att transkribera allt material som sedan printades på papper. Det blev sammanlagt 32 sidor. Efteråt lästes allt material igenom flera gånger samt färgkodades. Jag använde mig av gul, grön och rosa för att skilja på frågeställningarna. Efteråt förde jag samman olika citat som svarade på samma sak, förkortade dessa meningsenheter och fick då fram olika koder. Sedan sammanförde jag olika koder till kategorier som sedan ytterligare sammanfördes till 3 teman som redovisas i resultatet. Eftersom jag använde mig av olika färger för att skilja på frågeställningarna blev det också så att de teman som framkom svarar på varsin frågeställning.

5.4 Etiska frågor

För att hälsan, tryggheten och den individuella människans rättigheter säkerställs hos de som medverkar i min studie är det viktigt att jag kommer ihåg de etiska principerna. De etiska principerna skyddar de medverkande. De som medverkar i en studie ska få tydlig information om att medverkandet är helt frivilligt. Man har som medverkande rätt att avbryta när som helst utan att följdfrågor ställs. (Kjellström, 2017. S.61–73)

Det är viktigt att det insamlade materialet samt personuppgifterna på de som medverkar i studien skyddas på rätt sätt. Systematik, ansvarsfullhet och lagenlighet är de tre viktigaste faktorerna för att hålla det insamlade materialet korrekt skyddat. Personuppgifter som inte behövs ska tas bort så fort som möjligt. De som deltar i studien har rätt till att bli informerade om studien, deras rättigheter samt hur materialet kommer att behandlas. Informationen ska ske på ett språk som de begriper. Det är viktigt att man som forskare ser till att de som deltagit i studien inte kan identifieras i det material som publiceras. (Tenk, 2019)

Att publicera oriktig information eller resultat i en studie kallas för oredlighet inom vetenskaplig verksamhet. Det finns fyra olika sorters oredlighet: fabricering, förfalskning, plagiering samt stöld. Fabricering innebär att man hittar på saker och sätter in dem som sanning i en studie. Förfalskning innebär att man ändrar resultaten eller lämnar bort viktiga

delar av resultatet så att resultatet ändras. Plagiat innebär att man kopierar text av andra, redan uppfunna verk, och använder det som eget uppfunnet material. Stöld innebär att man tar någon annans verk eller idé och använder det som sitt eget. (Tenk, 2012)

En informationsblankett (Bilaga 2) och en samtyckesblankett (Bilaga 3) gavs till respondenterna före intervjutillfället. På samtyckesblanketten godkände samtliga respondenter att intervjun fick spelas in samt att citat får användas i arbetet. De blev även informerade genom informationsblanketten om att medverkandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst. Det inspelade och transkriberade materialet skyddades på ett säkert ställe så att ingen obehörig kunde få tag på det. Avslutningsvis, när studien var klar, förstördes allt material.

6 Resultat

I detta kapitel redovisas resultatet som fåtts av min intervjustudie. Resultatet presenteras i form av tre teman med tillhörande kategorier och underkategorier. Citat förekommer för att besanna påståendena i resultatet. De teman som framkommit i resultatet är: **Informationen under rådgivningstillfället, bemötandet under rådgivningstillfället** samt **upplevelser av det valda preventivmedlet**. Citaten är ändrade från dialekt till standardsvenska för att inte missförstås samt för att konfidentialiteten bland respondenterna ska behållas.

6.1 Informationen under rådgivningstillfället

I denna kategori redovisas informationen som respondenterna fått under rådgivningstillfället. Informationen som rådgivaren ger under rådgivningstillfället ska vara en grund för kvinnan när hon gör sitt preventivmedelsval. Om informationen som ges är bristfällig blir det svårare för kvinnan att göra sitt val. Detta tema blev indelat i två kategorier: **Tillräcklig information** och **otillräcklig information**. Respondenterna upplevde delade åsikter om informationen på preventivmedelsrådgivningen. En del ansåg att de fått tillräcklig information medan en del ansåg att informationen varit otillräcklig.

6.1.1 Tillräcklig information

En del ansåg att informationen varit tillräcklig och att de inte kände att de behövde få mera information för att kunna göra sitt preventivmedelsval. En del ansåg att de kunnat få mera information men att de ändå känt sig tillfredsställda med informationen de fått. Enligt respondenterna kunde de också ringa och fråga rådgivaren om de funderade över något som inte tagits upp under rådgivningstillfället.

”Jag tycker nog jag har fått helt okej information om hur det fungerar och så där, och om det inte fungerade kunde man ringa och diskutera med dom och byta sort”

”Klart nog kan man alltid få mera information, men jag tycker ändå att jag blev informera på ett sätt som jag tyckte var bra”

”jag är väl som nog nöjd med informationen då får man väl säga”

”Nå nog tycker jag att jag fick tillräckligt med information ändå...Undrade jag något fick jag nog svar på frågor också...så det var nog helt bra ändå”

Respondenterna kom ihåg att de tillsammans med rådgivaren funderat över kvinnans hälsa och livsstil. Rådgivaren hade bland annat frågat om rökning, sjukdomar i släkten och andra

faktorer som kan påverka valet av preventivmedel. Detta upplevdes som positivt och tilliten till rådgivaren ökade. Respondenterna kände sig tryggare att påbörja ett preventivmedel.

”Då jag var till en läkare var nog han mera ingående och frågade om jag rökte, och om sjukdomar och vikten och sånt”

”Vi gick igenom ett papper och man fyllde i om man hade några hjärt-kärlsjukdomar och blodproppar i släktet, hur ens sexliv såg ut och hur man mådde”

6.1.2 Otillräcklig information

I resultatet framkom det att respondenterna upplevt att de fått dålig eller otillräcklig information vid rådgivningstillfället. Om informationen är otillräcklig blir det svårare för kvinnan att välja preventivmedel eftersom hon inte har tillräckligt med faktabaserad kunskap. Det är rådgivarens uppgift att se till att kvinnan får ett tillräckligt underlag före hon gör sitt val. Denna kategori är enligt resultatet indelad i två underkategorier: *Biverkningar* och *andra preventivmetoder*.

