

# Masteroppgave

Masterstudium i empowerment og helsefremmende arbeid

Mai 2022

## Den naturlige kroppen

Kvinner oppfatninger om familieplanlegging i urbane Ghana



Kandidatnavn: Hedda Marie Brenfelt Aanderaa  
Emnekode: MAPO5900

Antall ord refleksjonsoppgave: 5130

Antall ord artikkel: 8169

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## Forord

Det er flere jeg vil takke for all støtte, hjelp og veiledning gjennom arbeidet med masterprosjektet. Først vil jeg takke min veileder Camilla Hansen for å ha veiledet meg gjennom prosjektet, lest oppgavene mine utallige ganger og kommet med tilbakemeldinger uansett om det er helg eller kveld. Samt min skyggeveileder Sara Rivenes Lafontan for å ha hjulpet meg å finne tidsskrift og støttet meg gjennom prosessen.

Dernest vil jeg takke min lokale veileder i Ghana, Dr. Amos Laar for å ha hjulpet meg med å sende inn søknad om etisk godkjenning til å gjennomføre prosjektet i Ghana. Uten han og hans assistent ville jeg ikke fått tillatelsen i tide til å gjennomføre prosjektet.

Jeg ønsker å takke familie og venner for å ha støttet meg det siste året. For hjelp med korrekturlesing og for at de har støttet meg i å dra på utveksling. Det siste året har bydd på mange utfordringer. Det har vært korona, reiserestriksjoner og det var lenge usikkert om jeg i det hele tatt fikk reist til Ghana og fullført studiet innen normert tid. Det har vært et stressende år og reisen ble utsatt mye lenger enn jeg hadde håpet på. Det var ikke ønsket å komme hjem til Norge bare en måned før innlevering av master.

Jeg har møtt mange hindringer underveis spesielt ved å velge utveksling under korona. Det er likevel en opplevelse jeg ikke ville vært foruten. Jeg ønsker å takke mine medstudenter i Ghana for at de gjorde reisen til en uforglemmelig opplevelse, samt la til rette for at jeg fikk gjennomført intervjuer og var prøvekaniner for en nervøs ny forsker.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Ved å møte kvinners behov for familieplanlegging vil man kunne fremme helse og sosioøkonomisk velstand. Familieplanlegging gir mulighet til å minske, forsinke og bestemme intervall mellom fødsler, dette kan bidra til å redusere risiksvangerskap og gi tid til selvrealisering, på denne måten kan familieplanlegging bidra til å nå bærekraftsmålene.

**Hensikt:** Denne studien ønsket å utforske kvinner i Accra i Ghana sine erfaringer med familieplanlegging. Samt hvordan familieplanlegging kan bidra til å nå bærekraftsmålene og hva som hindrer moderne prevensjonsbruk.

**Metode:** Kvalitativt design med åpne individuelle intervjuer som metode for datainnsamling. Data ble analysert ved bruk av Giorgi sin psykologisk fenomenologiske analyse.

Refleksjonsoppgaven baserer seg på en tradisjonell litteraturgjennomgang.

**Teoretisk forankring:** Forankringen baserer seg på valgmuligheter, seksuell og reprodutiv helse og rettigheter, bærekraftsmålene og empowerment-tenkning.

**Resultater:** Familieplanlegging kan bidra til å nå bærekraftsmålene på flere måter, spesielt ved å bremse befolkningsveksten. Kvinnene var bekymret for bivirkninger med moderne prevensjonsmidler. Det er forventet at kvinner får barn raskt etter ekteskap. Kvinnene benytter seg lite av SRH-helsetjenesten og seksualundervisning er grunn.

**Konklusjon:** Det behøves mer informasjon om bivirkninger og hvordan prevensjonsmidler fungerer for å fremme bruken av moderne metoder. Familieplanlegging er en kostnadseffektiv intervensjon sammenlignet med mye annet når det gjelder å nå bærekraftsmålene.

**Nøkkelbegreper:** Prevensjonsmidler og familieplanlegging, helsetjenesten, helsekommunikasjon og helsekompetanse, seksuell og reprodutiv helse og rettigheter, bærekraftsmålene og den naturlige kroppen.

## Abstract

**Background:** By meeting women's need for family planning one will be able to promote health and socioeconomic wealth. Family planning gives the opportunity to space, limit and delay child birth, which help reduce risk pregnancy and gives time for self-realization, in that way family planning can help achieve the SDGs.

**Aim:** This study aimed to explore the experiences women in Accra, Ghana has with family planning. And to explore how family planning can contribute to achieving the SDGs and what prevents modern contraceptive use.

**Methods:** Qualitative design with open individual interviews as method for collecting the data. The data was analyzed using Giorgi's psychological phenomenological analysis. The literature review is traditional.

**Theoretical perspective:** The perspective concerns choice, sexual and reproductive health and rights, the sustainable development and empowerment-thinking.

**Findings:** Family planning can facilitate the achievement of the SDGs, especially by slowing population growth. The women were concerned about side effects with modern contraceptives. It is expected that women get children fast after marriage. Women take little use of the SRH-health and the sex education is shallow.

**Conclusion:** More information about side effects and how contraceptives work is needed to promote the use of modern contraceptive methods. Family planning is a cost effective intervention compared to many others in achieving the SDGs.

**Key words:** Contraception and family planning, health service, health communication and health literacy, side effects and the natural body, sexual and reproductive health and rights, and the SDGs.

### III

<b>Forord</b> .....	
<b>Sammendrag</b> .....	I
<b>Abstract</b> .....	II
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	III
1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Bakgrunn for refleksjonsoppgavens tema.....	2
1.2 Forforståelse og metode i masterprosjektet.....	2
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Formål.....	3
1.5 Oppgavens oppbygging.....	3
2.0 Teoretiske perspektiver og begrepsavklaringer.....	4
2.1 Empowerment.....	4
3.0 Metodisk tilnærming.....	4
3.1 Litteraturvalg.....	5
3.2 Litteratursøk.....	5
3.3 Kvalitetssikring av artiklene.....	6
4.0 Drøfting av problemstillingen.....	6
4.1 Forskning.....	6
4.2 Demografisk påvirkning.....	10
4.3 Teoretiske perspektiver.....	12
4.4 Egne erfaringer.....	12
4.5 Refleksjoner.....	14
5.0 Avslutning.....	14
5.1 Konklusjon.....	15
6.0 Litteraturliste.....	15
7.0 Artikkel.....	17
8.0 Vedlegg	
8.1 Søkelogg	
8.2 Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel	
8.3 Sjekkliste for vurdering av helseøkonomiske studier	
8.4 Ros-analyse	
8.5 Vurdering fra NSD	
8.6 Vurdering fra Ghana Health Service Ethics Review Committee	

## 1.0 Introduksjon

FNs bærekraftsmål er utarbeidet av verdens nasjoner for å sikre vår felles framtid på kloden. Familieplanlegging er et sentralt virkemiddel som kan bidra til å nå bærekraftsmålene. I tillegg vil vellykket familieplanlegging være med på å sikre kvinners helse som igjen er med på å øke livskvalitet og bidra til sosioøkonomisk vekst. I refleksjonsoppgaven vil jeg diskutere hvordan familieplanlegging kan bidra til å nå disse målene, med utgangspunkt i egne erfaringer fra mitt studieopphold i Ghana. Bærekraftig utvikling defineres som: «Utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov». I definisjonen vektlegges menneskers behov for å få oppfylt sine grunnleggende rettigheter samt å kunne skape bedre liv (FN Sambandet, 2021). Bærekraftsmål 3 er sentralt i drøftingen av problemstilling. God helse og livskvalitet henger sammen med familieplanlegging. I Ghana har jeg hatt kvalitative intervjuer med ni kvinner om hvilket forhold de har til familieplanlegging og hvordan det har påvirket sentrale valg i livet deres. Jeg ønsket å finne ut hvordan helsetjenesten kunne forbedres for at kvinnene i større grad ville benytte seg av familieplanlegging. I stedet fant jeg ut at kvinnene i liten grad benyttet disse tjenestene. Bekymringer rundt bivirkninger viste seg å være en barriere for bruk av moderne prevensjonsmetoder. Det teoretiske perspektivet vil basere seg på empowerment tenkning.

Bærekraftsmålene er:



(FN Sambandet, 2021)

Vi har kun har en klode. Den har en begrenset mengde ressurser, og vi har en felles interesse av å sikre en god forvaltning av jorden. For å skape en bærekraftig utvikling må vi arbeide på tre områder: klima og miljø, økonomi og sosiale forhold. Disse områdene blir ofte kalt dimensjonene i bærekraftig utvikling. Bærekraftig utvikling forutsetter at vi fordeler ressursene bedre og samtidig balanserer belastningen på miljøet med forbruk og økonomi (FN Sambandet, 2021). Befolkningsvekst fører til økt forbruk av naturressursene, samtidig som det kan skape mer fattigdom. Med befolkningsvekst øker også etterspørselen etter forbruksvarer, mat, vann og energi. Kvinner som lever i fattigdom føder ofte flere barn. Fattigdom er dermed en årsak til og en konsekvens av befolkningsvekst. Kvinner med utdanning og jobb får færre barn, samtidig som de bruker mer penger på utdanning og helse til egne barn. Utdanning er viktig for å redusere fattigdom, og utdanning for jenter har en ekstra stor effekt. Kvinner med jobb har også en positiv effekt på økonomien (FN Sambandet, 2021).

### **1.1 Bakgrunn for refleksjonsoppgavens tema**

Dersom jenter får muligheten til å få utdanning, og dermed arbeid, vil de kunne komme ut av fattigdom og skape bedre liv for seg selv og sine familier. Befolkningsveksten bidrar til økt økologisk fotavtrykk og setter press på klima og miljø. Familieplanlegging er et verktøy for å kunne planlegge den tidsmessige avstanden mellom barna og unngå risikosvangerskap. Videre kan man stedet for planlegge familien ut fra andre faktorer som utdanning, arbeid og selvrealisering (Nylenna & Grünfeld, 2021). De ghanesiske kvinnene anså bruk av moderne prevensjonsmidler til å være i konflikt med den naturlige kroppen. Gjennom arbeidet med prosjektet og artikkelen har jeg fokusert på deltakernes erfaringer og kunnskap om familieplanlegging og mindre tid til å utforske på hvilken måte familieplanlegging kan bidra til å nå bærekraftsmålene. Oppnåelsen av bærekraftsmålene var noe jeg i utgangspunktet hadde som en idé til prosjektet. Jeg vil derfor benytte denne refleksjonsoppgaven til å se nærmere på familieplanlegging i forhold til bærekraftsmålene.

### **1.2 Forforståelse og metode i masterprosjektet**

Jeg har lenge ville dra på utveksling og oppleve et annet land. Gjennom et lengre opphold, i mitt tilfelle tre måneder, blir man kjent med kulturen på en annen måte enn som turist. Prosjektet er gjennomført etter retningslinjer fra NSD, OsloMet og Ghana Health Service, som også uestedte tillatelse til å gjennomføre intervjuer lokalt. Det var også viktig for meg at deltakelse skulle være frivillig og basert på informert samtykke. Før intervjuene fikk deltakerne et informasjonsskriv om hvordan jeg behandler personopplysninger og formålet

med prosjektet, samt deres rettigheter. Deltakerne viste interesse for prosjektet og var villige til å dele sine erfaringer. Før intervjuene ble kvinnene informert om prosjektet slik at de kunne gi et informert samtykke. Tidligere forskning fra Ghana fant at menn var skeptiske til moderne prevensjonsmidler og hvordan det påvirket kvinnens kropp. Blant annet bekymringer om at de kunne bli sterile (Wallace & Adongo, 2018, s. 142). Derfor ble jeg overrasket over at også kvinnene var så bekymret for bivirkninger. Det er min oppfatning at den naturlige kroppen står sterkt i Ghana. Kunstig fremstilte prevensjonsmidler blir sett på som skadelige med bivirkninger som kan forstyrre menstruasjonssyklusen og gi uregelmessige blødninger. Jeg fikk også høre om tradisjonelle metoder for å unngå graviditet. En metode som ble beskrevet var å drikke mye vann før samleie. Etter samleie skulle man urinere slik at urinen presset ut spermien for å hindre befruktning. En annen variant, kalendermetoden, hadde jeg hørt om før. For å holde styr på fasene i syklusen hadde de et perlekjede med ulike farger for trygge og utrygge dager å ha sex, med den hensikten å unngå graviditet. Kvinnene var overraskende bekymret for moderne prevensjonsmidler. Jeg trodde i utgangspunktet at prevensjon ikke ble benyttet fordi den var vanskelig tilgjengelig eller at det var et aktivt ønske om flere barn, men hovedgrunnen var derimot frykt for bivirkninger.

### **1.3 Problemstilling**

Hvordan kan familieplanlegging bidra til å nå bærekraftsmålene når kvinner er opptatt av å bevare kroppen som et naturlig element og oppfatter moderne prevensjonsmidler som unaturlig å skadelig?

### **1.4 Formål**

I refleksjonsoppgaven reflekterer jeg over eget empirisk materiale og analyserer og diskuterer begrepene familieplanlegging, empowerment og bærekraftsmålene.

### **1.5 Oppgavens oppbygging**

Refleksjonsoppgaven baserer seg på en litteraturstudie. Først vil jeg se på teoretiske perspektiver og begrepsavklaringer. Deretter vil jeg beskrive metodisk tilnærming, litteraturvalg og litteratursøk. Videre skal jeg drøfte problemstillingen ut ifra forskning, teoretiske perspektiver, egne erfaringer og refleksjoner. Til slutt kommer en avslutning og konklusjon. Artikkelen er skrevet etter forfattermalen til tidsskriftet «Reproductive Health» som utgis av BioMed Central. Tidsskriftet setter søkelys på alle aspekter ved menneskelig reproduksjon, blant annet ungdommers helse, kvinnelig fertilitet og jordmødre. I



referanselisten til refleksjonsoppgaven ligger det to linker til forfattermalen, en med generelle retningslinjer og en med oppsett for artikkelen.

## **2.0 Teoretiske perspektiver og begrepsavklaringer**

Jeg har bakgrunn som pedagog og har derfor arbeidet mye med hvordan kunnskap kan formidles på en best mulig måte. Det teoretiske perspektivet vil basere seg på empowerment-tenkning og knyttes til helsekompetanse.

