Barnmorskors uppfattning om rådgivning kring kondomanvändning på barnmorskemottagning

FÖRFATTARE Johanna Mökander
Matilda Andersson

PROGRAM/KURS Barnmorskeprogrammet
Göteborgs Universitet
15 högskolepoäng/
RPH100 H10 Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa

HT 2010

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Tone Ahlborg

EXAMINATOR Marie Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademin

GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Barnmorskors uppfattning om rådgivning kring kondomanvändning på barnmorskemottagning
Titel (engelsk):	The midwives´ understanding about advisory of condom use at health centres
Arbetets art:	Självständigt arbete - magisteruppsats
Program/kurs/kurs kod/ kursbeteckning:	Barnmorskeprogrammet, 15 högskolepoäng Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa RPH100 H10
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	45 sidor
Författare:	Johanna Mökander Matilda Andersson
Handledare:	Tone Ahlborg
Examinator:	Marie Berg

SAMMANFATTNING

Under de senaste åren har sexuellt överförbara infektioner (STI) kraftigt ökat i alla åldersgrupper i Sverige. Kondom är det enda preventivmedlet som skyddar mot både graviditet och sexuellt överförbara infektioner. Därför är det viktigt att barnmorskan ger information om kondom som preventivmedel på ett sätt så att fler använder sig av kondom vilket kan bidra till att förekomsten av sexuellt överförbara infektioner minskar.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva barnmorskors uppfattning om rådgivning om kondomanvändning inom ramen för arbete vid barnmorskemottagning (BMM).

Metod: Två fokusgruppsintervjuer genomfördes med barnmorskor på två olika BMM. Intervjuerna transkriberades och därefter analyserades materialet gemensamt av författarna med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Samtliga barnmorskor i studien gav sina patienter kondområdgivning, men var överens om att rådgivningen kunde bli bättre och utvecklas. Det fanns en uppfattning att kondomanvändning påverkas av patientens kunskap, ekonomiska situation och kulturella omgivning. Barnmorskorna var överens om att de kunde påverka patientens val av preventivmedelsmetod genom att framhäva för- och nackdelar och såg ett stort behov av att förbättra samhällets kunskap om kondom, oavsett ålder. Barnmorskorna ansåg också att övriga samhället har ett ansvar för att öka kondomanvändning. Exempelvis kan reklam i media ge allmänheten en påminnelse om risker vid oskyddat sex. Ökningen av patienter med STI uppfattades bero på att människor idag har fler sexpartners samt att samhället var sexualiserat.

Slutsats: Studien visar att barnmorskors rådgivning avseende kondomanvändning på BMM kan utvecklas**.** Barnmorskorna i studien uppfattade att de kan utveckla sin roll vid kondområdgivning med hjälp av nya rutiner, utveckling av samtalet med patienten och med inspiration från ungdomsmottagningens rutiner. För att öka kondomanvändning bör fokus inte enbart ligga på hur barnmorskans roll kan utvecklas, utan fokus bör läggas på en gemensam insats tillsammans med samhället och då främst media.

Nyckelord: Kondom, rådgivning, barnmorska

ABSTRACT
During the last years Sexually transmitted diseases (STD) has increased substantially across all ages in Sweden. When condom being the only contraceptive which protects from both pregnancy and sexually transmitted infections it is crucial that the midwife provides information about condom as contraceptive. By doing so, the use of condom is able to increase and sexually transmitted diseases deteriorate.

Purpose: The aim of this study was to describe the midwife´s opinion about her condom advisory within the profession at the health centre.

Method: Two interviews with focus groups were performed with midwives from two different health centres. The interviews were transcribed and analyzed with the use of qualitative content analysis by the two authors together.

Results: The entire selection group of midwives´ is performing condom advisory, but all agree that there is room for improvement and development. Throughout the interviews it was revealed that condom use is affected by the patient's knowledge, finances and cultural surrounding. The midwives´ concur that they are able to influence the patient´s selection of contraceptive by presenting pros and cons. There is a substantial need to improve the society's knowledge about condom, despite age. The midwives´ considered it to be a joint responsibility with society to increase condom use. Advertising in media would give the public a reminder about the risks they are exposed to during unprotected sex. The increases of patients with STD are according to the midwifes´ likely to depend on the number of sexual partners and a sexualized society.

Conclusion: The study reveals that midwives´ condom advisory can be developed. The midwives´ believe that they can develop their roles during condom advisory by the use of new routines, development of the conversation with the patient and through inspiration from the youth center.

To enlarge the use of condoms, beside development of the advisory from Swedish midwives, focus should target a collective achievement together with society and upper most media.

Key words: Condom, advisory, midwife

INNEHÅLL Sid

INLEDNING 1
BAKGRUND 1
Kondom 1
Preventivmedelsrådgivning 2
Barnmorskans arbete på BMM 3
Sexuellt överförbara infektioner 4
Teoretiska begrepp 5
Sexuell hälsa 5
Reproduktiv hälsa 6
Empowerment 7
TIDIGARE FORSKNING 8
Kunskap om sexuellt överförbara infektioner och kondom 8
Kondomanvändning 9
Rådgivning om sexuell hälsa 11

PROBLEMFORMULERING 13

SYFTE 13

METOD 13
VALD METOD 13
FOKUSGRUPP 14
KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS 15

URVAL 16
DATAINSAMLING 16
DATAANALYS 17
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN 18
Risk-nytta analys 19

RESULTAT 19
PÅVERKAN OCH HINDER VID KONDOMANVÄNDNING 20
Ekonomi 20
Kultur och etnicitet 21
Barnmorskans påverkan vid val av preventivmedel 22
BEHOV OCH ANSVAR 23
Sex som livsstil 23
Gemensamt ansvar 24
Kunskap om kondom 25
Information 25
Kondområdgivning i alla åldrar 27
UTVECKLING AV KONDOMRÅDGIVNING
PÅ BMM 28
Barnmorskans kondområdgivning 28
Nya rutiner 28
Samtalet 29
Ungdomsmottagning som inspiration 30

DISKUSSION 31
METODDISKUSSION 31
RESULTATDISKUSSION 34
Kunskap om STI och skydd 34
Ålder 35
Kulturskillnader 36
Möjlighet till information och påverkan 37
Konklusion och praktisk tillämpning av studiens resultat 38

REFERENSER 40

BILAGOR
1 Forskningspersonsinformation till verksamhetschef
2 Forskningspersonsinformation till informanterna
3 Checklista vid fokusgruppsintervju
4 Kvalitativ innehållsanalys

INLEDNING

I Sverige har sexuellt överförbara infektioner (STI) ökat kraftigt under de senaste åren, inte bara hos ungdomar, utan i alla åldrar. Kondom är det enda preventivmedlet som skyddar mot både graviditet och sexuellt överförbara infektioner. Information kring sexuellt överförbara infektioner och preventivmedelsrådgivning riktar sig i första hand till ungdomar på ungdomsmottagningar och på skola. Enligt SOU 2004:13 krävs ytterligare forskning och utvecklingsinsatser för att öka kunskaper om attityder och beteendemönster hos unga vuxna i åldrar 20-29. Trots att Sverige satsar stort på prevention, i jämförelse med andra jämförbara länder, har man inte lyckats att minska spridningen av de vanligaste sexuellt överförbara infektionerna. Tvärtom så har det skett en ökning av dessa sjukdomar i alla åldersgrupper, vilket betyder att vikten av insatser för att förebygga smittspridning i samhället är stor.

Vi tycker att forskning kring kondområdgivning till den målgrupp som barnmorskan möter på barnmorskemottagning (BMM) saknas och behöver utvecklas. Vi hoppas och tror att denna studie kan bidra till reflektion, diskussion och ökad kunskap om barnmorskans roll när det gäller kondområdgivning.

BAKGRUND

Kondom

I södra Frankrike, Les Combarelles, har det hittats målningar med tidiga bevis på kondomanvändning i Europa från år 100-200 e.Kr. Under 1500-talet utförde Gabrielle Fallopious, en italiensk anatom, ett experiment där han undersökte kondomens effektivitet och hur den skyddade mot syfilis. I experimentet deltog 1100 män, där samtliga använde kondom av linne. Ingen av dessa män blev smittade med syfilis. Under samma tid fanns även kondomer gjorda av djurtarmar med möjlighet till återanvändning. På 1700-talet ansågs kondomen som en metod för att förhindra, inte bara sexuellt överförbara infektioner, utan även graviditeter. Det ryktades att Casanova använde kondom för att hans älskarinnor inte skulle bli gravida. På 1800-talet startade massproduktionen av kondomer i gummi. Kondomen blev billigare, mer pålitlig och elastisk. Under 1900-talet kunde kondomen göras av flytande gummi vilket ledde till en tunnare och luktfri kondom. Tillstånd för kondomautomater infördes år 1959 i Sverige. Idag görs kondomer av gummi eller plast, de senare är latexfria.

De finns i olika storlekar, färger och smaker. (Flanigan, 2007; Sundström, Centerwall, Nilsson, & Nordenmark, 2000; Odlind, Bygdeman, & Milsom, 2008).

Kondom räknas till den grupp av preventivmedel som kallas för barriärmetod, tillsammans med spermiedödande medel och pessar. Dessa metoder är särskilt viktiga då de ger ett visst skydd, inte bara mot graviditeter, utan även mot sexuellt överförbara infektioner (Herlitz, 2004). Kondom ger visst skydd mot gonorré, kondylom (HPV), herpes, HIV och hepatit B-virus både vid vaginal och anal penetration samt oralsex. Den rekommenderas därför vid alla tillfälliga sexuella kontakter. Fördelen med kondom är att den är lättillgänglig. En nackdel kan vara att den har något mindre effektivitet som preventivmedelsmetod i jämförelse med hormonella preventivmedel och kopparspiral (SoS-rapport 1996:18; Odlind et al., 2008). Dock varierar kondomens effektivitet beroende på användaren. Vid korrekt och kontinuerlig användning kan dock hög säkerhet uppnås med kondom och beräknad risk för graviditet per hundra kvinnor är 3-13% (Odlind et al., 2008). Kondom är den enda reversibla preventivmedelsmetoden för män. Den vanligaste kondomen som säljs i Sverige är gjord av gummi (latex), men för dem med latexallergi finns det nu latexfria kondomer. Det finns även en kondom för kvinnor som heter Femidom och appliceras i vagina och vulva (SoS-rapport 1996:18; Odlind et al., 2008).

Preventivmedelsrådgivning

Sexualupplysning har funnits i Sverige under århundraden. Redan under 1700-talet föreläste Carl von Linné om sexualiteten. Under 1800-talet startade den första svenska kvinnliga läkaren, Karolina Widerström, sexualupplysning för unga kvinnor. År 1942 rekommenderades sexualupplysning till alla elever i Sveriges skolor. RFSU, Riksförbundet för sexuell upplysning, startade år 1933 och har sedan dess haft en stor betydelse för dagens preventivmedelsrådgivning (Odlind et al., 2008).

År 1975 fick Sverige en ny abortlag vilket gav den gravida kvinnan rätt att själv bestämma om hon vill avbryta graviditeten upp till den 18:e graviditetsveckan förutsatt att hon är svensk medborgare eller bosatt i Sverige, eller får särskilt tillstånd från Socialstyrelsen. Detta medförde att preventivmedelsrådgivningen ökade och blev mer tillgänglig då man ville motverka att kvinnor använde abort som en preventivmedelsmetod (Sundström, 2009).

I Sverige finns ett stort utbud av preventivmedelsrådgivning på BMM och ungdomsmottagningar runt om i landet. De flesta kvinnor i Sverige föder 1-3 barn under sin livstid och många väljer därför att använda sig av preventivmedel under en lång period. Det är därför viktigt att rådgivningen är bra och väl anpassad för varje enskild individ (SoS-rapport 1996:18). Genom en anamnes som innehåller hereditet för påverkbara sjukdomar, reproduktiv situation, sexualvanor, sannolik fruktsamhet och tidigare erfarenhet av preventivmedel kan barnmorskan rekommendera en lämplig preventivmetod (SoS-rapport 1996:18 & Odlind, Bygdeman & Milson, 2008). Rådgivningen kan bestå av både muntlig, skriftlig och praktisk information då metodernas egenskaper, effektivitet, verkningsmekanism, biverkningar och positiva hälsoeffekter skall förmedlas. God rådgivning minskar risken för oönskad graviditet samt oro och osäkerhet inför valet av preventivmedel (SoS-rapport 1996:18). Enligt Berg och Lundgren (2010) är varje kvinna unik och det är barnmorskans uppgift att kämpa mot likformighet och standardisering, tillgodose och stödja individuella önskemål och val, gynna alternativa vårdmodeller och att sträva efter ett normalt förlopp under graviditet och förlossning.

Trots att Sverige satsar stort på prevention i jämförelse med andra jämförbara länder, har man inte lyckats att minska spridningen av de vanligaste sexuellt överförbara sjukdomarna. Tvärtom så har det skett en ökning av dessa sjukdomar i alla åldersgrupper. Mellan 1997 och 2003 ökade anmälda klamydiafall med 92 %. Vikten av insatser för att förebygga smittspridning i samhället är därför stor (SOU 2004:13).

Barnmorskans arbete på barnmorskemottagning

Barnmorskeyrket är världens äldsta kvinnoyrke och dess historia speglar hur den traditionella läkekonsten tillämpats och hur förlossningskonsten utvecklats. Den är samtidigt även en kamp för bättre villkor och utbildning för barnmorskorna. Under medeltiden kallades den traditionella barnmorskan för jordemor. En jordemor skulle besitta kunskap om örter som hade en helande förmåga och hon hämtade sin kunskap främst från naturen. Förutom att bistå kvinnan vid förlossning hade jordemödrarna även kunskap om födelsekontrollerande och fosterdrivande medel (Höjeberg, 2001).