Biverkningar

Respondenterna tyckte att informationen om biverkningar varit otillräcklig. De upplevde informationen som bristfällig och efter rådgivningstillfället framkom det att respondenterna varken visste vad de skulle göra om biverkningar uppstod, vilka biverkningar man kunde få eller vad man skulle vara uppmärksam på.

”Nå egentligen skulle jag velat gå igenom mera om biverkningar... och vad jag ska göra om jag får biverkningar. Ska jag som fortsätta ta dem eller ska jag ta kontakt igen?”

”För då man inte visste något om vilka biverkningar som kunde komma av preventivmedlet man skulle börja med heller var det ju bara att börja på och hoppas att det går bra...”

”Nå nog tycker jag att dom skulle kunna förklara mera ingående angående vad man ska vara uppmärksam på och vilka biverkningar som kan uppstå... jag var ju ändå ganska ung och visste inte så mycket”

”Angående biverkningar skulle man vilja vetat mer”

Andra preventivmetoder

Informationen om alla alternativa preventivmetoder som finns upplevde respondenterna också som otillräcklig. Alla respondenter har ätit p-piller som första preventivmedel. Respondenterna fick uppfattningen att man gick igenom den sort man skulle börja med och

sedan fick man ingen information om vilka andra preventivmedel som fanns, fastän respondenterna varit unga och möjligtvis behövt informationen om andra alternativ för att göra sitt val. Det påpekades också att eftersom de varit så unga när de börjat med preventivmedel visste de inte att det fanns många olika alternativ och därför sade de att de ville börja med p-piller i stället för att välja det alternativ som alternativt skulle lämpa sig bäst.

”Jag tror att hon frågade om jag ville ha något annat preventivmedel än p-piller men eftersom jag sade p-piller gick hon endast igenom p-piller”

”...för oftast vet ju unga flickor att det bara finns p-piller och att allihop tar det så därför tar man det själv också... fast det finns många andra alternativ...”

Respondenterna hade velat få information om alla preventivmedel oavsett om det redan var bestämt vilket preventivmedel respondenten skulle börja med eller inte.

”Jag skulle vilja att hon berättade mycket mer om olika alternativ och varför de fungerar just som de gör och erbjuda andra alternativ”

”Man skulle ju velat veta vilka alla alternativ som finns, för och nackdelar, vad dom skulle rekommendera å sådant...”

”Man skulle ha velat fått mera information om andra preventivmedel och som att rådgivaren skulle sagt: visste du att det finns spiral, p-stav...”

6.2 Rådgivarens bemötande under preventivmedelsrådgivning

Respondenterna har alla varierande upplevelser av hur rådgivarens bemötande var. Enligt analysen delades detta tema in i två kategorier som presenteras nedan: **Uppmuntrande bemötande och opersonligt bemötande.**

6.2.1 Uppmuntrande bemötande

Det är viktigt att rådgivaren har ett uppmuntrande och stödjande bemötande för att vinna tillit till kvinnan som ska göra ett preventivmedelsval. Att lyssna och kunna diskutera tillsammans med sin rådgivare när man ska göra ett preventivmedelsval är viktigt för att kvinnan ska göra det rätta valet. Under intervjuerna frågade jag respondenterna hur de upplevt rådgivarens bemötande. Utgående från analysen fick jag fram underkategorierna *”rådgivaren lyssnar och tar önskemålen i beaktande”*, *”rådgivaren upplevs inte som dömande”* och *”stöd av rådgivaren”*.

Rådgivaren lyssnar och tar önskemål och åsikter i beaktande

Det framkom i resultatet att majoriteten av respondenterna upplevde att rådgivaren lyssnat och velat diskutera problemen tillsammans med kvinnorna för att hitta det absolut bästa preventivmedlet för just henne. Detta upplevdes som positivt av respondenterna.

”Hon funderade faktiskt tillsammans med mig om vad som skulle kunna passa och om hon inte kunde svara på frågorna själv så konsulterade hon en läkare. Så det tyckte jag var bra, där kände man verkligen att hon försökte hjälpa en å fundera tillsammans med en...”

”Bra bemötande, snäll och hon lyssna på mig och så där...”

Rådgivaren upplevdes inte som dömande

Respondenterna upplevde att rådgivaren ville hennes bästa och att inget dömande förekom. Rådgivaren hade varit tillmötesgående under preventivmedelsrådgivningen och inte tyckt det varit något konstigt när de börjat prata om alternativa preventivmedel.

”Hon var inte dömande eller ointresserad utan det verkade nog som att hon ville mitt bästa”

”Hon va nog tillmötesgående, hon tyckt som inte att det var något konstigt när vi började prata om preventivmedel”

Stöd av rådgivaren

Rådgivaren gav stöd och respondenterna kände att de kunde vända sig till rådgivaren om problem uppstod. Rådgivaren upplevdes inte som ifrågasättande och de kunde diskutera tillsammans vilket preventivmedel som skulle passa till just henne. Respondenterna upplevde att rådgivaren varit genuin och omhändertagande. Rådgivaren verkade vilja hjälpa och stötta kvinnorna till att göra ett bra val.

”Då ja har haft flera problem så har jag nog fått mycket stöd och han har alltid ändrat och brydd sig om en och faktiskt velat hjälpa”

”Hon var no stöttande och ifrågasatte inte att jag ville börja med preventivmedel”

”Jag har fått bra stöd, hon har varit förstående och sagt som det har varit utan att vela fram och tillbaka och inte säga hela sanningen”

6.2.2 Opersonligt bemötande

Fastän det i resultatet framkom att respondenterna upplevde att rådgivaren gett ett positivt bemötande fanns det även upplevelser om att rådgivaren bemött dem negativt. Denna kategori delades in i: *”Rutinmässigt bemötande”* och *”rådgivaren upplevdes som utbildad och ignorant”*

Rutinmässigt bemötande

I resultatet framkom det att respondenter upplevde att rådgivaren hade ett rutinmässigt bemötande och dessa respondenter fick uppfattningen om att rådgivaren bemötte alla på ett likadant sätt oavsett om de hade varit på preventivmedelsrådgivning tidigare eller inte. Detta uppfattades som negativt av respondenterna och de kände sig varken hörda eller sedda på det sätt de hade velat.