### **2.1 Empowerment**

Ifølge WHO referer begrepet empowerment til prosessen der mennesker får kontroll over de beslutningene og faktorene som former livene deres. Man kan ikke bli empowered av andre, man kan bare myndiggjøre seg selv ved å bli mer bevisst på egne ressurser, oppleve mestring og dermed bli i bedre stand til å ta kontroll over eget liv. Det handler om å oppleve autoritet i eget liv (WHO, u.å.). Den mest vanlige oversettelsen av empowerment er myndiggjøring (Vik, 2007, s. 86). Man kan forstå empowerment-tenkning som et rammeverk for helsefremming. For å få kontroll over eget liv er selvbevissthet og bevissthet om egen situasjon, hvordan vi har mulighet til å påvirke våre omgivelser, utvikling av personlig kompetanse og deltakelse i å definere beslutninger, behov og problemer som omhandler eget liv (Tveiten, 2020, s. 33). I empowerment-tenkingen er det viktig at brukeren er ekspert på seg selv og eget liv. Det innebærer at brukeren selv vet best hvordan noe er for en selv, hvordan det oppleves og hva en tenker om noe og hva en selv opplever at man trenger (Tveiten, 2020, s. 41). Helsekompetanse omhandler evnen til å oppfatte, forstå og handle når det dreier som om helseinformasjon. I tillegg handler det om å kunne vurdere når og fra hvilke kilder man skal innhente informasjon om helse, samt å forstå skriftlig og muntlig informasjon. Forskning har vist at voksne med lav helsekompetanse er mindre aktive i å søke informasjon om helse samt at de stiller færre spørsmål til helsepersonell (Tveiten, 2020, s. 52).

### **3.0 Metodisk tilnærming**

Denne oppgaven er en tradisjonell (narrativ) litteraturstudie. Hensikten med en tradisjonell litteraturstudie er å få en bred forståelse og oversikt over et felt; det store bildet! Planleggingen gir mulighet for å utforske og være kreativ. En litteraturstudie er en teoretisk oppgave, hvor dataene og materialet kommer fra skriftlige kilder slik som forskningslitteratur. Det innebærer dermed systematisk søking etter informasjon. Valget av studier baserer seg på

å gjøre søk, og følge en studie til en annen. Valg av studier skal basere seg på et målbevisst utvalg. Kildekritikken baserer seg på forfatterens helhetsvurdering. Analysen og sammendraget skal være diskursiv, sammenligne og drøfte. Metodekapittelet er ikke nødvendigvis gitt eller grundig. En tradisjonell litteraturstudie kan med fordel bruke metodeelementer fra en systematisk litteraturstudie. Elementene jeg vil benytte fra den systematiske litteraturstudien er å ha en transparent prosess med en dokumentert fremgangsmåte. Videre benyttes inklusjons- og eksklusjons kriterier i søkene mine og bruke sjekklister for kvalitetssjekk (Jesson et al., 2011, s.105). Jeg vil benytte PICO-skjema.

### 3.1 Litteraturvalg

Jeg benytter Oria som database, artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter samt WHO og FN som kilder.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfelleverdert tidsskrift	Ikke fagfelleverdert tidsskrift
År: 2016-2022	År: tidligere enn 2016
Språk: norsk eller engelsk	Språk: andre språk enn norsk og engelsk

### 3.2 Litteratursøk

Søkeordene jeg vil benytte i litteratursøkene er beskrevet i PICO-skjemaet, jeg vil benytte PICO uten C for sammenligning. Medical Subject Headings (MeSH) benyttes for å finne synonymer jeg kan bruke i søkene. Synonymene er også lagt inn i PICO-skjemaet. I søkeloggen som er lagt med som vedlegg er det beskrevet hvilke søkeord som er benyttet når jeg fant de valgte artiklene og hvilke kombinasjoner med OG/ELLER og lignende som er benyttet i kombinasjonene. Jeg valgte artikler som så på hvordan familieplanlegging kan være et virkemiddel i å nå FNs bærekraftsmål.

	Norske søkeord	Engelske søkeord	Synonymer
<b>P:</b>	Populasjon	Kvinner	<u>Women</u> Girl(s), <u>Female(s)</u>
<b>I:</b>	Intervensjon	Familieplanlegging	Family planning Planned pregnancy(s)
<b>O</b>	Utfall	Bærekraftig utvikling	<u>Sustainable development</u> Sustainable development goal(s), SDG

### **3.3 Kvalitetssikring av artiklene**

For å kvalitetssikre forskningsartiklene har jeg brukt sjekklister for kritisk vurdering av en oversiktsartikkel og sjekklister for helseøkonomiske studier fra Folkehelseinstituttet.

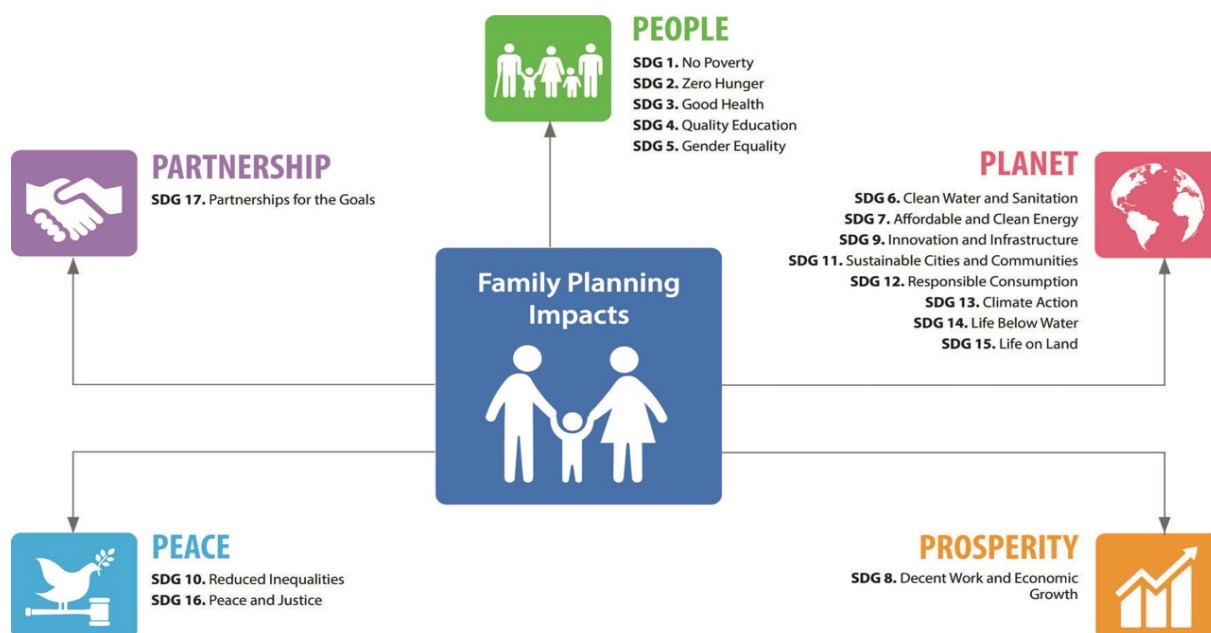
Sjekklisene er fylt ut og lagt med som vedlegg. Kilde til hvor sjekklisene er hentet fra ligger i litteraturlisten. Artiklene som er benyttet er fagfellevurderte.

## **4.0 Drøfting av problemstillingen**

### **4.1 Forskning**

Nøkkelen til å nå bærekraftsmålene er å investere i familieplanlegging ifølge en «commentary» av Ellen Starbird, Maureen Norton og Rachel Marcus som arbeider ved «U.S. Agency for International Development». En «commentary» er et notat skrevet for å diskutere tidligere publikasjoner på emnet. Her benyttes tidligere forskning til å diskutere på hvilken måte frivillig familieplanlegging er nøkkelen til å nå bærekraftsmålene. Forfatterne påpeker at synspunktene samsvarer med nyere studier som finner at familieplanlegging er den beste investeringen for en bærekraftig utvikling. De påpeker at synspunktene de kommer med er deres egne og ikke nødvendigvis reflekterer deres arbeidsteds synspunkter.

Familieplanlegging omfatter tjenestene, retningslinjene, informasjonen, holdningene praksisen og varene, inkludert prevensjon som gir kvinner, menn, par og ungdommer muligheten til å unngå uønskede graviditeter og velge om eller når de ønsker å få barn. Forfatterne presenterer familieplanlegging som en tverrsektoriell intervensjon som kan fremskynde progresjon på tvers av de fem temaene innen bærekraftsmålene: mennesker, planet, velstand, fred og samarbeid. Bevisene er til tider sterke, og andre ganger ikke like sterke. Forfatterens håp er at bevisgapet skal motivere forskere til å adressere ubesvarte spørsmål (Starbird et al., 2016, s. 191).



(Starbird et al., 2016, s. 192).

### Mennesker

I 2012 var omtrent 85 millioner graviditeter, som står for 40% av alle graviditeter globalt, ikke planlagte. Over de siste 3 tiårene har ekstrem fattigdom sunket kraftig. I 1981 levde 50 % av menneskene i utviklingsland for under 1,25 amerikanske dollar om dagen. I 2010 hadde tallet endret seg til 21 %. Selv om prosentandelen har falt er likevel antallet fattige mennesker større i dag, grunnet at vi er flere mennesker. En studie fra Colombia fant at unge kvinner med tilgang på moderne prevensjonsmidler opplevde store sosioøkonomiske fordeler fordi prevensjonsmidlene lot dem utsette den første fødselen og tillot dem og styre livskursen. Familieplanlegging hjelper kvinner å tidfeste og gi avstand mellom graviditeter, dette sikrer sunne ernæringsmessige resultater. Når graviditeter er planlagte viser forskning at mødrene kan amme for lengere perioder av gangen, og ammepraksisen forbedres noe som fører til forbedret ernæring. Graviditeter med minst 24 måneder intervaller, noe som tilsvarer 3 år mellom fødselene reduserer feilernæring og misdannelser blant barn under 5 år. Barn som er født med et 2 års intervall eller mindre, sammenlignet med et 4 års intervall har 27 % større sannsynlighet for å få en misdannelse og 23 % større sannsynlighet for å være undervektige (Starbird et al., 2016, s. 192-195).

Hver dag dør omtrent 830 kvinner av årsaker knyttet til graviditet og fødsel. Graviditeter som skjer for tidlig eller sent i forhold til kvinnens alder, har for kort tid imellom seg, eller er ansett som for mange er assosiert med økt risiko for dødelighet. Familieplanlegging forbedrer

helsen til mor og barn ved å redusere antall høyrisiko graviditeter. Familieplanlegging reduserer også antall kvinner som er utsatt for svangerskaps relaterte risikoer, og minsker antallet uønskede graviditeter og fødsler. Familieplanlegging hjelper kvinner å bære frem barn i den sunneste tiden av livet deres, når de er psykiske, fysiske, emosjonelt og økonomisk klare for en graviditet og på den måten mest sannsynlig å overleve, forbli friske og få friske barn. Familieplanlegging kan også forebygge HIV smitte. Korrekt og konsistent bruk av kvinnelig og mannlig kondom forebygger overføring av HIV viruset og kan hindre uønskede graviditeter hos kvinner med HIV, og dermed hindre potensiell smitte av viruset til den nyfødte. Den mest ideelle alderen for å være gravid er mellom 18-34 år, og minst 24 måneder fra forrige fødsel, samtidig er det best å unngå mer enn 4 fødsler. Familieplanlegging styrker kvinner og jenters utdanning, det kan hjelpe jenter og kvinner, spesielt de som har blitt mødre å forbli på skolen, lære å lese og skrive, lære et yrke, starte en bedrift og ellers oppnå deres studie- og arbeidsmål. Tidlig og uønsket graviditet kan både være grunnen til og en konsekvens av å slutte på skolen. Kvinners tilgang til deres ønskede familieplanleggingsmetode og deres evne til å kunne forhandle om valg av metode styrker likestilling mellom kjønnene og empowerment (Starbird et al., 2016, s. 192-197).



Familieplanlegging demper befolkningsvekstens effekt på tilgang til vann og sanitærforhold. Befolkningsvekst bidrar til å øke etterspørselen og konkurransen etter vann for innenlands, industriell samt kommunal bruk og minsker mengden vann som er tilgjengelig per person. Estimerer forslår at innen 2035 vil 3,6 milliarder mennesker leve i områder med knapphet på vann, det er en økning fra 2 milliarder i dag. I 2012 var minst 4,3 millioner for tidlige dødsfall hovedsakelig hos kvinner og barn tilskrevet luftforurensning i husholdningen og effekten av avhengigheten etter forurensede stekeovner. Et familieplanleggingsprosjekt i Uganda samarbeidet med en forsørger av ren energi til å gi solcelle lys til undervisere i familieplanlegging. Før prosjektet ble diskusjoner om familieplanlegging kun holdt på dagtid når det var dagslys, noe som gjorde at kun kvinner var tilgjengelige til å delta. Lysene som gikk på solcellepanel var renere, mer bærekraftig og billigere enn parafin og ga mulighet for at underviserne kunne besøke hjemmene på kvelden, når mennene var hjemme fra jobb. Dermed kunne de snakke med både menn og kvinner om familieplanlegging. Familieplanlegging kan minske fertiliteten og dermed vil det kreve mindre ressurser for å skape arbeidsplasser, det vil spare økonomiske ressurser og minske behovet for å utvide

infrastrukturen. Studier har funnet at det ikke bare er rask befolkningsvekst, men rask urbanisering som skaper problemer for de fattigste landene. Estimerer indikerer at verden står overfor den største bølgen av urbanisering i menneskets historie. Innen 2030 vil 5 milliarder mennesker bo i byer, noe som setter et stort press på infrastrukturer som helse, vann, sanitet og utdanning. Familieplanlegging og lavere befolkningsvekst kan hjelpe å bygge en mer resilient infrastruktur for helse og økonomisk utvikling. Familieplanlegging er viktig for ansvarlig forbruk og produksjon fordi familieplanlegging kan bremse og kontrollere befolkningsstørrelsen, ettersom vi blir flere mennesker på kloden og flere flytter til byene vil også mengden avfall øke. En studie fra 2015 om familieplanlegging som en kostnadseffektiv strategi for å adressere usikkerhet knyttet til mat og klimaendringer konkluderte med at en bremsing av befolkningsveksten kan bremse klimaendringene ved å gi 16-29 prosent av utslippskuttene som trengs innen 2050 og redusere behovet for å øke matproduksjonen. En annen studie fant at en bedring av tilgangen på familieplanlegging er en relativt billig intervensjon for å redusere karbonutslipp sammenlignet med andre strategier som solceller, vind, og kjernekraft. Fiskerifangsten må reduseres med 20-50 prosent for et bærekraftig fiske, likevel er etterspørselen etter fisk forventet å øke med 35 millioner tonn grunnet økt forbruk og befolkning. Dersom befolkningsveksten og befolkningen minsker vil det bli mindre etterspørsel etter fisk, samtidig vil vi være færre forbrukere noe som bidrar til mindre avfall og dermed mindre avfall i havet. Ettersom befolkningen øker vil etterspørselen etter mat og produkter fra skogen også øke, skog blir omgjort til landbruksarealer og kommersiell skogsbruk. Ved å gi menn og kvinner familieplanlegging slik at de kan oppnå sine ønsker om en mindre familiestørrelse kan bidra til å redusere avskoging, ørkenspredning og land degradering (Starbird et al., 2016, s. 197-202).