Den svenska mödrahälsovården inrättades i slutet av 1930-talet. Vården har alltid varit kostnadsfri och når idag ut till 99 % av alla gravida kvinnor. Arbete som barnmorska på BMM omfattar allt från preventivmedelsrådgivning, STI-prevention, abortförebyggande arbete, föräldrastöd till hälsoupplysningar och hälsokontroller. En väsentlig del av

barnmorskans arbete är att bidra till en positiv syn på sexualiteten. Målet är god reproduktiv och sexuell hälsa för hela befolkningen, det vill säga ett tryggt sexualliv, förmåga till fortplantning, frihet att planera sitt barnafödande samt god hälso-och sjukvård så att kvinnan kan genomgå sin graviditet och förlossning med minsta möjliga risk för både henne och barnet. Barnmorskans arbetsfält är stort och handlar framför allt om att ur ett livscykelperspektiv främja sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa samt vårda vid ohälsa och sjukdom (Höjeberg, 2001).

Sexuellt överförbara sjukdomar

Enligt WHO (2010) är sexuellt överförbara infektioner eller som de benämns på engelska Sexually Transmitted Infections (STI) infektioner som sprids främst via sexuell kontakt mellan människor från slemhinna till slemhinna. Det finns mer än 30 olika sexuellt överförbara bakterier, virus och parasiter i världen. De vanligaste STI i världen är gonorré, klamydia, syfilis, trichomonas, genital herpes, HIV och hepatit B infektion. Smittskyddslagen (2004:168) handlar om anmälningsplikt och smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner. Lagen har funnits sedan i början av 1900-talet och ändrats och utformats vid flera tillfällen. De sjukdomar som i dag berörs är klamydia, gonorré, syfilis och HIV/AIDS. Lagen innebär att den smittade eller misstänkt smittade har skyldighet att uppsöka läkare för undersökning samt lämna upplysningar om var smittan kommer ifrån och vem den eventuellt kan ha förts vidare till. Enligt Höjeberg (2001) har den smittade rätt till gratis undersökning, vård och behandling.

Socialstyrelsen ansvarar för att följa upp och samordna de nationella insatserna mot HIV och andra sexuellt överförda infektioner samt ansvara för att långsiktiga förebyggande insatser genomförs. Målet för insatserna är att begränsa spridning av HIV-infektion, andra STI och blodburna infektioner samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för såväl samhället som den enskilde. I enlighet med smittskyddslagen ansvarar Socialstyrelsen även för att nationellt samordna smittskyddet och ta de initiativ som behövs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. För att barnmorskan skall kunna uppfylla dessa mål behövs ytterligare rådgivning om sexuell och reproduktiv hälsa, sexualitet, HIV och andra sexuellt överförbara sjukdomar och hur man skyddar sig. Utifrån sin kunskap kan barnmorskan påverka den yngre generationens attityd till att skydda sig och sin partner mot såväl oönskad graviditet som sexuellt överförbara infektioner (Socialstyrelsen, 2009).

Teoretiska begrepp

Sexuell hälsa

Sexuell hälsa har definierats i årtionden och påverkats och utformats efter historiska händelser så som 60-talets sexuella revolution, kampen om reproduktiva rättigheter, abort och homosexuellas rättigheter samt det politiska och sociala livet (Edwards & Coleman, 2004). Den första internationella definitionen av sexuell hälsa som accepterades publicerades av World Health Organization 1975 och löd kortfattat:

> ”Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love” (WHO, 2002).

År 2002 publicerades en ny definition av sexuell hälsa där begreppen psykisk hälsa, ansvar och sexuella rättigheter tillkom och därmed fick en ny innebörd (Edwards & Coleman, 2004):

> “Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social wellbeing related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled” (WHO, 2002).

Sexualitet är en del av att vara människa. Begreppet sexualitet innefattar kön, könsidentitet, erotik, njutning och intimitet. Sexualiteten upplevs och uttrycks genom tankar, önskningar, fantasier, normer, attityder, värderingar, beteenden och relationer. Den kan uttryckas och upplevas, men även hållas tillbaka. Sexualiteten påverkas av samspelet mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska och kulturella faktorer (Hulter, 2004). Enligt WHO (2002) krävs ett positivt synsätt på människans sexualitet och en förståelse för de faktorer som formar människors sexuella beteende för att sexuell hälsa ska uppnås. Samhället behöver förstå och främja de potentiellt positiva roller som sexualiteten kan spela i varje människas liv och bygga hälsofrämjande tjänster som kan främja ett sexuellt friskt samhälle. De senaste tre årtiondena har dramatiska förändringar i förståelse och kunskap av människans sexualitet och sexuella beteende uppstått. Detta kan ligga till grund för att ämnen som HIV, sexuellt

överförbara infektioner, oönskade graviditeter, aborter, infertilitet, sexuella dysfunktioner och diskriminering på grund av sexuell orientering har uppmärksammats.

Reproduktiv hälsa

Sundström (1996) hänvisar till WHO:s allmänna hälsodefinition där reproduktiv hälsa inte enbart innebär frånvaro av sjukdom utan även ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande inom samtliga områden som rör det reproduktiva systemet och dess funktioner. Den reproduktiva hälsovården omfattar såväl mödra- och förlossningsvård som preventivmedelsrådgivning, vård vid abort samt förebyggande och behandlande insatser av sexuellt överförbara sjukdomar. WHO:s definition (2005) om reproduktiv hälsa är den rådande definitionen i samtliga delar av världen och i den står bland annat:

> "Reproductive health, therefore, implies that people are able to have a responsible, satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this are the right of men and women to be informed of and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of fertility regulation of their choice, and the right of access to appropriate health care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant".

I dokumentet Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (2006) som givits ut av regeringskansliet definieras begreppet reproduktiv hälsa utifrån existerande internationella överenskommelser. Definitionen lyder:

> "Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner och inte bara frånvaro av sjukdom".

Definitionen avser alla människors rätt att bestämma över sin egen kropp, sexualitet, tillgång till kunskap och rådgivning om sexualitet och reproduktion, skydd mot HIV/AIDS och andra könssjukdomar, tillgång till preventivmedel samt säker abort. Enligt Sundström (1996) ska det finnas tillgång till information och rådgivning om preventivmedel för män och kvinnor enligt deras behov och önskemål. I enlighet med WHO:s definition visar Danielsson och Sundström

(2006) på att reproduktiv hälsa innebär ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert sexualliv med möjlighet till fortplantning. En förutsättning för att den reproduktiva hälsan ska utvecklas är kunskap och information om preventivmedelsrådgivning. En viktig del är att arbeta med STI prevention.

I Sverige har barnmorskan ett stort ansvar för att skydda den reproduktiva hälsan och då inte minst skydda fertiliteten. Infektioner i underlivsorganen kan inte bara störa samlivet utan även sprida sig till de inre könsorganen och leda till nedsatt fertilitet. En sexuellt överförbar infektion sätter även press på relationen och frågan om otrohet aktualiseras. Därför ingår förebyggande behandling av STI med målet att skydda fertiliteten i barnmorskans arbete på BMM. Barnmorskan kan genom provtagning upptäcka och behandla infektioner, ge information om spridningsvägar samt utföra smittspårning och skicka kallelse för behandling (Sundström, 2009).

Empowerment

Empowerment är ett komplext begrepp med flera tolkningar. Synonymer som förtydligar begreppet empowerment är självtillit, stolthet, egenkontroll och samarbete (Askheim & Starrin, 2007). Det finns ingen svensk översättning som täcker innebörden i begreppet empowerment och därför används detta engelska uttryck i denna uppsats. Baksi & Cradock (1998) har definierat empowerment enligt följande:

”patients are empowered when they have the knowledge, skills, attitudes, and self-awareness necessary to influence their own behaviour and that of others in order to improve the quality of their lives”.

Empowerment kan betraktas både som en process och ett mål som innehåller tre centrala begrepp: makt, kontroll och självtillit. Begreppet bygger på ett förhållningssätt och en människosyn där utgångspunkten är att alla människor har resurser och kapacitet till att definiera sina egna problem och att utveckla handlingsstrategier för att lösa dessa. Människors kapacitet att öka kontrollen över sina egna liv innebär dels en strävan mot självtillit och tillit till andra, dels att man uppmärksammar att samhället faktiskt kan förändras. Maktinflytande kräver aktivt deltagande och ligger härigenom nära begrepp som delaktighet, demokrati och egenmakt (Forsberg & Starrin, 1997).

Begreppet empowerment har en grundläggande positiv människosyn och ser människan som aktiv. Människan vet och vill sitt eget bästa och har makten att skapa de rätta förhållandena för att uppnå detta (Askheim & Starrin, 2007). Verktyget för att få kontroll över sin situation är kunskap (Leino-Kilpi, Johansson, Heikkinen, Kaljonen & Virtanen, 2005). I omvårdnadssammanhang kan empowerment handla om den dagliga patientkontakten där resultatet av undervisning och den kunskap som patienten skaffat sig ger makt att kunna delta i beslutsprocessen. När patienten har den kunskap, attityd och medvetenhet som behövs för att påverka sitt eget hälsobeteende och situation har patienten nått empowerment (Pilhammar-Andersson, 2007).

TIDIGARE FORSKNING

Vi sökte artiklar i databaserna Cinahl och Pubmed. Artiklarna som söktes var peer-reviewed och researched articles. Av bekvämlighetsurval valdes artiklar ut som fanns i fulltext. Sökorden som användes var contraceptive, advice, condom, midwife, attitude, women och sexual health. En artikel (Tyden, Norden & Ruusuvaara, 1991) ansågs trots sin ålder vara relevant då denna var den första studien i Sverige som skrevs av en barnmorska kring ämnet STI och attityd till kondom.Tio artiklar valdes ut som analyserades av båda författarna och beskrivs nedan.

Kunskap om sexuellt överförbara infektioner och kondom

Det är viktigt att kunna utvärdera samhällets kunskaper om sexuellt överförbara infektioner samt bedöma motiverande och beteendemässiga faktorer som påverkar användningen av kondomer för att förhindra STI. I en svensk studie (Tyden, Norden & Ruusuvaara, 1991) undersöktes ungdomars sexuella beteende för att försöka uppskatta risken för att smittas av HIV. En enkätstudie gjordes där 209 studenter på en gymnasieskola deltog. Samtliga studenter var medvetna om att HIV är en sexuellt överförbar infektion, och att kondom ger ett visst skydd mot STI. En stor del av studenterna hade kunskap om klamydia men de allra flesta trodde felaktigt att gonorré var den vanligaste sexuellt överförbara sjukdomen i Sverige. Ungefär hälften av alla studenter kände till herpes medan kondylom var relativt okänd. Falska frågor kring hemorrojder och bihåleinflammation som eventuella könssjukdomar lockade felaktiga svar. Endast 15 % ansåg sig ha god tillgång till adekvat information om sexuellt överförbara infektioner (Tyden, Norden & Ruusuvaara, 1991).

I en engelsk studie av Rana, Pimenta, Rosenberg, Warren, Sekhin, Cook och Robinson (2005) gjordes en undersökning mellan 1998-2001 med 1193 deltagare där skillnaden i sexuellt beteende hos individer med genital herpes under asymptomatiska och symptomatiska perioder studerades. Resultatet i denna studie visade att personer med genital herpes oftast hade en ökad kunskap om STI och dess spridning, samt att de var välinformerade om sin sjukdom. Majoriteten av de personer med genital herpes som deltog var medvetna om att herpes är en sexuellt överförbar infektion. Över 90 % kände till att läkemedel kan hjälpa till att kontrollera skov och påskynda läkning av lesioner samt att kondomer kan bidra till att förhindra spridningen av herpes genitalis (Rana et al., 2005).

Att inte använda kondom som preventivmedel innebär inte alltid, enligt en svensk rapport av Herlitz (2004), att det saknas kunskap om kondomens skydd mot STI. Bristen på kondomanvändningen visar snarare att människor inte alltid handlar i enlighet med sina kunskaper. Detta kan förklaras med att individen inte själv ser sig som sårbar eller är utsatt för sexuella risker (Herlitz, 2004). Detta kan styrkas av en amerikansk studie av Carey, Braaten, Maisto, Gleason & Forsyth (2000) där 102 kvinnor deltog. Det framkom att individen överskattar sin förmåga att minska sitt riskbeteende vid sexuella kontakter. I många fall fokuserar dock förebyggande insatser enbart på att öka kunskaperna om STI, och utgår inte från insatser som kan förstärka motivationen. Detta trots att individen i många fall underskattar sin risk att smittas med HIV, eller någon annan STI och därför inte ännu är beredd att förändra sitt beteende (Carey et al., 2000).

Kondomanvändning

RFSU genomförde år 2010 en undersökning i Sverige och övriga Norden om attityd till kondom. Urvalet i Sverige var 1129 män och kvinnor mellan 15-65 år som någon gång hade haft sex. 18 % av deltagarna i Sverige använder kondom regelbundet medan 39 % inte använder något skydd alls vid sexuella kontakter. Merparten i denna grupp var över 50 år. Fler män än kvinnor uppgav att de inte använde skydd. Skäl till oskyddat sex hos deltagarna i studien kunde vara att de befann sig i ett fast förhållande, de litade på att deras partner inte hade en könssjukdom, användning av annat preventivmedel än kondom, dålig tillgänglighet av kondomer, alkoholpåverkan samt graviditetsönskan eller sterilitet (RFSU, 2010). Lewin, Fugl-Meyer, Lalos & Månsson (1998) visade att det var det åldersgruppen 25-49 år som skyddade sig i minst utsträckning, även med hänsyn till dem med graviditetsönskan eller de

som var gravida. Många i denna grupp förlitade sig då på avbrutet samlag och ”säkra perioder”.