”Hon är ju säkert så van att hon tänker kanske inte på att man var ny och att man aldrig har varit på något sånt här innan”

”Det gick mera på rutin och det var som inte att hon tog det personligt utan det kändes mer som att det var samma sak för alla som gick in i rummet, oavsett om man bytt preventivmedel 100 gånger eller om man aldrig haft preventivmedel”

Rådgivaren upplevdes som utbildad och ignorant

I resultaten framkom det även att några av respondenterna upplevde att rådgivaren inte verkade lyssna på respondentens önskemål och åsikter. Rådgivaren var inte villig att tillsammans diskutera och fundera över olika preventivmedels alternativ. Detta upplevdes också som negativt av respondenterna.

”...och då jag var till privat mottagning var jag inte heller nöjd eftersom då sa dem genast ”du e för ung och gynekologen vill inte lägga in en spiral på sådär unga flickor” och de kunde inte ens lyssna eller diskutera utan det var som redan bestämt före man kommit dit”

”Det var precis som att ’jo jag har akne och jag behöver p-piller’...då for rådgivaren genast in på datorn och sade sen: ’okej dehär kan du få’ ”

En respondent hade upplevelser av att rådgivaren ifrågasatt varför respondenten ens velat påbörja preventivmedel när hon inte hade en pojkvän. Respondenten upplevde rådgivaren

som oförstående och utbildad eftersom det finns flera orsaker till att man vill påbörja ett preventivmedel, vilket en som arbetar med preventivmedelsrådgivning bör veta.

”Nå den här skolhälsovårdaren hade inte så bra bemötande eftersom hon var så inrutad på sitt och hon förstod inte varför man skulle vilja börja med preventivmedel om man inte har en pojkvän”

6.3 Preventivmedels upplevelser

Något av det viktigaste när man påbörjar ett preventivmedel är att man börjar trivas med det preventivmedel man valt. Vid frågan av hur tillfredsställda respondenterna blivit av det initiala preventivmedlet framkom det i resultatet att majoriteten av respondenterna varit missnöjda. Samtliga respondenter hade ätit p-piller som sitt första preventivmedel och samtliga respondenter har senare bytt preventivmedel. Antingen till en annan p-pillersort eller en annan preventivmetod. Detta tema, upplevelser av preventivmedlet, har delats in i fyra kategorier: **Orsaker att påbörja preventivmedel, biverkningar, byte av preventivmedel samt attityder som uppkommit efter preventivmedelsanvändning.**

6.3.1 Orsaker till att påbörja preventivmedel

Det som respondenterna upplevt positivt med sina preventivmedel har varit att de fått hjälp med orsaken till att de ville börja med ett preventivmedel från första början. Olika orsaker som respondenterna hade var önskan om att inte bli gravid samt att bli kvitt akne, kraftig mensvärk och rikliga blödningar. I resultatet framkom det att respondenterna upplevt att preventivmedlet uppfyllt sin uppgift med ovanstående saker.

”Hede positiva var att jag fick mindre menssmärtor och mina finnar försvann i princip”

”Det e ju nog positivt att jag inte haft mensvärk...såndär grym mensvärk iallafall...”

”och så att jag slipper gå och byta tampong emellan varje lektion...”

”Nå det har ju inte lagat mig gravid iallafall och det har väl varit huvudmålet...”

6.3.2 Biverkningar

Efter att respondenterna ätit sina initiala preventivmedel olika länge tid tillkom bekymmer som gjorde att det inte kändes värt för respondenterna att fortsätta med det valda preventivmedlet. I resultatet framkom det att majoriteten av respondenterna upplevt

biverkningar som lett till att de avslutat användningen av sitt initiala preventivmedel. Biverkningar som respondenterna fått var bland annat total avsaknad av sexlusten, humörsvängningar, överkänslighet, en känsla av att vara personlighetsförändrad och inte känna igen sig själv samt deprimerad och dystert. Biverkningarna påverkade respondenterna negativt. Respondenterna fick en eller flera biverkningar och enligt resultatet var det många som upplevde likadana biverkningar. Denna kategori är indelad i 4 underkategorier: ”*reducerad sexlust*”, ”*Påverkan på humöret*”, ”*Anhöriga påverkades av biverkningar*” och ”*Diskret upptrappning av biverkningar*”

Reducerad sexlust

Respondenterna upplevde att deras sexlust försvunnit totalt efter att de påbörjat sitt initiala preventivmedel. Den reducerade sexlusten gjorde att respondenterna ifrågasatte varför de ens hade börjat med preventivmedel om de ändå inte vill ha samlag.

”...att jag fick minskad sexlust... eller totalt bortfall av det”

”...just som att har man p-piller vill man ju nog ha någon sexlust också för annars är det ju lika bra att vara utan dom om man ändå inte vill ligga”

Påverkan på humöret

I resultatet framkom det även att majoriteten av respondenterna upplevt humörsvängningar och en känsla av att bli personlighetsförändrad. Respondenterna upplevde att de kunde bli arga på en sekund samt att de kunde bli ledsen över minsta lilla sak. Detta upplevde respondenterna som jobbigt och ibland kände de till och med inte igen sig själva. Detta var biverkningar som respondenterna inte varit beredda på när de påbörjade sitt initiala preventivmedel.

”Det jag inte hade förväntat mig var att jag skulle få sådana hemska humörsvängningar”

”Humörsvängningarna innebar att jag jämt och ständigt kunde bli flyförbannad över minsta lilla sak... Precis som att gå runt och ha pms 24/7.”

”...jag blev så jävla elak...alltså jag var arg på allt o alla...jag kände att jag bara kokade på insidan i vissa situationer”

”just när jag fick en sambo så tyckte jag nog det var väldigt mycket onödigt gråt och jag kände som inte riktigt igen mig själv”

Anhöriga påverkades av biverkningar

Flera av respondenterna påpekade också att det inte endast var dem själva som blev påverkade av dessa biverkningar, även anhöriga och folk i omgivningen. En respondent upplevde till och med att omgivningen drabbades mera av hennes humörsvängningar än henne själv.

”och jag själv var kanske inte sådär jättestörd på det men alla i min omgivning tyckte ju inte att det var så roligt direkt...”