### Velstand

Familieplanlegging kan bidra til økonomisk vekst ved å legge til rette for en endring i et lands aldersstruktur. Økt bruk av familieplanlegging er koblet til fertilitetsnedgang, og minsker forholdet mellom de som trenger å bli forsørget og de som tjener penger. Dette resulterer i en høyere andel av lønsmottakere og fører til nasjonale besparelser. Dette styrker sosioøkonomiske retningslinjer og oppmerksomheten på egenkapital. Land kan oppleve et demografisk utbytte av rask økonomisk vekst. Det demografisk utbyttet beskriver de midlertidige økonomiske gevinstene som er tilgjengelig for et land i den demografiske overgangen. Gevinsten ligger i å ha en stor arbeidsfør befolkning. Belønningen vil være høy

dersom sosiale og økonomiske retningslinjer støtter utdanningen og ansettelsen av unge mennesker, spesielt jenter. På tvers av Afrika er det estimater som foreslår at et demografisk utbytte kan øke den gjennomsnittlige inntekten med 56 % sammenlignet med et scenario hvor andelen av befolkningen i arbeidsfør alder forblir konstant (Starbird et al., 2016, s. 202).



Udekket behov for prevensjon er ofte høyest blant de mest vanskeligstilte og sårbare som ungdom, fattige, de som bor på landsbygden og urbane slumområder, mennesker som lever med HIV og internt fordrevne. Disse gruppene har færrest ressurser og er minst i stand til å håndtere kravene til en uventet graviditet. Færre barn per familie fører til økt husholdningssparing og økte investeringer per barn. Studier har vist at en høy andel ungdom i alderen 15 til 29 år i forhold til den eldre voksne befolkningen er assosiert med høy risiko for sivil konflikt. Stater med en ung befolkning er mer sannsynlig å oppleve væpnede, intrastatlige konflikter og andre typer vold. Studier viser at sannsynligheten for å oppnå og opprettholde et liberalt demokrati øker dersom befolkningens alderen øker (Starbird et al., 2016, s. 202-203).



Samarbeid om familieplanlegging kan støtte oppnåelsen av bærekraftsmålene. Analyser har vist at for hver amerikanske dollar som investeres i familieplanlegging kan mellom 1,47 og 4 dollar spares i helsetjenester for mødre og nyfødte. Investering i familieplanlegging i tillegg til tjenester for mødre og nyfødte kan spare 1,5 milliarder dollar og samtidig oppnå de samme helsefordelene. En rekke globale samarbeid har gjort viktige skritt i de seneste årene for å fremme og styrke familieplanlegging (Starbird et al., 2016, s. 204).

#### **4.2 Demografisk påvirkning**

Ved å møte behovet for familieplanlegging kan man legge til rette for progresjon mot alle hovedtemaer innen FNs bærekraftsmål: mennesker, planet, velstand, fred og samarbeid. Det er en referanse at minst 75 % av behovet for familieplanlegging, i alle land, skal være dekket med moderne prevensjonsbruk innen 2030. En studie samlet inn og undersøkte data fra 13 utviklingsland man så var lengst unna å nå referansen. Den demografiske påvirkningen og utviklingsimplikasjoner ved å nå referansen ble undersøkt. Den demografiske påvirkningen

ved å nå referansen på 75 % er studert via prosjektulikheter i fertilitetsrater (gjennomsnittlig antall forventede fødsler per kvinner), total populasjon, vekstrater, aldersstruktur og unge tærende. Unge tærende handler om forsørgerbyrden eller avhengighetskvoten, og viser til forholdet mellom antall barn, unge og gamle på den ene siden og antall personer i arbeidsfør alder på den andre. Unge tærende er dermed unge som forsørges av den nærende (forsørgende) befolkningen. Gjennomsnittlig vil en oppnåelse av referansen gi en 16 prosents økning i moderne prevensjonsbruk innen 2030. Videre vil det gi 20 % nedgang i unge tærende, noe som potensielt medfører et demografisk utbytte som stimulerer økonomisk vekst (Goodkind et al., 2018, s. 1).

Resultatene som er presentert i denne artikkelen viser hvordan oppnåelsen av referansen på 75 % innen 2030 vil påvirke befolkningsstørrelsen, vekst og aldersstruktur i 13 utviklingsland. Når det gjelder vekst og å minske befolkningsstørrelsen, vil oppnåelsen av referansen kunne redusere presset på naturressurser og legge til rette for bærekraftsmålene som er relatert til miljømessig bærekraft og matsikkerhet. Saktere befolkningsvekst gjør det lettere å gi bærekraftig infrastruktur som rent vann og gode sanitærforhold, oppmuntre til bedre bruk av landarealer og redusere forurensning fra industrielle aktiviteter (Goodkind et al., 2018, s. 6-7).

Ifølge FN vil samfunnet gå glipp av nytenkning, arbeidskraft, inntekter og viktige kvinnelige rollemodeller dersom kvinner diskrimineres på arbeidsmarkedet. Dersom man får flere kvinner inn i arbeidslivet vil man kunne redusere ulikhet og fattigdom, samt fremme likestilling, helse og matsikkerhet som alle er sentrale elementer innen bærekraftsmålene (FN Sambandet, 2021).

Estimater fra 2017 viser at det er 214 millioner kvinner i reprodutiv alder i utviklingsregioner som ønsker å unngå graviditet, men som ikke bruker en moderne prevensjonsmetode. Familieplanlegging er en av de mest kostnadseffektive investeringene et land kan gjøre for sin egen fremtid. Det gir en rekke potensielle fordeler som kan fremme økonomisk utvikling, mødre- og barnehelse, utdanning og kvinners empowerment (WHO, 2019, s.1).

Blandt de 1,9 milliarder kvinnene i reprodutiv alder i 2019 var det 1,1 milliarder som hadde et behov for familieplanlegging, av disse brukte 842 millioner en moderne prevensjonsmetode og 270 millioner hadde et udekket behov for graviditetsbeskyttelse. Kun en metode,



kondomer kan beskytte mot både graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner inkludert HIV. Bruk av prevensjon fører til fremskritt for menneskerettighetene ved å la dem bestemme antall og tidsmellomrom mellom barna (WHO, 2020).

### **4.3 Teoretiske perspektiver**

Empowerment handler om å oppleve selvstyre i eget liv, oppleve mestring og bli bevisst egne ressurser (WHO, u.å.). Empowerment vil være viktig både for vellykket familieplanlegging og for å nå bærekraftsmålene. For at kvinner og menn skal lykkes med familieplanlegging er det viktig at de blir bevisst på hvilke ressurser de har rundt seg og tar dem i bruk, det kan være ressurser som en partner, støtte og hjelp fra familien eller å ta i bruk helsetjenester og moderne prevensjonsmidler. Empowerment referer til å utvide menneskers kapasitet til å kunne ta avgjørelser og handle. Et høyt udekket behov for familieplanlegging kan indikere at kvinner ikke er empowered til å bruke prevensjonsmidler fordi de mangler tilgang på tjenester eller er ute av stand til å forhandle om metode (Starbird et al., 2016, s. 197). Dette er noe jeg opplevde i Ghana, flere av kvinnene ønsket å ha lengre intervaller mellom barna sine og ønsket dermed å bruke noen form for graviditetsbeskyttelse, men ettersom de var redde for bivirkninger ved moderne metoder, og det samme gjaldt flere av partnerne deres, hadde de få valgmuligheter annet enn tradisjonelle metoder. Dersom kvinnene hadde vært empowered til å ta egne avgjørelser, forhandle om å skaffe seg informasjon om prevensjonsmidler tror jeg de kunne funnet et prevensjonsmiddel som passet for seg selv. Helsekompetanse vil være viktig for at kvinner og menn tilegner seg informasjonen de trenger for å ta gode valg rundt egen helse. Brukeren er ekspert på seg selv og vet best hva som passer og føles bra for seg, samtidig er det viktig at de har kunnskapen de trenger for å ta gode valg for seg selv. Slik jeg ser det krever det at de har større forståelse for hvordan prevensjonsmidlene fungerer og deres bivirkninger slik at de var mindre bekymret når de merket forandringer i kroppen ved moderne metoder. Ved å øke kvinners mulighet til å planlegge familien sin når det gjelder antall, intervall og om de i det hele tatt vil ha barn er viktig for målet om likestilling mellom kjønnene samt god helse og livskvalitet. De moderne metodene og deres bivirkninger påvirket kvinnenes helse og livskvalitet negativt ved at de ble bekymret for egen helse. Samtidig ble deres helse og livskvalitet negativt påvirket av å ikke bruke moderne metoder, kvinnene ble gravid oftere enn de ønsket noe som både tæret på kroppen deres og fratok dem mulighet til å bruke tid på andre aktiviteter som utdanning og arbeid.

### **4.4 Egne erfaringer**

Jeg bruker egne erfaringer fra mitt utvekslingsopphold i Greater Accra Region i Ghana. Etter besøk på sykehus og samtaler med helsearbeidere, er jeg imponert over all kunnskapen de har og hvor mange tjenester de tilbyr sine pasienter. Derimot er mange innbyggere ikke alle er klar over hvilke helsetjenester og -tilbud som finnes i området. Men for de som finner frem er det god informasjon å få om familieplanlegging. Jeg tror likevel at det er mye som kan gjøres for å tilpasse veiledningen til familieplanlegging slik at det treffer målgruppen bedre. Jeg hadde en fin samtale med en sykepleier om familieplanlegging. Hun hadde god kunnskap om ulike prevensjonsmidler og bivirkninger. Og hun påpekte flere grunner til at det er viktig å planlegge familien. For eksempel at det er viktig med en god tidsmessig avstand mellom fødslene for at kvinnen skal ha energi til å ta vare på barna og amme. Samt at det er lettere økonomisk å ha råd til ting barna trenger om ikke de trenger alt samtidig. Jeg har likevel opplevd mye skepsis rundt bivirkninger av prevensjonsmidler, og min oppfatning er at helsepersonell prøver å forklare kvinnene at det ikke er farlig eller unormalt, likevel blir kvinnene redd. På Tema General Hospital var det hengt opp en plakat som indikerte at man kunne få HPV-virus av p-piller. Ifølge en artikkel på forskning.no ser man at p-piller gir økt risiko for livmorhalskreft, HPV-virus kan også føre til kjønnsvorter eller livmorhalskreft. Artikkelen påpeker at vi ikke vet mekanismene bak det, men at det kan tenkes at p-piller kan gjøre at viruset utvikler seg til å gi infeksjon (Forskning.no, 2007). Det er viktig at man er klar over bivirkninger av prevensjonsmidler, men den type plakater virker mer som skremselspropaganda og gjør lite for å fremme familieplanlegging. Fordelene prevensjonsmidler gir for en kvinnes helse ved å forsinke, utsette og begrense fødsler må ses i perspektiv av at bivirkningene i stor grad har lavere helserisiko. Alle kvinnene jeg snakket med i intervjuene var bekymret for bivirkninger med moderne prevensjonsmidler, særlig blødningsforstyrrelser. Det er derfor et klart behov for kunnskapsbasert informasjon. Alle kvinner bør få denne informasjonen før de får sitt første barn. Ghana har gratis grunnskole og vil derfor kunne være en viktig arena for å nå ut med kunnskap om prevensjon og fordeler med familieplanlegging, herunder å forebygge fordommer knyttet til faren ved bivirkninger. En kunnskapsbasert seksualundervisning, inkludert familieplanlegging, i skolene vil kunne være en viktig arena for å nå ut til unge jenter i tillegg til tilbudet som gis på sykehusene og helseklinikker. Alle kvinnene jeg intervjuet hadde alle født sine barn på sykehus. Det gir en god mulighet for å nå kvinner som har hatt begrenset tilgang på relevant kunnskap med informasjon til å planlegge senere fødsler. Gjennom intervjuene avdekket jeg at kvinnene fikk ulik informasjon om familieplanlegging på sykehuset, noen av kvinnene fikk ingen informasjon. Det kan bidra til å redusere tilliten til helsepersonell og opprettholde de

forestillingene de hadde fra før. Kvinnene jeg snakket med ønsket å utsette graviditeter, både grunnet egen helse, men også fordi de ønsket å studere eller jobbe. Kun to av kvinnene jeg intervjuet benyttet moderne metoder. De øvrige brukte tradisjonelle eller ingen metode fordi de var bekymret for hvordan de kunstig fremstilte prevensjonsmidlene påvirket kroppen. Gjennom analysen ble det klart for meg at den naturlige kroppen var viktig for dem, og bivirkningene fra moderne metoder ble sett på som farlige og unaturlige.

#### **4.5 Refleksjoner**

Familieplanlegging kan bidra til å nå bærekraftsmålene fordi det direkte påvirker god helse og livskvalitet, likestilling mellom kjønnene og kan bidra til å utrydde fattigdom ved at kvinner lettere kan fullføre utdanning og få seg anstendig arbeid når de kan begrense og tidsbestemme graviditeter og fødsler. Samtidig har familieplanlegging en positiv effekt på klima og miljø ved at færre fødsler fører til lavere befolkningsvekst og dermed redusert forbruk og avfall. Dersom befolkningsveksten reduseres vil det kunne bidra til økt bærekraft med en bedre balanse mellom tilgjengelige ressurser og behov, slik bærekraftig utvikling er definert. Bærekraftsmål 3, omhandler også å kunne møte behovet for familieplanlegging gjennom bruk av moderne prevensjonsmidler. Ghana vil ha vanskeligheter med å nå målet om når bekymringer for bivirkningene ved moderne metoder gjør at kvinner foretrekker tradisjonelle metoder med usikker effekt. Kvinner må derfor få informasjon som skaper tillit til moderne prevensjonsmidler før de blir seksuelt aktive, inkludert kunnskap som forklarer effekten prevensjon har på kroppen. Det kan bidra til å minske frykten for bivirkninger øke forståelsen av at slike bivirkninger er vanlige. Det er viktig at de forstår at ikke alle metoder passer for alle, og man ikke skal holde ut alle bivirkninger dersom det gir store plager, selv om det ikke er farlig. Kvinnene jeg snakket med var i stor grad fornøyd med antall barn, men de skulle ønske at det var lengre intervaller mellom hver fødsel, både med tanke på egen og barnas helse samt at det økonomisk ville vært lettere med mulighet til å fullføre studier og komme seg ut i lønnet arbeid. Ettersom de var bekymret for å bruke prevensjonsmidler fikk de barn tettere enn de ønsket. Slik sett kan vellykket familieplanlegging for disse kvinnene bidra til å bedre oppnåelsen av målene som gjelder utdanning, likestilling og god helse og livskvalitet.