Enligt RFSU (2010) och Oddens och Milsom (1996) var de vanligaste skälen eller fördelarna med att använda kondom att man ville skydda sig mot könssjukdomar eller graviditet. För många var kondom ett bra alternativ då de inte ville tillföra extra hormoner i form av kombinerade p-piller och en del såg det som ett kul inslag i sexakten. Kondom upplevdes även smidigt för många och de kände sig trygga med valet av kondom samt att de inte upplevde att den störde sexlivet. Enligt RFSU-rapporten (2010) uppfattades en person som föreslog kondom som ansvarstagande, omtänksam, vuxen, erfaren, självsäker, kärleksfull och sexig. Nackdelarna som nämndes med kondom var att kondomen kunde glömmas bort i stundens hetta och att det inte var lika skönt att ha sex med kondom på. Det gick inte att vara lika spontan, det sågs som ett jobbigt avbrott i sexakten då den lätt kunde gå sönder, det kunde bli kladdigt och var ibland krångligt att använda. Vissa tyckte även att det var pinsamt att köpa kondomer, att de luktade illa, att det var svårt att veta vilken kondom som passade samt att det var pinsamt att föreslå kondom.

I en svensk studie av Christianson, Johansson, Emmelin & Westman (2003) gjordes intervjuer med fem kvinnor och fyra män mellan 18-22 år angående deras attityd till kondom. Ungdomarna var väl informerade om kondomens funktion. Trots detta användes inte kondom då ungdomarna upplevde att det var pinsamt att köpa kondomer samt att ha dem med sig. Det upplevdes som genant att vara tvungen att avbryta det sexuella umgänget för att använda kondom. Många förutsatte att partnern inte bar på någon STI. Kvinnorna upplevde att då de använde orala former av preventivmedel så hade de skött sin del. De förväntade sig att killarna skulle ansvara för kondomen (Christianson et al., 2003).

Olika faktorer har betydelse vid ett aktivt val av kondomanvändning. I en artikel från USA (Fleisher, Senie, Minkoff & Jaccard, 1994) med 1404 kvinnliga deltagare som var sexuellt aktiva framkom det att kvinnorna i studien använde sig av kondom för att förhindra oplanerade graviditeter och inte för att förebygga STI. Kondomanvändning var även förknippat med vad deras partners hade för attityd till kondom. Om partnern hade en positiv inställning, var användandet av kondom i syfte för att förebygga STI dubbelt så vanligt (Fleisher et al., 1994).

I en studie från England (Rana et al., 2005) studerades skillnader i sexuellt beteende hos personer med genital herpes under symtomatiska och asymtomatiska perioder av sjukdomen. Majoriteten av personer med genital herpes avstod antingen från samlag eller använde kondom under den symtomatiska perioden av sin genitala herpes. Dock var kondomanvändning relativt låg under symptomfria perioder i jämförelse med symtomatiska perioder. Resultatet i denna studie belyser att ytterligare utbildning om kondom och smittrisk är motiverat, särskilt för asymtomatiska perioder då smittrisken fortfarande finns (Rana et al., 2005).

När man i en amerikansk studie (Krings, Matteson, Allsworth, Mathias & Peipert, 2008), där 422 kvinnor deltog, beskrevs socioekonomiska skillnader mellan kvinnor som använde p-piller som preventivmedel och de som använde kondom. Det framkom att de kvinnor som använde p-piller var av vitt ursprung och hade högre utbildning. De kvinnor som inte hade haft en sexuell kontakt på över sex månader eller hade en fast partner använde i större utsträckning p-piller än kondom (Krings et al., 2008).

Enligt svenska studier gjorda på 90-talet var den populäraste preventivmedelsmetoden p-piller tätt följd av kondom (Oddens & Milsom,1996; Larsson, Blohm, Sundell, Andersch & Milsom, 1997). Även en kombination av dessa två metoder användes (Oddens & Milsom, 1996). Enligt en enkätstudie av Larsson et al. (1997) där 430 kvinnor svarade vid 19, 24 och 29 års ålder hade preventivmedel använts av 97 % av kvinnor vid 29 års ålder. 14 % av de kvinnor med barn använde kondom i jämförelse med 22 % av dem som inte hade barn vid 29 års ålder. Kondomanvändningen ökade med åldern och många valde bort p-piller och spiral till förmån för till exempel kondom på grund av mensrubbningar, graviditetsönskan, smärta och viktökning (Larson et al., 1997).

Rådgivning om sexuell hälsa

Enligt Fleisher et al. (1994) och Christianson et al. (2003) krävs det en verksamhet som når de kvinnor med hög risk för STI. Hälso- och sjukvårdspersonal skall ge en tydlig information med hög kvalité så att den patientgrupp de betjänar förstår riskerna och att det krävs eventuella åtgärder. Det är upp till hälso- och sjukvårdpersonal att utveckla beteenden som skyddar mot oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar hos de patienter som utgör viss risk för detta. Enligt Fleisher et al. (1994), Christianson et al. (2003) och RFSU

(2010) bör ansvaret för att skydda sig tas av både mannen och kvinnan och det är båda parternas ansvar att en kondom finns tillgänglig vid sexuellt umgänge.

Enligt Tyden, Norden & Ruusuvaara, (1991) och en amerikansk studie av Harvey, Beckman, Gerned, Thorburn-Bird, Posner, Huszti & Galavotti (2006) behövs ytterligare insatser för att främja kondomanvändning i samhället bland unga kvinnor och män i riskzonen för HIV och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Barnmorskan har en viktig roll att uppmuntra kvinnorna de möter för att möjliggöra att de fattar rätt beslut och skyddar sig mot STI med kondom, då kondom är den bästa och enda metoden för att förhindra överföring av sexuellt överförbara infektioner (Tyden et al., 1991; Harvey et al., 2006).

I en amerikansk studie av Mark, Irwin, Sternberg, Anderson, Magid & Stiffman (2008) fick 699 personer som var hälso-och sjukvårdspersonal med kunskap om STI, som uppgift att uttrycka eventuella hinder vid behandling och i förebyggande arbete mot STI. Hinder som framkom var tidsbrist, ekonomiska faktorer och okunskap bland personalen. På grund av tidsbrist saknades utrymme för att informera patienter och deras sexpartner/partners om STI och bästa skyddet mot detta. Tidsbristen medförde även brist på smittspårning. Inom sjukvården prioriterade man inte åtgärder mot STI på grund av dålig ekonomi. Trots information om sexuell hälsa till patienter med STI upplevde sjukvårdspersonalen att det var svårt för patienterna att förstå att de var tvungna att på egen hand meddela sina sexpartners om sin smitta samt att få dem att avstå från sex eller använda kondom under den tid som behandlingen pågick. Vårdpersonalen upplevde brist på kunskap kring förebyggande arbete och behandling av STI (Mark et al., 2008).

När 182 barnmorskors attityd till hälsofrämjande arbete studerades i en engelsk studie av Furber (2000) fann man att barnmorskan föredrog att knyta kontakt med hjälp av information på ett individuellt plan. Barnmorskan uttryckte att om hon spenderade tid på att utbilda och informera en individ om deras hälsa kommer han/hon i sin tur att informera andra. Samtidigt upplevde barnmorskan att individen inte var intresserad av hälsoaspekter utanför sig själv (Furber, 2000). Enligt Oddens & Milsom (1996) var det vanligast att man i Sverige fick information och kunskap om preventivmedel av sin gynekolog eller barnmorska, men även information via vänner, broschyrer samt skola var vanligt. Många kvinnor uppgav att deras val av preventivmedel främst influerades av deras partner eller barnmorska. Det var

kvinnornas partner som oftast föreslog och förespråkade kondom, p-piller och avbrutet samlag, medan barnmorskan föreslog p-piller, spiral eller kondom (Oddens & Milsom, 1996).

Enligt en Kanadensisk studie av Hansen, Mann, McMahon & Wong (2004) är sexuell hälsa, utbildning och kunskap viktigt, inte bara för kvinnor i fertil ålder, utan för kvinnor i alla skeden av livet. Detta måste beaktas vid fördelningen av samhällets resurser och vid planering av framtida forskning. I stället för begränsa studier om samlag och dess konsekvenser handlar sexuell hälsa även om relationer, kommunikation, attityder och kunskap (Hansen et al., 2004).

PROBLEMFORMULERING

Tidigare forskning visar att barnmorskan har en viktig roll i att uppmuntra kvinnor och män de möter att använda kondom. Barnmorskan bidrar till att de fattar rätt beslut och skyddar sig mot STI och oönskad graviditet. Ökad kunskap och rådgivning kring sexuell hälsa är viktig, inte bara för kvinnor och män i fertil ålder, utan för kvinnor och män i alla skeden av livet. Vi upplever att tidigare forskning som handlar om barnmorskans roll vid preventivmedelsrådgivning och kunskap om STI och kondområdgivning främst fokuseras på ungdomar. Vi uppfattar därför att forskning kring kondomanvändning hos den målgrupp, främst kvinnor från 25 år och äldre som barnmorskan möter på BMM saknas och behöver utvecklas.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors uppfattning om rådgivning om kondomanvändning inom ramen för arbete vid barnmorskemottagning.

METOD

VALD METOD

Studien bygger på intervjuer i fokusgrupper, där barnmorskors upplevelser, erfarenhet och reflektioner kring kondområdgivning på BMM analyserades. Studien har därför en kvalitativ ansats vilket inkluderar att studera hur människan uppfattar, tolkar och formar sin egen verklighet, i relation till tidigare kunskaper och erfarenheter (Backman, 1998). Kvalitativa studier är nödvändiga i de sammanhang där något som är vagt, mångtydigt eller subjektivt, som till exempel känslor eller upplevelser skall beskrivas. Även vid tolkning och observationer, vid undersökning av karakteristiska drag och betydelsefulla faktorer som

inverkar i olika situationer, kan en kvalitativ ansats användas (Wallén, 1996). Då avsikten var att få utökad kunskap och bidra till reflektioner med den tid som stod till studiens förfogande valdes två fokusgruppsintervjuer. Genom en kvalitativ innehållsanalys kunde insamlad data som transkriberades till text beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet, som sedan uttrycktes i underkategorier och kategorier.

FOKUSGRUPP

Att arbeta med fokusgrupper innebär att en utvald grupp människor, under en begränsad tid, får diskutera ett ämne med varandra. Gruppen ska ledas av en samtalsledare som har till uppgift att leda diskussionen och introducera nya aspekter av det givna ämnet i den mån som behövs. Målet med fokusgrupp är att deltagarna ska få möjlighet till att få diskutera fritt med varandra och att samtalsledararen inte blir en traditionell intervjuare (Wibeck, 2010).

Fokusgrupper används inom ett växande antal samhällssektorer. Fokusgrupper kan användas som en ensam metod då människors attityder och värderingar studeras, men även som en av flera undersökningsmetoder. Exempel på detta kan vara vid utvärdering av en enkätstudie (Wibeck, 2010). Enligt Wibeck (2010) är metoden lämplig då man vill undersöka hur människor handlar och deras motiv för varje specifik handling i olika situationer. Deltagarna får en möjlighet att jämföra sina erfarenheter och få en ökad förståelse hur de andra deltagarna handlar. Eftersom vissa ämnen uppfattas olika kan fokusgrupper vara ett sätt att få en insikt i varandras tankesätt. Förutom forskningsresultatet i sig kan studien även ha en betydelse för deltagarna. Genom fokusgrupper får de en möjlighet att göra sin röst hörd, dela med sig och lyssna till personer med liknande erfarenhet.

Enligt Wibeck (2010) ger varje fokusgruppsintervju ofta upphov till många sidor transkription, vilket kan medföra ett ohanterligt material i förhållande till studiens storlek. Samtidigt kan det vara svårt att se mönster och tendenser i ett för litet material. Det är svårt att på förhand säga hur många grupper som behövs men enligt Wibeck (2010) uppstår ofta en teoretisk mättnad då forskaren upplever att det som har upptäckts är det som finns att upptäcka. För att en fokusgrupp ska fungera så bra som möjligt ska en lämplig blandning av personer delta. Det underlättar om deltagarna har en liknande socioekonomisk bakgrund, kunskap och utbildning (Wibeck, 2010).

KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS

Enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) fokuserar kvalitativ innehållsanalys på tolkning av texter och används framförallt inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Den metodologiska ansatsen kan vara både deduktiv och induktiv. Vi har valt att använda en induktiv ansats som innebär en förutsättningslös analys av texter som är baserade på barnmorskornas berättelser i fokusgrupp. Enligt Graneheim & Lundman (2004) är den bäst lämpade enheten för en kvalitativ innehållsanalys hela intervjuer som är tillräckligt omfattande för att anses vara en helhet och tillräckligt liten för att möjliggöra för uppdelning i olika meningsenheter under analysprocessen. Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) menar att en text som är föremål för analys skall ses i sitt sammanhang, vilket innebär att tolkningen av barnmorskornas berättelser bör göras med medvetenhet om deras personliga historia, livsvillkor och rådande kultur. Vid skapandet av kategorier och tema har kontexten betydelse i det sätt att tolkningen kräver kunskap om det sammanhang i vilket studien genomfördes, till exempel barnmorskornas arbetsförhållande. En annan aspekt av kontexten är det sammanhang som omger texten, då texten som analyseras måste förstås utifrån den text som kommer före och efter. Därför kan inte delar av texten plockas ut hur som helst och texten kan därför inte betraktas som autonom och fri från sitt sammanhang (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet är de begrepp som används för att beskriva trovärdigheten i den kvalitativa innehållsanalysen. Ett resultat anses giltigt om det lyfter fram de karaktäristika faktorerna som är avsedda att beskrivas. Tillförlitlighet betyder att forskaren noggrant verifierar sina ställningstaganden under hela forskningsprocessen. Till exempel användes ett konsensusförfarande under studien, där studiegruppens deltagare reflekterade och diskuterade, för att nå samstämmighet vid tolkning av texter. Överförbarheten av studien handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). För att underlätta överförbarheten, är det värdefullt att ge en klar beskrivning av kultur och sammanhang, urval av informanter, datainsamling och analysprocess. Det är viktigt att fråga samtliga deltagare samma frågor. Att intervjua och observera är en utvecklande process under vilken intervjuaren förvärvar nya insikter i det som studeras och som senare kan influera uppföljningsfrågor eller ta bort fokus (Graneheim & Lundman, 2004).