”Jag märkte nog det själv också men det var ju dom runt omkring som blev mest drabbade av det så...”

”Alltså det där att jag blev elak trappades som stegvis upp... så tillslut var det som på den nivån att folk började säga åt mig att jag var elak”

Diskret upptrappning av biverkningar

En del av respondenterna upplevde också att dessa biverkningar hade intensifierats under tiden de åt preventivmedlet. Detta ledde till att den personlighet som respondenterna hade kanske inte alls stämde med den personlighet de skulle haft om de inte påbörjat användningen av p-piller.

”Jag kan säga att det var lite läskigt att man inte hade märkt själv att man hade blivit personlighetsförändrad...eller som att man hade blivit mer överkänslig och irriterad över småsaker och det märkte man ju inte av i början”

”Då man hade ätit p-piller i 5 år tänker man ju inte direkt att de är p-pillren som påverkar då man inte märkt något i början, vilket jag tycker är ganska obehagligt”

6.3.3 Byte av preventivmedel

Efter att respondenterna ätit sina initiala p-piller olika lång tid kom samtliga fram till att de ville byta preventivmedel. Några av respondenterna har bytt preventivmedel flera gånger och några har bytt en gång. Resultatet av denna kategori blev indelat i fyra underkategorier. *”märker skillnad efter bytet”, ”Testat andra sorters hormonella preventivmedel utan framgång”, ”Testat andra hormonella preventivmedel med framgång” och ”Nöjd utan hormonellt preventivmedel”*

Märker skillnad efter bytet

Samtliga respondenter upplever att biverkningarna de fick efter deras initiala preventivmedel upphörde när de bytte preventivmedel. Biverkningarna slutade nästan genast för alla kvinnor.

”jag märker nog stor skillnad, jag är inte alls lika känslig”

”Att jag var så arg och det gick från noll till hundra på 1 sek försvann nog genast när jag bytte sort”

”Om man jämför hur jag mådde före och efter att jag slutade med p-piller så var det nog helt annorlunda och jag kände mig mycket mer balanserad och kände igen mig själv igen när jag hade slutat med p-pillren”

Testat andra sorters hormonella preventivmedel utan framgång

En del av respondenterna testade att byta till ett annat hormonellt preventivmedel genast efter sitt initiala preventivmedel. Av dessa respondenter var det några kvinnor som återigen fick biverkningar. En respondent fick liknande biverkningar som hon hade haft med sitt första preventivmedel medan de andra respondenterna fick allvarligare biverkningar.

”Jag bytte direkt då jag slutade med den första sorten. Och då passade inte den heller utan jag fick liknande biverkningar...”

”Av andra sorten jag fick testa blev min urin grön... så då sade läkaren att jag genast ska sluta med det”

”...då bytte jag till en annan p-pillersort som jag har varit jättenöjd med...ända tills jag en gång fick synrubbingar och hamnade att åka till sjukhuset där läkaren sa att jag nästa gång kunde få en blodpropp om jag inte slutade med kombinationspreparat”

Testat andra hormonella preventivmedel med framgång

Efter att respondenterna testat en del olika hormonella preventivmedel hittade, enligt resultatet, några respondenter slutligen ett hormonellt preventivmedel som de trivts bra med och som de använt under en längre tid. Kvinnorna har använt minipiller, p-piller och p-ring.

Dessa kvinnor använder fortfarande, när studien utfördes, detta preventivmedel förutom en kvinna som blivit gravid och slutat med det. Kvinnan har fortfarande bra minnen av sina minipiller.

”Jag bytte till minipiller och det fungerade bra... fick ingen biverkning av det förutom utebliven mens, vilket jag tyckte var positivt på den tiden. När vi sedan försökte bli gravid slutade jag bara och efteråt blev vi gravid nästan genast”

”Jag trivs bra med p-ringen, jag har inte alls känt någon biverkning eller nåt av det”

”Trivs bra med senaste sorten och har inte känt av några biverkningar”

Nöjd utan hormonellt preventivmedel

Enligt resultatet använder en del av respondenterna för tillfället, när studien är gjord, icke-hormonella preventivmedel. Orsakerna varför de inte påbörjat ett nytt hormonellt preventivmedel är olika.

” Jag ville vara utan hormonella preventivmedel för att se om det ens var det som påverkade mig”

”Jag gick ur ett förhållande och då har jag inte orkat påbörja något nytt”

”jag känner att jag inte vill börja med nya p-piller och förstås när man inte kan ta kombinationspreparat så blir ju alternativen begränsade”

Respondenter som använder icke-hormonella preventivmedel upplever både för-, och nackdelar med deras aktuella preventivmetoder. Respondenterna använder sig av kondom och Natural cycles. Enligt resultatet upplever respondenterna att användningen av kondom ibland kan kännas stel eller pinsam om man har samlag med en person man inte är bekväm med eller någon som man inte haft samlag med förr. Natural cycles upplevdes också som invecklat i början men respondenten upplever att det nu, när hon lärt sig hur det fungerar, fungerar bra.

”Och nu använder jag ingenting... eller jo kondom förstås.”

”Ända positiva med kondom är väl att man inte blir på smällen... haha nämen nu är det inte några problem längre men när man är med någon man inte känner så bra så är det nog stelt hela kondom-påklädningen”

”Natural cycles hade jag sett på sociala medier och tänkte att det skulle kunna passa då jag inte vill använda något hormonellt preventivmedel nu...”

”...och i början var det svårt och krångligt men nu när jag har lärt mig så tycker jag det fungerar bra”

6.3.4 Attityder som uppkommit efter preventivmedelsanvändningen

Enligt resultatet har olika attityder gentemot kombinationspreparat uppkommit efter att respondenterna fått erfarenhet av preventivmedel. En respondent uttryckte att det för henne inte var någon självklarhet att sluta med hormonella preventivmedel men eftersom hon har fått så mycket biverkningar “gav hon upp” och slutade använda hormonella preventivmetoder. En annan upplever att priset på preventivmedel är dyrt och eftersom Finland inte stöder abort som en preventivmedelsmetod tycker hon att man kunde göra preventivmedel billigare.