#### **5.0 Avslutning**

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan familieplanlegging kan bidra til å nå FN's bærekraftsmål. I noen tilfeller er bevisene sterke, og andre ganger mindre sterke, noe som tyder på at det trengs mer forskning på området. Familieplanlegging kan både direkte og

indirekte bidra til å nå bærekraftsmålene. Forestillinger om moderne prevensjonsmidler som skadelige for den naturlige kroppen hindrer bruken av moderne metoder. Helsekompetanse og empowerment vil være viktig for at kvinner og menn skal tilegne seg kunnskap om moderne metoder og vil kunne hjelpe å minske bekymringene for bivirkninger.

## 5.1 Konklusjon

For å kunne nå bærekraftsmålene må verden investere mer i familieplanlegging.

Familieplanlegging kan øke fremgangen mot å nå de fem temaene av bærekraftsmålene: mennesker, planet, velstand, fred og samarbeid. Kvinners empowerment til å velge antall, tid og mellomrom mellom graviditetene sine handler om menneskerettighetene og helse. Uten universal tilgang på familieplanlegging og reproduktiv helse vil påvirkningen og effektiviteten fra andre intervensjoner være mindre, koste mer, og vil ta lenger tid å oppnå. (Starbird et al., 2016, s. 205). For å jobbe mot å nå bærekraftsmålene og bruke familieplanlegging som en intervensjon for å nå disse er det viktig med god helsekommunikasjon og formidling av informasjon om moderne prevensjonsmidler slik at menn og kvinner ønsker å benytte dem.

## 6.0 Litteraturliste

BioMed Central (u.å.). *Preparing your manuscript*. Hentet 08.09.2021 fra

[https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/submission-guidelines/preparing-your-manuscript?fbclid=IwAR04Jbi40BRpm5qmwtmVsk\\_gMyRX75I7vHrQV0UAbhAcZFEkEdRjKHxE7hI](https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/submission-guidelines/preparing-your-manuscript?fbclid=IwAR04Jbi40BRpm5qmwtmVsk_gMyRX75I7vHrQV0UAbhAcZFEkEdRjKHxE7hI)

BioMed Central (u.å.). *Research - criteria*. Hentet 08.09.2021 fra <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/submission-guidelines/preparing-your-manuscript/research>

FN Sambandet. (2021, 28. oktober). *Bærekraftig utvikling*.

<https://www.fn.no/tema/fattigdom/baerekraftig-utvikling>

FN Sambandet. (2021, 1. juli). *Kvinner og likestilling*.

<https://www.fn.no/tema/fattigdom/kvinner-og-likestilling>

Folkehelseinstituttet (2011). Vedlegg 2: sjekklister [Vedlegg]. (ISBN 978-82-8121-429-3).

Hentet 14.05.2022 fra:

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok\\_11\\_vedlegg2\\_sjekklister.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklister.pdf)

Forskning.no. (09.11.2007). *Reversibel risiko ved p-piller*. <https://forskning.no/kreft-partnerforebyggende-helse/reversibel-risiko-ved-p-piller/996781>

Goodkind, D., Lollock, L., Choi, Y., McDevitt, T. & West, L. (2018). The demographic impact and development benefits of meeting the demand for family planning with modern contraceptive methods. *Global Health Action*, 11(1), 1423861.  
<https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1423861>

Helsebiblioteket (2016). *Sjekkliste for oversiktsartikkel*. [Dokument]. Hentet 14.05.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Jesson, J. K., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011). *Doing Your Literature Review: traditional and systematic techniques*. SAGE Publications Ltd.

Nylenna, M. & Grünfeld, B. (2021, 25. Februar). Familieplanlegging. *I Store Medisinske Leksikon*. <https://sml.snl.no/familieplanlegging>

Starbird, E., Norton, M. & Marcus, R. (2016). Investing in Family Planning: Key to Achieving the Sustainable Development Goals. *Global Health: Science and Practice*, 4(2), 191-210. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00374>

Tveiten, S. (2022). *Helsepedagogikk – helsekompetanse og brukervedvirkning*. (2. utg.). Fagbokforlaget.

Vik, L. J. (2007). Makt og myndiggjering – utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I Ekeland, T. J. & Heggen, K (Red.). *Meistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* (s. 83-100). Oslo: Gyldendal akademisk.

Wallace, L. & Adongo, P. B. (2018). Change and Continuity in Kassena Men's Perceptions of Family Planning in Northern Ghana. *Human Organization*, 77(2), 135-145. Hentet fra:

<https://www.proquest.com/docview/2058343960?accountid=26439&parentSessionId=cRpZpcNOaGU5G0LUdOOQYDtES1rYgFLg0kLWIuvbvJ9Q%3D>

World Health Organization. (2019). *Contraception*. [Brosjyre].

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization (2020, 9. november). *Family planning/contraception methods*.

[Faktaark]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

World Health Organization. (u.å.). *Health Promotion – Track 1: Community empowerment*.

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>

## **7.0 Artikkel**

1 **Title page**

2 **Title of manuscript:** *Women's Perceptions about family planning in Urban Ghana.*

3

4 **Short running title:** none

5

6 Name of author(s), affiliations for all authors, email addresses of all authors and *full* postal  
7 address of the corresponding author:

8

9 Hedda Marie Brenfelt Aanderaa, [s348309@oslomet.no](mailto:s348309@oslomet.no)

10 Institute of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Oslo Metropolitan  
11 University, Norway

12

13 \*corresponding author: Institute of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health  
14 Sciences, Oslo Metropolitan University, Kunnskapsveien 55, 2007 Kjeller, Norway  
15 [s348309@oslomet.no](mailto:s348309@oslomet.no) ; Tel +47 95170719

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27 **Women's Perceptions about family planning in Urban Ghana.**

28 Hedda Marie Brenfelt Aanderaa

29 Institute of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Oslo Metropolitan

30 University, Norway

31

**Abstract**

32 **Background:** By meeting women's need for family planning one will be able to promote  
33 health and socioeconomic wealth. Women that take their own choices according to sexual-  
34 and reproductive health (SRH) has a lesser unmet need for family planning through modern  
35 contraceptive use (1). There is limited knowledge about how women perceive family  
36 planning and there experience when encountering family planning health services in Accra,  
37 Ghana. This study aimed to explore the experiences with family planning and sexual and  
38 reproductive health care among women in Greater Accra Region.

39 **Methods:** A qualitative design was used to collect data. Nine in depth interviews were  
40 carried out lasting for about 45 minutes each. In total nine women participated in the study.  
41 The data was analyzed using Giorgi's psychological phenomenological analysis.

42 **Results:** The women had concerns about the side effects with modern contraceptive  
43 methods, they were perceived as a threat to the natural body. This caused most of the  
44 woman to rather use traditional family planning methods or none at all. Counseling about  
45 contraceptives and side effects as well as information given after birth were shallow and  
46 varied. This suggest that there may not be national guidelines in what information health  
47 professionals are supposed to provide for their patients The women wanted to space their  
48 children more than was the case, but due to lack of trust in available contraceptive methods  
49 they gave birth with less spacing than preferred. This suggest an unmet need for family  
50 planning. The women had little understanding or knowledge about how the modern  
51 contraceptive methods work and affect the body witch caused distress when experiencing  
side effects. The participants experience from sexual education at school varied regarding  
what topics they learned about. They were thought little about modern contraceptive  
methods.

**Conclusion:** Concerns about the side effects seems to be a major contribution to refrain  
from using modern contraceptive methods. Health literacy and better education as well as  
health counseling is needed in order to promote family planning with use of modern  
contraceptive methods. It is reasonable to believe that more knowledge about the different  
options available regarding contraceptive methods, as well as information about how they  
affect the body and their side effects could make women attribute the changes to unharmlful  
side effects rather than being a threat to their health. The study's findings highlights the  
importance of health literacy and adequate health counseling in order to enable the women  
to take informed choices in matters that influence their health and life. Family planning can  
promote well-being and better health by giving them the opportunity to choose when, how  
often and how many children they want.

49

50

51



52 **Plain English summary**

53 Family planning enables women to choose when, the spacing and the amount of children they  
54 want. By meeting women's need for family planning by modern contraceptive methods, well-  
55 being, health and socioeconomic wealth can be promoted. This study aimed to explore the  
56 perceptions and experiences with family planning in urban Ghana. Nine women participated  
57 in the study, each women were interviewed one time and the interview lasted for about 45  
58 minutes. The data was analyzed by reading the transcribed interviews several times and  
59 identifying essential themes. The results of this study suggest that women's concerns about  
60 side effects with modern contraceptive methods is a barrier for using them. The natural body  
61 is important for the women participating in this study. And the modern methods is perceived  
62 as harmful to the natural body. Better knowledge and counseling about the different options  
63 available as well as how they work is important in promoting family planning.

64

65 **Key words** (3-10): Sexual and reproductive health and rights (SRHR), health communication,  
66 family planning, health service and contraception.

67

68 **Background**

69 Women's empowerment and gender equality are highlighted as important factors in achieving  
70 the sustainability goals. According to Prata et al.'s research from South Asia, through this it  
71 can be expected that women will be able to make strategic life choices to a greater extent. It  
72 involves planning one's own future and expanding one's roles beyond being a spouse and  
73 mother. As family planning provides the opportunity to delay and reduce pregnancies and  
74 thus free up time for other activities. Empowerment is associated with the use and intention of  
75 using contraceptives, as well as communication in the marriage around family planning (2).  
76 Gains associated with sexual and reproductive health and rights (SRHR) are that women who

77 choose when and how many children they have can avoid risky pregnancies, realize their own  
78 dreams such as education and work. As well as choosing when they feel mature enough to  
79 have children, and easing the burden of support by planning the number of children and when  
80 having children based on finances.

81

82 Wallace and Adongo (2018) have found that men's acceptance of family planning has  
83 increased significantly in Ghana since ground studies in the 1990s. Men's discussions about  
84 family planning suggest that the idea of responsible manhood has shifted from having many  
85 children to having smaller families, and thus a lower dependency burden and better finances.  
86 Despite a positive view of family planning, there is still a perception that the body as a natural  
87 value can be negatively affected by the use of contraception, for example that it can lead to  
88 infertility. Women's desire for family planning is no longer met with threats of violence. The  
89 idea of the man's right to sexual control still prevails, but it does not seem to be the same  
90 barrier to contraceptive use as before (3).

91

92 Blackstone (2017) found that 37 % of women in Ghana had not received any formal  
93 education. 86.5 % had worked for a salary in the last 12 months. 97 % reported that the man  
94 was the leader of the house. 34.5 % said they had an unmet need for contraception. Older  
95 women had a less unmet need for contraception. Women who justified multiple cases of  
96 physical violence were more likely to report an unmet need for contraception (4). In sub-  
97 Saharan Africa, many decisions about the management of sexual and reproductive health are  
98 made by husbands and older female relatives. Women who have less authority when it comes  
99 to health decisions also have a greater risk of neglect by health professionals. Indicators of  
100 household status such as education and employment were found to be associated with  
101 improved use of contraceptives. This is not surprising as women who work and have more

102 education are more likely to receive health information at the workplace or place of education  
103 (4).

104

105 Among the most important SRH-services, maternal and child health has always been given  
106 priority in the national agenda. Currently, about 8 % of the national budget is set aside for  
107 health. However, most of the funding goes to the salaries of employees, with little left to  
108 improve health services. Lack of important goods makes it difficult to provide services.

109 Young people can get free access to SRH counseling services, but the location of the centers  
110 is a challenge. 14 % aged 15-19 have already had children. Many places lack midwives, so  
111 mothers in rural areas often have to be transported several kilometers on bad roads. Which  
112 contributes to the high maternal and child mortality in the country (5).

113

114 Previous research from Wallace & Adongo (2018), Akazili et al., (2020), Prata et al., (2017)  
115 and Blackstone (2017) have investigated family planning in Ghana on contraceptive use,  
116 men's attitudes, the family's role and women's choices. The website of a family planning  
117 service in Accra (<https://www.maristopes.org.gh>), was looked at, they offer information on  
118 contraceptives and how they can be used to plan when and the time distance between  
119 children. However, the author of this article have not found anything concrete about the health  
120 communicative part of family planning. As information and conversations about why and  
121 how one should and wants to plan the family. This is a knowledge gap and give a need for  
122 this study. This article look at how health communication around family planning affects  
123 women's lives and health.

124

125 **Life expectancy, infant- and maternal mortality**

126 Ghanaian women give birth to an average of 3.7 children (6). Maternal mortality in Ghana  
127 (2017) is 308 women per 100,000 live births. Infant mortality and the probability of dying  
128 before the age of five are 33.89 and 46.16 per 1,000 live births, respectively. Life expectancy  
129 in Ghana is 63 years for men and 69 years for women (7). Contraceptive use among women  
130 of reproductive age (15-49 years) in 2017 in Ghana was a total of 26.4 % regardless of  
131 method (8). The high birth rate and death rate in Ghana can be seen in the context of a  
132 demographic transition. A demographic transition is the change from a situation where both  
133 the death rate and the birth rate are high, to a situation where both the birth rate and the death  
134 rate are low. In both of these situations, population growth is small. In the transition itself, on  
135 the other hand, population growth is high (9). The figures may indicate that Ghana is in the  
136 very transition with high population growth, but that they are at the same time approaching a  
137 shift from the situation to a low birth rate and mortality rate (10).

138

## 139 **Methods**

### 140 **Study design**

141 The study is a qualitative study with open interviews as a method for data collection. The  
142 study has a phenomenological approach. The aim of such an approach is to provide a precise  
143 description of the person's own experiences, perspectives and understanding. Studying  
144 phenomena around family planning by taking as a starting point how the subject experiences  
145 it (11). The method for analysis of the data material is phenomenological. Open individual  
146 interviews are suitable when you want to give participants time and space to bring out  
147 experiences and thoughts that require security to share. When the purpose is to gain new  
148 knowledge. It is important not to follow the interview guide slavishly or make it too detailed.  
149 It is only a preliminary template and will be further developed in collaboration with the  
150 supervisor. At the same time, it must be changed and adapted to each participant as new

151 knowledge is gathered. Often the conversation is directed towards one's own preconception,  
152 this is reduced by the participants in open interviews themselves deciding what they want to  
153 share. This removes some of the ethical burden by not "forcing" the participant to answer  
154 questions that may be of a sensitive nature through structured questions. The  
155 phenomenological perspective in the interview involves obtaining information about the  
156 participant's experiences, the knowledge must be seen in the light of the participant's world of  
157 life. It is important that the participants are informed about the purpose of the conversation  
158 and how it should take place, this concerns research ethics (12). Each interview should last for  
159 about 45 minutes. Participants can, if desired, read through the transcripts. The interviews will  
160 take place in a place chosen by the participants.