URVAL

Kontakt togs med respektive verksamhetschef på två BMM i Västra Götalands Regionen för att få ett godkännande till att genomföra studien (bilaga 1). Kriterierna för att medverka i studien var att barnmorskorna skulle arbeta på BMM och hade erfarenhet och kunskap om rådgivning kring kondom och sexuellt överförbara infektioner. Avgränsningen gjordes genom att välja endast två mottagningar, dels av praktiska skäl då författarna hade pågående praktik på respektive mottagning samt att studiematerialet skulle bli för stort i förhållande till studiens storlek om fler mottagningar inkluderades. BMM upptagningsområden var av olika socioekonomisk sammansättning. Den ena BMM hade framförallt patienter med utländskt ursprung.

Alla barnmorskor på respektive mottagning tillfrågades och alla tackade ja, totalt 12 barnmorskor. Det blev dock ett bortfall då en av barnmorskorna fick förhinder och en drabbades av sjukdom. Deltagarna bestod slutligen av 5 barnmorskor från respektive mottagning. Enligt Wibeck (2010) är 4-6 personer ett lämpligt antal deltagare i en fokusgrupp. Vid för stor grupp kan det bli svårt att behålla alla deltagarnas uppmärksamhet. Alla deltagarna ska få möjlighet till inflytande och samhörighet. Det blir lättare att ge feedback i en liten grupp och tiden räcker bättre till för att alla ska få uttrycka sin åsikt och bemöta de andra deltagarnas argument. Barnmorskorna i studien varierade i ålder, 30-64 år och hade olika arbetserfarenhet från BMM. På den ena BMM hade samtliga barnmorskor över 10 års erfarenhet och på den andra hade tre barnmorskor mer än 10 år och två barnmorskor mindre än 10 års arbetserfarenhet inom BMM. En av barnmorskorna hade även stor erfarenhet av arbete på ungdomsmottagning. En skriftlig och en muntlig information gavs till de utvalda barnmorskorna (bilaga 2). I informationen uppgavs bland annat studiens syfte, att deltagandet var frivilligt, att bandspelare skulle användas samt en försäkran om konfidentialitet.

DATAINSAMLING

Intervjuerna ägde rum på en enskild och ostörd plats på barnmorskornas arbetsplatser och spelades in på band. Intervjuerna varade mellan 35-40 minuter och vi deltog i båda intervjuerna. En var samtalsledare och den andra observerade deltagarnas kroppsspråk, gester och underliggande budskap. Samtalsledaren använde sig av en checklista med frågor som stöd vid fokusgruppsintervjuerna (se bilaga 3). Samtliga frågor ställdes i ordning under de båda intervjuerna. Deltagarna fick sedan prata fritt vilket inte bara gav svar på de frågor som ställdes utan gav även upphov till bredare material i resultatet. Intervjuerna transkriberades till

utsagor. Intervjuerna transkriberades inte tillsammans utan av den författare som kände informanterna bäst då denna lättare kunde identifiera vilken barnmorska som sagt vad. Utsagorna var så nära talspråket som möjligt, det vill säga att de innehöll pauser och skratt.

DATAANALYS

I den kvalitativ innehållsanalys som utvecklats av Graneheim och Lundman (2008) används centrala begrepp för att beskriva analysprocessen. Dessa begrepp är: analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema.

Analysenhet var hela texten från de båda intervjuerna och intervjufrågorna betraktades som domäner. Först läste vi båda igenom texten som helhet. Utifrån intervjufrågorna delades därefter texten in i meningsenheter. Varje meningsenhet avspeglade meningsbärande delar av texten och kunde bestå av ord, meningar och stycken. Dessa enheter kondenserades och abstraherades. Kondensering är en process som gör texten kortare och lätthanterlig utan att väsentlig data försvinner. Därefter skedde en abstraktion av den kondenserade texten, som sedan försågs med koder. Detta sammanfördes sedan till underkategorier och huvudkategorier. Exempel på hur den tredje huvudkategorin framkom ses i bilaga 4.

Att abstrahera en text innebär att det kondenserade innehållet lyfts till en högre logisk nivå. En kod beskriver kortfattat innehållet av en meningsenhet och fungerar som ett verktyg i analysprocessen (Lundman & Graneheim; 2004 & Graneheim & Lundman, 2008). Genom att ge en kondenserad mening en kod kan forskaren tänka i nya banor om det befintliga materialet och bilda kategorier av dessa. En kategori bildas av flera koder som har ett liknande innehåll (Graneheim & Lundman, 2008). Att skapa kategorier är innehållsanalysens kärna. Kategorier bör vara uttömmande och ömsesidiga. Detta betyder att inga data som står i relation till syftet kan exkluderas på grund av brist på lämplig kategori. Inga data ska helst inte kunna hamna mellan två kategorier eller passa in i mer än en kategori (Lundman & Graneheim, 2004). Med hjälp av teman kan innehållet i ett flertal kategorier sammanföras (Graneheim & Lundman, 2008). Ett tema svarar på frågan ”Hur” och kan därför avspegla det underliggande innehållet i mer än en kategori (Lundman & Graneheim; 2004 & Graneheim & Lundman, 2008). Inget tema uppstod under denna studie då antalet huvudkategorier var för få.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE

Forskningen har alltid strävat efter att få fram ökad kunskap, mer behandlingar och mediciner som främjar människors hälsa och utveckling. För att kunna nå ny vetenskaplig kunskap och kunna hjälpa människor som lever under svåra villkor krävs många gånger forskning på människor. I detta finns en viss risk. Redan under andra världskriget utsatte nazisterna människor för grymma och ofta dödlig forskning. Dessa händelser medförde ett personligt behov och ett samhällsbehov av forskningsetisk reflektion samt av regler och rekommendationer för forskning (Codex, 2009).

En etikdeklaration som fått stor betydelse för forskningen är Helsingforsdeklarationen som innehåller fyra forskningsetiska huvudprinciper. Dessa är krav på information, samtycke, konfidentialitet och rätt att avbryta sin medverkan. Deklarationen innefattas av två krav: kravet att ta fram ny kunskap, något som är viktigt för både individers och samhällets utveckling, samt kravet på skydd mot fysisk, psykisk och annan skada i samband med forskning (Helsingforsdeklarationen, 2008).

Den 1 januari 2004 trädde Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor i kraft. Grundregeln i denna lag är att forskning bara får utföras om forskningspersonen har samtyckt till den forskning som avser henne eller honom. Detta gäller bara om forskningspersonen dessförinnan har fått information om forskningen. Samtycket skall vara frivilligt, uttryckligt och preciserat till viss forskning samt skall dokumenteras. Ett samtycke får när som helst tas tillbaka med omedelbar verkan (Codex, 2009). Begreppet forskning ändrades år 2008 i denna lag och medförde att allt arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning definieras inte längre som forskning och behöver därför inte etikprövas så länge det inte rör sig om behandling av personuppgifter. Vårt arbete faller således inte under lagen (2003:460) om etikprövning av forskning (Codex, 2009).

Enligt etikprövningslagen (2003:460) är det viktigt att forskningspersoninformationen är genomarbetad och tydlig så att informanterna informeras på ett sätt och med ett språk som de förstår. Informationen skall som regel vara både vara skriftlig och muntlig. Huvudprincipen är att informationen bör innehålla allt som rimligtvis kan tänkas påverka försökspersonens ställningstagande. Det är ett krav enligt etikprövningslagen att forskningspersonen skall informeras om bland annat syftet och bakgrunden till studien, metoden som kommer att

användas, vilka följder och risker forskningen kommer att medföra samt att studien är frivillig (Codex, 2009).

För att uppfylla de forskningsetiska huvudprinciperna som är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet utformades först två brev med forskningspersonsinformation. Ett brev riktades till informanterna och ett till verksamhetschefen. Efter godkännande från verksamhetschefen planerades tid för intervjuerna in. Därefter fick informanterna forskningspersoninformationen där de lämnade sitt samtycke till studien med sin underskrift. I forskningspersonsinformationen förklarades det att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande om så önskades utan förklaring. Allt material behandlades konfidentiellt, vilket innebär att insamlad data endast var till studiegruppens förfogande samt att det inte framgick vem som har sagt vad i studien. Den insamlade informationen användes endast till denna studie enligt nyttjandekravet (Codex, 2009). Efter sammanställd studie raderas all inspelad data från intervjuerna, de nedskrivna utsagorna sparas och är enbart till studiegruppens förfogande.

Risk-nytta analys

Vi upplevde att risken för att utsätta studiedeltagarna för fysisk eller psykisk skada var relativt låg då de fick diskutera i fokusgrupp och det senare inte framgick vem som sagt vad i studien. Det finns dock risker med att diskutera i grupp och det kan vara att någon deltagare kan utöva makt eller att någon inte kommer till tals. Viss risk fanns att deltagarna skulle känna brist på kompetens då studien fokuserades på utveckling av barnmorskerollen. Innan påbörjad studie praktiserade vi på respektive arbetsplats och kände till barnmorskornas arbetssätt. För att reducera risken för förutfattade åsikter som skulle kunna påverka studiens genomförande och resultat försökte vi vara opartiska genom att ha strukturerade intervjuer där vi båda medverkade. Värdet av att kunna bidra med ny kunskap såg vi som större än eventuella negativa konsekvenser för deltagarna. Denna studie bidrog även till att deltagarna fick möjlighet att reflektera över deras yrkesroll samt kunna bidra till ny forskning med hjälp av sin kunskap och erfarenhet.

RESULTAT

Analysen ledde till att tre huvudkategorier och 12 underkategorier identifierades. En översikt över dessa ges i tabell 1.

Tabell 1. Sammanfattning av huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategori	Underkategori
Påverkan och hinder vid kondomanvändning	Ekonomi
	Kultur och etnicitet
	Barnmorskans påverkan vid val av preventivmedel
Behov och ansvar	Sex som livsstil
	Gemensamt ansvar
	Kunskap om kondom
	Information
	Kondområdgivning i alla åldrar
Utveckling av kondområdgivning på BMM	Barnmorskans kondområdgivning
	Nya rutiner
	Samtalet
	Ungdomsmottagning som inspiration

PÅVERKAN OCH HINDER VID KONDOMANVÄNDNING

Samtliga barnmorskor var överens om att val av preventivmedelsmetod är inte alltid självklart. För många kan hereditet som exempelvis djup ven trombos eller bröstcancer hindra patienten från att använda hormonella preparat. Kondom är en av de metoderna som kan användas oavsett hereditet och hälsofaktorer. Under fokusgruppintervjuerna framkom det att förutsättningarna för användning av kondom i vårt samhälle ser olika ut i olika upptagningsområden och i olika kulturer. Faktorer som kan hindra kondomanvändning hos patienten som vänder sig till barnmorskan på BMM för råd kan vara ekonomi och kultur. Enligt barnmorskorna kan de med hjälp av sin preventivmedelsrådgivning och patientens förtroende påverka patientens kondomanvändning både positivt eller negativt.

Ekonomi

Barnmorskorna menade att kostnaden för preventivmedel i Sverige skiljer sig åt beroende på vald preventivmedelsmetod. Kondom är en av de preventivmedelsmetoderna som är förhållandevis dyra. Den ekonomiska faktorn kan därför påverka kondomanvändningen negativt, då fler väljer ett billigare alternativ. Barnmorskorna var överens om att kondomer idag är dyra och att detta är tydligt i det upptagningsområdet med sämre ekonomi.

”… kondomer är dyra. Det beror på hur sexuellt aktiv man är men det är ju billigare att kanske sätta in en kopparspiral till exempel”.

”Sen tycker jag att det skulle vara gratis med kondomer överallt. Det tror jag hade underlättat mycket, att det hade ökat. För det är ganska dyrt”.

Kultur och etnicitet

Erfarenhetsbaserad kunskap om olika kulturer, etnicitet och bemötande av dessa kvinnor och män vid preventivmedelsrådgivning skilde de båda BMM åt. Barnmorskorna från den ena BMM upplevde en osäkerhet vid preventivmedelsrådgivning till kvinnor från andra länder. Det var inte lika självklart vad kvinnan hade för kunskap och önskemål om preventivmedel. Därför var barnmorskorna tvungna att vara mer mottagliga, öppna och ställa mer frågor, det vill säga att tänka om vid sin preventivmedelsrådgivning.

”Man kanske frågar lite mer vad de vet innan, lite mer noggrant och till exempel kondom då … det är ju inte säkert att dom har, att det är så vanligt i andra länder, det är svårt för oss att veta alla olika kulturer och hur vanligt det är, om man använder det, hur lättåtkomligt det är och få tag på eller...”.

Barnmorskorna i det andra upptagningsområdet med fler patienter av utländsk härkomst upplevde att kvinnor från andra kulturer hade god kunskap om sin kropp och när de kunde bli gravida. De upplevde att invandrarkvinnors kunskap om kvinnokroppen och reproduktionen gick i arv mellan generationer. Enligt barnmorskorna hade kvinnorna i detta upptagningsområde ett mindre behov av kondområdgivning då de hade god kunskap om reproduktion.

”Det tycker jag, när man pratar med äldre kvinnor just, så är de ganska medvetna om när man har ägglossning och inte. Äldre kvinnor från andra länder ska jag säga. Det är inte så ofta äldre kvinnor från Sverige (är det)”.