”Jag funderade nog ett tag om man skulle testa någon ny sort men så tänkte jag det är väl samma skit i allt”

”Preventivmedel skulle kunna vara billigare eftersom Finland stöder inte direkt att man ska göra abort heller alla månader så då skulle dom ju kunna sänka priserna så folk faktiskt har råd...”

7 Metoddiskussion

Syftet med studien var att ta reda på kvinnors tillfredsställelse med preventivmedelsrådgivningen samt det valda preventivmedlet. Här nedan presenteras arbetets metoddiskussion, vars syfte är att påvisa hur kvaliteten i arbetet säkerställts. När kvalitativ metod används kan begreppen trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet användas för att påvisa arbetets kvalitet. (Henricson, 2017, s. 412–413, Mårtensson & Fridlund, 2017, s. 429–433)

Studiens trovärdighet ökar genom att välja rätt datainsamlingsmetod (Henricson, 2017, s.412–413) För att få så mycket information som möjligt från varje respondent valdes intervju som datainsamlingsmetod. Jag funderade även på enkät som datainsamlingsmetod för att få flera svar, men kom slutligen fram till att jag hellre ville få längre och utförligare svar av ett mindre antal respondenter än kortare och fler svar genom enkät. Dessutom kunde jag under intervjutillfällena klargöra olika eventuella funderingar. Jag valde induktiv design för att med öppenhet och utan att styras av en teori kunna lyssna på respondenternas upplevelser.

För att öka trovärdigheten och bekräftelsebarheten är det enligt Henricson (2017, s. 412–413) viktigt att diskutera urvalet. Eftersom arbetet handlade om upplevelser av första preventivmedelsrådgivningen valde jag att intervjua unga kvinnor i åldern 18–25 som fortfarande minns hur rådgivningstillfället utspelade sig. Målet med urvalet var att få respondenter med olika upplevelser. Eftersom jag endast intervjuade sex kvinnor, vilka samtliga var från Österbotten och svensktalande, blev variationen begränsad och överförbarheten påverkad. Några av respondenterna hade varit på preventivmedelsrådgivning för flera år sedan och glömt vissa saker angående rådgivningstillfället, vilket gjorde det svårare att svara på frågor som “vad gick ni igenom angående levnadsvanorna?”. I efterhand skulle jag valt yngre kvinnor som nyligen varit på preventivmedelsrådgivning. Å andra sidan hade jag då troligtvis inte fått lika bra respons angående upplevelsena av själva preventivmedlen.

Under arbetets gång omformades arbetets frågeställningar. Till exempel frågeställningen “Hurdant stöd och vilket bemötande får unga kvinnor på preventivmedelsrådgivningen?” ändrades till “Hurdant bemötande får unga kvinnor på preventivmedelsrådgivning? Detta ändrades för att göra frågeställningen mera begriplig och tydlig.

Pålitligheten i arbetet ökar genom att författaren redogör sin förförståelse (Mårtensson & Fridlund, 2017, s. 429–433). Redan före jag påbörjade examensarbetet hade jag förförståelse om ämnet. Jag hade kunskap, egna åsikter och upplevelser av preventivmedelsrådgivningen och preventivmedel. När jag utförde intervjuerna och analysen tog jag avstånd från mina egna åsikter för att inte påverka resultatet. Eftersom jag har gjort detta arbete själv märkte jag att det underlättade att läsa intervjuerna högt för att höra vad respondenterna sagt. Pålitligheten i arbetet sjunker eftersom jag inte kunnat diskutera och fundera tillsammans med någon annan. Om jag hade gjort arbetet med någon annan hade vi kunnat diskutera och fundera tillsammans och på så sätt inte låta förförståelsen påverka resultatet.

De etiska riktlinjerna som förklarades i metodkapitlet har följts under hela arbetets gång. Före intervjuerna påbörjades delades en informationsblankett (Bilaga 2) och en samtyckesblankett (Bilaga 3) ut åt respondenterna. För att konfidentialiteten bland respondenterna skulle behållas valde jag att översätta alla citat från dialekt till standardsvenska. Övrigt material har även, under hela arbetets gång, behandlats konfidentiellt.

Enligt mig svarar frågeställningarna på arbetets syfte och jag har med hjälp av detta arbete fått en inblick i hur unga kvinnor kan uppleva preventivmedelsrådgivningen samt vilka erfarenheter kvinnor kan få av preventivmedel. Jag tycker att det skulle vara intressant att genomföra en likadan studie fast med mera respondenter för att se hur resultatet skulle ändras.

8 Resultat diskussion

I detta kapitel diskuteras resultatet samt speglas mot bakgrunden och den valda teoretiska vårdteorin. Första frågeställningen var att ta reda på hur respondenterna upplevt informationen och rådgivningen de fått när de varit på preventivmedelsrådgivning. Enligt resultatet fanns det blandade åsikter om hur rådgivningen upplevts, både positiva, men främst negativa upplevelser.

Respondenterna upplevde att informationen de fått om biverkningar och andra preventivmedel varit bristfällig. Enligt resultatet var det många av respondenterna som inte visste vilka biverkningar man kunde få och vad man skulle göra om man de uppstod. Även informationen om andra alternativa preventivmedel och preventivmetoder upplevdes som otillräcklig. Respondenterna var unga när de ville påbörja preventivmedel och visste inte vilka olika alternativ som fanns. Bland deltagarna i (Lukasse m.fl, 2021) studie framkommer det också att kvinnorna upplever informationen om biverkningar och andra eventuella preventivmedel som otillräcklig och skulle behöva gås igenom mera noggrant.

Kvinnorna upplever att en noggrann anamnes genomförts där man bland annat gått igenom vikt, levnadsvanor och tobaksanvändning. Enligt Käypähoito (2021) ska en noggrann anamnes göras före en kvinna ska påbörja ett preventivmedel.

Enligt Dorotea Orems vårdteori behövs bland annat kunskap och förmåga att se behov för att på bästa möjliga sätt kunna vårda sig själv (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012. s.166–169). Kunskapen kan kopplas till hur bra information och rådgivning kvinnan får innan hon gör sitt preventivmedelsval. Denna kunskap förhöjer kvinnans förmåga att se hennes preventivmedelsbehov och i sin tur på bästa möjliga sätt vårda sig själv.