161

## 162 **Setting**

163 The study was performed in Tema and Accra in Greater Accra Region in Ghana. The Greater  
164 Accra Region is the smallest of the 10 administrative regions in terms of area. It is the second  
165 most populated region with a population of 5,455,692 in 2021 (13). The study sites where  
166 chosen by the participants, some chose to come to the principal investigators, hereafter PI  
167 house while others were collected at the participants home or work place.

168

## 169 **Participants and data collection**

170 The data collection was conducted between March and April 2022. Invitations to participate  
171 in the study were issued to women aged 18-45 in Greater Accra Region. The author wanted to  
172 examine the average Ghanaians experience with family planning. Thus the study were  
173 conducted in urban areas, the results may not be representative for women in more rural areas.  
174 All interviews were conducted by the Principal Investigator (PI). 9 in depth interviews were  
175 conducted in English. The participants could choose whether or not they wanted the interview

176 to be audio recorded. Some gave consent and some not. Notes were taken under the interview,  
177 and when the PI did not have consent for audio recording the notes were more detailed.  
178 Transcriptions were done right after the interviews to make sure nothing got forgotten. An  
179 interview guide was used for each interview. The interview started with an introduction  
180 where the PI made sure the participants had read and understood the participant information  
181 sheet. And the PI, participant and a witness signed the consent form where the witness stated  
182 that “I was present when the purpose and contents of the Participant Information Sheet was  
183 read and explained satisfactorily to the participant in the language he/she understood. I  
184 confirm that he/she was given the opportunity to ask questions/seek clarifications and same  
185 were duly answered to his/her satisfaction before voluntarily agreeing to be part of the  
186 research.” The participant stated that “I acknowledge that I have read or have had the purpose  
187 and contents of the Participants’ Information Sheet read and all questions satisfactorily  
188 explained to me in a language I understand. I fully understand the contents and any potential  
189 implications as well as my right to change my mind (i.e. withdraw from the research) even  
190 after I have signed this form. I voluntarily agree to be part of this research.” The interview  
191 started with an introduction where the PI thanked the participant for participating and  
192 reminded of the purpose and objective of the study. The PI also reminded about how the  
193 information would be treated and which research ethics were used. Respectively the research  
194 ethics from Oslo Metropolitan University in Oslo, Norway and the University of Accra  
195 Ghana. The study was assessed, reviewed and approved by Norwegian Center for Research  
196 Data and the Ethical Review Committee of the Ghana Health Service. The PI reminded that  
197 participation was voluntary and that the participant could withdraw the consent to participate  
198 both before, under or after the interview. The PI asked for consent to use audio recording.  
199 There were no payment for participating but there were refreshments and something to drink  
200 under the interview. The interview guide was divided into topics and main question with

201 possible follow up questions. The aim was to have such open questions that the participant  
202 could tell their story without having leading questions or too many yes/no answers. So that the  
203 participant could speak freely. If there were questions they didn't want to answer the PI made  
204 sure they knew that not all questions didn't have to be answered unless they wanted to. The  
205 interview ended with some background questions about their marital status, amount of  
206 children and occupation. They were asked to point out the three most important things that the  
207 PI and participant had been talking about as well as if they had something more they wanted  
208 to say. The PI also allowed them to ask questions to the PI in the end, some didn't have any  
209 questions while some wanted to ask the PI about the PI's opinion about among other things  
210 side effects of contraception, when the right age is to have children or how pregnancy affects  
211 the body. Having that question last made sure the PI's opinions didn't affect the participants  
212 answers under the interview and the PI answered her own opinion and made sure to tell  
213 whether she it was facts or just an opinion and whether she was unsure of the answers of their  
214 questions. The interview ended with the PI thanking them for participating. All of the  
215 interviews lasted approximately 45 minutes except one that lasted for about 30 minutes. The  
216 interview guide were used as a frame for the interview and was not followed rigidly, the  
217 conversation could jump back and forth between the questions, and sometimes one question  
218 answered more than one. One of the questions were altered during the data collection,  
219 because it seemed like they didn't fully understand the question. Originally one of the  
220 questions were "what kind of contraception's are you familiar with?" And they answered one  
221 or two methods, but in other questions they mentioned others too. So the question were  
222 altered to "what kind of methods do you know about to prevent pregnancy?" to see if they  
223 would list all of the ones they knew. It looked like they understood it better, but the total of  
224 methods they were familiar with usually were brought up in different questions.

225

<b>Selection criteria</b>	<b>Explanation</b>
Woman aged 18-45	Reproductive age is 15-49 years, due to research ethics the PI will not interview women under the age of 18 since they are considered children. Women in reproductive age can still have children, which means the participants can tell about their experience with family planning and also they may want more children, which means the PI can examine what determines further family planning.
They must have one or more children	The reason for this is that women who already have children can share their experiences about factors determined when and how many children they got.
N= 8-12 women	The strength of the information is more important than many participants and little in-depth knowledge.
The women must speak English	It is important that I can communicate with the women. By using an interpreter, some of the information may be lost in the translation and communication between the participant, the interpreter and myself. At the same time, the use of an interpreter can



	lead to additional costs and be a disruption in the relationship between the researcher (myself) and the participants.
--	--

227

228 **Data analysis**

229 Data were transcribed right after each interview by the PI. The transcriptions were transcribed  
 230 literally, but feedback sounds or humming like “mhm” or “uh-huh” from the PI were left out.  
 231 Laughter were transcribed as “(laughing)”. To analyze the data collected, the PI used Giorgi's  
 232 psychological phenomenological approach. It aims to develop knowledge about the  
 233 participants' world of life within a field. I will look for essences or essential characteristics of  
 234 the phenomenon I am studying. I will try to put my own preconception aside in the encounter  
 235 with data, this is called "bracketing". I will retell the participants' experiences and opinions  
 236 without using my own interpretations as a conclusion. Here, the meaning-bearing units and  
 237 the analysis include the entire text, not just a selection. The content from the meaning-bearing  
 238 units is abstracted without the material being organized with coding. This method  
 239 presupposes insight into phenomenological philosophy. To find the meaningful units, I will  
 240 read through the transcripts several times. Notes and sound recordings must be processed,  
 241 transcribed and analyzed before the result can be called scientific knowledge (12).

242

243 **Table 2** Example of Steps In Giorgi's Descriptive Phenomenological Method.

244

<b>Collecting data</b>	<b>Step 2: extracting meaning units</b>	<b>Step 3: transforming meaning units</b>	<b>Meaning units identified by essential themes</b>
------------------------	---	---	---

<p>Researcher: Could you start by telling me about your experience with family planning?</p> <p>A: Actually, I haven't tried a lot of them. Only condom's, I have tried. But I know of the other methods. I was planning to go in for one. But unfortunately, I got pregnant. So, I haven't really used a lot of family planning methods. Like the IUD or injections. But I have used the condom before.</p> <p>Researcher: OK, I understand and how do you understand family planning, what does family planning mean to you, the word?</p> <p>A: Ok, family planning (laughing), that is the methods that delay giving birth, by planning when to have your kids, spacing and that stuff. And then make sure you're ready to have a child.</p> <p>Researcher: What kind of values are important for you and the people that are close to you? Regarding to family planning or life in general or having kids.</p> <p>A: Honestly, in our society you get married, people expecting you</p>	<p>She said she haven't tried a lot of family planning methods, only condoms.</p> <p>She knows about the other methods and was planning to go in for one, but unfortunately she got pregnant before she could try it. So she haven't used a lot of family planning methods like the IUD or injections. But she have used the condoms before.</p> <p>She says family planning is the methods that delay giving birth, spacing them and making sure you are ready to have a child. She says that in her society when you get married people expect you to have a child. They want you to hurry up and get a child.</p> <p>But apart from that she does not know what other values that is important regarding to planning her family for herself and those she is close to. She said that in her society</p>	<p>The woman knows about different family planning methods like the IUD, injections and condoms. She have only tried the condom and was planning to try one of the other methods, but got pregnant again before she could try it. She was feeling that it was unfortunately because she wanted do delay the next pregnancy. Her understanding of family planning is that it is the methods that allow you to delay and space pregnancy, and also making sure you are ready to have a child. In her society there is high value in</p>	<p>The natural body versus the artificial body</p> <p>Pressure and chois in the process of having children</p>
--	--	---	--

<p>to have a child. Like hurry up and have a child. But apart from that I don't know, I don't know the values. Having kids is an important value in our society. Our parents are expecting a grandchild. Actually there are pressure on women to give birth, if you are married and don't have a child there is pressure. People would think you have a problem or something. They place high value on having children in our society.</p>	<p>having children in an important value. She also said that the parents in her society is expecting a grandchild. And that there is pressure on women to give birth. She says that if you are married and don't have a child there is pressure. And that people would think you have a problem or something. She says that her society places high value in having children.</p>	<p>having children. And women will experience pressure if they don't have a child soon after marriage. If not people will think there is something wrong with you. Parents will expect a grandchild and having children is an important value.</p>	
--	---	--	--

245

246 **Results**

247 **Participants' characteristics**

248 In total 9 women participated in the study. Both the mean age and median age of the  
 249 participants were 33 years old.

250

251 **Table 3** Participants' characteristics

<b>Number of children per woman</b>	Average: 2,7 Median: 3
<b>Marital status</b>	Married: 77,8 % Cohabitation: 22,2 %
<b>Occupation</b>	Stay at home: 2/9

	Stay at home at the moment (otherwise working): 3/9 Working: 4/9
<b>Delivery of their children</b>	All women delivered all of their children at hospital.

252

253 The women's experience with the phenomenon family planning and their experience  
254 encountering the SRH-services were identified by the four essential themes: 1) The natural  
255 body versus the artificial body, 2) Pressure and choice in the process of having children, 3)  
256 SRH-health service experience and 4) sex education as a source of information.

257

258 **The natural body versus the artificial body**

259 All women expressed concerns about modern family planning methods especially changes in  
260 the cycle, excessive or little bleeding and heart beating:

261

262 *The injections gave me heart beating and itching on the skin. I didn't like the side*  
263 *effects so I stopped it.*

264

(Participant F)

265

266 *I used to take the pill every day, but unfortunately I didn't get my menses as usual, I*  
267 *was just bleeding for like 1-2 days. So I went to the hospital, and they gave me the*  
268 *injections that last for 3 months, but then my milk didn't come as much when*  
269 *breastfeeding, I didn't bleed. I went to the hospital again and complained, they just*  
270 *told me it was normal and that I had to just handle the side effects. So I tried the*  
271 *injections for 3 more months, then I was bleeding for two weeks straight so they gave*  
272 *me medicine to stop the bleeding.*

273 (Participant D)

274

275 The women talked about their partners as supportive and wanted what was the best for their  
276 health, most of the women's partners were also worried about the side effects with modern  
277 contraceptive methods:

278

279 *Participant: So, I have tried the pill, but my sister nurse told me to stop it because of*  
280 *the side effects, like you don't bleed as often as you should. Your cycle change you*  
281 *know. They are not good the pills, and I have tried at least 3 different brands of the*  
282 *pill. And my husband would like to use the condom, he prefer that instead of me using*  
283 *pills and stuff with side effects. But the condom, I don't like it, it itches me. So we*  
284 *don't use that either.*

285 *Interviewer: Can you talk about how you experienced the family planning health*  
286 *services?*

287 *Participant: I went to family planning at the hospital after my first one was born to get*  
288 *advice about contraception, but my husband didn't want me to use anything. So he*  
289 *told me not to go again. So I have only been there one time.*

290 (Participant C)

291

292 *Interviewer: What are your partners thoughts about contraception?*

293 *Participant: He only want was is best for me, and agrees with whatever makes me feel*  
294 *safe.*

295 (Participant B)

296 Three of the women were using the traditional contraceptive method (calendar method), two  
297 used no method at all, and two were using modern contraceptive methods. One were using the

298 condom sometimes and other times nothing at all. The ones using the calendar said it worked  
299 really well:

300

301 *Ok, so I have done it all natural, I don't like the pills or anything. I do the ovulation*  
302 *calendar, the safe days and the not safe days, I avoid on the unsafe days. [...]. The*  
303 *calendar works really well.*

304 (Participant B)

305

306 One woman used a traditional method that the author of this article can't seem to find any  
307 information about and can't see that it have been mentioned any other place, she also felt like  
308 the method worked for her, but was aware that it may not be totally safe:

309

310 *Participant: I heard about contraception's from my friends. I heard about like the*  
311 *thing were before you make love, ok, you drink a lot of water. Like an excessive*  
312 *amount of water. Then after you made love, it's like when you go to the toilet, you*  
313 *bend down and push so the semen drops.*

314 *Interviewer: Do you mean that you wiwi (pee) and at the same time you push out the*  
315 *sperm?*

316 *Participant: Yes, you drink water, a lot of it and then after you make love the semen*  
317 *drops. I have seen that it works, the semen drops. But I don't know, maybe some stay*  
318 *inside. But I practice it, and it works.*

319 (Participant E)

320

321 Some of the participant also expressed concerns about the traditional methods not being  
322 totally safe for everybody:

323

324 *Interviewer: Do you know of any traditional methods to prevent pregnancy?*

325 *Participant: Yes, the calendar and the pull out method. But you can't trust that, it is*

326 *not easy to use, you have to like control yourself witch is hard in the moment.*

327 (Participant H)

328

329 *Interviewer: Do you know of any traditional methods as well?*

330 *Participant: Oh, yes but I can't use them because my cycle is irregular. So the beads*

331 *or the calendar will not work for me. So I haven't tried them.*

332 (Participant F)

333

#### 334 **Pressure and choice in the process of having children**

335 The women expressed different opinions in whether they had experienced any pressure in

336 having children. Some said they didn't experience any pressure, some said yes and some said

337 they didn't because they had children soon after they got married and with short intervals:

338

339 *Interviewer: Have you experienced any pressure from your family, society or your*

340 *partner to have children?*

341 *Participant: No not at all, but my mom thinks the best is to have children at a young*

342 *age and then stop. Like have many now and the finish.*

343 (Participant C)

344

345 *Participant: Honestly, in our society you get married, people expecting you to have a*

346 *child. Like hurry up and have a child. [...]. Having kids is an important value in our*

347 *society. Our parents are expecting a grandchild. Actually there are pressure on*

348 *women to give birth, if you are married and don't have a child there is pressure.*

349 *People would think you have a problem or something. They place high value on*

350 *having children in our society.*

351 *Interviewer: Have you experienced any pressure from your family, society or your*

352 *partner to have children?*

353 *Participant: No, because I got pregnant a few months after I got married. And then*

354 *after that I got pregnant again, so I didn't get any pressure. But immediately they*

355 *wanted a second child. And I didn't get the time to get family planning before the*

356 *second one came. So I didn't feel like I got a lot of pressure.*

357 (Participant A)

358

359

360

361 *Yes, or not beside right after I got married the first time and the baby didn't come*

362 *quickly. Then there was a lot of pressure.*

363 (Participant E)

364

365 The women expressed having the right to choose what was the best for themselves. When

366 their family, friends, themselves and their partners had concerns about modern family

367 planning methods it gives less options to choose from when trying to control when to have

368 children. Witch made them choose traditional methods and the natural body, and being more

369 of a victim of the circumstances.