Barnmorskorna upplevde att det ofta var männen med utländsk härkomst som tog det största ansvaret för att skydda sig mot oönskad graviditet eller uppfylla graviditetsönskan. Användning av kondom i denna samhällsgrupp var mindre vanlig då många par förlitade sig på avbrutet samlag och där mannen ansvarade för denna metod. Detta medförde att många kvinnor från andra kulturer inte använde sig av preventivmedel och därför inte heller kondom. Barnmorskorna upplevde att de därför diskuterade kondomanvändning oftare med dessa kvinnor. Barnmorskorna reflekterade över att detta kunde medföra att barnmorskan fick en felaktig bild av att invandrarkvinnor använder kondom i mindre utsträckning i jämförelse med de grupper av kvinnor som kommer för preventivmedelsrådgivning och där fokus på kondomanvändning är mindre.

> *”Jag tror att en större del använder sig av avbrutet samlag. Det är vanligt. Det är många som använder sig av det. Och när man då berättar hur osäkert det egentligen är så blir ju en del, ja, ganska förskräckta. För det är ju något man förlitar sig på, att det är mannen som sköter det.”*

> *”Sen tror jag också att det har med kultur att göra. Det finns vissa män i vissa kulturer som inte anser att dom skall skydda sig, som vill ha många barn, som tycker att det är det finaste man kan ha många barn… ”.*

> *”… så är det ju det här att ”min man vill ju inte använda det” eller partner vad det nu är… Att de inte vill och då kan ju kvinnan inte välja för det blir så som han har bestämt”.*

> *”… iallafall bland vissa invandrarkvinnor, att det kanske är fler som inte har något preventivmedel. Alltså bara för att man inte har någonting annat kommer den frågan upp”.*

Barnmorskans påverkan vid val av preventivmedel

Alla barnmorskor i studien var överens om att de hade möjlighet att påverka patientens val av preventivmedel. Det upplevde att det därför var extra viktigt att lyssna på patienterna och få en uppfattning om deras önskemål. Barnmorskorna hade genom sin erfarenhet lärt sig att

påtvingade preventivmedel inte blir bra preventivmedel. De ansåg även att det var lätt att påverka patientens val av preventivmedel beroende på hur de som barnmorska presenterade för och nackdelar vid användning av olika preventivmedel. Barnmorskorna prioriterade att ge information om det preventivmedel som var mest effektivt mot oönskade graviditeter.

> *”Det handlar ju om hur man pratar om för- och nackdelar. Man kan ju lägga fram det på väldigt olika sätt och det är klart att man kan framhäva något preparat eller metod bättre än någon annan…hon vill ju ha ett preventivmedel att inte bli gravid på i första hand det är därför hon kommer hit och då måste hon ju på något sätt få den säkerheten. En fördel med kondom, är ju att de kan ju faktiskt bli smittade också, så det får man ju lägga till där beroende på om hon har tillfällig partner eller inte”*

> *”… så man får ju höra efter vad de vill tror jag, alltså det är ingen idé att försöka, de måste känna eller tro att ett preventivmedel är bra, annars blir det inte bra. Så det inte blir, jag vill egentligen inte ha spiral, men ok då, för då kommer man att få alla biverkningar som finns och inte finns också”.*

BEHOV OCH ANSVAR

Då STI fortfarande ökar i Sverige menade barnmorskorna att det finns ett stort behov av ytterligare information för att förbättra allmänhetens kunskap om kondomer. Det ligger både på barnmorskans och individens ansvar att öka kondomanvändning och därmed minska smittspridningen i samhället. Av barnmorskan krävs det individuell handläggning beroende på patientens förkunskap och sociala förhållanden. Barnmorskorna ansåg att alla åldrar är i behov av kunskap om kondom då STI förekommer i alla åldersgrupper.

Sex som livsstil

Barnmorskorna upplevde att det fanns flera faktorer som bidrog till att STI ökar i samhället. Enligt deras erfarenhet beror det på att individen tar mindre ansvar, att kondom används i mindre utsträckning och att kvinnor och män har mer samlag i dag än tidigare och har framförallt fler sexpartners. En barnmorska uttryckte att samhället har blivit mer sexualiserat på ett sådant sätt att det anses mer normalt att ha fler sexuella kontakter än att inte ha det. Sex

har blivit en livsstil. Det är vanligt idag, främst bland ungdomar, att de umgås i mindre kretsar där man byter sexpartners med varandra och på så sätt ökar riskerna för STI.

> *"… Men också att man har mycket mer samlag med kanske dom man inte känner på ett annat sätt än man hade för 20 år sedan. Jag tror man är tillbaka på nästan lite 70-tals aktigt om man tänker så".*

> *"Nä, men jag tror att det är såhär, man har mer sex, det är som att äta. Eller hur ska jag säga, man har mer lättvindigt sex och det är ju inget fel så, men det är ju så sexualiserat hela samhället och allt, allt, allt, allt, eller väldigt mycket går ut på att ha sex. Lever man inte såhär så är man inte riktigt normal om man säger så och det börjar tidigt".*

> *"…sen är väl det också så hur man umgås, oftast är det så att det florerar i en mindre krets och att man byter partner och då finns det ju mer risk för att få en infektion".*

Gemensamt ansvar

Barnmorskorna ansåg att de inte var de enda som hade ansvar för kondområdgivningen, utan att övriga samhället också hade en stor möjlighet att påverka kondomanvändningen. Det gavs bland annat exempel från HIV-kampanjerna på 1980-talet som var framgångsrika när det gällde kondomanvändning, och bidrog med respekt och förståelse för vilka effekter HIV-infektion har. Vidare ansågs att dagens ungdomar som inte känner till denna HIV kampanj inte har samma medvetenhet och kunskap i jämförelse med de som fick möjlighet att följa HIV kampanjen på 1980-talet. Barnmorskorna menade att med hjälp av kampanjer kan information nå ut till alla åldrar i samhället.

> *"Det är ju inte dom rubrikerna som det var förr med HIV, att folk faktiskt dog och nu med alla bromsmediciner så är det mer i det tysta på något vis tycker jag".*

> *"… kommer ju en ny generation hela tiden, nya debutanter, nya unga människor som kommer in i det här naturligtvis och som inte har med*

sig detta och då har man ju inte heller den rädslan av att drabbas av något som man inte kan bli botad utav".

Barnmorskorna uppfattade att kondomreklam på TV och i övrig media också kunde vara en effektiv metod för att öka användandet av kondom och minska STI i samhället enligt barnmorskorna. Media bör inte bara fokusera på HIV utan även övriga STI, framförallt klamydia som är en av de vanligaste könssjukdomarna i dag och då den kan leda till ofrivillig barnlöshet. Infertilitet kan leda till både psykiska och fysiska hälsoproblem som påverkar samhället och den enskilda individen.

"Jag tror att man måste ut mer i samhället, som reklam, måste ut så att folk börjar inse vad man riskerar".

"Ändå då är HIV en liten del, det är klamydia som är den stora boven. Det här med ofrivillig barnlöshet och så att det faktiskt är många som har visat sig att det är en klamydiainfektion som ligger bakom och att det är orsaken till ofrivillig barnlöshet".

"Men då tror jag åter igen att det ska påminnas utifrån samhället så att folk tänker på det och får in det i sitt vardagstänk…".

Barnmorskorna reflekterade om kvinnans självkänsla i förhållande till kondomanvändning. Med hjälp av roliga slogans i samband med eventuell kondomreklam trodde barnmorskorna att man kunde öka självkänslan hos individen och därmed kondomanvändning. Ett exempel på sådan reklam som angavs var:

"Condom, because I am worth it!"

Kunskap om kondom

Samtliga barnmorskor upplevde att allmänheten hade relativt god kunskap om kondom som preventivmedel. Samtidigt som många är väl medvetna om riskerna med att inte använda kondom väljer de istället att förlita sig på tester och dagen efter piller då vissa tycker det är genant att använda kondom. Barnmorskorna tyckte därför att det finns ett behov av utökad

kunskap. Till exempel att kondom har många fördelar förutom att skydda mot oönskad graviditet och STI.

> *”Men ändå unga kvinnor som har olika partners och som, det är något som är skämmigt, något man inte pratar om. Istället går man och testar sig ibland och ser att man inte fått någon infektion då och för dagen efter piller. Så tror jag nog ganska många gör”.*

> *”det tror jag också är någonting att folk inte har kunskap av att det finns olika typer av kondomer och att kondomen kan vara ett hjälpmedel sexuellt också. Olika storlekar, olika tjocklekar, kan vara ett hjälpmedel mot tillexempel för tidig utlösning och vad det än är men det pratar man inte om”.*

Information

Barnmorskorna ansågs sig ha ansvar och en betydelsefull roll vid preventivmedelsrådgivning. De upplevde att de kan vara mer tydliga i sin information om kondomer, så att informationen inte missförstås. Att forma informationen efter individens behov ansågs viktigt, samt att inte ta förgivet att alla är upplysta om eventuella risker med att inte använda kondom. Det fanns också uppfattning att så kallad skrämselpropaganda kunde vara ett hjälpmedel för att öka kondomanvändningen. På så sätt kan patienterna bli upplysta om vilka risker som de utsätts för vid oskyddat sex. Barnmorskorna menade även att ett kort samtal eller uppmaning om kondom vid varje besök kunde påminna patienten och bidra till en ökning av kondomanvändning.

> *”Sen är det ju också vad man säger. Extra skydd, menar man kondom, men man säger inte det, tänkte jag på nu”.*

> *”pratar man om kondom så blir man ju just det. Man blir liksom påmind”.*

> *”Vi tror att alla är så upplysta men det kanske inte är så utan att vi kan vara tydliga med att berätta om vad som kan hända, vad som kan spridas på det sättet”.*

”ja eftersom vi liksom får upplysa många om det. Nu när du byter partner så skall du tänka på det här och det här och det hade vi inte behövt gjort om alla var så upplysta. Jag tror faktiskt inte det. Vi får i alla fall inte utgå från att det är så. Man får tänka så att vi måste informera”.

Kondområdgivning i alla åldrar

Enligt barnmorskorna fanns ett behov av kondområdgivning oavsett ålder, om personen är sexuellt aktiv. Barnmorskorna hade vid flera tillfällen mött både kvinnor och män i fasta relationer som hade sexuella kontakter utöver sin fasta partner. Barnmorskorna tyckte att det var minst lika viktigt att ge information till medelålders kvinnor som nyligen skilt sig och förväntas ha nya sexpartners som till ungdomar. Då fokus på kondområdgivning oftast läggs på ungdomar kan det finnas en brist på kunskap om kondom i högre åldersgrupper. Ytterligare skäl att fokusera på äldre patienter är att många upplever STI som genant och därför inte söker BMM vid misstanke om smitta.

”När man har olika partners oavsett ålder…”.

”När man har en kvinna som vill testa sig som har en fast relation, som har varit otrogen. Då hamnar man också i den situationen att man... påpeka detta med kondom då. Så det behöver inte vara att man bara har en partner fast att man är gift”.

”Det kanske är så att i ungdomsåren så får man ganska mycket med skolan och med ungdomsmottagningen. Och sen så blir det att man träffar sin partner, så är man i en fast relation och det kan man ju vara länge, hela livet kanske och då kanske man inte behöver så mycket men man, sen blir jag singel igen och då kanske det är viktigt att man tänker på detta, just det… kondom… och att könssjukdomarna finns ju där också”.

”… den gruppen skäms ju tycker jag (medelålders kvinnor). Man upplever det att de som är 40, 45 plus och uppåt, har jag fått detta om

man tänker klamydia då. Dom tycker att det är ganska så skämmigt. Den gruppen är ju extra viktig".

UTVECKLING AV KONDOMRÅDGIVNING PÅ BMM

Alla barnmorskor i studien uppgav att de gav rådgivning om kondomer, men alla var också överens om att dagens rådgivning kunde utvecklas och förbättras. Barnmorskorna upplevde att de hade ett ansvar att prata om kondom och kondomanvändning vid fler tillfällen än vad de gör idag. Med hjälp av nya rutiner, utveckling av samtalet med patienten och med inspiration från ungdomsmottagningens rutiner kan barnmorskans roll vid kondområdgivning utvecklas.

Barnmorskans kondområdgivning

Barnmorskorna på BMM gav främst råd om kondom när kvinnan kom till mottagningen för att testa sig för STI, om patienten inte hade en fast partner, när inget annat preventivmedel passade, i mellanperioden vid byte av preventivmedel och i samband med förlossning eller på efterkontrollen.

"När kvinnan kommer för STI, hon önskar STI undersökning, När en kvinna inte har en fast partner".

"Om inget annat preventivmedel passar så är det ju ett alternativ".

"…och mellan preventivmedel, om de vill sätta in en spiral till exempel så kanske de har tagit ut en stav eller någonting och det blir ett glapp emellan".

"Och annars om dom säger så att de inte har någon fast partner (alla nickar och instämmer), så brukar jag fråga lite om det och prata om det… efter att man har fått barn eller innan de fått barn att man säger att de kan använda det efteråt".

Nya rutiner

Barnmorskorna uppfattade att genom att påminna sig själva och varandra om kondområdgivning och att vara öppna för nya rutiner kan barnmorskorna utveckla sin roll inom kondområdgivning på BMM. Exempel på nya rutiner kan vara att barnmorskan tänker

på att ge information om kondom till samtliga patienter som kommer för preventivmedelsrådgivning och att barnmorskan lägger upp besöket så att patienten kan ta till sig informationen på bästa sätt. Ett förslag som barnmorskorna reflekterade över var att de kunde informera om kondom efter själva provtagningen vid STI besök då de upplevde att patienten var mer lugn och mottaglig för information.