Andra frågeställningen handlade om hur rådgivarens bemötande varit under rådgivningstillfället. En intressant sak som framkom var att respondenter ansåg att rådgivaren upplevts som utbildad och bland annat ifrågasatt varför kvinnor ens velat påbörja preventivmedel om man inte har en partner. En rådgivare borde veta att man som ung kvinna kan ha andra orsaker att vilja påbörja preventivmedel än att inte bli gravid. Orsaker kan vara akne, kraftig mensvärk, riklig mens med mera och leder möjligtvis till att kvinnors hälsa och välmående försämras. Om kvinnan vill påbörja ett preventivmedel i annat syfte än för prevention borde rådgivaren hänvisa vidare till en läkare i stället för att ifrågasätta kvinnan. Enligt Dorotea Orems tredje delteori, teorin om omvårdnadssystemet,

är det vårdarens roll att stödja människan och hjälpa henne att bibehålla sin hälsa (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012. s.176–177). Rådgivarna som varit oförstående och inte stöttat kvinnor med påbörjande av preventivmedel har inte heller uppmuntrat kvinnorna till att bibehålla hälsan och välmående.

Att rådgivaren ifrågasatt att kvinnor vill påbörja ett preventivmedel kan även bero på rådgivarens egna attityder. Det framkommer inte i vilken ålder rådgivarna var eller vilka personliga åsikter och attityder hen hade om preventivmedelsanvändning. Tankar och funderingar väcks. Är rådgivaren religiös? Vad tycker rådgivaren om samlag före giftermål? Möjligtvis trädde rådgivarnas personliga åsikter och attityder fram vilket resulterade i att hen inte såg ett behov av preventivmedel om den unga kvinnan exempelvis inte hade partner.

Sista frågeställningen var att ta reda på tillfredsställelsen med det valda preventivmedlet. Med preventivmedlet som respondenterna först valde var tillfredsställelsen inte så bra. Kvinnorna som deltog i den här studien hade p-piller som sitt första preventivmedel och samtliga kvinnor har senare bytt preventivmedel. Hur råkade det sig att alla bytt preventivmedel? Var det en slump eller en dåligt utförd anamnes för att hitta bästa preventivmetoden? Jag tror att urvalet kan ha påverkat resultatet en del. När jag sökte efter respondenter till min studie uppmanade jag kvinnor som hade olika upplevelser av preventivmedel att delta. Jag tror att det var större sannolikhet att de som hade negativa upplevelser av preventivmedel reagerade på mitt Facebook inlägg samt när jag hörde mig för bland bekantas bekanta än de som endast har positiva erfarenheter av preventivmedel. Jag tror att de som endast har positiva upplevelser kunde känna att de inte hade tillräckligt mycket åsikter och erfarenhet för att delta i min studie, vilket är synd eftersom resultatet kunde varit annorlunda om även de kvinnorna hade ställt upp.

Respondenterna upplevde olika och likadana biverkningar av sina initiala p-piller. Minskad sexlust var en av biverkningarna som respondenter upplevt. Den minskade sexlusten var även en av orsakerna till att respondenterna slutade med sina preventivmedel. I en studie av Malmborg m.fl, (2020) framkommer det att kvinnor som använt sig av hormonella preventivmedel känt sig avtrubbade och inte blivit lika upphetsade än som när de inte använt sig av hormonella preventivmedel. I en tidigare studie framkommer det att minskad sexlust är en biverkning som kan leda till att kvinnor slutar med sina preventivmedel (Malmborg m.fl. 2016).

I resultatet framkom humörsvängningar som en vanlig biverkning och efter att respondenterna slutat med preventivmedlet de fått biverkningarna av kunde de känna igen

sig själva och den mentala hälsan blev bra igen. Enligt Tydén (2016) kan humörsvängning och nedstämdhet vara en biverkning av hormonella preventivmedel. I en studie framkommer liknande resultat om kvinnor som upplevt att den mentala hälsan påverkats negativt av hormonella preventivmedel och som inte känner att det varit värt att fortsätta med samma preventivmedel om den mentala hälsan försämras (Malmborg m,fl. 2020).

Att biverkningar kan uppkomma av preventivmedel stämmer nog till en viss del men minskad sexlust och humörsvängningar kan även påverkas av andra faktorer. Hur kan kvinnor vara säkra på att det är just preventivmedlet som påverkar deras humör eller dämpar sexlusten? Till exempel så var de unga kvinnorna i tonåren när de påbörjade sina initiala preventivmedel. Tonåren är en känslig period i en kvinnas liv där kroppen utvecklas och förändras. Vid ung ålder kanske kvinnorna ännu inte hade en partner och regelbundet samlag. När kvinnorna sedan hittade en partner och allt var nytt och spännande kanske även sexlusten var högre. I takt med att kvinnorna blev mer bekväma med sin partner kanske spänningen och sexlusten dämpades. Eftersom preventivmedel är ”lätt att klandra” är det preventivmedlet som får stämpeln ”ändrar humör och minskar sexlusten” i stället för att se alla faktorer som orsak.

Vid frågan om upplevelserna av sitt slutliga valda preventivmedel kom mest positiva saker fram. Respondenterna prövade olika många preventivmedel före de hittade sitt slutliga preventivmedel med eller utan hormoner. Med sina nuvarande preventivmedel upplevs inga biverkningar, inga hormonrubbingar, ingen oönskad graviditet med mera. Ett preventivmedel ska vara pålitligt, tryggt och lätt att använda (Duodecim, 2020), vilket kvinnorna anser att sitt nuvarande preventivmedel är.

9 Slutsats

Med detta examensarbete hoppas jag att man fått en liten inblick av hur unga kvinnor kan uppleva preventivmedelsrådgivningen samt hur tillfredsställelsen av preventivmedel kan vara. Eftersom det endast var sex respondenter som intervjuades kan man inte dra några desto större slutsatser av detta examensarbete men med hjälp av arbetets resultat kan man konstatera att mera information om olika preventivmetoder samt information om eventuella biverkningar behövs för att kvinnorna ska känna sig säkrare när de gör sitt preventivmedelsval. Man kan även konstatera att det skulle vara bra att fortbilda och påminna rådgivarna om att deras egna attityder och åsikter inte får påverka unga kvinnors preventivmedelsrådgivning och preventivmedelsval. Ett förslag till vidare forskning kunde vara att göra en ny studie inom Österbotten med fler respondenter för att se hur resultatet skulle förändras.