370

371



372 *Interviewer: I would like you to start to tell me about your experience with family*  
373 *planning?*

374 *Participant: I don't have any experience with it. My man don't want me to use*  
375 *anything because he thinks about the side effects. So then I never went for it, I never*  
376 *tried anything.*

377 *Interviewer: Are your thoughts about having children different from your partner's*  
378 *thoughts?*

379 *Participant: Yes, he wants me to have another one soon, and not use any family*  
380 *planning. But I want to finish school, I do the sewing school. And I can't finish school*  
381 *If I get pregnant again now. For me it is important to finish school before I get my*  
382 *second child. But because I don't use any family planning it can happen any time.*

383 (Participant G)

384

385 **SRH-health service experience**

386 Most of the women were pleased with how they were treated at the hospital when giving birth  
387 or when going to family planning. They expressed being treated good and the doctors and  
388 nurses wanting the best for them. The information they got about family planning and sex at  
389 the hospital after giving birth were shallow and they also got different information. Some also  
390 expressed not getting the information or services they needed. 5 of 9 women had been to  
391 family planning at the hospital or health clinics to get information about contraceptives  
392 without the time they gave birth, they went there on their own initiative. One woman  
393 expressed wanting more help from the health workers in choosing a contraceptive that what  
394 was best for her and getting little information about how the contraceptives work:

395

396 *Participant: I used to take the pill every day, but unfortunately I didn't get my menses*  
397 *as usual, I was just bleeding for like 1-2 days. So I went to the hospital, and they gave*  
398 *me the injections that last for 3 months, but then my milk didn't come as much*  
399 *(breastfeeding), I didn't bleed. I went to the hospital again and complained, they just*  
400 *told me it was normal and that I had to just handle the side effects. So I tried the*  
401 *injections for 3 more months, then I was bleeding for two weeks straight so they gave*  
402 *me medicine to stop the bleeding.*

403 *Interviewer: What are your partners thoughts about contraception?*

404 *Participant: I complained about the side effects of contraception's, my husband told*  
405 *me to go to the hospital. So because of the side effects I stopped using the modern*  
406 *methods, now I use the natural method, the calendar.*

407 *Interviewer: Is there anything you can think of that can be improved within the health*  
408 *service, either in relation to information or access to other services related to family*  
409 *planning?*

410 *Participant: Yes, I wish they could help us chose what is the best method based on*  
411 *testing and what is best for our body. I wish they did the testing.*

412 (Participant D)

413

414 The women expressed different thought about the quality and availability of the SRH-health  
415 service, i.e. opinions that were expressed was the availability if the health service and how  
416 they experienced the time at the clinics, as well as their own responsibility to gain  
417 information:

418

419 *Participant: I think mostly some of the doctors, immediately they say this is what the*  
420 *problem with me is and they just give you some things. And the time you spend at the*

421 *hospital is too much. You have to wait many hours. You end up spending so long time*  
422 *at the clinic. You have to go there early in the morning because of the queue. So that*  
423 *means you have to take time away from work. You end up spending 4-5 hours waiting.*  
424 *That is what I don't like about the hospital, especially our government hospital.*

425 *Interviewer: So the hospital is not open in the evening?*

426 *Participant: No they are not, the government hospital at least, most of them close at*  
427 *2pm. And you can go to private hospital, but then you need the insurance for the*  
428 *private hospital, and that is more expensive. So if you want to go to the government*  
429 *hospital you have to go very early in the morning. It would be better if the hospital*  
430 *had longer opening hours, the government one. The private hospital is open 24 hours.*

431 (Participant A)

432

433 *Interviewer: there anything you can think of that can be improved within the health*  
434 *service, either in relation to information or access to other services related to family*  
435 *planning?*

436 *Participant: No, they are very good, they take the best care of you and want what is*  
437 *best for you. So I don't think anything can be improved. The access is also good.*

438 (Participant C)

439

440 *I think people need to be more educated, like they can get educated through WhatsApp,*  
441 *TV, and many places, but they need to be more educated. But the access for*  
442 *contraception and the health services are good enough, but they don't use them.*  
443 *Contraception is not expensive they all can afford it.*

444 (Participant B)

445

446 Whether the women got information about having sex after birth at the hospital were ranging  
447 from little, non or different information this suggest there may not be national guidelines in  
448 what counseling health professionals are supposed to provide for their patients. This may also  
449 indicate that the information provided can be the one of the health professional him or herself.

450

451 *No, they didn't talk about that.*

452 (Participant I)

453

454 *Yes, like right after you give birth your uterus is open so that means you get pregnant*  
455 *right away if you have sex. So after you give birth you have to wait until it closes to*  
456 *have sex if not you get pregnant a 100%.*

457 (Participant C)

458

459

460 *Yes, they said you can have sex after one month.*

461 (Participant E)

462

463

464 *Yes, they said that after you give birth your womb is open, so you have to wait for it to*  
465 *close before you have sex.*

466

467 (Participant G)

468

469 *Yes, like that it can be painful, how long I should wait and how to take care of it and*  
470 *how my body is doing and have to get better after birth.*

471 (Participant B)

472

473 *I don't remember, maybe I think they said 6 weeks you have to wait.*

474

475 (Participant A)

476

477 **Sex education as a source of information**

478 Most of the women remembered having sex education at school. They had it at basic school  
479 and said the boys and girls had the class together, except when the girls had a girls talk about  
480 pads, and were given some pads. They were learning different things during sex education,  
481 that can also be due to age differences in the women participating as well as different schools.  
482 The topics they learned about were among others puberty, the development of the body and  
483 contraceptives. The natural body seems to be an important perspective of the teacher as well,  
484 there were little education given about modern contraceptive methods:

485

486 *We only learned about condom use, and abstaining. HIV and AIDS we learned about*  
487 *at school. And also on TV we got some sex education, and learned about being*  
488 *faithful. We had sex education at basic school. And they showed us the packages from*  
489 *Always, and how to use the pads.*

490 (Participant A)

491

492 *I don't know how it is today, but we had it at basic school. Like they teach about sex,*  
493 *the physical development, pads, period and so on.*

494 (Participant C)

495

496 *It was very shallow education, we learned about adolescents, puberty. And a junior*  
497 *high we learned about contraception's.*

498 (Participant D)

499

500 *Participant: Yes, in biology class. It was not its own subject, but like in biology class,*  
501 *we also had about it as one of the topics.*

502 *Interviewer: What did you learn?*

503 *Participant: Just like about the body, nature, maybe puberty.*

504 (Participant E)

505

506

507 *Yes, here they call it class five. We had about menstruation, and the development of*  
508 *the boy and girl child. And that's it.*

509 (Participant F)

510

511

512 *Yes, like fifth or sixth grade. We had about menstruation, that after you got your first*  
513 *menses and have sex there is a good possibility that you get pregnant. And about*  
514 *adolescents and puberty. And they also told us about the cycle, like have you have*  
515 *some danger days and some safe days. Depending on where you are in your cycle, like*  
516 *before under and after your menses.*

517 (Participant G)

518

519

520 **Discussion**

521 This study aimed to explore how women in Greater Accra Region in Ghana perceive family  
522 planning and how they experienced the SRH-services. The hope was that by understanding  
523 how women perceive family planning and their experience with the health service, this  
524 information could be used to improve the service. The women perceived family planning as a  
525 method that could delay, space and limit childbirth. They saw health benefits with planning  
526 and spacing pregnancies. In addition, family planning can facilitate the completion of  
527 education and participation in working life. This in turn will contribute to a better financial  
528 ability to support their children. At the same time the women perceived modern family  
529 planning methods as a concern to the natural body.

530

531 The women seemed mostly pleased with how nurses and doctors treated them at the hospital  
532 and health clinics when giving birth or going for information about family planning. The  
533 information they got seem shallow, they also got different information witch can indicate  
534 there are no formal standards in what information health professionals are supposed to give  
535 their patients. It can suggest that the health professionals themselves choose what type of  
536 information they give the women, and they also have different opinions and what is right.  
537 Since the women got different information about how long to wait to have sex after giving  
538 birth, and also about the reasons they should wait regarding to their health is looks like the  
539 information they get is based on who they meet at the hospitals or clinics. Improved health  
540 literacy would be key in making the women take control of their own situation, ask more  
541 questions to the health professionals and finding out what is the best for themselves both  
542 when it comes to choosing contraceptive methods and also in taking care of their body after  
543 birth. Most of the women did not go back to family planning at the hospitals or clinics after  
544 their first visit, the side effects were of such concern that they rather would use traditional  
545 methods. Some of the women described being told the side effects were normal and they just

546 had to handle them, or getting little help in choosing one. There is not unreasonable to think  
547 that if the women got more and in depth information about how the different contraceptive  
548 methods work and affect their body the women would be less scared of the side effects and  
549 would be more willing to try other methods as well. The women participating in the study  
550 usually felt like they were pleased with the information they got from the SRH-service. From  
551 and outside perspective and after analyzing the women's different experiences the  
552 information looks to shallow to make the women being able to take good and informed  
553 decisions about their own health. As Wallace and Adongo (2018) found that men in Ghana  
554 have a bigger acceptance of family planning today than from ground studies in the 1990s they  
555 were still worried about the woman's natural body being negatively affected by the use of  
556 contraception and that it may lead to infertility (3). This perception seems to be also that of  
557 the participants in the study, none of them mentioned being scared of infertility, but still there  
558 were worries about how their natural body were changing when using contraceptives or  
559 listening to the experiences of their acquaintances.

560

561 Even though education is not part of the health service, sex education is still an important  
562 source of information. All the women had education from basic school which means that  
563 information they get from school is likely to reach more people, than when women  
564 themselves have to seek out information. The women's experience with sex education varied  
565 a lot, which can be due to age differences in the participants and that the curriculum have  
566 changed over time. It can also be that the schools themselves choose what topics they educate  
567 the students.

568

569 According to a report from the Guttmacher Institute (2017) three-fourths of the students were  
570 exposed to at least one topic among five key categories related to sexual and reproductive



571 education. Only 8 % of the students reported being educated about all of the topics that  
572 constitute a comprehensive curriculum according to international guidelines. Nearly all  
573 students had learned about abstinence. As well as HIV, reproductive physiology and SRH  
574 rights in their classes. Less than half had learned about contraceptive methods. And where to  
575 access HIV or STI services and where to get and how to use contraceptives (14). This results  
576 support the findings in this study, the women had learned about different things and the  
577 information about contraceptive use and how they work were shallow. SRH-education at  
578 school is important in spreading information about contraceptive methods, since the education  
579 will reach far more people than those choosing to seek out information themselves.

580

581 A survey published in September 2021 with the objective to improve contraceptive  
582 counseling. As well as reduce the high rates of unintended pregnancies among Ghanaian  
583 women. By understanding the barriers and facilitators of hormonal contraceptive use. Results  
584 showed that the most valued attributes to hormonal method were the effectiveness in  
585 preventing pregnancy, and low risk of harming health and future fertility. At the same time  
586 concerns about harming health and future fertility were the second most common reason for  
587 discontinuing use of hormonal methods. Menstrual changes were a common concern leading  
588 some respondents to discontinue hormonal contraceptives, many were still willing to endure  
589 these side effects. Long-term health issues as a perceived result of hormonal contraceptive use  
590 more than halved the odds of current use. The study also found that only 62 % of the  
591 respondents reported that they got information on potential changes to monthly bleeding. Half  
592 of them reported getting information on other potential side effects. 96 % of the respondents  
593 obtained the method they wanted, but only 76 % were given information about other methods  
594 they could use. These findings aligned with the results presented in this study. Concerns about

595 changes in bleeding were a major contribute to changing to natural methods or not try be  
596 willing to try the different options at all (15).

597

### 598 **Limitations**

599 The study needs to be considered in relation to its limitations. After completing the  
600 interpretation of the data, the PI found that follow up interviews could have given a broader  
601 perspective. However, due to limited time in Ghana and also the limited timeframe prevented  
602 the conduction of follow up interviews. All participants were residence in Greater Accra  
603 Region, Ghana. The PI did not gather background information about were the participants i.e.  
604 grew up or education level. This kind of background information could have been used to  
605 look for patterns regarding any connection between background and their experiences.  
606 However, their experiences showed no major differences in their experiences with family  
607 planning. There is a need for researchers in the future to revise the specific method for  
608 gathering data. Neither the PI or the participants have English as their first language, even  
609 though both were capable at communication well in English during the interviews there is still  
610 possible that the lack of fluency in English can have affected the data collection and  
611 interpretation of them.

612

### 613 **Conclusion**

614 Going into this study there were an expectation to find that the health communication at the  
615 hospitals needs to be improved in order to promote contraception use. The findings was that  
616 most women do not go to hospitals for family planning. The author of this article think that in  
617 order to implement family planning, one need to get information out to women without they  
618 needing to seek it out themselves. More in depth sex education at schools, as well as  
619 education and counseling on how modern contraceptives work and can affect the body is need

620 to promote health literacy. Implementation of national guidelines, as well as using the  
621 guidelines as a basis for health professionals conversations with patients can help promote  
622 family planning. Counseling on available contraceptive methods, and their possible side  
623 effects can also help reduce the women's partners opposition to the methods. The information  
624 given should include both the benefits and disadvantages with each method. Health  
625 professionals should support women in using their preferred method in the most effective way  
626 possible. As well as how to manage side effects, and changing and discontinuing  
627 contraceptives as they like. Lacking information about how contraceptive works, and both  
628 benefits and disadvantages with them takes away the opportunity to make a fully informed  
629 choice.

