

MASTEROPPGAVE I JORDMORFAG

MAJO5900

November 2018

Hvis kvinnene fikk velge...

En kartlegging av unge kvinners ønsker og erfaringer når det kommer til
prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse

Kandidatnr: 601 og 608

Antall ord: 7194

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Forord

Å skrive en masteroppgave som inkluderer utarbeidelse av et spørreskjema har vært en lang og krevende prosess, men nå når vi sitter med et ferdigstilt resultat er vi både stolte og glade for at vi bega oss ut på dette prosjektet.

Vi ønsker spesielt å takke kvinnene som tok seg tid til å delta på vår studie, uten dere hadde ikke studien vært mulig å gjennomføre!

Vi vil takke hverandre for godt samarbeid gjennom hele prosessen!

Sist, men ikke minst, ønsker vi å takke våre familier og venner for god støtte og oppmuntring undervegs i skriveprosessen. En ekstra takk til dere som har tatt dere tid til å lese og gi tilbakemeldinger, dere vet hvem dere er!

Leserveiledning

Denne studien er en masteroppgave i jordmorfag, skrevet som en vitenskapelig artikkel (vedlegg 1) med tilhørende overbyggingsdel (kappe). Artikkelen er skrevet etter kravene som er satt av Sykepleien Forskning (vedlegg 5), med mulighet for å kunne søke publisering (Sykepleien, u.å). Artikkelen kan leses uavhengig av kappen, men ikke omvendt. Det anbefales at man leser artikkelen først. Kappen er en fordypning til artikkelen. Alle tabeller og figurer ligger vedlagt som vedlegg da dette er krav fra forfatterveiledningen (Sykepleien, u.å). Det vises til disse tabellene både i kappen og artikkelen.

I artikkelen og kappen er det ulike referansestiler, henholdsvis Vancouver og APA. Dette er i tråd med tidsskriftets forfatterveiledning og de retningslinjer som er for oppgaveskriving ved OsloMet- storbyuniversitet. Derfor inneholder oppgaven i sin helhet to referanselister, en for artikkelen og en for kappen.

Sammendrag

Tittel: Hvis kvinnene fikk velge... En kartlegging av unge kvinners prevensjonsvaner, ønsker og erfaringer når det kommer til prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse

Hensikt: Hensikten med denne studien er å kartlegge unge kvinners ønsker og erfaringer når det kommer til prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse.

Problemstilling: Hvordan er unge kvinners prevensjonsvaner og hva er viktig for dem når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse?

Metode: En kvantitativ spørreundersøkelse utført blant 384 unge norske kvinner, gjennomført ved hjelp av et nettbasert spørreskjema som sikrer anonymiteten.

Resultat: Mange av deltakerne benytter p-piller og LARC. Det er mangelfull bruk av kondom, og "dual use" benyttes i liten grad. Flertallet av kvinnene ønsket å benytte jordmor/helsesøster for veiledning om prevensjon og seksuell helse. Tilgjengelighet, informasjon og medbestemmelsesrett er viktig i møte med helsepersonell.

Konklusjon: Det er behov for mer forskning om unge i Norge rundt temaene prevensjonsvaner og brukererfaringer i møte med helsetjenesten. Det er behov for tilgjengelighet av lavterskeltilbud i større grad.

Nøkkelord: ungdom, prevensjon, LARC, lavterskeltilbud, «dual use», kondom, SOI

Summary

Title: If women could choose... A survey of young women's contraception habits, wishes and experiences concerning contraception, contraception guidance and sexual health.

Purpose: The purpose of this study was to investigate young women's wishes and experiences concerning contraception, contraception guidance and sexual health.

Thesis question: What are young women's habits in relation to contraceptive choices, and what is important to them when seeking guidance on contraception and sexual health?

Method: A quantitative survey conducted among 384 young Norwegian women, using an online questionnaire that ensures anonymity.

Result: A relatively high proportion of young women are using birth control pills and LARC. There is an insufficient use of condoms, and "dual use" is scarcely utilized. For most young women in this sample, having access to youth health services and midwives or public health nurses, seem to be their first-choice. Availability, information and right of co-determination are important aspects when meeting with health personnel.

Conclusion: There is a need for more research on adolescents in Norway on the topics of contraceptive habits and user experiences in connection with the health service. There is a need for more availability of low-threshold youth health services.

Keywords: adolescent, adolescence, contraception, LARC, low-threshold service, "dual use", condoms, STI

Begrepsavklaring

LARC : Langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler. Med dette menes p-stav og spiral. I denne studien er begrepet LARC brukt om p-stav og hormonspiral, ikke kobberspiral som i denne studien er kategorisert som ikke-hormonelt prevensjonsmiddel

"Dual use" : Bruk av kondom i tillegg til annen prevensjon

Lavterskeltilbud: Lett tilgjengelig tilbud til ungdom, ofte kommunalt, krever ikke henvisning, helsestasjon for ungdom er et slikt tilbud. I denne studien benyttes det også om tilbud fra jordmor/helsesøster

Innhold

1.0	Introduksjon	9
1.1	Bakgrunn	9
1.2	Hensikt og forskningsspørsmål	10
1.3	Klinisk relevans for jordmorfaget	10
2.0	Teori.....	11
2.1	Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)	11
2.2	Økt rekvireringsrett	12
2.3	Brukermedvirkning	13
2.4	Prevensjon	13
3.0	Metode	15
3.1	Valg av studiedesign	15
3.2	Datainnsamling.....	15
3.2.1	Utvalg	16
3.2.2	Spørreskjema.....	16
3.2.3	Validitet og reliabilitet	18
3.2.4	Presentasjon av variabler.....	19
3.3	Dataanalyse	20
3.3.1	Rekoding av variabler	20
3.3.2	Deskriptiv statistikk.....	21
3.3.3	Kji-kvadrat test.....	21
3.3.4	Signifikansnivå og p-verdi	22
3.3.5	Regresjonsanalyse	22
3.3.6	Kategorisering av fritekst	22
3.3.7	Missing	22
3.4	Etiske overveielser	23
4.0	Sammendrag av vitenskapelig artikkel	25
5.0	Resultater	26
6.0	Diskusjon.....	28
6.1	Resultatdiskusjon	28
6.2	Metodediskusjon	29
7.0	Konklusjon.....	32

Litteratur..... 33

Vedlegg

Vedlegg 1 Vitenskapelig artikkel

Vedlegg 2 Tabeller

Vedlegg 3 Figurer

Vedlegg 4 Spørreskjema

Vedlegg 5 Forfatterveiledning

Vedlegg 6 Tilbakemelding på meldeplikttest fra NSD

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) har utarbeidet strategien "*Snakk om det! Strategi for seksuell helse*". I denne strategien tar de utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs uansett alder. Ved å ivareta god seksuell helse vil dette være med å bidra til god livskvalitet og god helse for den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Kvinnehelse og kvinners seksuell helse er i fokus på nasjonal og internasjonalt plan (NICE, 2014), noe som også synliggjøres i delmålene i *Strategi for seksuell helse* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Delmålene regjeringen presenterer her er blant annet at man skal sikre at alle mennesker har god kunnskap og kan ivareta egen seksuelle helse, redusere uønskede svangerskap og aborter og samtidig sikre at helsepersonell kan ivareta seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

For at mennesker skal oppleve mestringskompetanse og kontroll over egen seksuell og reproduktive helse, er det nødvendig at de har tilgang til informasjon, kunnskap og undervisning om seksualitet og seksuell helse. Samfunnsmessige faktorer som kan være med å bidra til å fremme seksuell helse er åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger til seksualitet. Informasjonen og undervisningen må være tilpasset målgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Samtidig som det settes fokus på seksuell helse, mestring og prevensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) ser man en økning i forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner (Helsedirektoratet, 2017). Kondom er som kjent det eneste prevensjonsmiddelet som beskytter mot seksuelt overførbare infeksjoner (SOI), men fortsatt viser tall fra RFSU at kun 4 av 10 nordmenn oppgir å bruke kondom når de har sex med en ny partner (RFSU, 2016). Det er tidligere kartlagt, sist i 2002, kondombruk i nasjonale seksualvanestudier. I 2002 viste resultatene at kun 19 prosent anga å ha brukt kondom ved siste samleie med tilfeldig partner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Fra og med 1.januar 2016 ble helsesøstres og jordmødres rekvireringsrett for prevensjonsmidler endret. Denne endringen omfattet at helsesøstre og jordmødre med relevant utdanning kan rekvirere alle typer prevensjonsmidler, inkludert langtidsvirkende reversible

prevensjon (LARC) til alle kvinner over 16 år. Tidligere var rekvireringsretten begrenset til kun å gjelde i kommunal helsestasjons- og skolehelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2015). Formålet med den utvidede rekvireringsretten var å sørge for lett tilgjengelig prevensjon til kvinner, styrke deres seksuelle autonomi og øke kvinners bruk av sikker prevensjon for å forebygge uønskede svangerskap og aborter (Helsedirektoratet, 2015).

I Norge har jordmødre og helsesøstre kjempet for å få økt ansvar for kvinnehelse. Kvinnehelse og seksuell helse er vært områder jordmor og helsesøster har mye kunnskap om, men som tradisjonelt har tilfalt fastlegene. I etterkant av den økte rekvireringsretten stormet det i mediene, og enkelte fastleger gikk så langt som å advare mot å slippe jordmødrene til (Ringheim, 2017). De fryktet for hva det vil gjøre for primærhelsetjeneste (Den norske legeforening, 2014). Flere instanser ytret sine meninger i forkant av at rekvireringsretten ble økt. Jordmødre og helsesøstre var utelukkende positive til å ta på seg ansvaret, og fikk også støtte fra flere leger, gynekologer og andre aktører (Regjeringen, 2014). I denne diskusjonen har det vært begrenset fokus på hva brukerne vil, og hva unge norske kvinner vet og ønsker. Vet unge kvinner i dag at det er et alternativ å oppsøke jordmor/helsesøster for prevensjonsveiledning og spørsmål knyttet til seksuell helse?

På bakgrunn av dette har vi kartlagt unge kvinners prevensjonsvaner, og deres ønsker og erfaringer når det kommer til prevensjon og seksuell helse.

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å kartlegge unge kvinners ønsker og erfaringer når det kommer til prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse.

Forskningsspørsmål: Hvordan er unge kvinners prevensjonsvaner og hva er viktig for dem når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse?

1.3 Klinisk relevans for jordmorfaget

Denne studien omhandler temaet kvinnehelse. Dette temaet anses som en stor del av hva jordmorfaget innebærer, og vi mener derfor at denne studien er av betydelig relevans for vårt

fag. Som det er presentert i artikkelen (vedlegg 1) ønsker majoriteten av kvinnene å gå til jordmor/helsesøster for spørsmål knyttet til prevensjon og seksuell helse.

Etter den utvidede rekvireringsretten for helsesøstre og jordmødre ble iverksatt er det blitt et økt fokus på LARC. Den utvidede rekvireringsretten er et bidrag til å sørge for lett tilgjengelig prevensjon til kvinner. Dette vil være med å bidra til å styrke kvinners seksuelle autonomi, og bidra til økt bruk av sikker prevensjon, som igjen bidrar til å redusere antall uønskede svangerskap og aborter (Helsedirektoratet, 2015). Det er prevensjonsmidlene som befinner seg i denne kategorien (LARC) som er de sikreste for å forebygge uønskede svangerskap (Bratlie et al., 2014; Winner et al., 2012).

2.0 Teori

I denne studien er det brukt teori som representasjon, det vil si det vi allerede vet om temaet (Høyer, 2011).

2.1 Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)

Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet i 2016 dokumentet *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Tidligere har det vært to handlingsplaner/strategier som har ivaretatt viktige problemstillinger knyttet til seksuell helse. I denne nye strategien ble arbeidet for seksuell helse samlet. Det fokuseres på det nasjonale arbeidet på hivfeltet og forebygging av uønskede svangerskap og abort. Fokuset er i strategien er at det skal være en helhetlig innsats for å styrke hele befolkningens seksuelle helse.

Det tas utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser og ved konkrete mål skal det bidras til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Målgruppene for strategien er befolkningen generelt og alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten, i bruker- og interesseorganisasjoner og i politikk og forvaltning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Et av tiltakene strategien foreslår er å styrke helsesøster og jordmors rolle i prevensjonsveiledning og administrering av prevensjon til kvinner. Det er også beskrevet viktigheten av at det finnes lavterskeltilbud for ungdom, for å sikre helsehjelp der de befinner seg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

2.2 Økt rekvireringsrett

Fra og med 1.januar 2016 ble helsesøstres og jordmødres rekvireringsrett for prevensjonsmidler endret. Denne endringen omfatter at helsesøstre og jordmødre med relevant utdanning kan rekvirere alle typer prevensjonsmidler til alle kvinner over 16 år. Tidligere var rekvireringsretten begrenset til kun å gjelde i kommunal helsestasjons- og skolehelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2015). Formålet med den utvidede rekvireringsretten er å sørge for lett tilgjengelig prevensjon til kvinner, styrke deres seksuelle autonomi og øke kvinners bruk av sikker prevensjon for å forebygge uønskede svangerskap og abort (Helsedirektoratet, 2015).

I rundskrivet står det at flere kvinner som har behov for prevensjon bør tilbys p-stav og spiral. Disse anbefalingene kommer både fra norske helsemyndigheter og Verdens helseorganisasjon (WHO). P-stav og spiral blir også kalt langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler (LARC), og disse typene prevensjonsmidler gir økt grad av sikkerhet mot uønsket graviditet, har få muligheter for brukerfeil og gir god kontinuitet i bruk. Det vises til undersøkelser som sier at brukere av LARC har stor tilfredshet, de har færre bivirkninger og LARC er med på å bidra til beskyttelse mot svangerskap utenfor livmoren og visse kreftformer (Helsedirektoratet, 2015).

I rundskrivet står det tydelig beskrevet kravet om forsvarlighet. Det gjøres godt rede for virksomhetens plikter og helsepersonellens plikter. Det legges stor vekt på "faglig forsvarlighet", og vises til helsepersonelloven § 4 (Helsedirektoratet, 2015).

2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og noe tjenesteapparatet må forholde seg til. Brukere av en tjeneste har rett til å medvirke i valg som skal tas om dem. Dette kan gjelde behandling, undersøkelser og valg av tjenestetilbud. Brukermedvirkning er nyttig slik at brukere er med på å ta valg som har innvirkning på deres egne liv. Dette er med på å bidra til å styrke brukernes motivasjon. Brukermedvirkning i studiens sammenheng, innebærer at brukere selv er med på å bestemme hvilket prevensjonsmiddel de vil stå på, altså selvbestemt prevensjon (Johansen, 2018). En viktig forutsetning for medvirkning er informasjon. For at de skal kunne ta et slikt valg er det nødvendig med god og tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell. Dette stiller igjen krav til helsepersonell, og deres kunnskap på feltet. Brukermedvirkning skal gi brukerne økt innflytelse (Johansen, 2018; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Selvbestemt prevensjon innebærer at den som skal ha prevensjon, på fritt grunnlag og etter å ha fått tilstrekkelig informasjon om de ulike metodene, velger sin prevensjonsmetode. Det er kun medisinske kontraindikasjoner som kan overstyre deres valg (Johansen, 2018).