10 Källor

Borgfeldt C, Sjöblom I, Strevens H & Wangel A-M. 2019. *Obstetrik och gynekologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.

Danielsson E, (2017). Kvalitativ forskningsintervju I: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. s.143–153.

Duodecim, (2021). *Abort*. <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00081#s10>[Hämtat 04.03.2022]

Duodecim, (2020). *Preventivmedel*. <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00106> [Hämtat 03.11.2021].

Farah Mohamed, A., & Richter Sundberg, L. (2022). Using Contraceptives Is Abandoning Our Culture: A Qualitative Study of Contraceptive Use Among Somali Women in Finland. *Sexual & Reproductive Healthcare*, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100718> [Hämtat 20.10.2022]

Fimea, (2015). *Åldersgränsen för expediering av akutpreventivmedel inom egenvård avlägsnas*. <https://www.fimea.fi/web/sv/-/aldersgransen-for-expediering-av-akutpreventivmedel-inom-egenvard-avlagsnas> [Hämtat 11.02.2022]

Guleria S, Juul K, Munki C, Hansen B, Arneheim-Dahlström L, Liaw K-L, Nygård M & Kjaer S. (2017). Contraceptive non-use and emergency contraceptive use at first sexual intercourse among nearly 12 000 Scandinavian women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 96 (3), s.286–294
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/aogs.13088>[Hämtat 19.11.2021]

Henricson M, (2017). Diskussion I: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur s. 412-413.

Henricson M & Billthult A, (2017). Kvalitativ metod I: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur s.111–117.

Hognert H, Skjeldestad F.E., Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Milsom I, Lidegaard Ø & Lindh I. (2017). High birth rates despite easy access to contraception and abortion: a cross-sectional. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96.

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/aogs.13232> [Hämtat 11.03.2022]

Hälso- och sjukvårdslag, 1326/30.12.2010

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326> [Hämtat 18.11.2021]

Julkari, (2022). *Steriliseringar 2020*.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143682/Steriliseringar_2020.pdf?sequence=12&isAllowed=y [Hämtat 08.03.2022]

Julkari, (2021). *Aborter 2020*.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143534/Aborter_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y [Hämtat 08.03.2022]

Kjellström S, (2017). Forskningsetik I: M Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. s.57–80.

Käypähoito, (2021). *Antikonception – förhindra önskad graviditet*.

<https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00051#s7> [Hämtat 03.03.2022]

Lag om patientens ställning och rättigheter. 785/17.8.1992

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=17.8.1992%2F785#L2P7> [Hämtat 10.03.2022]

Lagen om avbrytande av havandeskap. 239/ 24.3.1970

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1970/19700239?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=abort> [Hämtat 10.03.2022]

Lindh, I., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Hognert, H.,

Milsom, I. & Lidegaard, Ø. (2017). Contraceptive use in the Nordic countries. *Acta*

Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 96, <https://doi.org/10.1111/aogs.13055> [Hämtat 11.03.2022]

Lukasse, M., Baglo, M. C. G., Engdal, E., Lassemo, R. & Forsberg, K. E. (2021). *Norwegian women's experiences and opinions on contraceptive counselling: A systematic textcondensation study*. <https://doi.org/10.18332/ejm/132224> [Hämtat 15.03.2022]

Lundman & Hällgren Graneheim, (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen, red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. s. 159–164.

Lääkeinfo, (2021). *Cerazette*

https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=1873&i=PFIZER_LOPID [Hämtat 08.11.2021]

Lääkeinfo, (2018). *EllaOne*

https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=7461&i=TAKEDA_ELLAONE [Hämtat 11.02.2022]

Lääkeinfo, (2020). *Evra*

https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=&d=2065885&i=JANSSEN-CILAG_EVRA_EVRA+depotpl%c3%a5ster+203%2f33%2c9+mikrog%2f24+h [Hämtat 03.11.2021]

Lääkeinfo, (2019). *Lumivela*

https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=&d=44089645&i=EXELTIS_LUMIVELA_LUMIVELA+filmdragerad+tablett+150%2f20+mikrog [Hämtat 03.11.2021].

Lääkeinfo, (2021). *Microluton*

https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=1642&i=BAYER_MICROLUTON [Hämtat 08.11.2021]

Lääkeinfo, (2021). *Mirena*.

https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=4637&i=BAYER_MIRENA [Hämtat 06.02.2022]

Lääkeinfo, (2021). *Nexplanon*

https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=7858&i=ORGANON+FINLAND_NEXPLANON [Hämtat 15.11.2021]

Lääkeinfo, (2021). *Ornibel*

https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=26134&i=EXELTIS_ORNIBEL [Hämtat 03.11.2021].

Lääkeinfo, (2020). *Postinor*

https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=&d=5388525&i=GEDEON+RICHTER_POSTINOR_POSTINOR+tablett+1%2c5+mg [Hämtat 11.02.2022].

Lääkeinfo, (2020). *Yaz*

https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=&d=2026883&i=BAYER_YAZ_YAZ+filmdragerad+tablett+0%2c02%2f3+mg [Hämtat 03.11.2021].