630

### 631 **Abbreviations**

632 SRHR: Sexual and reproductive health and rights

633 SRH: Sexual and reproductive health

634 SDG: Sustainable development goals

635 PI: Principal investigator

636 STI: sexually transmitted infections

637 HIV: human immunodeficiency virus

638 AIDS: acquired immunodeficiency syndrome

639

### 640 **Ethics approval and consent to participate**

641 All participants received oral and written information about the purpose of the study before

642 giving their written consent to participate. The study were approved by OsloMet, the

643 Norwegian Center for Research Data (Ref: 948462) and the Ethical Review Committee of the

644 Ghana Health Service (Ref: GHS/RDD/ERC/Admin/App/22/050).

645

646 **Consent for publication**

647 Not applicable

648

649 **Availability of data and material**

650 The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the

651 corresponding author on reasonable request.

652

653 **Competing Interests**

654 The author declare no conflict of interest.

655

656 **Funding**

657 There were no funding sponsors in this study.

658

659 **Authors contributions**

660 The PI, Hedda Aanderaa formulated the study design with help from supervisor Camilla

661 Hansen. The PI carried out the data collection and analysis and drafted the paper. Camilla

662 Hansen were supervising all steps of the process, as well as Dr. Amos Laar contributing to the

663 study design being in line with the ethical standards from Ghana Health Service.

664

665 **Acknowledgments**

666 The author wish to thank Mr. Tete Kobla Agbota, associate professor at Oslo Metropolitan

667 University, for guidance with the master as well as helping finding participants for the study.

668 Mr. Forgive Gawu for driving me to and from study sights and having good conversations

669 about how family planning. The author wish to thank the local tailor for helping finding

670 participants to the study. I wish to thank nurse Cecilia and Dr. Tsidi at Tema General Hospital  
671 for allowing me to visit the hospital and for a good conversations about witch family planning  
672 services they provide as well as giving me insight to the traditional methods. A big thank you  
673 to Dr. Amos Laar and his assistant who helped me getting my ethics approval in Ghana.  
674 Thank you to all the women participating in the study, you were so open to me and  
675 welcoming and gave me the opportunity to do this study. To my supervisor Camilla Hansen  
676 and co-supervisor Sara Rivenes Lafontan I want to thank you for supervising me through this  
677 process which was my first time as a researcher.

678

## 679 **References**

- 680 1. Unitet Nations Departement of Economic and Social Affairs, Population Divisions.  
681 (2020). World Family Planning 2020 Higlhts: Accelerating action to ensure  
682 universal access to family planning (ST/ESA/SER.A/450). Retrieved 2021, November  
683 3 from:  
684 [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/unpd_2020_worldfamilyplanning_highlights.pdf)  
685 [/files/documents/2020/Sep/unpd\\_2020\\_worldfamilyplanning\\_highlights.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/unpd_2020_worldfamilyplanning_highlights.pdf)
- 686 2. Prata N, Fraser A, Huchko MJ, Gipson JD, Withers M, Lewis S, Ciaraldi EJ,  
687 Upadhyay UD. Women’s empowerment and family planning: a review of the  
688 litterature. *J Biosoc Sci.* 2017 Nov;49(6):713-743. doi: 10.1017/S0021932016000663.  
689 Epub 2017 Jan 10. PMID: 28069078; PMCID: PMC5503800.
- 690 3. Wallace L, Adongo PB. Change and Continuity in Kassena Men's Perceptions of  
691 Family Planning in Northern Ghana. *Hum Organ* 2018 Summer;77(2):135-145.
- 692 4. Blackstone SR. Women’s empowerment, household status and contraception use in  
693 Ghana. *J Biosoc Sci.* 2017;49(4):423-434. PubMed PMID: 27510983.

- 694 5. Akazili J, Kanmiki EW, Anaseba D, Govender V, Danhoundo G, Koduah A. (2020).  
695 Challenges and facilitators to the provision of sexual, reproductive health and rights  
696 services in Ghana. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(2), 128-142.  
697 <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1846247>
- 698 6. FN Sambandet. (2020). Sammenlign verdens land, Norge sammenlignet med Ghana  
699 [Internet]. Obtained 2021.05.20. Available from:  
700 <https://www.fn.no/Land/Sammenlign-land?country1=306&country2=238>
- 701 7. World Health Organization. (n.d.). Ghana. Obtained 2021-05-21 from  
702 <https://www.who.int/countries/gha/>
- 703 8. United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2019). Contraceptive  
704 Use by Method 2019. Retrieved 2021-10-15 from:  
705 [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf)  
706 [/files/documents/2020/Jan/un\\_2019\\_contraceptiveusebymethod\\_databooklet.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf)
- 707 9. Tønnesen, M. (2020-12-31). Demografisk overgang. I Store norske leksikon.  
708 Retrieved 2021-11-05 from [https://snl.no/demografisk\\_overgang](https://snl.no/demografisk_overgang)
- 709 10. The World Bank (n.d.). Population growth (annual %) – Ghana. [Internet]. Obtained  
710 2020-06-28 from  
711 [https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?end=2019&locations=GH&start](https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?end=2019&locations=GH&start=1961&view=chart)  
712 [=1961&view=chart](https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?end=2019&locations=GH&start=1961&view=chart)
- 713 11. Malterud, K. (2012). Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag.  
714 Universitetsforlaget.
- 715 12. Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. issue).  
716 Universitetsforlaget.
- 717 13. Ghana Statistical Service. (without year). Populations by Regions Greater Accra.  
718 Retrieved 2022, April 30 from:

- 719 [https://www.statsghana.gov.gh/regionalpopulation.php?population=MTM0NTk2MjQ](https://www.statsghana.gov.gh/regionalpopulation.php?population=MTM0NTk2MjQzOS4yMDE1&&Greater%20Accra&regid=3@)  
720 [zOS4yMDE1&&Greater%20Accra&regid=3@](https://www.statsghana.gov.gh/regionalpopulation.php?population=MTM0NTk2MjQzOS4yMDE1&&Greater%20Accra&regid=3@)
- 721 14. Asare KA, Stillmann M, Keogh S, Doku DT, Kyereme AK, Donkoh KE, Leong E,  
722 Adjei JA, Bankole A. From Paper to Practice: Sexuality Education Policies and Their  
723 Implementation in Ghana. Guttmacher Institute. April 2017. Abtained 2022-05-10  
724 from: [https://www.guttmacher.org/report/sexuality-education-](https://www.guttmacher.org/report/sexuality-education-ghana?fbclid=IwAR1gTDFD1HEFYqEgDLjFeoDBMAjmqIlg0rp8ChJH3R9dpBBij4r8VTYhTvkY)  
725 [ghana?fbclid=IwAR1gTDFD1HEFYqEgDLjFeoDBMAjmqIlg0rp8ChJH3R9dpBBij4r](https://www.guttmacher.org/report/sexuality-education-ghana?fbclid=IwAR1gTDFD1HEFYqEgDLjFeoDBMAjmqIlg0rp8ChJH3R9dpBBij4r8VTYhTvkY)  
726 [8VTYhTvkY](https://www.guttmacher.org/report/sexuality-education-ghana?fbclid=IwAR1gTDFD1HEFYqEgDLjFeoDBMAjmqIlg0rp8ChJH3R9dpBBij4r8VTYhTvkY)
- 727 15. Keogh SC, Otupiri E, Castilli PW, Chiu DW, Polis CB, Nakua K, Bell O. , Phili Hormonal  
728 contraceptive use in Ghana: The role of method attributes and side effects in method  
729 choice and continuation. 2021; Volume (3): 235-245  
730 <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.05.004>

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Søkelogg



DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	AVGRENSNINGER
Oria	23.01.2022	Women «og» family planning «og» sustainable development	27 277	Engelsk Artikler Fra fagfelleverdert tidskrift Årstall: 2016-2022
FN Sambandet	21.11.2021	Tema- Fattigdom, bærekraftig utvikling og befolkning		
WHO	23.02.2022	Empowerment Family planning Contraception		

### 8.2 Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisen består av tre deler:

A: Kan du stole på resultatene?

B: Hva forteller resultatene?

C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

#### Kritisk vurdering av:

Starbird, E., Norton, M. & Marcus, R. (2016). Investing in Family Planning: Key to Achieving the Sustainable Development Goals. *Global Health: Science and Practice*, 4(2), 191-210. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00374>

Del A: Kan du stole på resultatene?



Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

populasjonen (personene oversikten handler om)

tiltaket som gis til intervensjonsgruppen

sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen

utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

**Kommentar:**

Hensikten med artikkelen er klart formulert. Det er en commentary som legger frem beviser for hvordan familieplanlegging kan bidra til å nå bærekraftsmålene, forfatterne håper at kunnskapsgapet skal kunne bidra til at det forskes mer på feltet.

Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Relevante studier:

svarer på samme spørsmål som oversikten

har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:

effekt – randomisert kontrollert studie

årsak – kohortstudie

diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest

prognose – kohortstudie

erfaringer – kvalitativ studie

Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter:

populasjon

tiltak

sammenligning

utfall

**Kommentar:** Det er ikke lagt med inklusjons og eksklusjonskriterier for dataene som er valgt å presenteres i artikkelen. Dette kan være en «confirmation bias», at forskerne kun har lagt frem beviser som styrker deres tro. Samtidig diskuterer de og redegjør for resultatene de har funnet og sier også at bevisene ikke alltid er så sterke.

Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Se etter:

hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)

om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)

om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

**Kommentar: Det er ikke gjort rede for søkene.**

Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?

Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?

Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

**Kommentar: Det er gjort rede for om resultatene som legges frem er sterke eller ikke, og når det trengs mer forskning på feltet.**

Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?

Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?

Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)

Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)

Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

**Kommentar: Ikke relevant.**

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar: Ja, men det trengs også mer forskning på sammenhengen mellom familie planlegging og hvordan det kan bidra til å nå bærekraftsmålene.**

Del B: Hva forteller resultatene?

Hva er resultatene?

**Tips:** Vurder

hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten

hvordan resultatene er fremstilt, se etter:

gjennomsnittsforskjell (mean difference)

standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)

numbers needed to treat (NNT)

numbers needed to harm (NNH)

odds ratio (OR)

relativ risiko (RR)

relativ risikoreduksjon (RRR)

absolutt risikoreduksjon (ARR)

**Kommentar: Jeg forstår hovedkonklusjonene i oversikten og hvordan forfatterne tenker at familieplanlegging kan bidra til å nå bærekraftsmålene.**

Hvor presise er resultatene?

**Tips:** Se på

konfidensintervall (KI/CI)

interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

**Kommentar: Ikke relevant. Det fremheves derimot når man ser er usikker på sammenhengen.**

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Kan resultatene overføres til praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis

din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

**Kommentar: Resultatene viser hvilke områder vi kan jobbe på for å nå bærekraftsmålene og når familieplanlegging vil ha en god effekt på dette. Derimot vil dere være utfordringer ved å implementere familieplanlegging i praksis.**

Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

**Kommentar: Det redegjøres for hvordan familieplanlegging kan bidra til å nå bærekraftsmålene, men ikke hvilke utfordringer som står i veien for å implementere familieplanlegging.**

Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

nyttan av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger

det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

**Kommentar: Familieplanlegging blir vurdert som en kostnadseffektiv intervensjon sammenliknet med andre intervensjoner for å nå bærekraftsmålene.**

### 8.3 Sjekkliste for vurdering av helseøkonomiske studier

**Kritisk vurdering av:**

Goodkind, D., Lollock, L., Choi, Y., McDevitt, T. & West, L. (2018). The demographic impact and development benefits of meeting the demand for family planning with modern contraceptive methods. *Global Health Action*, 11(1), 1423861.

<https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1423861>

Tema	Nr Spørsmål	Svar
<b>1. Var problemstillingen veldefinert?</b>	1 Vurderes både kostnader og effekt av en intervensjon?	<u>Ja</u> /Nei/Uklart
	2 Ble alternativer sammenlignet?	<u>Ja</u> /Nei/Uklart
	3 Ble alle relevante alternativer definert?	<u>Ja</u> /Nei/Uklart
	5 Var studiens perspektiv relevant for spørsmålet som skulle besvares?	<u>Ja</u> /Nei/Uklart
<b>2. Kliniske effektdata</b>	1 Hva var kvaliteten på effektdataene? Dersom Kunnskapssenteret eller andre HTA-miljøer har vurdert effektdataene, baser vurderingen på disse. Hvis nei, gjør din egen vurdering eller spør eventuelt en person med klinisk bakgrunn	<u>Høy</u> /Moderat/Lav
<b>3 Kostnader</b>	1 Ble kildene til all ressursbruk oppgitt?	Ja/Nei/Uklart
	2 Ble all relevant ressursbruk tatt med (i forhold til studiens perspektiv)?	Ja/Nei/Uklart
	3 Ble ressursbruken verdsatt på en fornuftig måte?	Ja/Nei/Uklart
	4 Ble prisåret oppgitt?	Ja/Nei/Uklart
	5 Ble kostnadene diskontert? Hvis ikke, ble dette rettferdiggjort?	Ja/Nei/Uklart
	6 Ble forbruket av ressurser rapportert separat fra enhetskostnadene?	Ja/Nei/Uklart
<b>4 Utfallsmål</b>	1 Ble alle relevante endepunkter inkludert? Hvis nei, er det velbegrunnet hvorfor noen utfall er utelatt?	Ja/Nei/ <u>Uklart</u>
	2 Cost-effectiveness: Er utfallene riktig målt? Eks: Vunne leveår, sykdomsprofil målt vha en generisk helsestatus profil, intermediære mål istedenfor endelige mål, etc	<u>Ja</u> /Nei/Uklart
	3 Cost-utility: Ble livskvalitet målt med en preferansebasert metode?	<u>Ja</u> /Nei/Uklart/Ikke relevant
	4 Cost-utility: Ble det rapportert hvem som gjorde verdsettingen av helseutfallene?	<u>Ja</u> /Nei/Uklart/Ikke relevant
	5 Ble utfallene diskontert? Hvis ikke, ble dette rettferdiggjort?	<u>Ja</u> /Nei/Uklart

Ikke relevant ettersom studien analyserer statistiske data og ikke har analysert kostnadsbruken knyttet til å nå effektmålene

<b>5 Analyse/ Modellering</b>	1	Ble tidshorizonten angitt og rettferdiggjort?	<u>Ja/Nei/Uklart</u>
	2	Var tidshorizonten lang nok til å fange opp forskjellene i kostnader og effekter mellom intervensjon og komparator?	<u>Ja/Nei/Uklart</u>
	3	Ble sykdomstilstandene/pasientstrømmen beskrevet og rettferdiggjort?	<u>Ja/Nei/Uklart / Ikke relevant</u>
	4	Hvis relative effekter er blitt avledet fra kliniske studier, har de blitt koblet sammen (synthesized) på en korrekt måte?	<u>Ja/Nei/Uklart/Ikke relevant</u>
	5	Har metodene og forutsetningene som ble brukt til å ekstrapolere korttidsresultater/intermediære endepunkter til endelige utfall blitt dokumentert og rettferdiggjort?	<u>Ja/Nei/Uklart/Ikke relevant</u>
	6	Har forutsetninger med hensynt til opprettholdt behandlingseffekt også etter at behandlingen er avsluttet blitt dokumentert og rettferdiggjort?	<u>Ja/Nei/Uklart/Ikke relevant</u>
	7	Markov-modell: Ble sykluslengden definert og rettferdiggjort med hensyn til hvordan sykdommen arter seg?	<u>Ja/Nei/Uklart/Ikke relevant</u>
	8	Markov-modell: Ble valget av baseline data beskrevet og rettferdiggjort?	<u>Ja/Nei/Uklart/Ikke relevant</u>
<b>6 Sammenstilling og presentasjon</b>	1	Ble studiens resultater presentert som en sammenligning av kostnader og konsekvenser? Tekst	<u>Ja/Nei/Uklart</u>
	2	Ble usikkerheten i studien tilstrekkelig undersøkt i en sensitivitetsanalyse? I tilfelle, hva slags standard var det på analysen?	Høy/Lav/Moderat <b>Fant ikke sensitivitetsanalyse</b>
	3	Ble studiens begrensninger diskutert?	<u>Ja/Nei/Uklart</u>
	4	Var det noen åpenbare feil i analysen?	<u>Ja/Nei/Uklart</u>
<b>7 Overførbarhet av resultater</b>	1	Er de epidemiologiske forholdene "like nok" til å være relevante for norske forhold. Sammenlign insidens, prevalens, bakgrunnsdødelighet, evt. årsaksspesifikk dødelighet og andre epidemiologiske tall brukt i modellen med norske tall.	<u>Ja/Nei/Uklart</u>
	2	Er det grunn til å tro at klinisk praksis (og dermed også kostnader i form av ressursforbruk) er annerledes i Norge enn i det landet studiene kommer fra?	<u>Ja/Nei/Uklart</u>
	3	Er det et rimelig forhold mellom enhetsprisene brukt i studiene og enhetsprisene i Norge?	<u>Ja/Nei/Uklart</u>
	4	Er diskonteringsraten for kostnader og effekter den samme som vi bruker i Norge?	<u>Ja/Nei/Uklart</u>

## 8.4 Ros-analyse

Resultatene er ikke ment å være overførbare til norske forhold, men de kan overføres til land med lignende utfordringer knyttet til å nå et demografisk utbytte

# OPPSUMMERING: Nettskjema er kryptert slik at bare studenten har tilgang

## Transkriberingen av kvalitative data samlet via intervjuer skjer på nettskjema

### Lagring av data skjer elektronisk i nettskjema

### Samtykkeskjema og navneliste oppbevare separat fra data og lagres innlåst og sikkert

#### RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering/Prioritering. Se på arkene "Veileder" for ytterligere informasjon.

<b>Forskningsprosjekt - tittel:</b> Den naturlige kroppen - Kvinners oppfatninger om familieplanlegging i urbane Ghana <b>Prosjektleder:</b> Hedda Aanderaa <b>Prosjekt NSD (hvis aktuelt):</b> 948462 <b>Prosjekt REK (hvis aktuelt):</b> Ikke aktuelt <b>Prosjekt i UBW (Agresso) (hvis aktuelt):</b> Ikke aktuelt <b>Prosjektets formål (kort beskrivelse):</b> Denne studien ønsket å utforske kvinner i Accra i Ghana sine erfaringer med familieplanlegging <b>Antall registrerte informanter:</b> 9 <b>Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter)</b> Kvinner med barn <b>Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkkler lagres:</b> Nettskjema diktatfon app <b>Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?</b> master student Hedda Aanderaa og veilederne	<b>Dokumentet skal lagres i arkivsystemet P360. Slik gjør du det:</b> 1) Trykk på 360' øverst på høyre side i menylinja, etter at du har fylt ut skjemaet. 2) Logg på P360. 3) Trykk: Lagre som nytt dokument i P360. Det åpnes et vindu/sak i P360. Velg "Nøst uten oppfølging". 4) Fyll ut saknummer som gjeld det fakulter/sentra og tittel på dokumentet. (Se egen bruksanvisning). 5) Trykk "Ullfar". <b>Saksnr: P360.</b> <b>HV: 18/09630</b> <b>UBW: 18/10940</b> <b>SAM: 18/11207</b> <b>SPS: 18/11221</b> <b>SVA: 18/11208</b> <b>TKD: 18/09703</b>
---	--

Kategorier	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikoelement	Eksisterende tiltak	Risiko			Nye tiltak
						S	K	Risiko	
Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.	Benytt nedtrekksmeny (drop down).	Hva kan skje?	Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?	Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet). Se på arkene "Veileder" for ytterligere informasjon.  Fyll ut kolonnene til høyre, om eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak, basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i eksempelet	Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.  Risiko genereres automatisk som resultat av sannsynlighet og konsekvens.	Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy.			Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
<b>Datainnsamling</b>	<b>Lydopptak</b>	Mister/skader telefon før overføring til nettskjema.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktatfon app mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktatfon app	<b>Konfidensialitet</b> (At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende)  <b>Integritet</b> (At informasjon ikke blir endret utilsiktet eller av uvedkommende)  <b>Tilgjengelighet</b> (At informasjon er tilgjengelig ved behov)	Overføre informasjon fra diktatfon app til annen lagringsenhet etter hvert intervju.  [Tekst]	2	3	5	Bruker mobilapp  [Tekst]
					Samme som for konfidensialitet.	3	4	7	Gjøre nytt intervju

<b>Datainnsamling</b>	<b>Lydopptak</b>	Dårlig kvalitet på lydopptak. Hører ikke hva informanten har sagt	Får ikke nytte av data, eller feiltolker informasjon	<b>Konfidensialitet</b>  <b>Integritet</b>  <b>Tilgjengelighet</b>	Dårlig lyd kvalitet påvirker ikke konfidensialitet  Feiltolkning  Samme som for konfidensialitet.	1	1	2	Gjøre nytt intervju  [Tekst]  Diktatfon som back-up. Omgivelse med lite støy. Lyttest før intervju
<b>Datadeling</b>	<b>Internt OsloMet</b>	Data tilgjengelig for uvedkommende	Data lastet på usikret utstyr	<b>Konfidensialitet</b>  <b>Integritet</b>  <b>Tilgjengelighet</b>	Ikke lagre på personlig utstyr  Ikke relevant  Lagring på godkjent	1	4	5	Kun godkjen utstyr benyttes  [Tekst]  Kun godkjen utstyr benyttes
<b>Analyse</b>	<b>Intervjukoding</b>	Samtykkeerklæringer eller navnelister tilgjengelig for uvedkommende	Uønsket utlevering av personopplysninger	<b>Konfidensialitet</b>  <b>Integritet</b>  <b>Tilgjengelighet</b>	Hver informant anidentifiseres (personnavn, stedsnavn og andre personidentifiserende data fjernes) ved transkripsjon slik at det ikke blir mulig å identifisere enkeltpersoner i teksten  Informasjon vil ikke endres vesentlig og den vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende  Det er kun studenten som vil ha tilgang til informasjon.	1	1	2	[Tekst]  [Tekst]
<b>Analyse</b>	<b>Transkribering</b>		Dårlig kvalitet på lydopptak. Tolkning i stedet for ordrett transkribering identifisering av informant	<b>Konfidensialitet</b>  <b>Integritet</b>  <b>Tilgjengelighet</b>	Transkripsjoner skal anonymiseres (f.eks navn, sted, tid, steden diagnose fjernes. Oppgi om det er usikkert hva som ble sagt.  Informasjonen vil ikke endres og kommer ikke til å være tilgjengelig for uvedkommende  Det er kun studenten og veileder som vil ha tilgang til tekstene	1	2	3	[Tekst]  [Tekst]

Analyse	Andre		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Ingen andre enn student og veileder(e) skal ha tilgang til transkriberte tekster. All materiale som analyseres er auidentifisert. Tekstanalysen gjøres manuelt evt ved hjelp av digitale programmer (som Nvivo) av studenten og studentens veileder(e).	1	1	2	[Tekst]
				Integritet	Informasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]
Avslutning	Slette		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Lydfiler skal slettes	1	1	2	[Tekst]
				Integritet	Informasjon vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende og vil ikke endres	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]
Avslutning	Anonymisering		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	I den ferdige masteroppgaven vil ikke informanters identitet kunne bidra til gjenkjenneelse. All presentasjon av informanter er anonymisert.	1	1	2	[Tekst]
				Integritet	Informasjonen vil ikke endres og kommer ikke til å være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]
				Konfidensialitet	kanne bidra til gjenkjenneelse. All presentasjon av informanter er anonymisert.	1	1	2	[Tekst]
				Integritet	Informasjonen vil ikke endres og kommer ikke til å være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]
Avslutning	Lagingskrav etter avsluttet prosjekt		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Lydfiler og informerte samtykkeklammer destrueres etter avsluttet prosjekt.	1	1	2	[Tekst]
				Integritet	Informasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder(e) som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]
Teknisk	Andre		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Transkriberingen av intervjuer skjer på nettskjema i tråd med OsloMets og NSD sine retningslinjer.	1	1	2	[Tekst]
				Integritet	Informasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]

## 8.5 Vurdering fra NSD

### Assessment

02.11.2021

### Reference number

948462

### Project title

Familieplanlegging

### Data controller (institution responsible for the project)



OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

**Project period**

15.10.2021 - 30.11.2022

**Date**

02.11.2021

**Type**

Standard

**Comment**

Our assessment is that the processing of personal data in this project will comply with data protection legislation, so long as it is carried out in accordance with what is documented in the Notification Form and attachments, dated 02.11.2021, as well as in correspondence with NSD. Everything is in place for the processing to begin.

**TYPE OF DATA AND DURATION** The project will process general categories of personal data, special categories of personal data about racial or ethnic origin, religious beliefs, health data, and sex life or sexual orientation until 30.11.2022.

**LEGAL BASIS** The project will gain consent from data subjects to process their personal data. We find that consent will meet the necessary requirements under art. 4 (11) and 7, in that it will be a freely given, specific, informed and unambiguous statement or action, which will be documented and can be withdrawn.

The legal basis for processing general categories of personal data is therefore consent given by the data subject, cf. the General Data Protection Regulation art. 6.1 a). The legal basis for processing special categories of personal data is explicit consent given by the data subject, cf. art. 9.2 a), cf. the Personal Data Act § 10, cf. § 9 (2).

**PRINCIPLES RELATING TO PROCESSING PERSONAL DATA** NSD finds that the planned processing of personal data will be in accordance with the principles under the General Data Protection Regulation regarding: • lawfulness, fairness and transparency (art. 5.1 a), in that data subjects will receive sufficient information about the processing and will give their consent • purpose limitation (art. 5.1 b), in that personal data will be collected for specified, explicit and legitimate purposes, and will not be processed for new, incompatible

purposes • data minimisation (art. 5.1 c), in that only personal data which are adequate, relevant and necessary for the purpose of the project will be processed • storage limitation (art. 5.1 e), in that personal data will not be stored for longer than is necessary to fulfil the project's purpose

THE RIGHTS OF DATA SUBJECTS NSD finds that the information that will be given to data subjects about the processing of their personal data will meet the legal requirements for form and content, cf. art. 12.1 and art. 13.

Data subjects will have the following rights in this project: access (art. 15), rectification (art. 16), erasure (art. 17), restriction of processing (art. 18), notification (art. 19) and data portability (art. 20). These rights apply so long as the data subject can be identified in the collected data.

We remind you that if a data subject contacts you about their rights, the data controller has a duty to reply within a month.

FOLLOW YOUR INSTITUTION'S GUIDELINES NSD presupposes that the project will meet the requirements of accuracy (art. 5.1 d), integrity and confidentiality (art. 5.1 f) and security (art. 32) when processing personal data.

Nettskjema is a data processor for the project. NSD presupposes that the processing of personal data by a data processor meets the requirements under the General Data Protection Regulation arts. 28 and 29.

To ensure that these requirements are met you must follow your institution's internal guidelines and/or consult with your institution (i.e. the institution responsible for the project).

NOTIFY CHANGES If you intend to make changes to the processing of personal data in this project it may be necessary to notify NSD. This is done by updating the information registered in the Notification Form. On our website we explain which changes must be notified. Wait until you receive an answer from us before you carry out the changes.

FOLLOW-UP OF THE PROJECT NSD will follow up the progress of the project at the planned end date in order to determine whether the processing of personal data has been concluded.

Good luck with the project! Contact person at NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø

## 8.5 Vurdering fra Ghana Health Service Ethics Review Committee

### GHANA HEALTH SERVICE ETHICS REVIEW COMMITTEE

*In case of reply the  
number and date of this  
Letter should be quoted.*



Research & Development Division  
Ghana Health Service  
P. O. Box MB 190  
Accra  
Digital Address: GA-050-3303  
Mob: +233-50-3539896  
Tel: +233-302-681109  
Email: ethics.research@ghsmai.org  
18<sup>th</sup> February 2022

My Ref: GHS/RDD/ERC/Admin/App | 22/050  
Your Ref. No.

Hedda Marie Brenfelt Aaderaa  
Oslo Metropolitan University  
Birch-Reichenwalds Gate 10, 0483 Oslo, Norway

The Ghana Health Service Ethics Review Committee has reviewed and given approval for the implementation of your Study Protocol.

GHS-ERC Number	<b>GHS-ERC: 046/01/22</b>
Study Title	Family Planning and Empowerment - How to Strengthen Women's Health through Health Communication
Approval Date	18 <sup>th</sup> February, 2022
Expiry Date	17 <sup>th</sup> February, 2023
GHS-ERC Decision	<b>Approved</b>

#### This approval requires the following from the Principal Investigator

- Submission of a yearly progress report of the study to the Ethics Review Committee (ERC)
- Renewal of ethical approval if the study lasts for more than 12 months,
- Reporting of all serious adverse events related to this study to the ERC within three days verbally and seven days in writing.
- Submission of a final report after completion of the study
- Informing ERC if study cannot be implemented or is discontinued and reasons why
- Informing the ERC and your sponsor (where applicable) before any publication of the research findings.

**You are kindly advised to adhere to the national guidelines or protocols on the prevention of COVID-19**

Please note that any modification of the study without ERC approval of the amendment is invalid.

The ERC may observe or cause to be observed procedures and records of the study during and after implementation.

Kindly quote the protocol identification number in all future correspondence in relation to this approved protocol

SIGNED.....

Dr. James Akazili  
(Head, Ethics & Research Management Department)

Cc: The Director, Research & Development Division, Ghana Health Service, Accra