2.4 Prevensjon

Prevensjon bør velges ut fra individuelle behov. De som forskriver prevensjonsmidler bør gi tilstrekkelig med informasjon. Dette gjelder både om riktig bruk, mulige positive og negative bivirkninger og tiltak ved prevensjonssvikt. En av de viktigste oppgavene en forskriver har, er å kartlegge eventuelle risikofaktorer for alvorlige bivirkninger som gjør at et prevensjonsmiddel er kontraindisert. Det er kvinnen selv som skal ta valget om hvilket prevensjonsmiddel hun vil starte på, utfra informasjonen hun får (Johansen, 2018).

I tillegg til informasjon om ulike prevensjonsmidler er det nødvendig med opplysning om faren for smitte av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) (Folkehelseinstituttet, 2018a, 2018b). Kondom er den beste beskyttelsen som finnes mot disse sykdommene (Haile, 2017; Johansen, 2018; Williams & Fortenberry, 2013).

Prevensjon kan deles inn i 3 hovedgrupper; gestagenpreparater, kombinasjonspreparater og hormonfrie preparater.

Gestagenpreparater inneholder et eller flere typer gestagen. Eksempler på slike preparater er gestagen p-piller, P-stav, hormonspiral, p-sprøyte og minipiller. Ved å benytte gestagenpreparater er det liten risiko for alvorlige bivirkninger, og de kan derfor benyttes av de fleste kvinner. De sikreste prevensjonsmidlene er p-stav og hormonspiral (LARC). Disse har i tillegg til liten risiko for alvorlige bivirkninger som økt risiko for blodpropp eller hjerte- og karsykdommer, liten mulighet for brukerfeil. Ved bruk av gestagenpreparater er endret blødningsmønster vanlig, god informasjon er derfor viktig, og gir større aksept (Burke & Lesnewski, 2018; Curtis et al., 2016; Curtis & Peipert, 2017; Francis & Gold, 2017; Johansen, 2018).

Kombinasjonspreparatene inneholder en kombinasjon av østrogen og gestagen. Preparater som tilhører denne gruppen er p-piller, p-ring og p-plaster. På grunn av økt risiko for blodpropp, hjerte- og karsykdommer og brystkreft har disse preparatene flere kontraindikasjoner slik at ikke alle kvinner kan benytte seg av disse. Det er mulighet for brukerfeil, men ved korrekt bruk gir de god beskyttelse mot graviditet. Eksempel på brukerfeil er at man glemmer en pille. Med disse preparatene har man god blødningskontroll, og man har mulighet til å forskyve blødninger (Burke & Lesnewski, 2018; Johansen, 2018).

Kondom og kobberspiral er de hormonfrie prevensjonsmidlene. Disse gir ingen hormonpåvirkning, og har derfor få kontraindikasjoner. Kobberspiral er langtidsvirkende og har liten mulighet for brukerfeil, den gir derfor en god beskyttelse mot graviditet. En del opplever økt blødningstendens og forverring av menstruasjonsmønstrene med kobberspiral. Kondomet er det eneste prevensjonsmidlet som beskytter mot SOI. Ved korrekt bruk gir den også en god beskyttelse mot graviditet, men det er risiko for prevensjonssvikt på grunn av kondomsprekk og brukerfeil (Burke & Lesnewski, 2018; Johansen, 2018).

3.0 Metode

Metodekapittelet vil inneholde mer utdypende om valg av metode, utvalg, gjennomførelse av studien, analyser og etiske overveielser enn det som er beskrevet i artikkelen (vedlegg 1).

3.1 Valg av studiedesign

For å få svar på spørsmål og anskaffe ny kunnskap innenfor et felt, benytter man en metode som et verktøy. Valg av metode og design avhenger av studiens formål (Befring, 2014; Magnus & Bakketeig, 2013, s. 43). Ved å benytte seg av en metode følger man en bestemt vei mot et mål. Vi valgte å gjennomføre en nettbasert spørreundersøkelse for å besvare vår problemstilling. Det ble benyttet et deskriptivt forskningsdesign fordi vi ville beskrive situasjonen på et bestemt felt (Polit & Beck, 2012, s. 226). Designet ble valgt med bakgrunn i ønsket om å kartlegge unge kvinners erfaringer når det kommer til prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse.

Kvantitativ tilnærming benyttes når man har til hensikt å telle opp fenomener, det vil si kartlegge utbredelse av et tilfelle (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010, s. 31). Denne tilnærmingen har hensiktsmessig, da vi ønsket å forske i bredden ved å inkludere så mange i målgruppen som mulig. Ved å benytte nettbasert spørreskjema som datainnsamlingsmetode, var det mulig å nå mange deltakere, i tillegg til at det var kostnads- og tidseffektivt (Polit & Beck, 2012, s. 265).

3.2 Datainnsamling

Vi valgte å benytte *Nettskjema* til å samle inn data. Dette er et nettbasert verktøy utviklet av Universitetet i Oslo (UiO). *Nettskjema* ble valgt som plattform for vår spørreundersøkelse fordi den sikrer deltakernes anonymitet ved at den ikke kobler spørreskjemaet opp mot IP-adresser eller e-postadresser (Universitetet i Oslo, u.å). Videre er det en gratis tjeneste som vi har tilgang til som studenter ved OsloMet - storbyuniversitet.

Under planleggingen av studien kontaktet vi administratoren av Facebookgruppen "Russ 2018/2019" for å få tillatelse til å dele linken til spørreundersøkelsen. Det ble opplyst om hva studien omhandlet, formålet med den og at deltageres anonymitet ville bli sikret. Vi fikk raskt positiv respons med godkjenning til å dele spørreundersøkelsen. Administratoren hadde kun oversikt over hvor mange medlemmer som var i gruppen, ikke hvor mange av de som var jenter.

3.2.1 Utvalg

Utvalget i denne studien bestod av unge kvinner som ble rekruttert ved hjelp av en Facebookgruppe som het "Russ 2018-2019". Denne gruppen har i etterkant av datainnsamlingen endret navn til "Russ 2019-2020". Dette er en gruppe for alle som skal være russ de gjeldende årene i hele Norge. Pr 23.05.2018 hadde denne gruppen 14026 medlemmer. Det antas at rundt halvparten av medlemmene i gruppen er kvinner, men vi har ingen tall på dette. Disse tallene er det heller ikke mulig å hente ut, da gruppens medlemsbestand stadig er i endring. Ved å rekruttere fra en slik gruppe var det mulig å skaffe deltagere fra hele landet, og man kunne potensielt nå svært mange da spørreskjemaet var lett tilgjengelig via nettbaserte tjenester.

Inklusjonskriteriene for studien var at deltagerne skulle være kvinner, over 18 år og medlem av nevnte Facebookgruppe.

3.2.2 Spørreskjema

Det finnes flere måter for innsamling av kvantitative data, spørreskjema er en av de mest anvendte metodene. En spørreundersøkelse (survey) er en systematisk metode for å innhente data fra et utvalg mennesker for å gi en statistisk beskrivelse av den utvalgte populasjonen. Utarbeidelsen av spørsmål i spørreskjema er en krevende og omfattende prosess (Johannessen et al., 2010, s. 259-260; Ringdal, 2018, s. 190-192). Ved gjennomgang av eksisterende norsk forskning på feltet, fant vi en rapport utgitt av SINTEF i 2010 (Øren, Leistad & Haugan, 2010). De hadde benyttet seg av et spørreskjema i sin forskning, som vi tok utgangspunkt i da vi skulle utarbeide spørreskjemaet til denne studien. Dersom man ønsker å gjøre direkte sammenlikninger kan man ikke endre på spørsmålene og svaralternativene (Johannessen et

al., 2010, s. 260). I spørreskjemaet som vi har utarbeidet har vi foretatt enkelte endringer, og vi kan derfor ikke fullt ut sammenlikne våre funn med deres.

Under utarbeidelsen av spørreskjemaet ble enkelte av spørsmålene ekskludert da de ikke var relevante for denne studien, mens andre ble omformulert for å passe bedre til vårt forskningsspørsmål. Det var fokus på å benytte et inkluderende språk da spørsmålene ble formulert. Vi tilstrebet derfor at spørsmålene ikke skulle oppfattes som heteronormative. Med dette menes det at heteroseksualitet stort sett alltid blir tatt for gitt i møte med mennesker dersom det motsatte ikke er bevist (Bufdir, 2015). For å oppnå en høy svarprosent ble spørreskjemaet utarbeidet så konkret som mulig, og gjort lett tilgjengelig for målgruppen ved at det ble distribuert på Facebook. Spørreskjemaet ble utarbeidet som et selvutfyllingsskjema, hvor deltakerne av studien skulle fylle inn skjemaet selv via linken de mottok på Facebookgruppen. Etter at spørreskjemaet var ferdig utarbeidet, ble det overført til *Nettskjema* 2.mai 2018 (Universitetet i Oslo, u.å).

Spørreskjemaet innhentet informasjon om unge kvinners erfaringer og vaner knyttet til seksuell helse og prevensjon. I tillegg ble det undersøkt hva unge kvinnene synes er viktig i møte med helsepersonell relatert til studiens tematikk. Spørreskjemaet bestod av 24 spørsmål. De første sju spørsmålene innhentet bakgrunnsinformasjon om kvinnene og deres foreldre/foresatte. Deretter kom det spørsmål om prevensjonsbruk som alle skulle besvare, disse spørsmålene var utslagsgivende for hva deltagerne skulle besvare videre. Det ble så delt inn i tre mulige veier videre, hvor deltagerne skulle besvare spørsmål ut i fra om de hadde benyttet prevensjon de siste 30 dager. Spørsmålene videre samlet inn data om erfaringer og ønsker angående prevensjon og prevensjonsveiledning formulert ut ifra hvilket svaralternativ de oppga på spørsmålet om prevensjonsbruk siste 30 dager. Til slutt i skjemaet kom det seks spørsmål som omhandlet deres seksuelle erfaringer, kondombruk, mestringsfølelse, ønsker og behov for prevensjonsveiledning og veiledning om seksuell helse (vedlegg 4).

Spørreskjemaet hadde ulike typer spørsmål. Enkelte hadde flere svaralternativer, hvor deltakerne hadde mulighet for å krysse av på flere av svarene. Andre spørsmål var det mulig med kun et svar. Undersøkelsen inneholdt også spørsmål hvor deltakerne hadde mulighet til å

skrive fritekstsvar. Enkelte av spørsmålene var det obligatorisk å svare på, mens andre var det frivillig å besvare.

3.2.3 Validitet og reliabilitet

Validitet beskriver gyldigheten av en studie, mens reliabilitet sier noe om påliteligheten ved fasene i forskningsprosessen. En kan si noe om overføringsverdien til en større populasjon først etter at validitet og reliabiliteten til en studie er belyst. Validiteten har til hensikt å si noe om en studie måler det den skal måle, og om det blir benyttet den mest hensiktsmessige metoden (Polit & Beck, 2012, s. 175; Ringdal, 2018, s. 102-107).

En viktig faktor for å kunne vurdere studiens validitet er spørreskjemaets reliabilitet. Dersom måleinstrumentet, i dette tilfellet spørreskjemaet, ikke er reliabelt, kan en ikke oppnå resultater som er valide. Reliabiliteten kan påvirkes av målefeil, et eksempel på målefeil kan i dette tilfelle være at en respondent av spørreskjemaet misforstår spørsmål eller at svarene blir feilregistrert (Ringdal, 2018, s. 102-107). Dersom det er spørsmål med mange manglende svar kan en av årsakene være måten spørsmålet eller svaralternativene er formulert på. Dette kan gjøre at respondentene synes det er vanskelig å vite hva de skal svare (Aarø, 2007; Polit & Beck, 2012, s. 236-256). I denne studien var det flest manglende svar på spørsmålene hvor det krevdes fritekstsvar. Enkelte av spørsmålene kunne oppleves sensitive, og deltakerne av studien kunne derfor synes at de var utfordrende å besvare.

For å styrke spørreskjemaets validitet og reliabilitet ble det gjennomført en pilottest på en klasse i videregående skole, der 14 kvinner besvarte spørreskjemaet. Denne gruppen kvinner anses å tilhøre målgruppen av undersøkelsen. De fikk mulighet til å gi skriftlig tilbakemelding i nettskjemaet, slik at anonymiteten ble opprettholdt. Spørreskjemaet var kun tilgjengelig i *Nettskjema* (Universitetet i Oslo, u.å), det ble ikke laget papirutgave. Ved å gjennomføre pilottesten fikk vi testet metoden som skulle brukes, samt sjekket at formuleringene av spørsmålene og svaralternativene i undersøkelsen var forståelig. Fokuset var ikke å få svar på forskningsspørsmålet, men å få svar på om metoden fungerte (Polit & Beck, 2012, s. 195-196). Det var ikke nødvendig å gjøre endringer på spørreskjemaet etter pilottesten var gjennomført.

Etter gjennomgått pilottest og godkjenning fra veileder ble spørreskjemaet distribuert på Facebookgruppen til russekullet 2018/2019.

3.2.4 Presentasjon av variabler

I analysene ble det valgt ut variabler fra datasettet for å presentere populasjonen og beskrive prevensjonsvaner, erfaringer og ønsker når det kommer til veiledning om prevensjon og seksuell helse.

Variablene kan deles i avhengig og uavhengige variabler. De avhengige variablene er utfallsvariablene, altså det fenomenet som skal forklares. Uavhengige variabler er forklaringsvariabler, som man er interessert i å se virkningen av på den avhengige variabelen (Polit & Beck, 2012, s. 51-52).

Datasettet bestod hovedsakelig av kategoriske variabler, enkelte på dikotomt nivå (Polit & Beck, 2012, s. 51). Det var mange tilgjengelige kategoriske variabler i datasettet, og det ble derfor gjort en utvelgelse på hvilke variabler som det skulle arbeides videre med i analysene. Valget ble tatt med ønske om å belyse problemstillingen, og dermed ble disse variablene valgt ut:

- Kjønn
- Forhold/ikke forhold
- Bosted
- Forelder/foresatt 1 landbakgrunn
- Forelder/foresatt 1 utdanningsnivå
- Retning på videregående
- Samleie
- Seksuelt aktiv siste 30 dager
- Prevensjonsbruk noen gang
- Kondombruk sist samleie
- Kondombruk i tillegg til annen prevensjon

- Type hormonell prevensjon
- Foretrukket helsepersonell

I tillegg til de allerede kategoriske variablene, ble det valgt ut et spørsmål (spm. 21c) med responsskalering som ble rekodet til kategorisk med like verdier som i spørreskjemaet for å kunne benytte dette i en krysstabell.

21 c Dersom både min partner og jeg er tent og nær ved å ha sex uten å ha nevnt prevensjon, er det ikke noe problem for meg å ta frem min kondom (dersom jeg har en med meg)

På en skala fra 1-5, der 1=ikke sant for meg og 5=helt sant for meg

Det ble også valgt ut et spørsmål med fritekstsvar (spm. 22, vedlegg 4) som blir nærmere beskrevet i kapittelet som omhandler dataanalyse.

3.3 Dataanalyse

I denne studien ble det benyttet flere ulike statistiske analyser. Hensikten med studien var å kartlegge prevensjonsvanene til unge kvinner, og undersøke deres erfaringer, ønsker og vaner når det kommer til prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse. Det innsamlede materialet ble analysert og presentert som deskriptiv statistikk. For å analysere datamaterialet ble statistikkprogrammet IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 24 benyttet.

Rådata ble eksportert direkte fra *Nettskjema* til SPSS og bearbeidet der. Første steg var å kode om variabler, slik at det muliggjorde videre analyser.

3.3.1 Rekoding av variabler

Før analyseprosessen startet ble flere av variablene rekodet for å gjøre analysene mer oversiktlige. I utarbeidelsen av spørreskjema ble det tatt valg om å gi kvinnene mulighet til å krysse av på flere svaralternativer på samme spørsmål. Dette førte til at dataene som ble overført fra *Nettskjema* ikke umiddelbart kunne analyseres da hvert spørsmål ble lagt inn som

flere ulike variabler. For å gjøre videre analyser mulig ble disse variablene derfor slått sammen eller rekodet. Dette ble gjort av begge forfattere sammen, for å minske faren for feil. Dette samme ble gjort med de variablene som hadde mange verdier, med en jevn fordeling slik at man kunne plassere dem med lignende verdier i større grupper.

- Bosted ble kodet om fra 8 verdier til 3 (landlig, hverken landlig eller urbant, urbant) da fordelingen mellom urbant/ikke urbant tillot dette (Spm 2, vedlegg 4).
- Variabelen for landbakgrunn for forelder/foresatt 1 ble rekodet fra fire til to grupper: Norge og Norden, og land utenfor Norden.
- Utdanningsnivå til forelder/foresatt 1 ble rekodet fra sju til to grupper; lavere utdanning og høyere utdanning.
- Variabelen for hormonell prevensjon ble rekodet slik at verdiene hormonspiral og p-stav ble slått sammen til en gruppe som nå ble kalt LARC.

3.3.2 Deskriptiv statistikk

Det ble benyttet deskriptiv statistikk med frekvensanalyse for å beskrive bakgrunnsvariablene, samt erfaringer med prevensjon og prevensjonsvaner. Deskriptiv statistikk ble også benyttet i en krysstabell for å se seksuell mestringsfølelse (spm 21c, vedlegg 4) i sammenheng med bruk av kondom ved sist samleie, og i sammenheng med kondom i tillegg til annen prevensjon. På denne måten kunne vi se variablene både alene og i sammenheng med hverandre (Pallant, 2016, s. 53).

3.3.3 Kji-kvadrat test

Ved å benytte kji-kvadrat test når man gjør analyser, kan man avgjøre om det er forskjell mellom det utfall som er observert, og det som er forventet hos to grupper (Polit & Beck, 2012, s. 420). Vi benyttet kji-kvadrat test for å undersøke om det var signifikante forskjeller på seksuell mestringsfølelse (spm. 21c, vedlegg 4) hos de som benyttet kondom og de som ikke benyttet kondom i tillegg til annen prevensjon, samt de som oppga å ha brukt kondom ved sist samleie og de som ikke gjorde det.

3.3.4 Signifikansnivå og p-verdi

Sannsynligheten for at resultatene er basert på tilfeldigheter beregnes ut i fra signifikansnivå, og oppgis som p-verdi. En lav p-verdi viser at det er større sannsynlighet for at nullhypotesen er feil (Polit & Beck, 2012, s. 477). I denne studien ble det satt en grense på 5% for statistisk signifikans, noe som vil si at det var 95% sikkerhet for at resultatene ikke skyldes tilfeldigheter.

3.3.5 Regresjonsanalyse

Regresjonsanalyse er en analyseteknikk som ser på sammenhengen mellom en avhengig og en eller flere uavhengige variabler (Polit & Beck, 2012, s. 448). I denne studien ble det benyttet binær regresjon for å se om kondombruk har sammenheng med bosted, forhold/ikke forhold, "forelder/foresatt 1" sin landbakgrunn og utdanningsnivå. Den avhengige variabelen var kondombruk, som ble analysert med bosted, forhold/ikke forhold, "forelder/foresatt 1" sin landbakgrunn og utdanningsnivå som uavhengig variabel. Konfidensintervallet ble satt til 95%, som er vanlig i kvantitativ forskning (Polit & Beck, 2012, s. 406). Odds ratio (OR) er utfallsmålet, p-verdi viser signifikans (Polit & Beck, 2012, s. 448-450).

3.3.6 Kategorisering av fritekst

I spørreskjemaet var det enkelte spørsmål hvor det var mulig med fritekstsvar. Spørsmålet om hva som var viktig for kvinnene at helsepersonell har fokus på (spm 22, vedlegg 4) ble valgt ut og gjort videre analyser på. Uavhengig av hverandre, gikk begge forfatterne igjennom alle svarene for å finne kategorier som disse kunne passe inn under. Vi satte oss deretter sammen for å sammenlikne, og kom til enighet om hvilke kategorier vi mente skulle benyttes videre. Deretter ble alle svarene sortert under de ulike kategoriene (Figur 2, vedlegg 3).

3.3.7 Missing

Missing viser til de data som mangler i datasettet (Polit & Beck, 2012, s. 465). Under 5% missing er ansett som lite, og det blir sett på som greit å ikke erstatte manglende data (Dong & Peng, 2013). I datasettet manglet det data i to bakgrunnsvariabler og i tre av de andre variablene som ble benyttet i analyser. Dette gjaldt variablene kondom ved sist samleie (4,3% missing), kondom sammen med annen prevensjon (10% missing) og type hormonell

prevensjon siste 30 dager (6% missing). Disse tallene ble presentert ved hjelp av frekvensanalyser i tabell 2, og missing ble oppgitt fortløpende ved hver variabel i tabellene.

Videre ble kondom ved sist samleie og kondom sammen med annen prevensjon benyttet i en krysstabell sammen med seksuell mestringsfølelse (spm. 21 c). Her ble det kontrollert for de som var missing ved at missing ble rekodet til en egen verdi, og ble deretter inkludert i krysstabellen for å se om den skilte seg fra de andre eller utgjorde utslag på resultatet. Resultatene ble ikke påvirket av dette.

Underveis i dataanalysene ble det korrigert for hvem som hadde hatt samleie eller ikke, slik at analysene utført på kondombruk kun inneholdt de av respondentene som hadde oppgitt å ha hatt samleie.

3.4 Ethiske overveielser

Studien var en kartleggingsstudie hvor respondentene besvarte et nettbasert spørreskjema anonymt. Ved å benytte *Nettskjema* fra UiO ble ikke epost/IP-adresser på noe tidspunkt koblet til de enkeltes svar (Universitetet i Oslo, u.å.). Ved at det ble benyttet et slikt selvutfyllingsskjema muliggjorde man at respondentene kunne fylle ut skjemaet når det best passet dem, og deltagerne fikk stor svarfrihet (Ringdal, 2018, s. 197). Dataene som ble samlet inn var ikke identifiserbare data, og respondentene fikk skriftlig informasjon rundt studiens innhold og personvern i forkant av spørreskjemaet. Det var valgfritt å delta, og respondentene samtykket ved å besvare spørreskjemaet. Deltakerne var ikke mulig å identifisere siden det ikke ble innhentet bakgrunnsopplysninger som kunne spores tilbake til dem.

Kartleggingsstudier som ikke samler inn identifiserbare data trenger ikke søke Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). I forkant av studien tok vi meldeplikttesten til NSD 22.mars 2018, hvor vi plottet inn informasjon om vår studie. Resultatet ble at studien ikke var meldepliktig der (NSD, u.å.) (vedlegg 6). Dette begrunnes i at ingen direkte personidentifiserbare data ble samlet inn eller lagret, og dermed var studiens anonymitet sikret (NSD, u.å.). Dette støttes også av personopplysningsloven (2000) som viser til at prosjekter som ikke omfatter personopplysninger ikke utløser meldeplikt.

Studien var ikke søknadspliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), da den ikke forsket på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. REK vurderer forhold ved søknadspliktige studier og forskningsprosjekter, og ser på etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold (REK, 2015; Salbu, 2014). Siden testene viste at studien ikke var meldepliktig, tok vi ikke ytterligere kontakt med NSD og REK.

4.0 Sammendrag av vitenskapelig artikkel

Bakgrunn Seksualvanene til unge kvinner i Norge er i endring, og dette fører til et økt behov for informasjon og veiledning hva gjelder prevensjon og seksuell helse. Det er gjort få studier av unge norske kvinners prevensjonsvaner, men undersøkelser viser at kondombruken i Norge er lav. Samtidig nevnes LARC som et potensielt førstevalg når det kommer til prevensjon over hele verden, og helsesøstre og jordmødre har fått økt sin rekvireringsrett.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å kartlegge unge kvinners ønsker og erfaringer når det kommer til prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse, og førte til forskningsspørsmålet: Hvordan er unge kvinners prevensjonsvaner og hva er viktig for dem når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse?

Metode: En kvantitativ spørreundersøkelse utført blant 384 unge norske kvinner, utført ved hjelp av et nettbasert spørreskjema som sikrer anonymiteten. Kvinnene er rekruttert ved hjelp av sosiale medier.

Resultat: Resultatene fra denne studien viser at de unge kvinnene som har besvart spørreskjemaet i stor grad benytter seg av hormonell prevensjon, med p-piller og LARC som de mest anvendte metodene. Det indikeres videre at det er mangelfull bruk av kondom, og at kvinnene i svært liten grad benytter kondom i tillegg til annen prevensjon. Majoriteten av kvinnene ønsker å gå til jordmor/helsesøster for veiledning om prevensjon og seksuell helse dersom de selv får velge. For kvinnene er tilgjengelighet av helsepersonell viktig, i tillegg til korrekt og tilstrekkelig informasjon, samt medbestemmelsesrett.

Konklusjon: Unge kvinner benytter seg hovedsakelig av p-piller og LARC, og i liten grad kondom. Når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse vektlegger de tilstrekkelig informasjon og medbestemmelsesrett, og at helsepersonell er tilgjengelig for kvinnene.

5.0 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene beskrives mer utfyllende enn de er fremstilt i artikkelen med den hensikt å belyse problemstillingen: ”Hvordan er unge kvinners prevensjonsvaner, og hva er viktig for dem når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse”. Innledningsvis vil deltagerne av studien presenteres, før resultatene beskrives videre. Det henvises underveis til tabeller og figurer som ligger vedlagt (vedlegg 2 og 3).

Beskrivelse av deltakerne

Studien inkluderer 384 unge kvinner, som alle er over 18 år. Geografisk sprer de seg jevnt mellom urbane og ikke urbane strøk. Deltakernes bakgrunnsinformasjon er beskrevet i tabell 1 (vedlegg 2), oppgitt i absolutte tall (n) og prosentvis (%).

Prevensjonsvaner og seksuelle erfaringer

Prevensjonsvaner er fremstilt i tabell 2 (vedlegg 2), i form av deskriptiv statistikk. Det er her korrigert for om kvinnene har hatt samleie eller ikke, slik at tallene på kondombruk kun er beregnet ut i fra det antall kvinner som har debutert seksuelt. Dette ble ikke korrigert for i analysene for hormonell prevensjon, da enkelte benytter seg av disse preparatene uten å være seksuelt aktive. Alle har besvart spørsmålet om de noen gang har hatt samleie, $n = 384$. Av disse er det 30 personer (7,8%) som ikke har hatt samleie. 291 av kvinnene (75,8 %) oppgir at de har vært seksuelt aktive de siste 30 dagene.

Studien viser at kvinnene hovedsakelig har erfaring med hormonell prevensjon, med en andel på 3,4 % som kun har benyttet seg av ikke-hormonelle prevensjonsmidler. Blant de som benytter seg av hormonell prevensjon de siste 30 dagene før utfylt spørreskjema er det p-piller som er mest brukt, med LARC som nest mest brukt. Majoriteten oppgir å ikke benytte kondom i tillegg til hormonell prevensjon, mens 12,7% av kvinnene som har hatt samleie oppgir å ha brukt kondom ved sist samleie (Tabell 2, vedlegg 2).

Kondombruk og mestring

Resultatene fra krysstabellanalyse med kji-kvadrattest presenteres i tabell 3. Her presenteres en analyse av kvinnenes mestringsfølelse på spørsmålet ”Dersom både min partner og jeg er tent og nær ved å ha sex uten å ha nevnt prevensjon, er det ikke noe problem for meg å ta frem min kondom (dersom jeg har en med meg)” sett opp imot om de benyttet seg av kondom ved sist samleie, og om de benytter kondom i tillegg til annen prevensjon. Denne analysen viser at kvinnene oppgir at de forventer å greit kunne mestre å ta frem sitt kondom i en gitt situasjon. Analysen viser at de i liten grad benytter kondom (tabell 3, vedlegg 2).

Hva ønsker kvinnene

Tallene fra spørsmålet om hvem kvinnene ønsker å gå til fremstilles prosentvis i et søylediagram i figur 1 (vedlegg 3). Deretter er det laget et kakediagram (Figur 2, vedlegg 3) som viser hva som er viktig for de unge kvinnene i møte med helsepersonell. Her presenteres essensen av det kvinnene svarte i fritekst, kondensert til åtte kategorier.

Hva påvirker kondombruk?

For å finne ut om faktorer fra kvinnene bakgrunn påvirket deres valg om å benytte kondom eller ikke, ble det utført en regresjonsanalyse med odds ratio (OR) og p-verdi. Resultatet av analysen viser at om kvinnene var i et forhold/ikke i et forhold påvirket om kvinnene brukte kondom eller ikke, med en p-verdi på 0,028 (Tabell 4). De andre faktorene hadde ingen påvirkning.

Tabell 4 Faktorer som kan påvirke kondombruk

	OR (KI 95%)	P-verdi
Bosted	1,253 (0,862-1,818)	0,238
Forelder/foresatt 1 landbakgrunn	268273543 (0,000-)	0,999
Forelder/foresatt 1 utdanning	0,670 (0,356-1,259)	0,213
Forhold/ikke forhold	2,052 (1,081-3,897)	0,028

6.0 Diskusjon

Dette kapittelet er inndelt i to deler; resultatdiskusjon og metodediskusjon. I resultatdiskusjonen vil resultatene diskuteres opp mot fag- og forskningslitteratur, samt nasjonale- og internasjonale anbefalinger/retningslinjer. Videre diskuteres styrker og svakheter ved studien.

6.1 Resultatdiskusjon

Denne studiens hovedfunn er diskutert i artikkelen (vedlegg 1).

Kvinnene oppga at de i liten grad benyttet seg av kondom. Det var kun 44 av respondentene (12,7%) som brukte kondom ved sist samleie. Underveis i analyseprosessen lurte vi på hva årsakene til at kvinnene ikke benyttet seg av kondom kunne være. En av tankene var at det kunne ha noe å si hvor i landet de bodde, eller hvilken bakgrunn de hadde.

Regresjonsanalysen viste derimot at den eneste faktoren som påvirket kvinnenens valg om bruk av kondom var om de var i et forhold eller ikke (Tabell 4). Det var et forventet resultat, da det kan tenkes at kondombruken generelt er lavere hos kvinner som er i et forhold. Dette støttes av funnene i undersøkelsen "*Sex og Kondom og Sånn 2016*" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Det ble ikke kontrollert for de som var i ett forhold i analysene på "dual use". Denne metoden er den sikreste da man er beskyttet mot både SOI og graviditet (Williams & Fortenberry, 2013). Det kan tenkes at kvinner som er i ett forhold har andre behov for prevensjon enn kvinnene som ikke er i et forhold. Ved fast seksualpartner kan smitterisikoen være kjent, og behovet for "dual use" er i så måte ikke tilstede (Williams & Fortenberry, 2013). Tidligere studier har vist at unge er flinkere til å benytte kondom når de har samleie med ny seksualpartner (RFSU, 2016; Williams & Fortenberry, 2013), og det kunne derfor vært interessant å gå videre med dette også i denne studien.

Vi har i spørreskjemaet benyttet et utdrag fra en tidligere studie (Kvalem & Træen, 2000). Da deres studie ble utført, benyttet de seg av et tidligere validert spørreskjema utviklet av

Levinson (1986). Spørreskjemaet oversatte de fra engelsk til norsk. Vårt spørreskjema inneholdt tre spørsmål hentet fra denne undersøkelsen, men kun ett av disse (spm. 21c, vedlegg 4) ble benyttet i videre analyser. Dette spørsmålet ble anvendt som et mål på seksuell mestring. Spørsmålet ble rekodet til en kategorisk variabel, og ble benyttet i en krystabell. Spørsmålet ble dermed brukt på en helt annen måte enn i de opprinnelige studiene (Kvalem & Træen, 2000; Levinson, 1986). Det kan sees på som en styrke at spørsmålet tidligere er benyttet og har fungert (Ringdal, 2018, s. 202). Siden vi ikke bruker spørsmålet slik det er ment, og kun har inkludert ett av mange spørsmål, kan resultatene derimot ikke sammenlignes. Resultatene viste at kvinnene oppga en høy grad av seksuell mestring ved at det ikke var noe problem for de å ta frem sitt kondom, dersom de var nær ved å ha sex og prevensjon ikke tidligere var nevnt (Tabell 3). Samtidig viste analysen at de fleste som svarte "helt sant for meg" på dette spørsmålet, også svarte at de ikke benyttet kondom ved sist samleie eller benyttet kondom i tillegg til annen prevensjon. Det hadde vært interessant å se dette opp mot om kvinnene var i et forhold eller ikke, da vi vet fra regresjonsanalysen at dette var den ene faktoren som spilte inn på valget om å benytte kondom. I tidligere studier om kondombruk er det beskrevet at unge oppfatter personer som foreslår å bruke kondom som ansvarsbevisste og omtenkssomme, og at de stort sett også tror det er slik de vil bli oppfattet selv (RFSU, 2016). På bakgrunn av dette er det tankevekkende at kondom ikke benyttes i større grad.

6.2 Metodediskusjon

Her vil studiens styrker og begrensninger diskuteres mer inngående enn det som gjort i artikkelen.

En spørreundersøkelse kan beskrive tilstanden i utvalget på det tidspunktet den besvares (Ringdal, 2018, s. 191). I dette tilfellet har vi et lite utvalg i forhold til hele målpopulasjonen, som er de unge kvinnene i russekullet 2018/2019. Det har ikke vært mulig å gjennomføre en grundig frafallsanalyse, da vi har lite informasjon om hvor mange som er russ hvert år eller hvor mange jenter som er i Facebookgruppen. Vi har ikke har samlet personidentifiserende data om de som svarte på undersøkelsen, og kan dermed ikke kontrollere for akkurat hvor i landet de er fra eller hva slags tilbud de har der de hører til. Vi vet at 85 kommuner mangler tilbud om Helsestasjon for ungdom og at tilbudet til unge varierer på landsbasis

(Helsedirektoratet, 2018). På bakgrunn av dette kan vi ikke generalisere funnene våre. På en annen side kan det tenkes at funnene våre gir et bilde av den reelle tilstanden blant denne gruppen, siden høy svarprosent ikke nødvendigvis gjør undersøkelsen mer representativ. Funnene må derfor tolkes med varsomhet (Krosnick, 1999).

RFSU og SINTEF har gjort større studier med et betydelig større utvalg på samme tematikk (RFSU, 2016; Øren et al., 2010). Vi ser at våre resultater i stor grad stemmer overens med de som er hentet inn i disse studiene, noe som bidrar til å styrke studiens validitet.

Det ble utarbeidet et omfattende spørreskjema til denne studien (vedlegg 4). SINTEF (Øren et al., 2010) hadde tidligere gjennomført en studie hvor mye av det vi ønsket å undersøke var satt fokus på. Vi valgte derfor å ta utgangspunkt i deres spørreskjema. Noen spørsmål ble beholdt slik de var, noen ble omformulert og enkelte ble ekskludert. Det kan tenkes at det burde vært satt strengere krav til hvilke spørsmål som skulle inkluderes i vår studie. Vi ser i etterkant av spørreundersøkelsen at vi sitter igjen med mer data enn det vi har hatt mulighet til å benytte. Fordelen med dette er at det ved et senere tidspunkt er mulig å gjøre videre studier på disse dataene. En ulempe kan være at vi muligens kunne fått flere deltakere dersom spørreundersøkelsen hadde inneholdt færre spørsmål, og dermed vært mindre tidkrevende. Det kunne vært mulig å gjøre spørreskjemaet vesentlig kortere, men da ville vi risikert å miste informasjon da flere av spørsmålene er avhengig av hverandre.

Spørreskjemaer er en dominerende målemetode i helseforskning (Friborg, 2010). Det er mest vanlig å benytte lukkede spørsmål i en spørreundersøkelse. Med dette menes det at spørsmålene har faste svaralternativer. Åpne spørsmål kan også benyttes. Da har respondentene mulighet til å fritt formulere sine egne svar (Ringdal, 2018, s. 198-200). I vår undersøkelse valgte vi å benytte både lukkede- og åpne spørsmål. Ulempen med de åpne spørsmålene kan være at det er vanskelig å svare da det blir spurt om ømfintlige tema og tema som er personlig. Alle synes ikke det er lett å være åpne rundt denne tematikken. På en annen side har deltakerne en annen mulighet til å gi mer utfyllende svar ved å kunne besvare spørsmål i fritekst. De kan for eksempel i større grad beskrive hva som er viktig for dem i møte med helsepersonell (spm. 22, vedlegg 4). Dersom det på et slikt spørsmål kun hadde

vært mulig å gi avkryssingssvar kunne vi gått glipp av mye nyttig informasjon. Ved at det ble benyttet åpne spørsmål kunne vi motta verdifull informasjon som videre kunne analyseres og kodes i et mindre antall kategorier, og videre gjennomføre kvantitative analyser (Figur 2) (Ringdal, 2018, s. 198-200).

Vi har sett på hva den lave svarprosenten kan skyldes. Det kan tenkes at de som valgte å delta på spørreundersøkelsen er kvinner som er særlig opptatt av tematikken og har sterke meninger. På den annen side kan det være at enkelte synes temaet er høyst privat, og derfor valgte å ikke delta. Dette til tross for at det ble tydeliggjort i informasjonen de mottok at undersøkelsen var helt anonym. Den lave responsen kan også skyldes mangel på tid eller at ikke alle fikk med seg invitasjonen på Facebookgruppen, tross gjentatt påminnelse.

Studiens validitet kan trues av ulike feilkilder (responsbias) (Staff, 2015). Responsbias kan blant annet komme av spørreskjemaets lengde, rekkefølge på spørsmål og svaralternativene (Polit & Beck, 2012, s. 312-313; Villar, 2008, s. 752-754). Som nevnt tidligere kan respondentene ha varierende grad av interesse og motivasjon for å delta på undersøkelsen. Dette kan være med å påvirke besvarelsen deres. Spørreskjemaet var langt og dette kan ha ført til at konsentrasjon og entusiasme ha falt undervegs. På en annen side ser vi på mange av fritekstsvarene at de satte stor pris på en slik spørreundersøkelse. Mange gav uttrykk for at de er glad for at det blir gjort en undersøkelse på et slikt tema.

For å utføre en kvantitativ studie er det nødvendig med kunnskap om statistisk analyse. Manglende kunnskap kan svekke analysens pålitelighet. Vi ser at dette har vært en utfordring under arbeidet med dataanalysene. Ingen av forfatterne har tidligere erfaring med SPSS, ei heller utført avanserte analyser. Dermed var dette en tidkrevende prosess, og vi møtte stadig på utfordringer her. Risikoen for systematiske feil minskes ved nøyaktig databehandling (Aarø, 2007). Det er derfor en styrke for studien at rådata kunne overføres direkte fra *Nettskjema* til SPSS, slik at man ikke måtte plote data manuelt. Deler av datamaterialet måtte derimot bearbeides manuelt. Dette øker risikoen for feilregistrering. For å minske denne risikoen og øke studiens reliabilitet har begge forfatterne, uavhengig av hverandre, bearbeidet data og kontrollert resultatene opp mot hverandre.

7.0 Konklusjon

Denne studien har bidratt til å kartlegge prevensjonsvanene til unge kvinner i russekullet 2018/2019, og deres ønsker når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse. Studiens resultater viser at kvinnene i størst grad benytter seg av p-piller og LARC. Bruken av LARC er stigende, og den øker når jordmødre/helsesøstre har rekvireringsrett. Et fåtall oppgir å ha benyttet kondom ved sist samleie, og det er lite bruk av "dual use". Når kvinnene får velge ønsker de å gå til jordmor/helsesøster for spørsmål relatert til prevensjon og seksuell helse. De oppgir at tilgjengelighet av helsepersonell er viktig for dem, i tillegg til tilstrekkelig informasjon. Videre angir de at selvbestemmelse er av stor betydning. Mye tyder på at det er behov for at lavterskeltilbudet til unge styrkes, noe som videre kan bidra til økt bruk av LARC og kvinnenes tilfredshet med tilbudet.

Det er mulig å forske videre på tallene fra denne studien, og det er mye informasjon som ligger i datamaterialet det ville være interessant å se grundigere på. Studien viser behovet for videre forskning på unge norske kvinner. Denne studien er liten i omfang, og viser ikke nødvendigvis det reelle bildet i populasjonen forøvrig. Unge kvinner har mange tanker om hva som er viktig for dem, er engasjerte og ønsker å bidra til å bedre tjenestene de mottar.

Litteratur

- Aarø, L. E. (2007). Fra spørreskjemakonstruksjon til multivariat analyse av data: En innføring i survey-metoden: Research Centre for Health Promotion/Griegakademiet, Universitet i Bergen.
- Befring, E. (2014). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bratlie, M., Aarvold, T., Skrn, E. S., Lundekvam, J. A., Nesheim, B.-I. & Askevold, E. T. (2014). Long-acting reversible contraception for adolescents and young adults A cross-sectional study of women and general practitioners in Oslo, Norway. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2014, Vol.19(3), p.194-202, 19(3), 194-202. doi: 10.3109/13625187.2014.903237
- Buudir. (2015, 12.mars). Heteronormativitet. Hentet 11.10.2018 fra https://www.buudir.no/lhbt/LHBT_ordlista/H/Heteronormativitet/
- Burke, A. & Lesnewski, R. (2018). BMJ Best Practice Contraception. fra BMJ Publishing Group <https://bestpractice-bmj-com.ezproxy.hioa.no/topics/en-gb/418/pdf/418.pdf>
- Curtis, K. M., Jatlaoui, T. C., Tepper, N. K., Zapata, L. B., Horton, L. G., Jamieson, D. J. & Whiteman, M. K. (2016). U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and reports*, 65(4), 1-66. doi: 10.15585/mmwr.rr6504a1
- Curtis, K. M. & Peipert, J. F. (2017). Long-Acting Reversible Contraception. *The New England Journal of Medicine*, 376(5), 461-468. doi: 10.1056/NEJMcp1608736

- Den norske legeforening. (2014). Høring - Utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre. Hentet 1.november 2018 fra <https://legeforeningen.no/Legeforeningen-mener/Horingsuttalelser/2014/Horing---Utvidet-rekvireringsrett-for-helsesostre-og-jordmodre/>
- Dong, Y. & Peng, C.-Y. (2013). Principled missing data methods for researchers. *SpringerPlus*, 2(1), 1-17. doi: 10.1186/2193-1801-2-222
- Folkehelseinstituttet. (2018a). Gonoré og syfilis øker fortsatt. Hentet 5.november 2018 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/gonore-og-syfilis-oket-fortsatt/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). Klamydiastatistikk 2017. Hentet 1.november 2018 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/klamydiastatistikk-2017/>
- Francis, J. K. R. & Gold, M. A. (2017). Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents: A Review. *JAMA Pediatr*, 171(7), 694-701. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.0598
- Friborg, O. (2010). Klassisk testteori og utvikling av spørreinstrumenter. I M. Martinussen (Red.), *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag* (s. 15-55). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haile, A. T. (2017). *Young adults' thoughts and experiences regarding condom use: A qualitative study from Oslo*. Høgskolen i Innlandet. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2451836/Haile.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR0dHcqvbjTRc2o30RYmf7syPiRYKfeK6GdaDxtt8kWsHLUILLE14YxeYZI>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Hentet 10.02 2018 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

- Helsedirektoratet. (2015). *Rundskriv – Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler - Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversible prevensjon (LARC)*. Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1118/Rundskriv%20rekvireringsrett%20og%20LARC%20IS-13-2015.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017, 10.mars 2017). Statistikk om seksuell helse i Norge. Hentet 12.11 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse/statistikk-om-seksuell-helse-i-norge#gonor%C3%A9-og-syfilis>
- Helsedirektoratet. (2018). 341 kommuner hadde i 2017 et tilbud om helsestasjon for ungdom (HFU). Hentet 14. 11. 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/nyheter/341-kommuner-hadde-i-2017-et-tilbud-om-helsestasjon-for-ungdom-hfu?fbclid=IwAR2sfgqn6EmRMFleCx3gg-NCaW-8mXm4SDR3Vn9LkQSJUK2CLGOWz2yPX-A>
- Høyer, K. L. (2011). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. utg., s. 17-41). København: Munksgaard.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johansen, M. (2018). Prevensjonsmidler. I M. Johansen & S. Gamnes (Red.), *eMetodebok for seksuell helse* (8. utg.). Hentet fra <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>
- Krosnick, J. (1999). Survey research. *Annual Review of Psychology*, 50, 537-567.
- Kvalem, I. & Træen, B. (2000). Self-Efficacy, Scripts of Love and Intention to Use Condoms Among Norwegian Adolescents. *A Multidisciplinary Research Publication*, 29(3), 337-353. doi: 10.1023/A:1005199725666

- Levinson, R. A. (1986). Contraceptive Self-Efficacy: A Perspective on Teenage Girls' Contraceptive Behavior. *The Journal of Sex Research*, 22(3), 347-369.
- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2013). *Epidemiologi* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NSD. (u.å). Må jeg melde prosjektet mitt? Hentet 1.februar 2018 fra http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6. utg.). Maidenhead: McGraw Hill Education.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2000). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2000-04-14-31). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#*
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Regjeringen. (2014). Høring - utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre, forslag til endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. Hentet 01.11.2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Horing---utvidet--rekvireringsrett-for-helsesostre-og-jordmodre-forslag-til-endring-i-forskrift-om-rekvirering-og-utlevering-av-legemidler-fra-apotek/id2000574/?expand=horings svar>
- REK. (2015, 26. juni). Helseforskning. Hentet 6.oktober 2018 fra https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997
- RFSU. (2016). *Sex og Kondom og Sånn 2016*.

- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ringheim, G. (2017). Advarer mot å slippe til jordmødrene. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/nyheter/advarer-mot-a-slippe-til-jordmodrene/67396398>
- Salbu, A. K. (2014). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Hentet 10.oktober 2018 fra <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/forskningsetiske-enheter/regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/>
- Staff, A. (2015). Bias. Hentet 15.november 2018 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Spesielle-problemomrader/Bias/>
- Sykepleien. (u.å, Desember 2017). Forfatterveiledning. Hentet 04.10.2018 fra <https://sykepleien.no/forfatterveiledning>
- Universitetet i Oslo. (u.å). Nettskjema. fra Universitetet i Oslo <https://nettskjema.uio.no/>
- Villar, A. (2008). Response Bias. I P. J. Lavrakas (Red.), *Encyclopedia of Survey Research Methods* (s. 752-754). United States of America, California: Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Williams, R. L. & Fortenberry, J. D. (2013). Dual Use of Long-Acting Reversible Contraceptives and Condoms Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), S29-S34.
- Winner, B., Peipert, J. F., Zhao, Q., Buckel, C., Madden, T., Allsworth, J. E. & Secura, G. M. (2012). Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *The New England Journal of Medicine*, 366(21), 1998-2007. doi: 10.1056/NEJMoa1110855
- Øren, A., Leistad, L. & Haugan, T. (2010). *Endres prevensjonsvaner og abortrate hos kvinner 20-24 år ved tilbud om gratis hormonell prevensjon?* (SINTEF A14751). Trondheim.

Vedlegg 1: Vitenskapelig artikkel

Hvis kvinnene fikk velge...

En kartlegging av unge kvinners ønsker og erfaringer når det kommer til
prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse

Kandidatnummer: 601 og 608

Antall ord: 2941

Antall tegn: 18 772

Antall tabeller: 3

Antall figurer: 2

Sammendrag

Bakgrunn Seksualvanene til unge kvinner i Norge er i endring, og dette fører til et økt behov for informasjon og veiledning hva gjelder prevensjon og seksuell helse. Det er gjort få studier av unge norske kvinners prevensjonsvaner, men undersøkelser viser at kondombruken i Norge er lav. Samtidig nevnes LARC som et potensielt førstevalg når det kommer til prevensjon over hele verden, og helsesøstre og jordmødre har fått økt sin rekvireringsrett.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å kartlegge unge kvinners ønsker og erfaringer når det kommer til prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse, og førte til forskningsspørsmålet: Hvordan er unge kvinners prevensjonsvaner og hva er viktig for dem når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse?

Metode: En kvantitativ spørreundersøkelse utført blant 384 unge norske kvinner, utført ved hjelp av et nettbasert spørreskjema som sikrer anonymiteten. Kvinnene er rekruttert ved hjelp av sosiale medier.

Resultat: Resultatene fra denne studien viser at de unge kvinnene som har besvart spørreskjemaet i stor grad benytter seg av hormonell prevensjon, med p-piller og LARC som de mest anvendte metodene. Det indikeres videre at det er mangelfull bruk av kondom, og at kvinnene i svært liten grad benytter kondom i tillegg til annen prevensjon. Majoriteten av kvinnene ønsker å gå til jordmor/helsesøster for veiledning om prevensjon og seksuell helse dersom de selv får velge. For kvinnene er tilgjengelighet av helsepersonell viktig, i tillegg til korrekt og tilstrekkelig informasjon, samt medbestemmelsesrett.

Konklusjon: Unge kvinner benytter seg hovedsakelig av p-piller og LARC, og i liten grad kondom. Når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse vektlegger de tilstrekkelig informasjon og medbestemmelsesrett, og at helsepersonell er tilgjengelig for kvinnene.

Bakgrunn

” God seksuell helse er med på å holde oss friske og i trivsel. Dårlig seksuell helse gjør oss mer utsatt for sykdommer og mistrivsel” (1). Med dette innleder helse- og omsorgsminister Bent Høie *Strategi for seksuell helse*, et dokument hvor man for første gang samler problemstillinger knyttet til seksuell helse i en felles nasjonal strategi. Herunder faller arbeidet for forebygging av uønskede svangerskap og aborter. Strategien drar frem at jordmor kan gi veiledning om og kan administrere langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler (LARC) (1). Kvinnehelse og kvinners seksuelle helse er stadig i fokus internasjonalt og nasjonalt (2). Viktigheten av å styrke individets egen handlingskompetanse for å sikre god seksuell helse, samt sikre at helse- og omsorgstjenesten har kunnskap til å ivareta brukerens behov står sentralt i «Strategi for seksuell helse» (1).

Tidligere studier har vist at unges seksualvaner er i endring (3, 4), noe som kan føre til en økning i forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer (SOI) (5). Folkehelseinstituttet sin rapport fra 2017 viser at forekomsten av SOI er økende, med blant annet stigning i antall rapporterte tilfeller av gonoré og syfilis (6). Kondom er det eneste prevensjonsmidlet som beskytter mot SOI, og nordmenn er dårligst i Norden på kondombruk med nye partnere (7). Disse tallene støttes av en undersøkelse gjort i 2009 som rapporterte om manglende kondombruk ved sist samleie i 47% av tilfellene (8).

RFSU (Riksförbundet för seksuell upplysning) sine undersøkelser om kondombruk ser regelmessig på prevensjonsvaner og hva som er viktig for unge kvinner i Norge (7). Folkehelseinstituttet utførte undersøkelser på prevensjon- og seksualvaner i den norske befolkningen frem til 2008 (9). Etter dette finnes det studier som viser til reseptregistre og statistikk på prevensjonsbruk, men det finnes lite norsk forskning på prevensjonsvanene hos unge kvinner (10, 11). Tall fra Helsedirektoratet viser at p-piller fortsatt er mest brukt av norske kvinner, men en kan se en klar økning i bruken av LARC (11).

Nasjonalt og internasjonalt anbefales LARC som et potensielt førstevalg (12). Dette begrunnes med lav risiko for brukerfeil og at det gir god kontinuitet i bruk (12, 13). En

oversiktsartikkel fra 2013 beskriver at unge kvinner historisk sett er blitt ekskludert fra å benytte seg av LARC, og at dette gradvis er endret de senere år. Det diskuteres også behovet for videre forskning på hvordan man kan øke bevisstheten til denne brukergruppen omkring LARC (14). Brukernes egne ønsker og preferanser skal være med i vurderingen av hvilket prevensjonsmiddel som velges (12). Brattlie m.fl. viser i sin studie at det er høy tilfredshet med LARC blant ungdom (15).

I Sverige er det jordmødrene som har hatt ansvaret for kvinnehelsen i mange år (16). På denne måten har de kunnet arbeide langsiktig og helhetlig med kvinnehelse. I 2016 fikk norske jordmødre og helsesøstre økt rekvireringsrett for prevensjon til alle kvinner over 16 år. Dette er ment som et ledd i å styrke tilbudet til unge kvinner og gjøre prevensjon mer tilgjengelig (17). Skjeldestad (10) viste i sin studie at prevensjonsbruken øker når jordmødre og helsesøstre har rekvireringsrett.

Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å kartlegge unge kvinners ønsker og erfaringer når det kommer til prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse.

I artikkelen belyser vi følgende forskningsspørsmål:

Hvordan er unge kvinners prevensjonsvaner og hva er viktig for dem når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse?

Metode

Studien har et kvantitativt design med nettbasert spørreskjema som datainnsamlingsmetode. Det ble benyttet et deskriptivt forskningsdesign fordi vi ønsket å beskrive en situasjon på et bestemt felt (18).

Datainnsamling og gjennomføring

For å samle inn data ble det utarbeidet et eget spørreskjema, som tok utgangspunkt i SINTEF sin spørreundersøkelse fra 2010 (19). Spørsmålene ble utformet for å benytte et inkluderende språk, slik at de ikke ble oppfattet heteronormative. I tillegg ble det inkludert tre spørsmål med responsskalering, disse er lånt fra en større undersøkelse gjort av Kvaem i 2000 (20).

Spørreskjemaet hadde totalt 24 spørsmål, med variasjon mellom et eller flere svaralternativer per spørsmål. Det var i tillegg fire åpne spørsmål hvor respondentene hadde mulighet til å skrive svar i fritekst. For å sikre ivaretagelse av anonymitet og etiske hensyn, i tråd med gjeldende regler for personvern, ble spørreskjemaet laget og data innhentet ved hjelp av tjenesten *Nettskjema* fra Universitetet i Oslo (UiO) (21).

For å oppnå en høy svarprosent ble spørreskjemaet utarbeidet så konkret som mulig, og gjort lett tilgjengelig for målgruppen ved at det ble distribuert på Facebook. I forkant av at spørreskjemaet ble distribuert på Facebookgruppen, ble det pilottestet på en klasse i en videregående skole, hvor 14 unge kvinner besvarte spørreskjemaet. De ble gitt mulighet til å gi skriftlig evaluering i nettskjemaet, slik at anonymiteten ble opprettholdt. Pilottesten førte ikke til endringer i spørreskjemaet.

Datainnsamlingen ble utført i mai og juni 2018, og det kom raskt inn over 300 svar. Det ble sendt ut purring i håp om å få inn flere svar. Spørreskjemaet ble stengt for ytterligere svar da en så at det ikke var ny aktivitet etter siste purring. Totalt endte det med 385 respondenter. Ved gjennomgang av datasettet ble det identifisert en respondent som konsekvent hadde krysset av på alle mulige svaralternativer. Denne besvarelsen ble ekskludert, da vi valgte å se på dette som lite troverdig. Studien ble stående igjen med 384 deltagere.

I spørreskjemaet er det spørsmål som omhandler kvinnenes bakgrunn. Her innhentes blant annet opplysninger om kvinnenes foreldre/foresatte. Underveis i bearbeidingen av datamaterialet ble det tatt et valg om å ekskludere "forelder/foresatt 2", da det var større mangler på spørsmål som omhandlet de. Derfor benyttes "forelder/foresatt 1" i videre analyser.

Utvalg

Utvalget bestod av 384 unge kvinner som ble rekruttert via Facebookgruppen "Russ 2018-2019". Denne gruppen hadde 14026 medlemmer (pr 23.05.2018), hvor man kan anta at omkring halvparten var kvinner. Inklusjonskriteriene var at deltagerne måtte være medlem av gruppen, kvinner og over 18 år. I introduksjonen av spørreskjemaet ble det forespurt om at kun kvinner over 18 år skulle besvare skjemaet. Dette begrunnes med at NSD angir at en kan gi eget samtykke på sensitive spørsmål rundt 16 - 18 års alder (22).

Analyse

Datamaterialet ble direkte overført fra *Nettskjema* til statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Sciences versjon 24 (SPSS), hvor det ble bearbeidet og analysert. Enkelte variabler ble omkodet før analysen. Dette gjelder bosted, foresattes landbakgrunn og utdanningsnivå, og hormonell prevensjon. Det er gjort deskriptive analyser i form av frekvensanalyser og krysstabeller. Kji-kvadrat test ble benyttet i krysstabell for å se på mestringsfølelse i seksuell sammenheng i forhold til faktisk bruk av kondom. Her ble konfidensintervall satt til 95% (18). Fritekstsvaret er sammenfattet av begge forfattere uavhengig av hverandre, og essensen av innholdet fremstilles i figur 2.

Personvern og etiske overveielser

Respondentene fikk skriftlig informasjon rundt studiens innhold og personvern i forkant av spørreskjemaet. Det var valgfritt å delta, og respondentene samtykket ved å besvare spørreskjemaet. Kartleggingsstudier som ikke samler inn identifiserbare data trenger ikke søke Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Meldeplikttesten til NSD viser at studien ikke er meldepliktig (23). Når man benytter *Nettskjema* fra UiO vil ikke IP-adresser på noe

tidspunkt kobles til de enkelte svar, og det er dermed ikke meldepliktig verken til NSD eller Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) (21, 23, 24).

Resultater

Totalt besvarte 385 deltagere spørreskjemaet, av disse ble en ekskludert i prosessen på grunn av lav troverdighet (n=384). Alle deltagerne var kvinner over 18 år og omtrent likt fordelt mellom om de var i et forhold eller ikke. Majoriteten gikk studieforbereende retning på videregående. Geografisk spredte de seg jevnt mellom urbane og ikke-urbane strøk. Kvinnenes ”forelder/foresatt 1” var hovedsakelig fra Norge og Norden, og deres utdanningsnivå fordelte seg jevnt mellom høyere og lavere utdanning (Tabell 1).

De fleste av kvinnene har hatt samleie (91,9%), og 75,8% oppgir å ha vært seksuelt aktive de siste 30 dager. Kvinnene oppgir å ha hatt vaginalt (90,1%), analt (26,6%) og oralt (67,7%) samleie. Blant de unge kvinnene som besvarte spørreundersøkelsen benyttet flesteparten seg av p-piller, med LARC som nest mest brukte prevensjonsmiddel (Tabell 2).

Majoriteten av respondentene i denne studien benyttet seg ikke av kondom ved sist samleie, og benyttet ikke kondom i tillegg til annen prevensjon ("dual use") (Tabell 2). Kvinnene opplevde at de ikke hadde problemer med å ta frem kondom når de var nær ved å ha sex. Av disse var det få som oppga at de hadde benyttet kondom ved sist samleie, eller i tillegg til annen prevensjon (Tabell 3).

Majoriteten av kvinnene ønsket å gå til jordmor/helsesøster for spørsmål relatert til prevensjon og seksuell helse (Figur 1).

I spørreskjemaet kunne kvinnene i fritekst besvare spørsmålet om hva som var viktig for de i møte med helsepersonell. Dette spørsmålet ble besvart av 127 kvinner, og de fleste bemerket at det var viktig for dem med tilstrekkelig og god informasjon. Andre faktorer som ble oppgitt som viktige var selvbestemt prevensjon og tilgjengelighet av helsepersonell. Det ble også

nevnt viktigheten av god anamnese, autonomi, valgfrihet, undervisning/veiledning og økonomi (Figur 2).

Diskusjon

Hovedfunnene i denne studien viser at p-piller er det mest brukte prevensjonsmiddelet blant kvinnene, etterfulgt av LARC. De benytter seg i liten grad av kondom, men oppgir at de ikke synes det er et problem å ta frem sitt kondom hvis de og partner er nær ved å ha sex.

Kvinnene ønsker å gå til jordmor/helsesøster for spørsmål relatert til prevensjon og seksuell helse. De oppgir videre at det er viktig for de med tilgjengelighet av helsepersonell, medbestemmelsesrett og at de mottar god og tilstrekkelig informasjon.

Globalt og nasjonalt er det et økende fokus på LARC som prevensjonsmiddel (2, 25, 26), med et mål om at man skal tilby LARC som førstevalg (17). På denne måten kan en sikre prevensjonsbruk med få brukerfeil og en reduksjon i uønskede svangerskap (2, 11, 26, 27). For å bedre tilgangen til prevensjonsmidler til alle kvinner, og øke tilgjengeligheten på sikker prevensjon, ble rekvireringsretten til jordmødre og helsesøstre økt (17). Likevel viser tallene fra denne studien at p-piller fortsatt er det mest brukte prevensjonsmiddelet blant kvinnene, etterfulgt av LARC med 31,7% (Tabell 2). Tallene bygges opp under av statistikk fra Folkehelseinstituttet som viser til at p-piller fortsatt er det mest brukte hormonelle prevensjonsmiddelet blant norske kvinner (11).

Denne studien viser at majoriteten av kvinnene i russekullet 2018-2019 er seksuelt aktive. Hele 91,9 % hadde hatt samleie. Dette samsvarer med at den seksuelle debutalder for kvinner i Norge ligger stabilt på 16,7 år (28), og synliggjør slik vi ser det viktigheten av at denne gruppen har god tilgang på informasjon og veiledning innen seksuell helse og prevensjon.

En annen side ved kvinnenes prevensjonsvaner denne studien har undersøkt, er bruken av kondom. Det er velkjent at samleie uten kondom kan føre til både uønsket graviditet og økt forekomst av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) (29). Kondom anbefales brukt i tillegg til annen prevensjon, såkalt "dual use", der smitterisikoen er ukjent. Det er kjent at kondom er det eneste prevensjonsmidlet som kan beskytte mot SOI (25, 30). 12,7% oppgir i studien at de benyttet kondom ved sist samleie, og 17,1% praktiserer "dual use" (Tabell 2). Disse tallene

underbygges av tall fra RFSU, som i sin nordiske undersøkelse "Sex og kondom og sånn" har sett på kondombruk hos ungdom i Norge, Sverige, Danmark og Finland (7). Tross disse tallene på faktisk kondombruk, oppgir kvinnene en høy grad av mestring når det kommer til å ta frem kondom hvis de og partneren deres er tent og nær ved å ha sex (Tabell 3). Det kan sees på som bekymringsverdig at kondom ikke benyttes, siden mange av kvinnene (26.6%) oppgir å ha hatt analt samleie (Tabell 2). Ved analt samleie er det i større grad viktig med bruk av kondom, da smittefaren for SOI er økt på grunn av tynne slimhinner som lett kan sprekke (31). Siden det er kjent at forekomsten av SOI er økende, tydeliggjør dette nødvendigheten av tilstrekkelig og god informasjon til unge (5, 6, 25). Unge har tillitt til helsepersonell og setter veiledning som en viktig kilde til informasjon (32).

I denne studien ble det spurt om hvem kvinnene ønsket å benytte for veiledning knyttet til prevensjon og seksuell helse, da det tidligere ikke er gjort studier på hva brukerne ønsker. Svaret fra deltagerne av denne studien er tydelig, de foretrekker å gå til jordmor eller helsesøster hvis de får velge selv (Figur 1). Dette er å anse som et lavterskeltilbud, da de kan finne jordmor/helsesøster på helsestasjon for ungdom eller i studenthelsetjenesten uten henvisninger og uten å nødvendigvis måtte oppsøke fastlegen sin (33). Tidligere studier har vist at prevensjonsbruken øker, og at prevensjon blir lettere tilgjengelig for unge kvinner når jordmor og helsesøster har rekvireringsrett (10).

Når kvinnene i denne studien fikk svare fritt på hva som var viktig for dem når de søkte veiledning om prevensjon og seksuell helse oppga de et behov for god og tilstrekkelig informasjon. Flere ga uttrykk for at de mente dette ikke var tilfelle når de fikk presentert p-piller som førstevalg (Figur 2). Kvinnene sier de ønsker å bestemme over egen kropp. Andre studier har tidligere vist at kvinner setter informasjon høyt når de vurderer kvaliteten på tjenestene (19). Funnene fra vår og tidligere studier kan tyde på at unge kvinner i dag har et stort behov for informasjon, og at deres ønsker stiller krav til helsepersonell og tjenestene som tilbys (12, 34).

Et prosjekt fra Lillehammer kommune viste at mange av kvinnene der aldri hadde fått informasjon om, eller presentert muligheten for LARC (35). Dette er motstridende

informasjon fra anbefalingene som gis verden over (2, 13, 27). I en studie fra 2016 viser en gjennomgang av henvendelser til Klara Klok at unge kvinner har et stort udekket behov for informasjon når det kommer til p-piller og bivirkninger (34). Ut i fra dette kan man stille spørsmål om informasjonen som unge kvinner mottar er av tilstrekkelig kvalitet, og om helsepersonell besitter forskningsbasert kunnskap om hvilke metoder som anbefales.

Fra 2016 ble jordmødre og helsesøstrenes kompetanse på forskriving og administrering av LARC økt gjennom deres utdanningsplan (36). De som er utdannet tidligere, og ikke allerede har gjennomgått kursing, må gjennom relevant utdanning for å få denne kompetansen (36). Dette kan være med på å begrense tilbudet til unge kvinner og skape diskrepans mellom hensikten med Helsedirektoratets strategi (1), økt rekvireringsrett og det reelle tilbudet. I rapporten fra SINTEF ser man at unge kvinner er flinke til å benytte seg av tilbudet som tilbys fra studenthelsetjenesten (19), noe som styrker funnene i denne studien om at kvinnene ønsker å kunne benytte seg av lavterskeltilbud som helsesøster og jordmor. Nye tall fra Helsedirektoratet viser at hele 85 kommuner i Norge ikke har et tilbud om helsestasjon for ungdom (HFU) (37). Tallene viser ikke hvor mange av kommunene som kan tilby et reelt lavterskeltilbud for administrasjon av LARC.

Styrker og begrensninger

Studien gir interessante funn om unge kvinners prevensjonsvaner, og hva som er viktig for dem når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse. Utvalget er lite i forhold til hele målpopulasjonen av russekullet. Vi har ikke tall på hvor mange russ det er, heller ikke hvor mange kvinner det er i Facebookgruppen. Vi kan bare anta at det er rundt halvparten av alle medlemmene i gruppen på 14026. På bakgrunn av dette kan vi ikke generalisere funnene våre. På en annen side kan det tenkes at dette gir et bilde på hvordan det er. Krosnick (38) mener at en høy svarprosent ikke nødvendigvis gjør en undersøkelse mer representativ, men at ved ikke-tilfeldige utvalg må funnene tolkes med varsomhet.

Kunnskapen om hvem som har besvart denne spørreundersøkelsen er begrenset da det ikke har latt seg gjennomføre noen grundig frafallsanalyse, og vi kan dermed ikke vite om de utgjør en representativ del av denne gruppen unge kvinner. Vi kan heller ikke si noe om hva

som skilte de som svarte fra de som ikke svarte, og vi kan derfor ikke uttale oss om hvordan dette påvirker studiens resultater. Vi vet at kvinnene som besvarte denne studien har en noe høyere andel med foreldre med høyere utdanning, enn det som er gjennomsnittet i befolkningen (39, 40). Dette tyder på en viss skjevhet med tanke på sosial status, dette er derimot ikke uvanlig i spørreskjemabaserte undersøkelser (41). Det som styrker denne studien, er at resultatene kan sammenliknes med tidligere norske undersøkelser, og at disse tallene samsvarer (7, 19, 42).

Siden det samles inn sensitiv informasjon i denne undersøkelsen er det en styrke at det er benyttet nettbasert spørreskjema som deltakerne fyller ut selv. Selvutfyllingsskjema gir best mulighet til å beskytte besvarelsen siden skjemaet kan fylles ut når ingen andre er tilstede (43). På denne måten kan det garanteres en absolutt anonymitet. En av de største fordelene ved å benytte et nettbasert selvutfyllingsskjema, er den store svarfriheten, og at det er mulig å nå et geografisk spredt utvalg. Kostnadene er også lave. Derimot er det en økt risiko for at det er stort frafall på en slik undersøkelse siden det er liten mulighet for kontroll (43).

Konklusjon

Denne studien har bidratt til å kartlegge prevensjonsvanene til unge kvinner i russekullet 2018/2019, og hvilke ønsker de har når de søker veiledning om prevensjon og seksuell helse.

Resultatene fra studien viser at kvinnene fortsatt i stor grad benytter seg av p-piller, men at LARC også benyttes i større grad. Det er lite bruk av kondom, og svært få bruker kondom i tillegg til annen prevensjon. Kvinnene ønsker å benytte seg av jordmor/helsesøster da dette er et lavterskeltilbud, og søker tilgjengelighet av helsepersonell, medbestemmelsesrett, i tillegg til tilstrekkelig og riktig informasjon.

Det er behov for mer norsk forskning på dette temaet, med et større utvalg. Disse unge kvinnene har mye å bidra med, de er opptatt av tematikken og kan belyse de utfordringer som finnes i dagens tilbud til unge.

Litteratur

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022): Helse- og omsorgsdepartementet 2016 [Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf. (nedlastet 10.02 2018)
2. NICE. Long-acting reversible contraception. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/chapter/Woman-centred-care>. (nedlastet 12.februar 2018)
3. Træen B. Sweet 16 and never been kissed? Experiences from a longitudinal Norwegian study 2007 [Tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/publication/287942729_Sweet_16_and_never_been_kissed_Experiences_from_a_longitudinal_Norwegian_study?fbclid=IwAR3JRLNQyLJI4B8F3c0sTgeyzt-duvIB-c8V4d7KdZr8e-yXT_4FbSgcCxs. (nedlastet 01.11 2018)
4. Tikkanen R, Abelssom J, Forsberg M. Kunnskap, attityder och sexuella handlingar bland unga. Gøteborgs universitet 2011. Tilgjengelig fra: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/25017/2/gupea_2077_25017_2.pdf?fbclid=IwAR3uts8dC5YxZmzNUiaHlnhDIq2B-KSH6jltqLH4nJCJhOrEoxrEnpk_ge4.
5. Folkehelseinstituttet. Klamydiastatistikk 2017: Folkehelseinstituttet; 2018 [Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/klamydiastatistikk-2017/>. (nedlastet 1.november 2018)
6. Folkehelseinstituttet. Gonoreé og syfilis øker fortsatt 2018 [Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/gonore-og-syfilis-oker-fortsatt/>. (nedlastet 5.november 2018)
7. RFSU. Sex og Kondom og Sånn 2016 2016.

8. Træen B, Gravningen K. The Use of Protection for Sexually Transmitted Infections (STIs) and Unwanted Pregnancy among Norwegian Heterosexual Young Adults 2009. *Sexuality & Culture*. 2011(15).
9. Folkehelseinstituttet. Seksualvanestudiene 1987–2008 - prosjektbeskrivelse: Folkehelseinstituttet; 2008 [Oppdatert 4.mars 2015]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/prosjekter/seksualvanestudiene-1987---2008/>. (nedlastet 10. oktober 2018)
10. Skjeldestad FE. Forskrivning av prevensjon til unge kvinner: *Tidsskriftet den norske legeforening*; 2012 [Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2012/02/originalartikkel/forskrivning-av-prevensjon-til-unge-kvinner>]. (nedlastet 8.november 2018)
11. Helsedirektoratet. Statistikk om seksuell helse i Norge: Helsedirektoratet; 2017 [Oppdatert 10.mars 2017]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse/statistikk-om-seksuell-helse-i-norge#gonor%C3%A9-og-syfilis>. (nedlastet 12.11 2018)
12. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recommendations and reports* 2016;65(4).
13. Francis JKR, Gold MA. Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents: A Review. *JAMA pediatrics*. 2017;171(7).
14. Teal SB, Romer S. Awareness of Long-Acting Reversible Contraception Among Teens and Young Adults. *J Adolesc Health*. 2013;52(4).
15. Bratlie M, Aarvold T, Skrn ES, Lundekvam JA, Nesheim B-I, Askevold ET. Long-acting reversible contraception for adolescents and young adults A cross-sectional study of women and general practitioners in Oslo, Norway. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2014, Vol19(3), p194-202. 2014;19(3).

16. Lien GC, Sortvik A. Look to Sweden: Sykepleien; 2016 [Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/08/look-sweden>. (nedlastet 10. september 2018)
17. Helsedirektoratet. Rundskriv – Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler - Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversible prevensjon (LARC). Oslo, Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1118/Rundskriv%20rekvireringsrett%20og%20LARC%20IS-13-2015.pdf>. (nedlastet 15.01 2018)
18. Polit DF, Beck CT. Nursing research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
19. Øren A, Leistad L, Haugan T. Endres prevensjonsvaner og abortrate hos kvinner 20-24 år ved tilbud om gratis hormonell prevensjon? Trondheim; 2010. Report No.: SINTEF A14751. (nedlastet 02.02 2018)
20. Kvaalem I, Træen B. Self-Efficacy, Scripts of Love and Intention to Use Condoms Among Norwegian Adolescents. A Multidisciplinary Research Publication. 2000;29(3).
21. Nettskjema [Internet]. Universitetet i Oslo. u.å]. Tilgjengelig fra: <https://nettskjema.uio.no/>.
22. NSD. Vanlige spørsmål 2018 [Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/index.html>. (nedlastet 10.mai 2018)
23. NSD. Må jeg melde prosjektet mitt? Bergen: NSD; u.å [Tilgjengelig fra: http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html. (nedlastet 1.februar 2018)
24. REK. Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK 2015 [Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n. (nedlastet 1. september 2017)

25. NICE. Contraceptive services for under 25s. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph51/chapter/1-Recommendations#recommendation-10-providing-condoms-in-addition-to-other-methods-of-contraception>. (nedlastet 27.oktober 2018)
26. Johansen M. Prevensjonsmidler. 2018. In: eMetodebok for seksuell helse [Internet]. Sex og Samfunn. 8. Tilgjengelig fra: <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>.
27. WHO. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2016. Tilgjengelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252267/9789241565400-eng.pdf;jsessionid=4F366DBE97F934655E971335BA9914A3?sequence=1&fbclid=IwAR04I2V_2C3gBdhFqLiYPTjMua85Vg8nHeye1BIJkrAKbBcY71yYQyhSrdU. (nedlastet 15.10 2018)
28. Bufdir. Ungdom og seksualitet 2018 [Oppdatert 9.oktober 2018]. Tilgjengelig fra: https://bufdir.no/Foreldrehverdag/Hverdagsliv/ungdom_og_seksualitet/. (nedlastet 31.oktober 2018)
29. Tebb KP, Urbach K, Burke PJ, Vyver E, Santa Maria DM, Gibson EJ, et al. Improving Knowledge About, Access to, and Utilization of Long-Acting Reversible Contraception Among Adolescents and Young Adults. *Journal of Adolescent Health*. 2017;60(4).
30. American Academy of Pediatrics. Condom Use by Adolescents. *Pediatrics*. 2013;132(5).
31. Kvam M. Sex og risiko for kjønnsykdommer 2013 [Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/sex/sex-og-risiko-for-kjonnsykdommer/?page=all>]. (nedlastet 1. november 2018)
32. Forcier M. Adolescent sexuality. UpToDate; 2018. Tilgjengelig fra: https://www-uptodate-com.ezproxy.hioa.no/contents/adolescent-sexuality?search=sexual&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1&fbclid=IwAR3wdw2mitY3XoNzuKc1g1XoM1zUf1-vDfcahzKCYUtB5Nv0h4zyZV9en4s. (nedlastet 20.10 2018)

33. Regjeringen. Høringsnotat 2014 [Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/ac35fb4e31a44add8da86f3de6ddc41b/hoeringsnotat_rekvireringsrett.pdf?fbclid=IwAR08QJ02tmTJwX3bE1tDkFs6zPILx8nnlkaAT12W25wHwtKjC9PrONshg40. (nedlastet 3. november 2018)
34. Kjendsli MR, Glavin K, Gjevjon ELR. Informasjonsbehov til unge jenter ved p-pillebruk: Sykepleien; 2016 [Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/05/unge-jenters-informasjonsbehov-ved-bruk-av-p-piller?fbclid=IwAR34Ro9NEMZsDc12OpDq0Kp9TIpzUmhIslAnfjSKFuLX8w0H6UxqybD7t4>. (nedlastet 28.10 2018)
35. Stangeland Å. Vi bør kunne administrere p-stav og spiral Sykepleien: Sykepleien; 2018 [Oppdatert 31.juli 2018]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/12/vi-bor-kunne-administrere-p-stav-og-spiral#2>. (nedlastet 30.10 2018)
36. Helsedirektoratet. Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler – Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC) 2015 [Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvidet-rekvireringsrett-til-helsesostre-og-jordmodre-for-prevensjonsmidler-helsesostre-og-jordmodres-administrering-av-langtidsvirkende-reversibel-prevensjon-larc?fbclid=IwAR0BCrv4oC79oWK5mD81oR62MdmFH4NOZMRwD-myCL7WOwbAwcYUFezIVwY#svar-p%C3%A5-noen-vanlige-sp%C3%B8rsm%C3%A5l> (nedlastet 12. 11. 2018)
37. Helsedirektoratet. 341 kommuner hadde i 2017 et tilbud om helsestasjon for ungdom (HFU) 2018 [Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/nyheter/341-kommuner-hadde-i-2017-et-tilbud-om-helsestasjon-for-ungdom-hfu?fbclid=IwAR2sfgqn6EmRMFleCx3gg-NCaW-8mXm4SDR3Vn9LkQSJUK2CLGOWz2yPX-A>. (nedlastet 14. 11. 2018)
38. Krosnick J. Survey research. Annual Review of Psychology. 1999;50.

39. Statistisk sentralbyrå. Befolkningens utdanningsnivå 2018 [Oppdatert 8.juni 2018].

Tilgjengelig fra:

<https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv?fbclid=IwAR3902ZHSU6MIcL9TwYEZX-FdUKetc7yOXbmenAV0EQNNbjtHESfx7GK-c8>. (nedlastet 16.11.2018)

40. Bakken A. Ungdata. Nasjonale resultater 2018, NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA 2018.

41. Selmer R, Sjøgaard AJ, Bjertness E, Thelle D. The Oslo Health Study: Reminding the non-responders - effects on prevalence estimates. Norsk epidemiologi. 2003;13(1).

42. Nordengen E. Hva vet tiendeklassinger i Trondheim og omegn om prevensjon? [Hovedoppgave i Medisin]: NTNU; 2016.

43. Ringdal K. Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 4. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.

Vedlegg 2: Tabeller

Tabell 1 Bakgrunnsvariabler blant 384 jenter fra russekullet 2018/2019

Totalt n=384 (%)	
Kjønn (n= 384)	
Jente	384 (100)
Sivilstatus (n= 384)	
I et forhold	188 (48,7)
Singel	197 (51,3)
Bosted (n= 384)	
Landlig	114 (29,7)
Hverken landlig eller urbant, midt i mellom	85 (22,1)
Urbant	185 (48,2)
Retning på videregående (n= 384)	
Yrkesfaglig	88 (22,9)
Studieforberedende	296 (77,1)
Foresatt 1 landbakgrunn (n= 382) missing 2	
Norge og Norden	364 (94,8)
Land utenfor Norden	18 (4,7)
Foresatt 1 utdanningsnivå (n= 371) missing 13	
Lavere utdanning	179 (46,6)
Høyere utdanning	192 (50)

Tabell 2 Erfaringer med prevensjon og seksualitet blant 384 jenter fra russekullet 2018/2019

Har du hatt samleie? (n= 384)	
Ja, vaginalt	346 (90,1)
Ja, oralt	260 (67,7)
Ja, analt	102 (26,6)
Nei	30 (7,8)

Er du seksuelt aktiv nå (siste 30 dager) (n=384)	
Ja	291 (75,8)
Nei	93 (24,2)

Har du noen gang brukt prevensjon? (n=384)	
Ja, hormonell	193 (50,3)
Ja, ikke-hormonell	13 (3,4)
Ja, både hormonell og ikke-hormonell	153 (39,8)
Nei	25 (6,5)

Ved sist samleie brukte du kondom? * (n=331) missing 15	
Ja	44 (12,7)
Nei	287 (82,9)

Benytter du kondom i tillegg til annen prevensjon? * (n=308) missing 38	
Ja	59 (17,1)
Nei	249 (72,0)

Til deg som har brukt hormonell prevensjon de siste 30 dager - Hvilken type hormonell prevensjon bruker du? (n=325) missing 21	
P-pille	151 (46,5)
Minipille	20 (6,2)
P-ring	4 (1,2)
P-plaster	1 (0,3)
LARC (p-stav og hormonspiral)	128 (31,7)

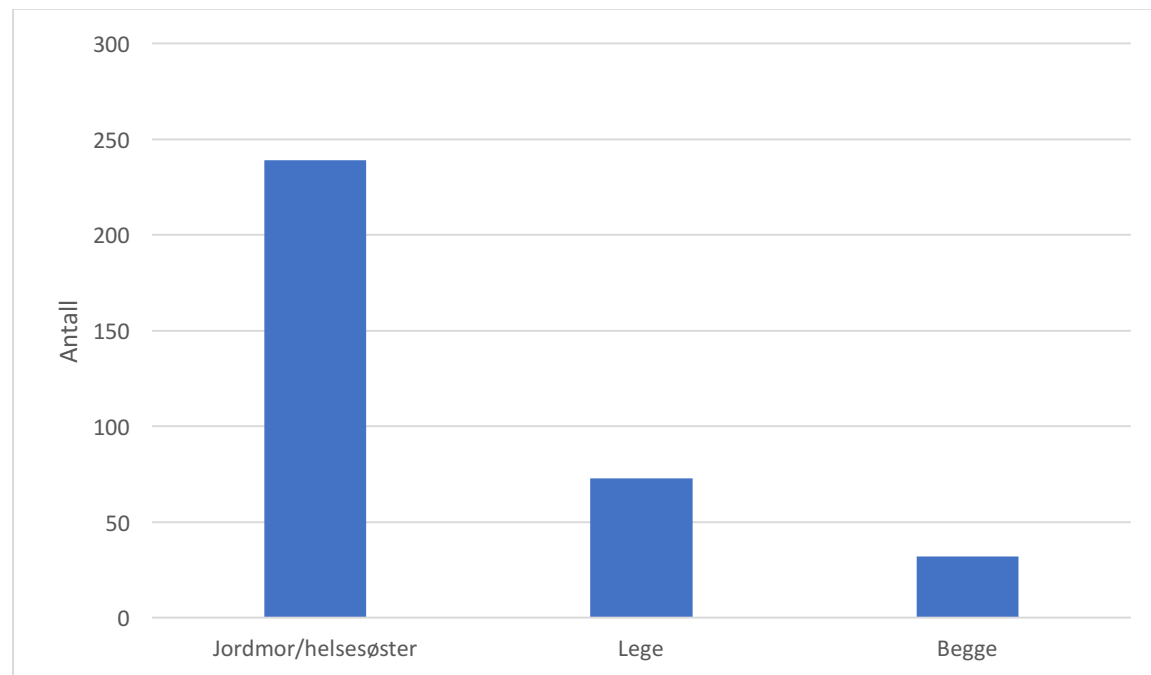
* Inkluderer kun de av kvinnene som har hatt samleie

Tabell 3 Grad av seksuell mestringsfølelse i forhold til kondombruk

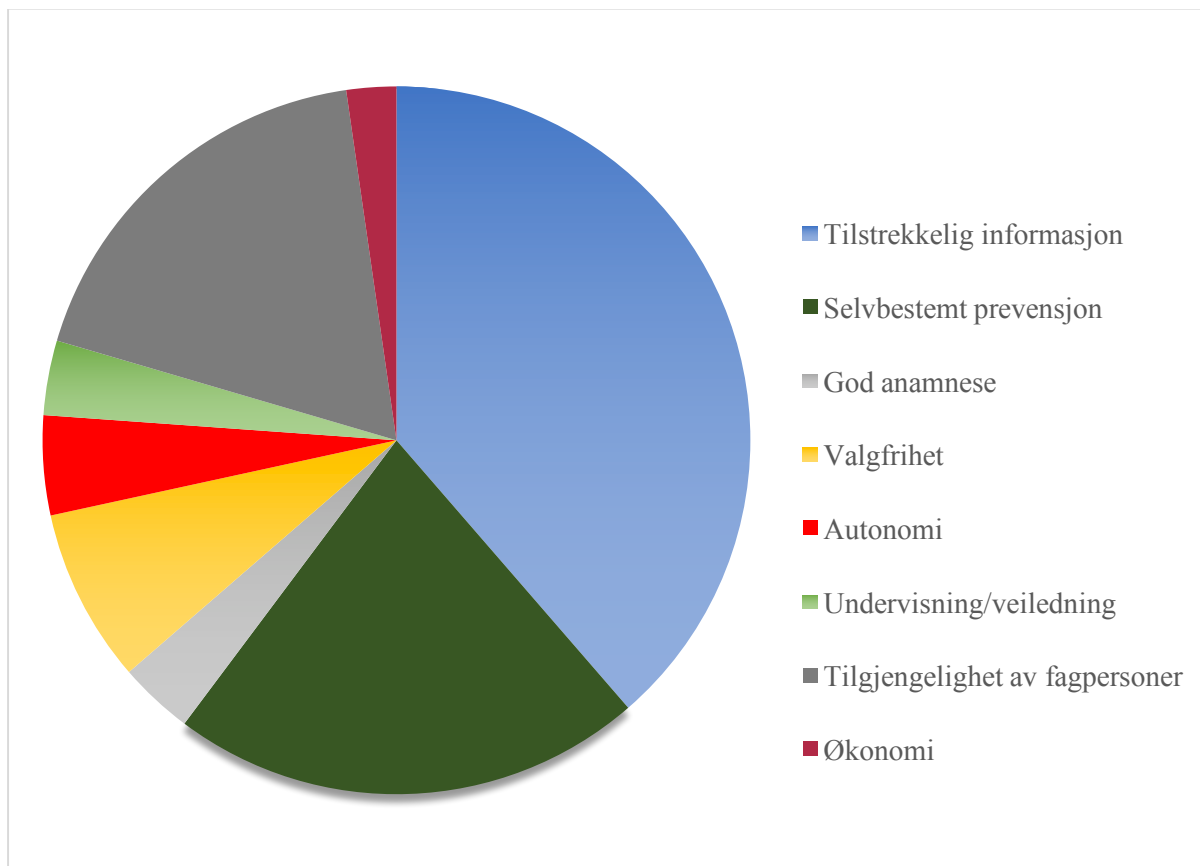
Dersom både min partner og jeg er tent og nær ved å ha sex uten å ha nevnt prevensjon, er det ikke noe problem for meg å ta frem min kondom (dersom jeg har en med meg):						
	Ikke sant for meg	Nesten ikke sant for meg	Verken sant eller usant	Nesten sant for meg	Helt sant for meg	P-verdi
Ved sist samleie brukte du kondom?	n= 31 (%)	n= 27 (%)	n= 39 (%)	n= 40 (%)	n= 190 (%)	0,028*
Ja	1 (3,2)	1 (3,7)	2 (5,1)	7 (17,5)	34 (17,9)	
Nei	30 (96,8)	26 (96,3)	37 (94,9)	33 (82,5)	156 (82,1)	
Benytter du kondom i tillegg til annen prevensjon?	n= 29 (%)	n= 25 (%)	n= 33 (%)	n= 32 (%)	n= 183 (%)	0,034*
Ja	2 (6,9)	2 (8,0)	3 (9,1)	7 (21,9)	45 (24,6)	
Nei	27 (93,1)	23 (92,0)	30 (90,9)	25 (78,1)	138 (75,4)	

*Kji kvadrattest

Vedlegg 3: Figurer



Figur 1 Hvem kvinnene ønsker å benytte til for spørsmål relatert til prevensjon og seksuell helse



Figur 2 Hva er viktig for kvinnene? Sammenfatting av fritekstsvar.

Vedlegg 4: Spørreskjema

Unge kvinners ønsker og erfaringer når det kommer til prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse

Vi er to jordmødre som skriver masteroppgave på Oslo Met – Storbyuniversitetet. Vi vil undersøke unge kvinners (over 18 år) ønsker og erfaringer når det kommer til prevensjon, prevensjonsveiledning og seksuell helse. I den forbindelse har vi laget en kort spørreundersøkelse som vi håper du vil hjelpe oss med å besvare.

Undersøkelsen er helt anonym, vi vil ikke registrere noe som kan identifisere de enkelte deltagerne. Verken ip-adresse eller epostadresse vil kobles mot svarene.

Håper du tar deg tid til å hjelpe oss!

Med vennlig hilsen

1. Hvordan identifiserer du deg selv? *
Jente
Annet
2. Hvor landlig eller urbant bor du? *
fra 1 veldig landlig (liten kommune) - til - 7 veldig urbant (stor by)
1 veldig landlig (liten kommune)
2 landlig
3 litt landlig
4 hverken landlig eller urbant, litt midt i mellom
5 litt urbant
6 urbant
7 veldig urbant (storby)
0 vet ikke
- 3 a Hvor kommer dine foreldre/foresatte opprinnelig fra?
Forelder/foresatt 1
Norge eller Norden
Europa og vestlige land (USA, Canada, New Zealand, Japan, Australia)
Afrika
Asia
- 3 b Hvor kommer dine foreldre/foresatte opprinnelig fra?
Forelder/foresatt 2
Norge eller Norden
Europa og vestlige land (USA, Canada, New Zealand, Japan, Australia)
Afrika
Asia
- 4 a Hvilket utdanningsnivå har dine foreldre/foresatte?
Forelder/foresatt 1
Ungdomsskole
Videregående skole, teoretiske fag
Videregående skole, praktiske yrkesfag
Fagbrev
Teknisk fagskole
Høgskole/universitetsutdanning
Annet
- 4 b Hvilket utdanningsnivå har dine foreldre/foresatte?
Forelder/foresatt 2
Ungdomsskole
Videregående skole, teoretiske fag
Videregående skole, praktiske yrkesfag
Fagbrev
Teknisk fagskole
Høgskole/universitetsutdanning
Annet

5. Er du ... *
I et forhold
Singel
6. Hvilken retning har du gått på videregående? *
Yrkesfaglig
Studieforberedende
7. Hva er dine utdanningsplaner etter videregående?
Høgskole/universitet
Folkehøgskole
Lærlingtid
Annet
Vet ikke
8. Har du noen gang brukt prevensjon? *
Med hormonell prevensjon mener vi p-piller, mini-piller, hormonspiral, p-stav (implantat), p-ring (vaginal), p-plaster, p-sprøyte.
Med ikke-hormonell prevensjon mener vi for eksempel kondom, pessar, kopperspiral.
Ja, hormonell prevensjon
Ja, ikke-hormonell prevensjon
Ja, både hormonell og ikke-hormonell
Nei, gå til spm 10
9. Har du brukt prevensjon de siste 30 dager? *
Ja, hormonell prevensjon (gå til spm. 15)
Ja, ikke-hormonell prevensjon (gå til spm.12)
Ja, både hormonell og ikke-hormonell prevensjon (gå til spm. 15)
Nei (gå til spm 10)

Til deg som ikke har brukt prevensjon siste 30 dager:

- 10 Hva er årsaken til at du ikke bruker prevensjon?
Er ikke seksuelt aktiv
Ønsker å bli gravid
Har kvinnelig partner
Er steril
Er gravid
Min mannlige partner er steril
Satser på avbrutt samleie og/eller "sikre perioder"
- 11 Har du tidligere brukt hormonell prevensjon?
Nei, gå til 12
Ja, besvar spm 11 a-j
- 11 a Hvilke typer brukte du? (flere kryss mulig)
P-pille (inkl. kombinasjonspille)
Minipille
P-ring (f.eks Nuvaring)
P-plaster (f.eks Evra)
P-stav (f.eks Implanon)
Hormonspiral (f.eks Mirena, Jaydess)
P-sprøyte (DepoProvera)
Annet
- 11 b Hvorfor brukte du hormonell prevensjon?
For å ikke bli gravid
For å regulere menstruasjon, eller behandling av kviser
Begge deler (både regulere menstruasjon, eller behandling av kviser og for å ikke bli gravid)
- 11 c Hvorfor sluttet du med hormonell prevensjon?
Glemte det
Ønsket å bli gravid
Resepten tok slutt, fikk ikke ny

- Fikk ikke time
 Flyttet til et nytt sted, visste ikke hvor jeg kunne få resept
 Redd/bekymret for bivirkninger
 Skremt av avisoppslag/medieomtale
 Fikk bivirkninger
 Ble gravid
 Hadde ikke lengre bruk for prevensjon
 Det var for dyrt
 Ville skifte til ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom etc.)
- 11 d Hva ville vært avgjørende for at du skulle fortsatt med hormonell prevensjon?
 Økonomisk tilskudd/billigere preparat
 Lettere tilgjengelighet/Mer veiledning/informasjon
 Et tryggere produkt
 Ingen av disse alternativene har betydning
- 11 e Tilgjengelighet, hvor lett syntes du det var få time for prevensjonsveiledning og evt. resept
 Lett
 Verken lett eller vanskelig
 Vanskelig
- 11 f Var du fornøyd med informasjonen da du fikk din resept på hormonell prevensjon sist gang?
 Ja
 Nei
- 11 g Hvor fikk du den siste resepten på hormonell prevensjon
 Helsestasjon for ungdom
 Jordmor/helsesøster
 Studenthelsetjeneste
 Fastlege
 Annen lege
- 11 h Hva kan bli bedre?
 Fritekst
- 11 i Var du generelt fornøyd med: (flere kryss mulig)
 Informasjon om prevensjon
 Tilbud om prevensjon
 Legens råd/tid
 Jordmor/helsesøsters råd/tid
 Tilbud fra helsetjenesten på skolen/studenthelsetjenesten
- 11 j Har du noen gang i forbindelse med prevensjonskonsultasjon/reseptutskrivning blitt spurt om din egen eller din families helse? (for eksempel migrene, blodpropp, hjerteinfarkt, hjerneslag, om du røyker)
 Ja
 Nei
 Vet ikke/husker ikke
- 12 Du bruker ikke hormonell prevensjon nå. Ville du brukt hormonell prevensjon hvis du kunne:**
- 12 a Sluppet å gå til apotek, fått utlevert prevensjon hos jordmor/helsesøster/lege
 Ja
 Nei
 Ingen betydning/vet ikke
- 12 b Enklere fått time hos jordmor/helsesøster/lege
- 12 c Fått refundert mer enn 116kr per 3 måneders periode for hormonell prevensjon:
 Ja
 Nei
 Ingen betydning/vet ikke
- 12 d Fått helt gratis prevensjon:
 Ja
 Nei
 Ingen betydning/vet ikke
- 13 Til deg som har brukt prevensjon siste 30 dager, men ikke hormonell prevensjon:**
- 13 a Hva slags prevensjon bruker du?
 Kondom
 Kobberspiral
 Annet
- 13 b Hva er årsaken til at du ikke bruker hormonell prevensjon? Flere kryss mulig
 Kan ikke av medisinske grunner
 Noen i nær familie har hatt blodpropp
 Kjenner ikke til hormonelle prevensjonsmetoder
 Vet ikke hvor jeg kan få tak i dette
 Redd for bivirkninger
 Tørr ikke be jordmor/helsesøster/legen om det
 For kostbart
 Har ikke lyst til å tilføre kroppen ekstra hormoner
 Tilfreds med annen prevensjonsmetode
 Bruker kondom da det beskytter mot uønsket svangerskap og smitte av seksuelt overførbare sykdommer
 Andre årsaker
- 13 c Ønsker du å bruke hormonell prevensjon i nærmeste fremtid?
 Ja
 Nei
 Vet ikke
- 13 d Dersom du tidligere har brukt hormonell prevensjon, hvilken type brukte du?
 Flere kryss mulig
 P-pille (inkl. kombinasjonspille)
 Minipille
 P-ring (f.eks Nuvaring)
 P-plaster (Evra)
 P-stav (f.eks Implanon)
 Hormonspiral (f.eks Mirena, Jaydess)
 P-sprøyte (DepoProvera)
 Annet
- 13 e Hvorfor brukte du hormonell prevensjon?
 For å regulere menstruasjon, eller for å behandle kviser
 For å ikke bli gravid
 Begge deler (både for å regulere menstruasjon eller for å behandle kviser, og for å ikke bli gravid)
- 13 f Hvorfor tok du pauser/sluttet med hormonell prevensjon?
 Glemte det
 Ønsket å bli gravid
 Resepten tok slutt/fikk ikke tak i ny
 Fikk ikke time

- Flyttet til et nytt sted, visste ikke hvor jeg kunne få resept
- Redd/bekymret for bivirkninger
- Fikk bivirkninger/Ble gravid
- Hadde ikke lenger bruk for prevensjon
- Det var for dyrt
- Ville skifte til ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom)
- 13 g Hva ville vært avgjørende for at du skulle fortsatt med hormonell prevensjon?
- Økonomisk tilskudd/billigere preparat
- Lettere tilgjengelighet
- Mer veiledning/informasjon
- Et tryggere produkt
- Ingen av disse alternativene har betydning
- 13 h Hvor lett syntes du det var å få time for prevensjonsveiledning og evt. resept
- Lett
- Verken lett eller vanskelig
- Vanskelig
- 13 i Var du fornøyd med informasjonen da du fikk din resept på hormonell prevensjon sist gang?
- Ja
- Nei
- 13 j Hvor fikk du den siste resepten på hormonell prevensjon
- Helsestasjon for ungdom
- Jordmor/helsesøster
- Studenthelsetjeneste
- Fastlege
- Annen lege
- 13 k Var du generelt fornøyd med: (flere kryss mulig)
- Informasjon om prevensjon
- Tilbud om prevensjon
- Legens råd/tid
- Jordmor/helsesøsters råd/tid
- Tilbud fra helsetjenesten på skolen/studenthelsetjenesten
- 13 l Har du noen gang i forbindelse med prevensjonskonsultasjon/reseptutskrivning blitt spurt om din egen eller din families helse? (for eksempel migrene, blodpropp, hjerteinfarkt, hjerneslag, om du røyker)
- Ja
- Nei
- Vet ikke/husker ikke
- 14 Du bruker ikke hormonell prevensjon nå. Ville du brukt hormonell prevensjon hvis du kunne:**
- 14 a Sluppet å gå til apotek, fått utlevert prevensjon av jordmor/helsesøster/lege
- Ja
- Nei
- Ingen betydning/vet ikke
- 14 b Enklere fått time til jordmor/helsesøster/lege
- Ja
- Nei
- Ingen betydning/vet ikke

- 14 c Fått refundert mer enn 116kr per 3 måneders periode for hormonell prevensjon
- Ja
- Nei
- Ingen betydning/vet ikke
- 14 d Fått helt gratis prevensjon
- Ja
- Nei
- Ingen betydning/vet ikke

15 Til deg som har brukt hormonell prevensjon de siste 30 dager

- 15 a Hvilken type hormonell prevensjon bruker du?
- P-pille (kombinasjonspille)
- Minipille
- P-ring (f.eks Nuvaring)
- P-plaster (Evra)
- P-stav (Implanon)
- Hormonspiral (f.eks Mirena, Jaydess)
- P-sprøyte (DepoProvera)
- 15 b Hvorfor bruker du hormonell prevensjon?
- For å regulere menstruasjon, eller for å behandle kviser
- For å ikke bli gravid
- Begge deler (både for å regulere menstruasjon eller behandle kviser, og for å ikke bli gravid)
- 15 c Hvis du tidligere har sluttet/tatt pauser med hormonell prevensjon, hva var årsaken?
- Glemte det
- Ønsket å bli gravid
- Resepten tok slutt, fikk ikke tak i ny
- Flyttet til et nytt sted, visste ikke hvor jeg kunne få resept
- Redd/bekymret for bivirkninger
- Skremt av avisoppslag/medieomtale om farlige bivirkninger av p-piller etc-
- Fikk bivirkninger
- Ble gravid
- Hadde ikke lengre bruk for prevensjon
- Det var for dyrt
- Hadde forbigående for dårlig råd til hormonell prevensjon
- Ville skifte til ikke-hormonell prevensjonsmetode(kondom etc.)
- 15 d Hva ville vært avgjørende for at du skulle brukt hormonell prevensjon kontinuerlig uten pause/opphold?
- Økonomisk tilskudd/ billigere preparat
- Lettere tilgjengelighet
- Mer veiledning/informasjon
- Et tryggere produkt
- Ingen av disse alternativene har betydning
- 15 e Hvor lett synes du det er å få time for prevensjonsveiledning og evt. resept?
- Lett
- Verken lett eller vanskelig
- Vanskelig
- 15 f Var du fornøyd med informasjonen d du fikk din resept på hormonell prevensjon sist gang?

Ja
Nei

Ja
Nei

15 g Hvor fikk du sist utskrevet en resept på hormonell prevensjon?

Helsestasjon for unge
Jordmor/helsesøster
Studenthelsetjeneste
Fastlege
Annen lege

19 Benytter du kondom i tillegg til annen prevensjon?

Ja
Nei

15 h Var du fornøyd med?
Informasjon om prevensjon
Tilbud om prevensjon
Legens råd/tips/tips
Jordmor/helsesøsters råd/tips/tid
Tilbud fra helsetjenesten på skolen/studenthelsetjenesten

20 Har du oppsøkt jordmor/helsesøster/helsestasjon/studenthelsetjenesten/lege for prevensjonsveiledning/kontroll eller for utskrivning av resept på hormonell prevensjon det siste året?

Ja
Nei

15 i Har du noen gang i forbindelse med prevensjonskonsultasjon/reseptutskrivning blitt spurt om din egen eller din families helse? (for eksempel migrene, blodpropp, hjerteinfarkt, hjerneslag, om du røyker)

Ja
Nei
Vet ikke

21 Påstander med respons i skalering, hvor responsskala går fra 1 "ikke sant for meg" til 5 "helt sant for meg"

21 a Når jeg er med en partner er jeg alltid i stand til å være ansvarlig for hva som skjer seksuelt"

På en skala fra 1-5, der 1=ikke sant for meg og 5=helt sant for meg

21 b Dersom min partner og jeg begge er tent og er nær ved å ha sex, uten at noen har nevnt prevensjon, er det ikke noe problem for meg å la min partner vite at jeg ikke bruker prevensjon"

På en skala fra 1-5, der 1=ikke sant for meg og 5=helt sant for meg

21 c Dersom både min partner og jeg er tent og nær ved å ha sex uten å ha nevnt prevensjon, er det ikke noe problem for meg å ta frem min kondom (dersom jeg har en med meg)

På en skala fra 1-5, der 1=ikke sant for meg og 5=helt sant for meg

16 Ville det vært enklere for deg å bruke hormonell prevensjon hvis du kunne:

16 a Sluppet å gå til apotek, fått utlevert prevensjon av jordmor/helsesøster/lege

Ja
Nei
Ingen betydning/vet ikke

22 Hva er det viktig for deg at jordmor/helsesøster/lege har fokus på for at du skal føle at du bestemmer over egen kropp og valg av prevensjon?

Fritekst

16 b Enklere fått time til jordmor/helsesøster/lege

Ja
Nei
Ingen betydning/vet ikke

23 Hvis du kunne velge, hvem ville du henvende deg til for spørsmål/hjelp med prevensjon og seksuell helse?

Jordmor/helsesøster
Lege

16 c Fått refundert mer enn 116 kr per 3 måneders periode for hormonell prevensjon

Ja
Nei
Ingen betydning/ vet ikke

24 Har du noen flere kommentarer du vil dele med oss?

Fritekst

16 e Fått helt gratis hormonell prevensjon

Ja
Nei
Ingen betydning/vet ikke

Tusen takk for hjelpen!!

Til alle

17 a Er du seksuelt aktiv nå (siste 30 dager) *

Ja
Nei

17 b Dersom du er seksuelt aktiv nå og ønsker å beskrive hva du mener med det, kan du gi noen stikkord her:

Fritekst

17 c Har du hatt samleie? *

Ja, vaginalt samleie
Ja, oralt samleie
Ja, analt samleie
Nei

18 Ved sist samleie brukte du kondom?

Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfelleurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt digitalt. Vi ønsker å være den foretrukne kanalen for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant og praksisnær, med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+, men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett. Til tider inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, beholder copyright til teksten og kan lenke til publikasjonen på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til flere eller andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og på internett, for eksempel institusjonelle arkiver. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift.

Linjeavstand skal være 1,5.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPtET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet.

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredere publikum.

- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, presenteres i tillegg kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antall figurer og tabeller

2. Sammendrag

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode

- resultat
- konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord eller 1 500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller legge til dine egne. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes, og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene ble utdelt av sykepleiereb. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt ...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt Skrivetips.

Se også redaktørens leder: Slik skriver du gode forskningsartikler

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...»

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel. Her beskrives forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år dataene ble samlet inn, bearbeiding og analyse av dataene, godkjenning av REK, eventuelt Personvernombudet, og andre relevante instanser. Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode, får studien vurdert av en statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensninger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon. Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer og tabeller (tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige tretti.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
5. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
6. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.
7. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport A28053.

8. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
9. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
10. Bufdir. Foreldreveiledning i grupper (ICDP) [internett]. Oslo: Bufdir; 08.04.2015 [oppdatert 22.11.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatterne må oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

Følg brev til redaktør / cover letter

I følgebrevet må forfatterne oppgi:

- Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer.
- En redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere, for eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse.
- Det er også ønskelig med en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere.
- Hvis manuset bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelleevaluering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskripthåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

- Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?
- Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunktet. Artikkelmanuskripter som antas å være aktuelle, sendes til fagfelleevaluering.

Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Innsending av revidert manuskript

1. Etter fagfelleevaluering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.

3. Alle endringer i revidert manuskript skal markeres med rødt eller ved hjelp av funksjonen Spor endringer.

4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren.

Godkjenning av manuskript

1. Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.
2. Det er viktig å følge instruksjoner fra redaksjonen vedrørende språkvask av endelig manuskript.

Oversetting til engelsk

1. Fra høsten 2016 blir alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Når et artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfatterne ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at vedkommende kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier, kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlige, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel «XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen». Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn.

Sist oppdatert 12/2017

Resultat av meldeplikttest: Ikke meldepliktig

Du har oppgitt at hverken direkte eller indirekte identifiserende personopplysninger skal registreres i forbindelse med prosjektet.

Når det ikke registreres personopplysninger, omfattes ikke prosjektet av meldeplikt, og du trenger ikke sende inn meldeskjema til oss.

Vi gjør oppmerksom på at dette er en veiledning basert på hvilke svar du selv har gitt i meldeplikttesten og ikke en formell vurdering.

Til info: *For at prosjektet ikke skal være meldepliktig, forutsetter vi at alle opplysninger som registreres elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.*

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, hverken:

- direkte via personetydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Vi forutsetter videre at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Med vennlig hilsen,

NSD Personvern