> *”När man ändå pratar receptförnyelse och så till exempel: Tänk nu om du blir magsjuk eller på nått sätt att du inte har ditt skydd och det är viktigt att skydda sig extra med kondom. Så egentligen borde man tänka till och få in en annan rutin där”.*

> *”Komma ihåg den (kondom) överhuvudtaget i fler sammanhang än till de grupper som vi anser vara självklara”.*

> *”... att påminna sig själv och varandra att inte glömma bort kondom vid nästintill alla besök att man får in det lite mera. Ja åtminstone i ett besök eller samtal lägger fram det eller säger det på något sätt eller ja, -”och det här med kondom också”. Det är väl aldrig fel tänker jag. Att man blir påmind och påminner sig själv.”*

> *”En del är ju så oroliga för själva prov och själva undersökningen. Så gör vi nog allihop. Man tar provet och så pratar man sen, då slappnar man av och då lyssnar man liksom mera, för då har man liksom gjort det där man oroade sig kanske inför”.*

Samtalet

Barnmorskorna reflekterade över hur de formulerade sina frågor vid kondområdgivning. Gemensamt kom de överens om att de borde ställa öppna frågor så att patienten kan få möjlighet till att uttrycka sina tankar, behov och önskemål på bästa sätt. Detta kan i sin tur underlätta för barnmorskan vid bedömning om utökat behov av kondområdgivning finns. Barnmorskorna var inte helt övertygade om att alla patienter visste hur man använder en kondom och upplevde att många känner sig obekväma med att fråga om detta. Därför är det viktigt att som barnmorska ställa frågan om hur de ser på kondom och vad de vet, samt att ha hjälpmedel som kan underlätta vid information.

”Men ibland kanske man också skall fråga, är det något nytillkommet, då kanske man säger, nej det är inget nytillkommet men jag har skilt mig och träffat en ny man men det tycker man ju inte är något nytillkommet så, det beror ju på hur man säger. Man kanske ska säga såhär; har du samma partner sedan tidigare?”.

”… det tror jag också, att man går vidare. När någon säger att nej det vill jag inte använda, utveckla det då och fråga varför och…”

”… vi har ju gått sånt här motiverande samtal. Så då, om inte kvinnan uttryckligen kommer för att hon vill ha ett råd så är hon kanske inte så mottaglig. Utan att det kan vara bra att fråga: ”alltså det här med kondom hur tänker du runt det?”. Eller något sånt och höra hennes tankar, för då kommer det oftast fram ganska mycket”.

”Och så kanske att man skulle fråga mera det här om dom vet hur man använder den. Alltså fråga det. För en del kanske känner sig jätte obekväma med att man inte vet. Om man nu inte liksom, har haft tillfälle någon gång och övat eller så”

”Då skulle man ju egentligen ha något att visa på också för det är ju inte så lätt att bara säga att så här använder du (kondom), utan då får man ju lov att visa”.

Ungdomsmottagning som inspiration

Barnmorskan som tidigare arbetat på ungdomsmottagning reflekterade över att det var en stor skillnad på den kondominformation som gavs på BMM i jämförelse med den på ungdomsmottagning. På ungdomsmottagningen var diskussion om kondom en självklarhet vid varje besök, medan barnmorskorna endast gav kondområdgivning till en selekterad grupp på BMM. Övriga barnmorskor uttryckte en önskan om en ökad tillgänglighet av kondomer på BMM, till exempel en skål fylld med kondomer på skrivbordet. Detta kan underlätta för barnmorskan, dels i praktiskt syfte då barnmorskan ska förklara hur en kondom fungerar, men även för att kunna dela ut och göra det lättare att förespråka kondom.

”… kanske inte så mycket här men på ungdomsmottagningen tycker jag att det var väldigt mycket att man där är det ju oftast att man inte har en fast partner och då pratar man ju väldigt mycket om det där med att skydda sig och om man äter p-piller att man tänker på att det skyddar mot graviditet men inte mot sexuellt överförbara sjukdomar”.

”Ungdomsmottagningen är ju mycket så, där har vi också det med gratis kondomer. Vet inte om dem har det nu men vi hade ju en skål där man bara kunde ta, att man inte behövde be om det heller”.

”Vi kanske, vi glömmer av det emellanåt att kondom finns i våra patientgrupper, som på ungdomsmottagningen så är det väl självklart”.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Enligt Wibeck (2010) kan fokusgrupp bidra till något mer än bara ett forskningsresultat. Fokusgrupp kan även ge deltagarna en möjlighet att jämföra och reflektera över sina erfarenheter samt få en ökad förståelse hur de andra deltagarna handlar och tänker (Wibeck 2010). En nackdel med fokusgrupp, som vi reflekterade över innan intervjuerna genomfördes, var att deltagarna inte säger vad de egentligen tycker och tänker utan istället svarar utifrån social önskvärdhet. Efter intervjuernas genomförande upplevde vi att deltagarna tyckte fokusgrupp var ett bra forum för reflektion och diskussion och att de inte svarade utifrån social önskvärdhet. De var positivt inställda till att medverka i studien då de fick möjlighet till att bidra till ny forskning och höra hur övriga kollegor uppfattar det givna ämnet. Vi tror att mer reflekterande uppfattningar erhölls genom att fokusgruppintervjuer användes än vad som hade blivit fallet om enskilda intervjuer med varje barnmorska hade valts som datainsamlingsmetod.

Enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) är begrepp som används för att beskriva trovärdigheten i den kvalitativa innehållsanalysen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Forskningsresultatet anses vara giltigt om det lyfter fram de karaktäristika faktorerna som är

avsedda att beskrivas. I denna studie var detta hur barnmorskan uppfattade sin rådgivning om kondomanvändning inom ramen för arbete vid barnmorskemottagning. Vi upplevde att detta framgick i studien, då vi med hjälp av barnmorskornas uppfattningar beskrev de karaktäristiska faktorerna genom innehållet i studiens underkategorier och huvudkategorier. Tillförlitlighet betyder att forskaren noggrant verifierar sina ställningstaganden under hela forskningsprocessen (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Enligt Dahlberg (1997) gäller det för forskaren att komma till insikt om hur den egna förförståelsen och erfarenheter kan ha påverkat analysen av materialet för att forskningen ska bli trovärdig. Forskningens tillförlitlighet har tillgodosetts i denna studie genom att vi under hela analysprocessen gått fram och tillbaka från helhet till del, diskuterat olika ståndpunkter till konsensus och gått till helheten i materialet, för att få resultatet tillförlitligt. Uppsatshandledaren har tagit del av båda transkriberade fokusgruppsintervjuerna och har gjort en medbedömning av kategoriseringen. Detta stärker resultatens tillförlitlighet. Överförbarheten av studien visar på hur resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Det är läsaren, såsom barnmorskor som arbetar vid andra BMM som kan avgöra i vilken mån resultat är överförbart till deras kontext. Men vi tror och hoppas att resultatet kan utgöra underlag för reflektion och inspiration hos barnmorskor vid rådgivning om kondomanvändning såväl vid de två BMM där barnmorskor deltog liksom vid andra BMM i Sverige.

Studien har vissa begränsningar. En sådan är att, det inom ramen för uppsatsen begränsning (15 hp) endast var möjligt att låta barnmorskor från två BMM delta. Efter genomförd datainsamling och bearbetning av utsagorna uppkom nya tankar kring utformningen av de strukturerade intervjufrågorna. Genom att fråga deltagarna ytterligare frågor, däribland ”Varför använder inte kvinnor och män kondom och hur kan barnmorskan beakta detta i sin rådgivning?”, tror vi att vi hade kunnat få mer uttömmande och reflekterande svar från barnmorskorna. Detta hade även gett möjlighet till en bättre förankring till tidigare forskning och övrig litteratur. De frågor som användes vid intervjuerna ansågs ha hög validitet då de motsvarade syftet med studien. Frågorna var inte snarlika och kunde inte förväxlas. Frågan ” Hur kan rådgivningen påverkas av språk, religion och ekonomisk situation av befolkningen i upptagningsområdet?” från vår checklista gav upphov till betydligt mer uttömmande svar från barnmorskorna än förväntat. Detta gav upphov till att denna studie fick ett bredare innehåll vilket blev positivt för studiens resultat.

Lämpligt antal deltagare i en fokusgrupp är 4-6 personer (Wibeck 2010). Deltagarna i vår studie bestod av 5 barnmorskor från respektive BMM. Vi upplevde att detta var en lagom stor grupp där alla fick lika mycket uppmärksamhet och möjlighet till inflytande och samhörighet. Barnmorskorna hade avsatt tid för intervjuerna ett par veckor i förväg vilket gjorde att de var väl förberedda och att intervjuerna inte påverkades av det ordinarie arbetet. Upplägget vid fokusgruppsintervjuerna, att en av oss var samtalsledare och den andra observatör, upplevde vi gav upphov till en mer uttömmande tolkning av intervjumaterialet.

Under analysen identifierade vi tillsammans meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder, underkategorier och huvudkategorier. Detta arbetssätt underlättade tolkningen av materialet och gav även en tydligare överblick av resultatet. Materialet var inte tillräckligt stort för att vi skulle kunna svara på frågan ”Hur” som enligt Graneheim & Lundman (2004) och Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) behövs för att komma fram till ett tema. I analysen identifierades tre huvud kategorier. Dessa kategorier räckte inte till för att avspegla ett underliggande innehållet och bilda ett tema. Hade det funnits mer data att analysera, skulle det finnas grund för att identifiera ett tema samt nå en mer abstrakt nivå i analysen.

Vi känner att vi har gjort väl avvägda forskningsetiska överväganden. Främst i samband med den information som gavs till barnmorskorna innan intervjuerna. Barnmorskorna fick, precis som etikprövningslagen (2003:460) påpekar, genombearbetad och tydlig information på ett sätt och med ett språk som de förstod. Informationen gavs först skriftligt och sedan hade barnmorskorna tillgång till muntlig information då författarna hade praktik på BMM. Ytterligare information gavs åter vid intervjutillfället om bakgrund, syfte, metod, vilka följder och risker forskningen kan tillföra och att barnmorskornas deltagande är frivilligt vilket var ett krav enligt etikprövningslagen (Codex, 2009).

Deltagarna i studien kom från endast två BMM och var sammanlagt tio deltagare. Därför kan resultatet i studien inte generaliseras till hur det ser ut hos övriga barnmorskor på BMM i Sverige. Enligt Wibeck (2010) uppstår en teoretisk mättnad då forskaren upplever att det som har upptäckts är det som finns att upptäcka. Vi upplever att fler BMM bör inkluderas och gärna i olika delar av Sverige då riktlinjer och PM ser olika ut för att en teoretisk mättnad ska uppstå. Vid en eventuell huvudstudie rekommenderar vi att den bör grunda sig på fortsatta fokusgruppintervjuer. Genom att fråga barnmorskor i den fortsatta huvudstudien ”Varför

använder inte kvinnor och män kondom och hur kan barnmorskan beakta detta i sin rådgivning?" kan materialet bli större och mer heltäckande.

RESULTATDISKUSSION

Kunskap om STI och skydd

Studien visar att barnmorskorna upplevde att människor i allmänhet har god kunskap om kondom som preventivmedel. Trots goda kunskaper om risker vid oskyddat samlag upplevde barnmorskorna att många väljer bort kondomanvändning. Istället förlitade de sig på STI tester och dagen efter piller. Resultatet i studien stämmer överens med Herlitz (2004) som menar att individen inte väljer kondom för att skydda sig mot STI. Detta val berodde inte på okunskap utan att individen inte alltid handlar i enlighet med sina kunskaper. Detta kunde i sin tur betyder att individen inte såg sig som sårbar eller utsatt för sexuella risker vid oskyddade samlag. Även Carey et al. (2000) menar att individen överskattade sin förmåga att minska sitt sexuella riskbeteende vid sexuella kontakter. Enligt Hammarlund, Lundgren & Nyström (2008) trodde både unga tjejer och killar att chansen att drabbas av STI var mycket liten, även vid sexuellt riskbeteende som vid oskyddat sex. Ungdomarna hade kunskap om hur STI smittar men valde att inte ta ansvar för detta. Rädslan hos ungdomar vid oskyddade sexuella kontakter handlade inte om att få en STI utan främst rädslan för att det skulle leda till en oönskad graviditet. Ungdomarna tyckte att det var lättare att föreslå kondom som skydd mot graviditet än att föreslå kondom som skydd mot STI. Enligt Christianson et al. (2003) var ungdomar välinformerade om kondomens funktion. Trots detta använde de inte kondom då de tyckte att det var pinsamt, både att köpa kondomer och att ha med sig och att avbryta samlaget för att sätta på kondom. Ungdomarna förutsatte också att deras sexpartner inte bar på någon STI.

Barnmorskorna i studien reflekterade över att det finns kunskap om kondom och STI men de var också medvetna om att det ändå krävs åtgärder för att öka kunskap om STI och samtidigt öka kunskapen om kondomanvändning. Även i studien av Tyden, Norden & Ruusuvaara (1991) ansåg endast 15 % av deltagarna att de hade tillgång till adekvat information om STI trots att de hade kunskap om olika könssjukdomar och att kondom kan ge ett skydd mot dessa. Barnmorskorna menade att det inte bara handlar om att öka kunskapen om kondom som skydd mot graviditet och STI utan även öka kunskapen om att kondom kan vara ett hjälpmedel mot exempelvis för tidig utlösning. Carey et al. (2000) visar att i många fall

fokuserar dock förebyggande insatser enbart på att öka kunskaperna om STI, och utgår inte från insatser som kan förstärka motivationen. Detta trots att individen i många fall underskattar sin risk att smittas med hiv, eller någon annan STI och därför inte ännu är beredd att förändra sitt beteende.

Ålder

Enligt barnmorskorna i föreliggande studie ansågs kondområdgivning vara viktig, oberoende av patientens ålder. Enligt RFSU (2010) använder 39 % i Sverige inget skydd alls vid nya sexuella kontakter. Merparten i denna grupp var över 50 år. Folkhälsoinstitutet (1998:11) visade däremot på att personer mellan 25-49 år var de som skyddade sig i minst utsträckning vid sexuella kontakter, även med hänsyn till dem med graviditetsönskan eller de som var gravida. Många i denna grupp förlitade istället på avbrutet samlag och ”säkra perioder”.

De intervjuade barnmorskorna var väl medvetna om att både kvinnor och män som lever i fasta relationer kan ha sexuella kontakter utanför äktenskapet. Därför tyckte de att det är lika viktigt att ge kondområdgivning till kvinnor i alla åldrar oavsett civil status. Anledningen till att ge information om kondom till högre åldersgrupper är flera. Fokus på kondområdgivning läggs ofta på ungdomar och ungdomar har ofta med sig mer kunskap om kondom på grund av sexualundervisning i skolan och tillgången till ungdomsmottagning. Äldre patienter upplevde ofta STI som genant och sökte därför inte BMM vid misstanke om smitta. För att motivera dessa kvinnor att använda kondom skulle barnmorskan kunna använda sig av RFSU-rapporten (2010) där det framkom att en person, oavsett ålder, som föreslog kondom sågs som ansvarstagande, omtänksam, vuxen, erfaren, självsäker, kärleksfull och sexig. Hammarlund, Lundgren & Nyström (2008) har i sin studie funnit att även ungdomar väljer bort kondom. Ungdomarna var oroliga för att deras tillfälliga sexpartner ska uppfatta kvällen som planerad vid medtagen kondom. Ungdomar kände även en osäkerhet och rädsla för kondom. Vid sex måste kondomen tas fram och sättas på och under detta avbrott är många killar rädda för att tjejen ska sluta vara kåt och att killen i sin tur förlorar sin erektion. Detta kan ju vara fallet för mannen oavsett ålder (Hammarlund et al., 2008). Därför bör barnmorskan, precis som Hansen et al. (2004) påpekar, ha med sig att sexuell hälsa, utbildning och kunskap är viktigt, inte bara för kvinnor i fertil ålder, utan för kvinnor i alla skeden av livet. Barnmorskan har därför, precis som Sundström (2009) menar, generellt ett stort ansvar för att skydda den sexuella hälsan och fertiliteten.

Kulturskillnader

Barnmorskorna från de båda mottagningarna beskrev kulturskillnader utifrån etnisk tillhörighet utifrån sin patientgrupp. Vi tyckte att det var intressant att ta upp detta då de båda mottagningarna skilde sig åt. Kultur är ett begrepp med många betydelser, i denna studie används begreppen kultur och kulturskillnader när patienter med utländsk härkomst diskuterades. Fleisher et al. (1994) visar att kondomanvändning hos kvinnor var förknippat med deras partners attityd till kondom. Om partnern hade en positiv inställning var användandet av kondom i syfte för att förebygga STI eller graviditet dubbelt så vanligt. Det fanns bland de intervjuade barnmorskorna en uppfattning att det ofta var män av utländsk härkomst som tog det största ansvaret för att skydda sig mot oönskad graviditet eller uppfylla graviditetsönskan. Många av dessa män valde att inte använda kondom då de hade en önskan om många barn och använde sig av avbrutet samlag istället. Detta i sin tur innebar att kvinnor från andra kulturer sällan använde kondom då mannen var negativt inställd till detta. Barnmorskorna upplevde att de därför oftare diskuterade kondom med dessa grupper. Det finns risk för att detta kan ge en felaktig bild av att invandrarkvinnor skulle vara den grupp i samhället som använder kondom minst, i jämförelse med de grupper av kvinnor som kommer för preventivmedelsrådgivning och till exempel enbart för receptförskrivning och där fokus på kondomanvändning är mindre eller inte finns med överhuvudtaget.

Resultatet i föreliggande studie visar att erfarenhetsbaserad kunskap om preventivmedelsrådgivning till patienter från andra kulturer och hur barnmorskan bemötte dessa skilde sig åt på de olika BMM. Barnmorskorna på den ena BMM kände en osäkerhet i bemötandet av kvinnor från andra kulturer vilket gjorde att barnmorskan därför mötte dessa kvinnor medvetet med mer öppenhet, frågor och mottaglighet. När Krings et al. (2008) studerade socioekonomiska skillnader upptäckte de en skillnad mellan de kvinnor som använde orala preventivmedel och de som använde kondom. De som använde orala preventivmedel var ofta av vitt ursprung och hade en högre utbildning. Detta kan stå i kontrast med barnmorskornas upplevelser på BMM i det andra upptagningsområdet med sämre sociala förhållanden. Här upplevde barnmorskorna att kvinnorna hade god kunskap om sin kropp och när de kunde bli gravida. Behovet av kondom i graviditetsförhindrande syfte var därför inte lika stort.

Möjlighet till information och påverkan

I studien framkom det att barnmorskan har en viktig roll vid preventivmedelsrådgivning då barnmorskan ansåg att hon har en stor möjlighet att påverka patientens val av preventivmedelsmetod. Beroende på hur barnmorskan presenterade de olika metoderna kunde det ge olika budskap. Det var därför viktigt, enligt barnmorskorna, att upplysa om såväl positiva som negativa effekter då kondområdgivning ska ges. Även enligt Tyden, Norden & Ruusuvaara (1991) och Harvey et al. (2006) kan barnmorskan påverka patientens beslut. Detta gör barnmorskan genom att uppmuntra till kondom och därmed se till att patienten skyddar sig mot STI. Barnmorskan har, precis som Sundström (2009) påpekar ett stort ansvar för att skydda den reproduktiva hälsan och fertiliteten. Klamydia ansågs av barnmorskorna i studien vara en av de vanligaste könssjukdomarna och kunde påverka den reproduktiva hälsan negativt. Klamydia kan i sin tur leda till infertilitet med ofrivillig barnlöshet som följd. Detta kan ge både psykiska och fysiska påfrestningar för individen eller paret. Genom god rådgivning om kondomanvändning och mer fokus på eventuell infertilitsrisk kan barnmorskan skydda den reproduktiva hälsan ytterligare och undvika att patienten utesluter kondom och istället förlitar sig på dagen efter piller och STI tester.

I Oddens & Milsom (1996) studie uppgav många kvinnor att deras val av preventivmedel främst influerades av deras partner eller barnmorska. Då barnmorskan har en betydelsefull roll i beslutet av preventivmedelsmetod menade barnmorskorna i studien att korta samtal och uppmaning om kondom vid varje besök är viktigt. Då patienten endast besöker BMM ett fåtal gånger per år är det barnmorskans enda chans att förhoppningsvis bidra till ökad kondomanvändning. Enligt föreliggande studie framkom det även att det är viktigt att lyssna på patienterna och få en uppfattning om deras önskemål, då barnmorskan enligt erfarenhet vet att ett påtvingat preventivmedel inte blir bra ett preventivmedel.

Oddens & Milsom (1996) menar att preventivmedelsinformation även kunde komma från vänner, broschyrer och skolan. Även barnmorskorna i vår studie menade att om kondom ska blir mer självklart och finnas i vår vardag, bör informationen även komma från samhället. Kondomreklam på TV och i övrig media kunde vara ett exempel på detta. Även WHO (2002) menar att samhället, för att främja sexuell hälsa, behöver förstå och främja de positiva roller som sexualiteten kan spela i varje människas liv och bygga hälsofrämjande tjänster som kan främja ett sexuellt friskt samhälle. I föreliggande studie menade ett flertal barnmorskor att

roliga slogans i samhället som ”Condom, because I am worth it” kunde medföra ökad kondomanvändning och ökad självkänsla hos kvinnan.

I studien framkom det att tydlig och individuell information var viktig i barnmorskans rådgivning om kondomanvändning så att inget missförstånd uppstod mellan patient och barnmorska. Vidare betonades vikten av att information gavs efter det behov som fanns. Barnmorskan skulle inte ta förgivet att alla var upplysta om eventuella risker med att inte använda kondom, utan att ge information till alla patienter oavsett ålder och samhällssituation. Fleisher et al. (1994) och Christianson et al. (2003) bekräftar även detta i sina studier där de menar att hälso- och sjukvårdspersonal skall ge patienterna en tydlig information med hög kvalité. Detta ska öka förståelsen för eventuella risker som STI kan medföra hos patienterna. Framför allt krävs det en verksamhet som når de kvinnor med hög risk för STI. Enligt vår studie kunde så kallad ”skrämselpropaganda” vara ett hjälpmedel för att upplysa patienten och öka förståelsen för vilka risker som de utsätts för vid oskyddat sex, och ännu bättre är om barnmorskan kan öka motivationen hos patienten för att vilja skydda sig mot STI.

Barnmorskornas reflektioner över samtalets påverkan vid utveckling av kondområdgivning kan knytas till begreppet empowerment. Barnmorskorna kom gemensamt överens om att de borde använda sig av mer öppna frågor när de träffar patienten. En barnmorska berättade att de hade haft utbildning i motiverande samtal. Hon menade att om kvinnan inte uttryckligen kommer för att få preventivmedelsrådgivning eller rådgivning kring kondom så är hon inte mottaglig för den information som barnmorskan ger. Forsberg & Starrin (1997) menar att empowerment handlar om att stärka kvinnan och ge henne makt, kontroll och självtillit över de val hon gör i sådan situation. Detta reflekterade barnmorskorna i studien över då de menade att genom att använda sig av motiverande samtal och öppna frågor som ”det här med kondom, hur tänker du kring det?” kunde de stärka kvinnan och få henne att göra egna val. På så sätt kommer kvinnans tankar fram och barnmorskan ger henne resurser och kapacitet att definiera eventuella problem och utveckla en strategi för att lösa dem.

Konklusion och praktisk tillämpning av studiens resultat

Resultatet i studien visar hur barnmorskorna reflekterade kring sin roll vid kondområdgivning på BMM. Samtliga barnmorskor gav kondområdgivning till sina patienter men de var också överens om att de kunde bli ännu bättre på detta och att rådgivningen kunde utvecklas. Vi tror att resultatet kan vara till hjälp för barnmorskor på BMM i hela Sverige. Enligt

barnmorskorna i vår studie kunde nya rutiner som bland annat utökad information till alla patienter, öppna frågor och tydlighet, annat upplägg av samtalet och ständig påminnelse bidra till en förbättring av kondområdgivningen. Resultatet visar även att rutinerna på ungdomsmottagning och BMM skiljer sig mycket åt avseende hur man ger rådgivning kring kondomanvändning. Med hjälp av inspiration från ungdomsmottagningen, som till exempel bättre tillgång till kondomer, enklare STI provtagning och att diskutera kondom på ett mer öppet och självklart sätt med patienten kan bidra till ökad kondomanvändning i alla åldrar. Studien skulle kunna vara ett bra underlag för en mer fullskalig studie, där syfte är det samma men med fler BMM inkluderade över hela Sverige. Då vi hade möjlighet att följa barnmorskorna som medverkade i studien under vår praktikperiod på de båda BMM såg vi en skillnad i arbetssätt vid kondområdgivning efter intervjuerna. Vi upplevde att intervjuerna bidrog till det vi hade hoppats på, reflektioner, tankar och en förbättrad vård.

Vi tror också att rådgivning avseende användning av kondom skall finns med som en obligatorisk del vid all preventivmedelsrådgivning; lika självklart som att fråga om patientens hereditet eller hälsotillstånd. Ett sätt att tala om detta skulle kunna vara att använda teknik vid motiverande samtal. Men detta behöver studeras mer för att utgöra evidensbas för framtida rutiner. Vidare skulle ett studiebesök på ungdomsmottagning för barnmorskor som inte har erfarenhet från sådan verksamhet kunna vara användbart.

REFERENSER

Askheim, O P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment i Teori och Praktik.* Malmö: Gleerups utbildning AB.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Baksi, A., & Cradock, S. (1998). What is empowerment? *IDF Bullentin. 43*(3), 29-31.

Berg, M., & Lundgren, I. (2010). *Att stödja och stärka. Vårdande vid barnafödande.* Lund: Studentlitteratur.

Carey, M.P,. Braaten, L-S,. Maisto, S.A,. Gleason, J.R,. & Forsyth, .A.D. (2000) Using Information, Motivational Enhancement, and Skills Training to Reduce the Risk of HIV Infection for Low-Income Urban Women: A second randomized Clinical trial. *Health Psychology, 19* (1), 3-11.

Christianson, M., Johansson, E., Emmelin, M., & Westman, G. (2003). "One –night stands" – risky trips between lust and trust: qualitative interviews with *Chlamydia trachomatis* infected youth in north Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health, 31*, 44-50.

Codex. (2009). *Forskning som involverar människan.*
Hämtad från WWW 2010-12-07, http://www.codex.uu.se/forskningmanniska.shtml

Codex. (2009). *Informerat samtycke.*
Hämtad från WWW, 2010-12-07, http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare.* Lund: Studentlitteratur.

Danielsson, M., & Sundström, K. (2006). Reproductive health. *Scandinavian Journal of Public Health*, *34*(3), 147-164.

Edwards., W M & Coleman., E. (2004). Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. *Archives of Sexual Behavior 33*(3), 189-95.

Flannigan, J. (2007). Promoting sexual health: practical guidance on male condom use. *Nursing Standard*. 21:19, 51-57.

Fleisher, J.M., Senie, R.T., Minkoff, H., & Jaccard, J. (1994). Condom use relative to knowledge of sexually transmitted disease prevention, method of birth control, and past or present infection. *Journal of Community Health, 19*(6), 395-407.

Forsberg, E., & Starrin, B. (1997). *Frigörande kraft – empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv.* Stockholm: Gothia AB.

Furber, M. (2000). An exploration of midwifes ´attitudes to health promotion. *Midwifery, 16,* 314-322.

Graneheim., U-H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measurea to achieve trustworthiness. *Nurse education today, 24*(2), 105-112.

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

Hammarlund, K., Lundgren., I & Nyström, M. (2008). In the heat of the night, it is difficult to get it right-teenagers` attitudes and values towards sexual risk-taking. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 3.* 103-112.

Hansen, L., Mann, J., McMahon, S., & Wong, T. (2004). Sexual Health. *BMC Women´s health, 4*(Suppl l):S24.

Harvey, S-M., Beckman, L-J., Gerend, M-A., Thorburn-Bird, S., Posner, S., Huszti, H-C., & Galavotti, C. (2006). A conceptual model of women´s condom use intentions: Integrating intrapersonal and relationship factors. *AIDS Care, 18*(7), 698-709.

Helsingforsdeklarationen. (2008). *World Medical Association`s Helsinki Declaration*. Hämtad från WWW 2010-12-07. http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html

Herlitz C. (2004). *Allmänheten och hiv/aids: kunskaper, attityder och beteenden 1987-2003*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; Rapport 2004:7.

Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Studentlitteratur: Lund.

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I & Lundgren, I. (2001). Lärobok för barnmorskor. I: P. Höjeberg (Red.), *Barnmorskans historia.* Studentlitteratur: Lund.

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I & Lundgren I. (2001). Lärobok för barnmorskor. I:P. Höjeberg (Red.). *Mödrahälsovård.* Studentlitteratur: Lund.

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I & Lundgren I. (2009). Lärobok för barnmorskor. I: K. Sundström (Red.), *Kvinnors reproduktiva hälsa.* Lund: Studentlitteratur.

Krings, K-M., Matteson, K-A., Allsworth, J-E., Mathias, E., & Peipert, J-F. (2008). Contraceptive choice: how do oral contraceptives users differ from condom uses and women with no contraception? *American Journal of Obstetrics and Gynecology 5,* 46-47.

Larsson, G., Blohm, F., Sundell, G., Andersch, B & Milsom, I. (1997). A longitudinal study of birth control and pregnancy outcome among women in a Swedish population. *Contraception, 56*, 9-16.

Leino-Kilpi., H, Johansson, K., Heikkinen, K., Kaljonen, A., & Virtanen, H. (2005) Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. *Nurse Care Quality, 20*, 307-316.

Lewin, B., Fugl-Meyer, K., Lalos, A., & Månsson, S-A. (1998). Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. I: A. Lalos (Red.), *Reproduktion, prevention och sexualitet*. Stockholm; Statens folkhälsoinstitut. Rapport 1998:11.

Lewin, B., Fugl-Meyer, K., Lalos, A., & Månsson, S-A. (1998). Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. I: A. Lalos (Red.), *Sexuellt överförda sjukdomar*. Stockholm; Statens folkhälsoinstitut. Rapport 1998:11.

Mark, H., Irwin, K., Sternberg, M., Anderson, L., Magid, D., & Stiffman, M. (2008). Providers´ perceived barriers to sexually transmitted disease care in 2 large health maintenance organizations. *Sexually Transmitted Diseases. 35*(2), 184-189.

Oddens, B-J., & Milsom I. (1996). Contraceptive practice and attitudes in Sweden 1994. *Acta Obstet Gynecol Scand. 75*, 932-940.

Odlind, V., Bygdeman, M., & Milsom, I. (2008). *Familjeplanering. Preventivmetoder, aborter och rådgivning.* Pozkal: Studentlitteratur.

Pilhammar-Andersson, E. (2007). Etnografi i det vårdpedagogiska fältet: en jakt efter ledtrådar. Lund: Studentlitteratur.

Rana, R-K., Pimenta, J-M., Rosenberg, D-M., Warren, T., Sekhin, S., Cook, S-F., & Robinson, N-J. (2005). Sexual behaviour and condom use among individuals with a history of symptomatic genital herpes. *Sex Transmitted Infections, 82*, 69-74.

Regeringskansliet. (2006). Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa. Hämtad från WWW 2010-12-07 http://www.sweden.gov.se/sb/d/108/a/64989

RFSU. (2010) Kådiskollen.
Hämtad från WWW 2010- 05-19.
www.rfsu.se/Bildbank/Produkter/Kondomer/Publik/1%20Kådiskollen%202010_sexvanor%20och%20attityder_media.pdf

Socialstyrelsen. (1997). *Antikonception. Om preventivmedel och rådgivning.* Modin-tryck: Stockholm. SoS-rapport 1996:18.

Socialstyrelsen. (2009). *Att förebygga HIV och STI bland ungdomar och vuxna: kunskap och vägledning för hälso- och sjukvården och andra intresserade aktörer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen.(2004). Smittskyddslagen 2004:168.
Hämtad från WWW 2010-12-07
http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2004:168

Statens offentliga utredningar. (2004). *Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring.* Elanders Gotab AB: Stockholm. SOU rapport 2004:13.

Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2005:57.

Sundström, K. (1996). Reproduktiv hälsa i individuellt och globalt perspektiv. I: P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam., G., Lindberg (Red.), *Kön och ohälsa - en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Sundström, K. (2000). Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet? I: K. Sundström (Red.), *Sexuellt överförda sjukdomar*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2000:8.

Sundström, K., Centerwall, E., Nilsson, A., & Nordenmark L. (2000). Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet. I: K. Sundström (Red.), *Födelsekontroll – preventivmedel och abort*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet. Rapport 200:7.

Tyden, T., Norden, L., & Ruusuvaara, L. (1991). Swedish adolescents´ knowledge of sexually transmitted diseases and their attitudes to the condom. *Midwifery, 7,* 25-30.

Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

WHO, World Health organization. (2002) Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Hämtad från WWW 2010-05-25.
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

WHO, World Health Organization. *Reproductive health.*
Hämtad från WWW 2010-05-25. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/

WHO, World Health Organization, Sexually Transmitted Infections.
Hämtad från WWW 2010-12-14.
http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/en/

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper – om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod.*
Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Till verksamhetschefen, en Forskningspersonsinformation

I Sverige har sexuellt överförbara infektioner ökat kraftigt under de senaste åren, inte bara hos ungdomar utan i alla åldrar. Kondom är fortfarande det enda preventivmedlet som skyddar mot både graviditet och sexuellt överförbara infektioner. Syftet med studien är att beskriva barnmorskans uppfattning om sin roll på MVC/BMM beträffande kondområdgivning och hur den skulle kunna utvecklas.

Studien kommer att genomföras i form av en intervju med fokusgrupper. Fokusgrupp innebär att barnmorskorna får diskutera det aktuella ämnet med varandra under en begränsad tid. Målet med fokusgruppen är att deltagarna ska kunna diskutera fritt med varandra. Gruppen kommer att ledas av en samtalsledare. Samtalet kommer att spelas in på bandspelare. Intervjun beräknas ta mellan 20-40 minuter och kommer att genomföras på din arbetsplats. Vi önskar att Du ger oss ditt medgivande till att genomföra intervjuer med barnmorskor på din arbetsplats. Vi är därför tacksamma om det går att avsätta en tid för intervju under veckorna 42-47.

Efter ditt godkännande kommer en förfrågan lämnas ut till barnmorskorna på din arbetsplats. Deltagandet är naturligtvis frivilligt och allt material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att insamlad data kommer endast vara till oss ansvariga och vår handledares förfogande samt att det inte kommer att framgå vem som har sagt vad i studien. Barnmorskorna kan när som helst avbryta sin medverkan i studien.
Resultatet av studien kommer sedan att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra en grund för ett eventuellt fortsatt arbete som senare kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Ett exemplar av studien kommer att skickas till er mottagning.
Om någon dag kontaktar vi dig för eventuell bekräftelse. Vid eventuella frågor får du gärna höra av dig till någon av oss.

Ansvariga

Johanna Mökander leg. Sjuksköterska
Mail: johannamokander@hotmail.com
Tfn: 0735-871583

Matilda Andersson leg. Sjuksköterska
matildanelly@ hotmail.com
Tfn: 0735-879553

Handledare

Tone Ahlborg
Mail: tone.ahlborg@gu.se
Tfn: 031- 7866053

GÖTEBORGS
UNIVERSITET
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Jag har tagit del av informationen om studien av barnmorskans roll i kondområdgivning på MVC/BMM och samtycker till att barnmorskorna deltar i studien.

Datum_____

Namnunderskrift

_____

Namnförtydligande

_____

.

Bilaga 2

GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Forskningspersonsinformation

I Sverige har sexuellt överförbara infektioner ökat kraftigt under de senaste åren, inte bara hos ungdomar utan i alla åldrar. Kondom är fortfarande det enda preventivmedlet som skyddar mot både graviditet och sexuellt överförbara infektioner. Syftet med studien är att beskriva barnmorskans uppfattning om sin roll på MVC/BMM beträffande kondområdgivning och hur den skulle kunna utvecklas. Vi undrar därför om du är intresserad av att delta i denna studie då du arbetar inom mödrahälsovård och har erfarenhet inom ämnet.

Studien kommer att genomföras i form av en intervju med fokusgrupper. Fokusgrupp innebär att Du, tillsammans med dina kollegor, får diskutera det aktuella ämnet under en begränsad tid. Målet med fokusgruppen är att deltagarna ska kunna diskutera fritt med varandra. Gruppen kommer att ledas av en samtalsledare. Samtalet kommer att spelas in på bandspelare. Intervjun beräknas ta mellan 20-40 minuter och kommer att genomföras på din arbetsplats. Vi är därför tacksamma om det går att avsätta tid för intervju under veckorna 42-47. Vi har kontaktat din verksamhetschef om studien och fått tillstånd att genomföra den.
Deltagandet är naturligtvis frivilligt och allt material behandlas konfidentiellt, vilket innebär att all insamlad data kommer endast vara till oss ansvariga och vår handledares förfogande samt att det inte kommer att framgå vem som har sagt vad i studien. Som deltagande barnmorska kan du när som helst utan att ange någon anledning avbryta din medverkan i studien.

Resultatet av studien kommer sedan att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra en grund för ett eventuellt fortsatt arbete som senare kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Ett exemplar av studien kommer att skickas till er mottagning.
Om någon dag kontaktar vi dig för eventuell bekräftelse. Vid eventuella frågor får du gärna höra av dig till någon av oss.

Ansvariga
Johanna Mökander, barnmorskestudent
Mail: Johannamokander@hotmail.com
Tfn: 0735-871583

Matilda Andersson , barnmorskestudent
matildanelly@hotmail.com
Tfn: 0735-879553

Handledare
Tone Ahlborg
Mail: tone.ahlborg@gu.se
Tfn: 031-786 60 53

GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Jag har tagit del av informationen om studien av barnmorskans roll i kondområdgivning på MVC/BMM och samtycker till att delta i studien.

Datum_____

Namnunderskrift

_____

Namnförtydligande

_____

Bilaga 3

Checklista vid fokusgruppsintervjun

När ger du råd om kondomanvändning idag?

Hur kan rådgivningen påverkas av språk, religion och ekonomisk situation av befolkningen i upptagningsområdet?

Varför tror ni att STI ökar i samhället?

På vilket sätt tror ni att ni påverkar patientens val av preventivmedelsmetod?

Vet patienten hur man använder en kondom på rätt sätt, oavsett ålder?

I vilka åldrar tror ni kondområdgivning behövs? Kan det finnas andra faktorer som påverkar när ni ger rådgivning kring kondom?

Hur tror ni att rådgivning av kondomer kan utvecklas så att STI och oönskade graviditeter minskar i samhället? Hur kan du utveckla din egen rådgivning?

.

Kvalitativ innehållsanalys **Bilaga 4**

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
… och mellan preventivmedel ...och det blir ett glapp emellan…	mellan preventivmedel då ett glapp uppstår	mellan preventivmedel	Barnmorskans kondområdgivning	Utveckling av kondområdgivning på mödravård-central
när de säger att de inte har någon fast partner…	inte har någon fast partner	ej fast partner		
när kvinnan kommer för STI…	kommer för STI	STI provtagning		
efter man fått barn eller innan de fått barn…	efter barn eller innan barn	graviditet		
…på efterkontrollen…om de inte vill börja med preventivmedel direkt..	på efterkontrollen	efterkontroll		
om inget annat preventivmedel passar så är det ju ett alternativ.	om inget annat l preventivmedel passar	kondom som alternativ		
..påminna sig själv och varandra om att inte glömma bort kondom vid nästintill alla besök, att man får in det lite mera	påminna varandra och sig själv	påminnelse	Nya rutiner	
..en del är så oroliga för… prov och själva undersökningen ..man tar provet och så pratar man sen…	ta provet och pratar sen	samtal efter provtagning		
komma ihåg den, än till de grupper som anses vara självklara..	komma ihåg den till fler grupper	ge rådgivning till fler		
… när man pratar om receptförnyelse. På nåt sätt att du inte har skydd… få in en annan rutin där..	få in en annan rutin	andra rutiner		
att ställa en öppen fråga.. hur tänker du med kondom.. då ser man … hur samtalet faller sig. Vilket behov som finns.	ställa en öppen fråga för att se vilka behov som finns	öppna frågor	Samtalet	
när någon säger nej, det vill jag inte använda, utveckla det då och fråga varför.	utveckla och fråga varför	utveckla och ifrågasätta		
… kanske skulle fråga mer … om dom vet hur man använder den..en del kanske känner sig jätte obekväma med att man inte vet.	fråga mer om dom vet	fråga mera		
..är det något nytillkommet.. nej inget nytillkommet men jag har skilt mig och träffat en ny man… tycker man ju inte är något nytillkommet… man kanske ska säga såhär, har du samma partner sedan tidigare?	man kanske ska säga såhär	frågeformulering		

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
stor skillnad när jag jobbade på ungdomsmottagning..du tänker väl på dig och att du skyddar dig och så…	stor skillnad när jag jobbade ungdomsmottagning	olika arbetssätt	ungdoms-mottagning som inspiration	
ungdomsmottagning är ju mycket så… där har vi ju också det med gratis kondomer…	ungdomsmottagningar har gratis kondomer	gratis kondomer		
vi glömmer av det emellanåt att kondom finns i våra patienter grupper, som på ungdoms-mottagning så är det väl självklart.	vi glömmer av att kondom finns i våra patientgrupper	behov av kondom i alla åldersgrupper		