- Malmborg, A., Brynte, L., Falk, G., Brynhildsen, J., Hammar, M. & Berterö, C. (2020). Sexual function changes attributed to hormonal contraception use - a qualitative study of women experiencing negative effects. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 25, 169-175. <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1736545> [Hämtat 24.08.2022]
- Malmborg, A., Persson, E., Brynhildsen, J. & Hammar, M. (2016). Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21, <https://doi.org/10.3109/13625187.2015.1079609>. [Hämtat 11.03.2022]
- Mehiläinen, (u.å.) *Spiral som preventivmedel*. <https://www.mehilainen.fi/sv/spiral-som-preventivmedel> [Hämtat 06.02.2022].
- Mårtensson J & Fridlung B, (2017). Vetenskaplig kvalitet I examensarbete I: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur s.429-433.
- Natural cycles, (u.å.) *Hur fungerar natural cycles?* <https://www.naturalcycles.com/sv/how-does-natural-cycles-work> [Hämtat 12.07.2022]
- Orem, D.E., Taylor, S.G., Renpenning McLaughlin, K., (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby inc.
- Percy, L & Mansour, D. (2016). *Contraception made easy*, revised edition. Banbury: Scion Publishing Ltd.
- Stadsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol-och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga, 338/2011 <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110338#Pidm45237817074000> [Hämtat 10.03.2022]
- Steriliseringslag, 283/24.4.1970. <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1970/19700283> [Hämtat 10.03.2022]
- Tenk, (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [Hämtat 15.03.2022]

- Tenk, (2019). *Etiska principer för humanforskning och etikprovning inom humanvetenskaperna i Finland* https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf [Hämtat 15.03.2022]
- Terveyskylä, (2017). *Beslut om abort*. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/sexuell-h%C3%A4lsa/abort/beslutet-om-abort> [Hämtad 04.03.2022]
- Terveyskylä, (2018). *Abortmetoder*. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/sexuell-h%C3%A4lsa/abort/abortmetoder> [Hämtad 04.03.2022]
- Terveyskylä, (2018). *Sexualitet i livets olika skeden*. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/sexuell-h%C3%A4lsa/sexualitet-i-livets-olika-skeden> [Hämtat 02.03.2022].
- Toffol, E., But, A., Heikinheimo, O., Latvala, A., Partonen, T. & Haukka, J. (2020). Associations between hormonal contraception use, sociodemographic factors and mental health: A nationwide, register-based, matched case–control study. *BMJ open*, 10, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040072> [Hämtat 16.03.2022]
- Tydén, T. (2016). Antikonception. I: H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur. s. 141–142.
- Vasa centralsjukhus, (2020). *Sterilisering av män, vasektomi*. https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/vard-och-undersokningar/operationer/dagkirurgi/urologi/sterilisering-av-man-vasektomi/ [Hämtat 03.03.2022]
- Vasa centralsjukhus, (2020). *Laparoskopiskt utförd sterilisering*. https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/vard-och-undersokningar/operationer/dagkirurgi/kvinnosjukdomar/laparoskopiskt-utford-sterilisering/ [Hämtat 03.03.2022]
- Väestöliitto, u.å. *Sexualundervisning*. <https://www.vaestoliitto.fi/sv/sexualitet/sexualundervisning/> [Hämtat 19.11.2021]
- Waller R, Tholander M & Nilsson D. (2017). 'You Will Have These Ones!': Six Women's Experiences of Being Pressured to Make a Contraceptive Choice That Did Not Feel Right. *Social Sciences*, .6. s.114. <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1144862/FULLTEXT01.pdf> [Hämtat 15.11.2021]

WHO, (2006). *Sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
[Hämtat 08.11.2021]

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L., (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm:
Natur & Kultur

Bilaga 1: Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

- Hur gammal är du?
- Hur länge har du använt prev.medel?
- Vilken/ vilka preventivmedel har du haft?
- Vad var orsaken till att du ville börja med preventivmedel?
- Var fick du preventivmedelsrådgivning?
- vilka tankar hade du om preventivmedel före start av prev.medel?

Information och rådgivning:

- Hur gick preventivmedelsrådgivningen till för dig?
- Vilken information fick du om de olika preventivmedlen?
- Vad gick ni igenom angående levnadsvanorna?
- Beaktades dina rutiner eller dylikt?
- Berätta om vad ni gick igenom på mötet? (Olika preventivmedel, hur preventivmedlet fungerar, positiva saker, biverkningar, information om könssjukdomar. Sjukdomsanamnes, pris)
- Vilken sorts information förväntade du dig få på mottagningen?
- Anser du att du fick tillräckligt med information på mottagningen?

Bemötande och stöd:

- Berätta om hur rådgivaren bemötte dig på mottagningen? Hur upplevde du rådgivaren?
- Berätta om hur du skulle vilja bli bemött när du är på preventivmedelsrådgivning?
- På vilket sätt stödde rådgivaren dig i valet av preventivmedel?

Tillfredställelse med val

- Varför valde du just det här preventivmedlet?

-Tycker du att du fick bra med stöd och information angående valet?

-Berätta om hur det valda preventivmedlet har motsvarat dina förväntningar/uppfyllt dina krav? (positiva samt negativa saker)

-Om du har bytt preventivmedel: varför och hur fungerar det nya preventivmedlet?

-Berätta om positiva upplevelser av ditt valda preventivmedel?

-Berätta om de negativa upplevelserna av ditt valda preventivmedel?

Slut fråga:

-Är det någonting annat du vill berätta? Finns det något du vill tillägga?

Bilaga 2: Informationsblankett

Tack för att jag får intervjua just dig till mitt examensarbete! Här nedan får du lite mera information angående examensarbetet.

Med hjälp av mitt examensarbete vill jag ta reda på hur unga kvinnor i ålder 18–25 är tillfredsställda med informationen och bemötandet de fått vid preventivmedelsrådgivningen samt hur tillfredsställda de är med det valda preventivmedlet. Preventivmedelsvalet är ett viktigt val kvinnan gör och jag vill som blivande hälsovårdare kunna bemöta, stöda, ge korrekt information samt rådgivning när kvinnan ska göra valet. Detta ämne intresserar mig och jag tror att jag kommer ha nytta av denna studie i framtiden.

När du deltar i intervjun kommer jag att spela in materialet, men det är endast jag som kommer att lyssna på inspelningen. Medverkandet i intervjun är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta, även efter intervjun. Är det någon fråga under intervjun som du inte vill svara på så behöver du självklart inte det. Det färdiga examensarbetet kommer sedan att publiceras på theseus.fi. Theseus är en databas där examensarbeten skrivna av studerande publiceras. Om du har frågor svarar jag gärna på dem. Tack för att du vill medverka i min studie!

h. Beata Granskog

Bilaga 3: Samtyckesblankett

Jag har fått information om studien och deltar på egen vilja. Jag ger mitt samtycke att delta i intervjun samt att intervjun får spelas in och transkriberas. Även citat får användas i arbetet. Allt material behandlas konfidentiellt. (Kryssa i)

Underskrift:

Namnförtydligande:

Datum och ort: