



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

HORMONER ELLER ICKE HORMONER

En litteraturöversikt om hur hormonella preventivmedel påverkar kvinnors sexuella funktion.

**Isabella Grönvall
Ellen Hansson**

Examensarbete:	Magisterexamen i sexuell-, reproduktiv och perinatal hälsa
Program/kurs:	Barnmorskeprogrammet/RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Karolina Lindén
Examinator:	Lars Persson

Titel svensk:	Hormoner eller icke hormoner.
Titel engelsk:	Hormones or not hormones.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet/RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Karolina Lindén
Examinator:	Lars Persson
Nyckelord:	Litteraturöversikt - sexuell hälsa - sexuell funktion - kvinna - hormonella preventivmedel - preventivmedel - sexuell dysfunktion.

Sammanfattning

Bakgrund: Den sexuella hälsan påverkar livskvaliteten och hälsan i stort. Sexualiteten är en del av den sexuella hälsan och sexuella funktioner ingår i sexualiteten. Kvinnors sexuella funktion innefattar både psykologiska och fysiologiska aspekter. Sexuell dysfunktion kan innefatta en individs oförmåga att delta i sexuella relationer på det sättet som hen önskar och kan leda till fysisk- och känslomässig oro samt störa kvinnors sociala liv. Det ingår i barnmorskans kompetensområde att främja sexuell- och reproduktiv hälsa och förebygga ohälsa. Barnmorskor förskriver preventivmedel till friska kvinnor i antikonceptionssyfte. Barnmorskor bör därför ha kunskap- och informera om preventivmedels positiva effekter samt biverkningar. Detta för att möjliggöra en individanpassad preventivmedelsrådgivning.

Syfte/forskningsfråga: Hur påverkas den sexuella funktionen hos kvinnor som använder hormonella preventivmedel i förhållande till kvinnor som inte använder hormonella preventivmedel?

Metod: Litteraturöversikt av kvantitativa studier. Resultatet presenteras med beskrivande statistik. Databaser som användes var PubMed, Cinahl, Scopus och PsycInfo. Datainsamlingen resulterade i 11 kvantitativa artiklar.

Resultat: Resultatet presenteras i sex kategorier; sexuell lust; sexuell upphetsning; lubrikation; orgasm; sexuell tillfredsställelse och samlagssmärta utifrån de faktorer som ingår i frågeformuläret Female Sexual Function Index (FSFI). Resultatet berör även sexuell dysfunktion och sociodemografiska faktorer som kan påverka kvinnors sexuella hälsa. Vissa studier redovisade att hormonella preventivmedel påverkade faktorer inkluderade i den sexuella funktionen i positiv eller negativ bemärkelse. Andra studier redovisade att signifikanta skillnader saknades. Samtliga studier redovisade sociodemografiska faktorer som kunde påverka studieresultaten.

Diskussion och slutsats: Kvinnors sexuella funktion är komplex. Eftersom studierna visar inkonsekventa resultat gällande preventivmedels påverkan på kvinnors sexuella funktion, finns i enighet med liknande litteraturöversikter behov av ökad forskning i ämnet. Kunskapen beträffande hormonella preventivmedels eventuella påverkan på kvinnors sexuella funktion kan dock vara viktig för barnmorskor vid preventivmedelsrådgivning.

Nyckelord: Litteraturöversikt - sexuell hälsa - sexuell funktion - kvinna - hormonella preventivmedel - preventivmedel - sexuell dysfunktion

Abstract

Background:

Sexual health affects quality of life and health in general. Sexuality is part of sexual health and sexual function is part of the sexuality. Women's sexual function encompasses both psychological and physiological aspects. Sexual dysfunction can include an individual's inability to engage in sexual relationships in the way she desire and can lead to physical and emotional anxiety and disrupt women's social lives. It is part of the midwife's area of expertise to promote sexual and reproductive health and prevent health issues. Midwives prescribe contraception to healthy women for contraceptive purposes. Midwives should therefore have knowledge and inform regarding the positive effects of contraceptives and side effects. This is to enable an individualized contraceptive counselling.

Aim/research question: How is women's sexual function affected by hormonal contraceptives compared to when women do not use contraceptives?

Method: Literature review with quantitative studies, the result is presented with descriptive statistics. Databases used were PubMed, Cinahl, Scopus and PsycInfo. The results are based on 11 quantitative studies.

Results: The results are presented in six categories based on the factors included in the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire; sexual desire; sexual arousal; lubrication; orgasm; sexual satisfaction and pain during intercourse. It also includes sexual dysfunction and socio-demographic factors that can affect women's sexual health. Some studies reported that hormonal contraceptives influenced the sexual function in a positive or negative sense, while other studies did not report any statistical significance. All studies reported socio-demographic factors that could influence the study results.

Conclusion: Women's sexual function is complex. In line with similar literature reviews, since the studies shows an inconsistent result regarding hormonal contraceptives influence on women's sexual function, there is a need for increased research regarding the subject. However, knowledge of the possible impact of hormonal contraceptives on women's sexual function may be important for midwives in contraceptive counselling.

Key words: Literature review - sexual health - sexual function - woman - hormonal contraception - contraception - sexual dysfunction

Förord

Ett stort tack till vår handledare Karolina Lindén för engagemang, kunskap och stöd under denna magisteruppsats. Vi vill även tacka familj och vänner som hjälpt och stöttat oss under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Sexuell-, reproduktiv hälsa och rättigheter.....	1
Sexuell hälsa	2
Reproduktiv hälsa	3
Sexuella- och reproduktiva rättigheter.....	3
Sexualitet.....	4
Sexuell funktion och dysfunktion.....	4
Sexuell funktion.....	4
Sexuell dysfunktion	5
Mätning av kvinnors sexuella funktion	6
Female sexual function index	6
McCoy Female Sexuality Questionnaire	6
Barnmorskans kompetensområde.....	7
Preventivmedel	7
Biverkningar hormonella preventivmedel	10
Preventivmedelsanvändning i Sverige.....	10
Preventivmedelsrådgivning	11
Problemformulering.....	12
Syfte/forskningsfråga	12
Metod.....	13
Studiedesign.....	13
Urval	13
Datainsamling.....	14
Dataanalys	15
Etiska överväganden.....	16
Resultat.....	17
Sexuell lust	19
Sexuell upphetsning.....	21
Lubrikation	23
Orgasm.....	25

Sexuell tillfredsställelse	27
Samlagssmärta	30
Total FSFI-poäng.....	32
Sexuell dysfunktion	34
Övriga faktorer som påverkar den sexuella funktionen.....	35
Rökning.....	36
Parrelation	37
Samlag.....	37
Ålder	37
Förlossningar.....	37
BMI	37
Diskussion	38
Metoddiskussion.....	38
Resultatdiskussion	39
Resultatfynd med relevans för patientinformation	40
Sexuell dysfunktion och sexuella samtal	40
Sociodemografiska faktorer som påverkar kvinnors sexuella funktion.....	41
Behov av ytterligare forskning.....	42
Slutsats.....	43
Referenslista.....	44
Bilaga 1 Söktabell	
Bilaga 2 Extraktionsformulär	
Bilaga 3 Kvalitetsgranskningsmall	
Bilaga 4 Exkluderade artiklar	

Inledning

Sexuell funktion är ett centralt begrepp beträffande den sexuella hälsan. Att främja kvinnors sexuella funktion kan leda till en förbättrad generell hälsa och livskvalitet. I barnmorskans profession ingår det att arbeta för att främja sexuell- och reproduktiv hälsa och rättigheter. Alla människor har rätt till preventivmedel, abort, vård och resurser inom sexuell och reproduktiv hälsa. Inom barnmorskans kompetensområde ingår det att förskriva preventivmedel till friska kvinnor i antikonceptionssyfte. För att preventivmedelsrådgivningen ska kunna resultera i följsamhet samt att kvinnan blir nöjd med sin preventivmedelsmetod kan en individanpassad rådgivningsmodell tillämpas. För att detta ska vara möjligt kan det finnas behov av kunskap hos barnmorskor gällande preventivmedels biverkningar, vilket inkluderar hur preventivmedel kan påverka den sexuella funktionen.

Denna litteraturöversikt undersöker om kvinnor med hormonella preventivmedel har bättre eller sämre sexuell funktion än kvinnor som inte använder hormonella preventivmedelsmetoder. Genom utökad kunskap beträffande preventivmedels relation till den sexuella funktionen är förhoppningen att barnmorskor ska kunna stödja kvinnor i valet av preventivmedel på ett sätt som främjar sexuell hälsa.

Bakgrund

Sexuell-, reproduktiv hälsa och rättigheter

Sexuell-, reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) beskrivs som ett centralt begrepp för samtliga människor under hela livet (Folkhälsomyndigheten, 2018). För att främja både den sexuella och reproduktiva hälsan kan normala fysiologiska funktioner som graviditet och barnafödande behöva stöttas samtidigt som negativa följder av sexuell aktivitet och reproduktion kan vara i behov av att förebyggas (Glasier et al., 2006). God sexuell och

reproduktiv hälsa uppges vara vitalt för emotionellt och fysiskt välbefinnande (Springer, 2008). Nedan redovisas de olika delarna som ingår i SRHR- begreppet.

Sexuell hälsa

Den sexuella hälsan anses vara väsentlig för människors generella hälsa (Hogben, Ford, Becasen & Brown, 2015) och livskvalitet (United Nations, 1995).

Sexuell hälsa definieras som

Ett tillstånd av psykiskt, emotionellt, mentalt och sexuellt välbefinnande i relation till sexualiteten. Det är inte enbart frånvaro av svaghet, dysfunktion eller sjukdom. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt förhållningssätt till sexualitet och sexuella relationer samt möjlighet att ha sexuella erfarenheter som är säkra och innehåller njutning och inte våld, tvång eller diskriminering. För att sexuell hälsa ska uppnås och underhållas måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas (World Health Organization [WHO], 2006, s. 5).

Att människor fritt och respektfullt får utöva sina sexuella förmågor kan leda till harmoni samt individuellt och socialt välbefinnande. Upplevelsen av god sexuell hälsa kan öka njutning och ha en positiv påverkan på relationer samt stärka människors identiteter. Förmågan att vara intim med sin partner samt vikten av en fungerande sexuell funktion som inkluderar sexualdrift, att kunna bli upphetsad och sexuellt tillfredsställd beskrivs vara inkluderat i den sexuella hälsa (Edwards & Coleman, 2004). Syftet med god sexuell hälsa kan vara en förbättrad livskvalitet och att relationer mellan människor förändras till det bättre, inte endast rådgivning och vård gällande reproduktion och sexuellt överförbara sjukdomar (United Nations, 1995).

Sexuell njutning kan vara starkt sammanlänkad med hur människor upplever sin sexuella hälsa. Den sexuella njutningen kan bidra till hur personer uppfattar sina egna kroppar, skapar relationer och lever sina liv (Gruskin, Yadav, Castellanos, Usigli, Khizanishvili & Kismödi, 2019). Upplevelse av sexuell njutning är individuell, inom förhållanden kan den sexuella hälsan påverkas om en av parterna har en större önskan om sexuellt samspel (American College of Nurse-Midwives, 2018).

Reproduktiv hälsa

Den reproduktiva hälsan definieras som ”*Det totala, fysiska, mentala och sociala välbefinnandet i alla avseenden gällande det reproduktiva systemet, dess funktioner och processer*” (Schücking, Borrmann & Erikson, 2008, första stycket).

Den reproduktiva hälsan anses inte enbart innefatta frånvaro av sjukdom eller svaghet utan även ett tillfredsställande sexliv och möjligheten till reproduktion om och när det önskas (Fathalla & Fathalla, 2017).

Den reproduktiva hälsan beskrivs beröra alla människor oavsett kön, hela livet. Påverkan på den reproduktiva hälsan rapporteras kunna ha effekt på hälsan i stort senare i livet (United Nations Population Fund, 2016). God reproduktiv hälsa kan uppnås genom att de sexuella och reproduktiva rättigheterna uppfylls (Schücking et al., 2008).

Sexuella- och reproduktiva rättigheter

De sexuella rättigheterna anses vara en del av de mänskliga rättigheterna och är sammankopplade med både sexualiteten, den sexuella hälsan (World association for sexual health [WAS], 2014) och de reproduktiva rättigheterna (Miller, Kismöde, Cottingham & Gruskin, 2015).

Rätten att bestämma över sin egen kropp, att själv definiera sin sexualitet, att få respektfull vård där sekretess respekteras, att de sexuella upplevelserna är njutbara och kan genomföras på ett säkert sätt är några aspekter som anses ingå i de sexuella- och reproduktiva rättigheterna (Starrs et al., 2018.; Folkhälsomyndigheten, 2018). Detsamma anses gällande att människor själva ska få bestämma när eller om de vill ha barn samt att information ska finnas tillgänglig för att möjliggöra det valet (Starrs et al., 2018; WAS, 2014; International Planned Parenthood Federation [IPPF], 2006).

Det rapporteras att det ska finnas väl tillgänglig vård av högsta kvalitet som värnar om patientens inflytande gällande den sexuella hälsan (World association for sexual health [WAS], 2014) och prevention gällande ohälsa (Miller et al., 2015). Ett av de globala målen innebär att alla ska ha rätt till sexuell och reproduktiv vård samt tillgång till familjeplanering år 2030 (Globala målen, 2018).

Sexualitet

Sexualitet uppges ingå i den sexuella hälsan (WHO, 2010; Folkhälsomyndigheten, 2018). För att uppnå sexuell hälsa anses det finnas behov av att närma sig sexualiteten på ett positivt, jämlikt och respektfullt sätt (Douglas & Fenton, 2013). Begreppet beskrivs som en central aspekt av att vara människa (WHO, 2010; Riksförbundet för sexuell upplysning [RFSU], 2010). Det anses innefatta könsidentitet, könsroller, sexuell läggning, njutning, intimitet, erotik och reproduktion. Sexualitet kan uttryckas och erfaras genom tankar, fantasier, lust, övertygelser, attityder, värderingar, beteenden, handlingar, roller och relationer. Det är ett begrepp som kan innefatta alla dessa dimensioner, men alla dimensioner behöver inte alltid bli upplevda eller omnämnda (WHO, 2010).

I biologin beskrivs sexualiteten som *”benämning på de beteenden som är förknippade med könlig fortplantning”* (Nationalencyklopedin, 2020, första stycket).

En persons bakgrund och hur personen vuxit upp kan ha betydelse för hur denne ser på sin egen sexualitet. Media, hormoner, vilken samhällsgrupp personen tillhör och kultur som påverkar hur människan ger uttryck för sin sexualitet beskrivs också kunna påverka sexualiteten (RFSU, 2010).

Sexuell funktion och dysfunktion

Den sexuella funktionen anses vara en del av sexualiteten (WHO, 2010). Det beskrivs att den sexuella funktionen evolutionärt bidrog till fortplantning, fokus var på den genitala responsen som möjliggjorde samlag. Dagens syn på den sexuella funktionen uppges inkludera de fysiologiska länkarna mellan sexuell lust, upphetsning och ejakulation eller orgasm. Det är alltså ett begrepp där både psykologiska och fysiologiska aspekter av sexualiteten inkluderas (Motofei, 2009).

Sexuell funktion

En fungerande sexuell funktion beskrivs inkludera möjligheten att känna sexuell lust, upphetsning, motivation till sex samt fysisk respons till den sexuella lusten. Kvinnans sexuella lust och motivation till sex är individuell. Motivationen kan exempelvis baseras på emotionella

skäl som kärlek och njutning (Cain et al., 2003; Basson, 2008), eller fysiska anledningar som för att minska stress eller attraktion. Det kan handla om att nå vissa mål exempelvis höja social status eller att höja självkänslan (Basson, 2008). Motivationen kan leda till att kvinnan hittar och fokuserar på ett sexuellt stimuli. Stimuli influeras av biologiska och psykologiska faktorer och bearbetas sedan i hjärnan. Detta kan resultera i sexuell upphetsning. Fortsatt stimulering kan leda till sexuell spänning och njutning som blir mer intensiv, detta triggar sexlust. Om stimuleringen fortsätter tillräckligt länge, kvinnan förblir fokuserad, hon uppskattar sensationen av sexuell upphetsning och är fri från sexuell smärta kan detta resultera i sexuell tillfredsställelse med eller utan orgasm (Basson, 2005).

Könshormonerna har visats medverka till att väcka den sexuella lusten, bidra till sexuell motivation och genitalas sexuella respons som exempelvis lubrikation. Hormonerna skickar även respons till centrala nervsystemet om den taktila stimulering som leder till orgasm och välbehag (Meyerson, 2010).

Vissa kvinnor kan uppleva sexuell upphetsning som en icke-genital psykisk prestation medan andra inkluderar en genital respons i begreppet (Graham, Sanders, Milhausen & McBride, 2004; Basson, 2008). Både neurologisk känslighet samt vaskulär respons med ökat blodflöde till bland annat vulva och klitoris verkar vara nödvändig för att efterföljande fysisk stimulering ska vara behaglig och spännande. Avsaknad av detta medför torrhet och smärta relaterat till avsaknad av lubrikation (Basson, 2008).

Sexuell dysfunktion

Sexuell dysfunktion eller "female sexual dysfunction" (FSD) beskrivs innefatta en individs oförmåga att delta i sexuella relationer på det sätt som hen önskar (Mimoun & Wylie, 2009). Begreppet anses inkludera störningar gällande sexuell lust/begär, orgasm, upphetsning och smärta i samband med samlag (Basson et al., 2000; Basson et al., 2004). Svårigheter att försöka inleda eller slutföra samlag kan också inkluderas i begreppet (Basson et al., 2004). Problematiken uppges ha en stor inverkan på livskvalitet och relationer (Mimoun & Wylie, 2009; Basson et al., 2000). Det kan leda till fysisk- och känslomässig oro samt störa kvinnors sociala liv. Både fysiologiska och psykologiska aspekter kan ligga till grund för sexuell dysfunktion (Basson et al., 2000). Sexuella problem har rapporterats förekomma mer frekvent hos det kvinnliga jämfört med det manliga könet. Bristande sexlust har beskrivits som det vanligaste sexuella problemet hos kvinnor (Wylie et al., 2010).

Mätning av kvinnors sexuella funktion

Det finns olika mätinstrument som används för att mäta kvinnors sexuella funktion i studiesammanhang. Nedan förklaras två frågeformulär som är validerade för användning i studiesyfte (Rosen, 2000; McCoy, 2000).

Female sexual function index

Female Sexual Function Index (FSFI) används för att mäta olika dimensioner av kvinnors sexuella funktion. Frågeformuläret har validerats med hjälp av en expertgrupp och att kvinnor med och utan sexuell dysfunktion fått svara på formuläret. Validitets och reliabilitets tester har utförts och resulterat i ett 19 frågor långt formulär med god validitet och reliabilitet (Rosen, 2000).

Frågeformuläret mäter sex faktorer: Sexuellt begär; upphetsning; lubrikation; orgasm; tillfredsställelse och smärta (Rosen, 2000). Varje faktor innehåller ett antal frågor som kan generera 0-5 poäng beroende på fråga, poängen summeras till en total FSFI poäng. Vid totalpoäng <26.55 anses att det föreligger risk för sexuell dysfunktion (Wiegel, Meston & Rosen, 2005). Det finns översatta validerade versioner av formuläret på flera olika språk (Vallejo-Medina, Pérez-Durán & Saavedra-Roa, 2018).

McCoy Female Sexuality Questionnaire

McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) används för att mäta kvaliteten på kvinnors sexualitet. Det skapades från början för att utforska hur sexualiteten påverkades av förändringar i hormonnivåerna hos kvinnor som genomgick klimakteriet. Flera studier har påvisat god validitet och reliabilitet (McCoy, 2000). Frågeformuläret består av 19 frågor, 18 besvaras med att sätta kryss på en skala mellan 0-7. En fråga berör samlagsfrekvens de senaste 4 veckorna, denna kan också konverteras till en skala mellan 0-7. Frågorna mäter tre faktorer: Generell uppfattning om sin sexualitet; intresse för sexualiteten samt upplevelsen av samlag (McCoy, 2000). Total MSFQ poäng <35 indikerar en risk för sexuell dysfunktion (Rellini et al., 2005). Frågeformuläret finns översatt till flera olika språk (McCoy, 2000).

Barnmorskans kompetensområde

Barnmorskans huvudområde är reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Barnmorskan anses ha ansvar för att främja, bevara och sprida kunskap inom sitt område. Barnmorskan beskrivs ha kompetens att informera och råda när behov finns gällande antikonception, sexualitet och samlevnad. Även för att förebygga sexuell ohälsa och främja hälsa. Enligt kompetensbeskrivningen ingår pubertet, fertilitet/infertilitet prekonception, antikonception, abort, sexuellt överförbara infektioner, klimakteriet, sexualitet, gynekologisk hälsa och sjukdom inom begreppet sexuell hälsa (Barnmorskeförbundet, 2018).

Barnmorskor i Sverige anses ha skyldighet att ha kunskap om rekommendationerna från läkemedelsverket samt att arbeta utifrån rutiner på rådande arbetsplats. Det finns beskrivet att hälso- och sjukvården ska tillhandahålla rådgivning och information inom ämnet, kunna tillgodose individens risker och behov gällande preventivmedel och skydd mot sexuellt överförbara infektioner eller annan ohälsa för att de sexuella och reproduktiva rättigheterna ska uppnås (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Preventivmedel

Det första hormonella preventivmedlet var p-pillret och det lanserades på 1960-talet (Liao & Dollin, 2012; RFSU, 2017). I samband med dess introduktion startades en sexuell revolution som innebar att kvinnor skulle bli lika sexuellt fria som män (Liao & Dollin, 2012). Preventivmedlet beskrivs därmed ha haft en stor betydelse för kvinnors sexuella frigörelse (RFSU, 2017). Det möjliggjorde för kvinnorna att ta kontroll över sina egna kroppar, sin familjeplanering och bidrog till att de kunde skapa sig professionella karriärer. På 1970-talet var den sexuella revolution som starkast, det utvecklades p-piller med mindre biverkningar och på 1980-talet beskrivs acceptans för familjeplanering som den nya normen (Liao & Dollin, 2012).

Syftet med förskrivning av preventivmedel i antikonceptionssyfte anses vara att förhindra oönskade graviditeter och ge möjlighet till graviditetsplanering (Läkemedelsverket, 2014). Behandling med kombinerade preventivmedelsmetoder administreras traditionellt i 28

dagarscykler, då innehåller 21-24 av tablettorna hormoner och resterande dagar är hormonfria (Internetmedicin, 2020). Metoden kan också intas som långcykelbehandling som innebär ett kontinuerligt intag av hormoner utan uppehåll eller med glesa uppehåll efter flera månader med hormonellt intag (Wiegratz & Kuhl, 2004).

Pearl index är ett mått på preventivmedels effektivitet, det redovisar antalet oönskade graviditeter hos 100 kvinnor under ett år. Pearl index berör både perfekt användning som innebär en användning helt enligt instruktionerna och typisk användning som redovisar hur kvinnor faktiskt använder metoden, då inkluderas glömska och felaktig användning (Läkemedelsverket, 2014). Beträffande reversibla preventivmedelsmetoder anses långtidsverkande metoder inneha högst effektivitet, typisk och perfekt användning är ungefär detsamma då det föreligger låg risk för glömska vid typisk användning (Läkemedelsverket, 2014). I Tabell 1 beskrivs de olika preventivmedelsmetoderna som finns tillgängliga i Sverige, dess effektivitet, kostnad samt metodernas hormoninnehåll.

PREVENTIVMEDELSMETOD	BESKRIVNING	VERKSAM SUBSTANS	Pearl Index perfekt användning/typisk användning (anges i procent)	Prisexempel (de flesta metoder finns med olika fabrikat och hormoninnehåll)
INGET PREVENTIVMEDEL			85 /85	
ICKE HORMONELLA PREVENTIVMEDEL				
Barriärmetod	Kondom Pessar		2/18 6/12	Profil (kondom), 30 st, 109 kr. Caya (pessar), 1 st, 499 kr (apotea, 2020).
Naturlig familjeplanering	Identifikation av när kvinnan är fertil genom temp eller kontroll av sekret i vagina, avhållsamhet praktiserar under fertila dagar.		3-5/24	
*Kopparspiral	Placeras i livmodern av utbildad personal. Verkar i 5 år.	Koppar	0,6/0,8	
Sterilisering	Män: vasktomi. Kvinnor: klipps/blockering av ägglarna (Läkemedelsverket, 2016).		0,10/0,15 0,5/0,5	
Avbrutet samlag ”Coitus interruptus”	Mannen drar ut sin penis ur vagina när utlösningen är påväg för att inte utlösningen ska komma i slidan (RFSU, 2017a).		4/22	
HORMONELLA PREVENTIVMEDEL				
Kombinerade hormonella metoder	**P-ring: Ring som placeras vaginalt och byts ut av patienten själv. 1 ring verkar i 3 veckor. **P-piller: tabletter **P-plåster, 1 plåster verkar 1 vecka.	Östrogen Gestagen	0,3/9 0,3/9 0,3/9	Nuvaring (p-ring), 1 st, 113,5-149 kr. Neovletta (p-piller), 3x21, 69 - 104 kr. Evra (p-plåster), 9 st, 288 – 349 kr.
Gestagena metoder	*Hormonspiral: Placeras i livmodern av utbildad personal, finns med 3 olika gestagendoser som verkar i 3-5 år. **Mellanpiller: Mellanpotenta tabletter. **Mini-piller: Lågpotenta tabletter. **P-spruta: Injektion var tredje månad. *P-stav: Subdermalt inplantat i överarmen, verkar i 3 år. (Internetmedicin, 2020).	Gestagen	0,2/0,2 0,3/9 1,1/>9 0,2/6 0,05/0,05 (Läkemedelsverket,2014)	Mirena (hormonspiral 5 år), 1 st , 994 kr. Cerazette (mellanpiller), 3x28, 139,5-179 kr. Mini-Pe (mini-piller), 3x28, 98-134 kr. Depo-Provera (p-spruta), 1 st, 99 kr. Nexplanon (p-stav), 1 st, 973 kr. (Svenska föreningen för obstetrik och gynekologi, 2019)

Tabell 1. Preventivmedel, *Långtidsverkande reversibla preventivmedelsmetoder, **Korttidsverkande hormonella preventivmedelsmetoder.

Biverkningar hormonella preventivmedel

Biverkningar finns rapporterade gällande samtliga hormonella preventivmedel. Vissa biverkningar anses vara dosberoende och i vissa fall övergående. Blödningsrubbingar, humörsvängningar, minskad sexlust och illamående är exempel på biverkningar som redovisats beträffande samtliga hormonella preventivmedel. Vid användning av kombinerade preventivmedelsmetoder beskrivs en riskökning beträffande bröstcancer, cervixcancer och venös blodpropp. Gestagena metoder anses inte medföra denna riskökning. Vid användning av gestagena metoder rapporteras akne som en biverkan, ett tillstånd som kan förbättras med hjälp av kombinerade preventivmedelsmetoder (Läkemedelsverket, 2014).

Biverkningar rapporteras som en stor anledning till att kvinnors slutar med sina preventivmedel (Rosenberg & Waugh, 1998). Humörrelaterade biverkningar (Lindh, Blohm, Andersson-Ellaström och Milsom, 2009; Lundin et al., 2017) samt blödningsrubbingar är exempel på biverkningar som har relaterats till att kvinnor slutar med hormonella preventivmedel (Lindh, Blohm, Andersson-Ellaström och Milsom, 2009). Även rädsla för biverkningar beskrivs vara en anledning till att kvinnor väljer att sluta med p-piller (Lindh, 2011).

Preventivmedelsanvändning i Sverige

Merparten (80 procent) av alla preventivmedel i Sverige förskrivs av barnmorskor (Lindh, 2014). Senaste statistiken (SCB, 2019) visar att medelåldern på förstagångsföräldrar i Sverige ökar. År 2018 var medelåldern 29,4 år och har ökat med cirka ett år under 2000 talet (SCB, 2019). En önskan att få barn vid högre ålder medför ett ökat behov av fler år med säkra preventivmedel. Valet av preventivmedelsmetod skiljer sig åt när det kommer till ålder och antalet barn kvinnor har (Lindh, 2014). Mestadels yngre kvinnor från tonåren upp till 29 år rapporteras använda hormonella preventivmedel, med högst prevalens i åldrarna 20-24 år. År 2019 rapporterades att 37 procent kvinnor mellan 20-24 år använde korttidsverkan hormonella preventivmedel (p-piller, p-ring, p-plåster och p-spruta) och åtta procent använde långtidsverkande hormonella preventivmedel (p-stav och hormonspiral) (Socialstyrelsen, 2019). I en nationell undersökning som folkhälsomyndigheten genomförde år 2017 med 15 186 enkätrespondenter använde 21 procent av kvinnorna mellan 16-44 år långtidsverkande

preventivmedel, 31 procent mellan 16-29 år använde p-piller och elva procent mellan 30-44 år använde p-piller (Folkhälsomyndigheten, 2017). I en studie där barnmorskor fick besvara enkäter angående bland annat preventivmedel redovisades att efterfrågan på hormonfria preventivmedel har ökat, anledningen till detta presenterades inte i undersökningen (RFSU, 2015).

Preventivmedelsrådgivning

Inom barnmorskans kompetensområde ingår det att förskriva preventivmedel i födelsekontrollerande syfte till friska kvinnor samt att informera och ha kunskap om preventivmedlens effekt och eventuella biverkningar (Barnmorskeförbundet, 2018). Preventivmedelsrådgivningen kan ha inverkan på kvinnors val av preventivmedel (Chhabra, Mohanty, Danke & Deshmukh, 2016; WHO, 2016). I en studie planerade 12,8 procent av deltagarna att välja ett hormonellt preventivmedel innan rådgivning, efter rådgivningen valde 59,85 procent en hormonell preventivmedelsmetod (Chhabra et al., 2016).

Det finns beskrivet att preventivmedelsrådgivningen bör vara individanpassad (Bitzer, Abalos, Apter, & Black, 2016; Dehlendorf, Diedrich, Drey, Postone & Steinauer, 2010; Weisman, Maccannon, Henderson, Shortridge, & Orso, 2002; Odlind, Bygdeman & Milsom, 2010). Kvinnans anamnes, behov, erfarenheter, kunskaper, livssituation, sexuella vanor och hur effektivt preventivmedel kvinnan är i behov av kan behöva utforskas (Odlind et al., 2010; Läkemedelsverket, 2014).

Det rapporteras att förskrivaren ska ge information om risker, biverkningar (Odlind et al., 2010; Bitzer et al., 2016), effekter på kroppens fysiologi och positiva effekter på hälsan (Odlind et al., 2010; Läkemedelsverket 2014). Detta för att kvinnan själv ska kunna göra ett informerat val gällande preventivmedelsmetod (Waller, Tholander, & Nilsson, 2017; Wätterbjörk, Häggström-Nordin, & Hägglund, 2011; Barnmorskeförbundet, 2020).

Om det under rådgivningen framkommer att kvinnan har sexuella frågor eller problem, kan det vara viktigt att en ordentlig sexuell anamnes och eventuell provtagning tas. Vid behov kan kvinnan hänvisas till gynekolog (Läkemedelsverket, 2014; Odlind et al., 2010). Vid de fall där kvinnan lider av bristande sexuell lust och står på kombinerade p-piller samt anamnesen inte tyder på annan sjukdom eller orsak till hennes symptom finns argument för att en annan metod

kan rekommenderas (Odlind et al., 2010). Detta eftersom nedsatt sexuell lust rapporterats som en biverkan av kombinerade p-piller (Odlind et al., 2010; Läkemedelsverket, 2014).

Problemformulering

Sexuell hälsa kan vara en förutsättning för god hälsa och livskvalitet. Den sexuella funktionen är en del av den sexuella och reproduktiva hälsan. Barnmorskor står för 80 procent av förskrivningen av preventivmedel i Sverige, detta talar för att barnmorskan behöver ha god kunskap inom antikonception. I barnmorskans kompetensområde ingår det att informera om preventivmedlens biverkan. Därför kan det vara viktigt att identifiera skillnader gällande hur den sexuella funktionen påverkas av preventivmedel med och utan hormoner.

Kunskapen om detta skulle kunna leda till en individanpassad preventivmedelsrådgivning med ökad följsamhet till vald preventivmetod och bibehållen sexuell hälsa.

Syfte/forskningsfråga

Hur påverkas den sexuella funktionen hos kvinnor som använder hormonella preventivmedel i förhållande till kvinnor som inte använder hormonella preventivmedel?

Metod

Studiedesign

Examensarbetet genomfördes i form av en litteraturöversikt. Eftersom en litteraturöversikt är en sammanfattning av den forskningslitteratur som finns gällande en specifik frågeställning ansågs metoden som lämplig för att kartlägga samtlig nuvarande forskning som svarar till forskningsfrågan. Enskilda studier kan säga emot varandra, därav kan det finnas ett värde i att samla all kunskap och få en överblick av det totala kunskapsläget (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Urval

Litteraturöversiktens informationssökning genomfördes i databaserna PubMed, Cinahl, Scopus och PsycInfo via Göteborgs universitet. Genom att utforma inklusions- och exklusionskriterier begränsades datainsamlingen till relevanta artiklar för studien. Inklusions- och exklusionskriterier formulerades innan datainsamlingen påbörjades för att undvika bias i sökprocessen (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Inklusionskriterier för denna litteraturöversikt var vetenskapliga artiklar på engelska eller svenska som var publicerade under de senaste tio åren. De skulle undersöka hur hormonella preventivmedel påverkade kvinnors sexuella funktion genom att jämföra med de som inte använde hormonella preventivmedel, samt vara tillgängliga med fulltext via Göteborgs universitetsbibliotek. Åldersgruppen var kvinnor i fertil ålder. Exklusionskriterier för litteraturöversikten var studier som inte jämförde hormonella preventivmedels effekt på kvinnors sexuella funktion med kontrollgrupper utan hormonellt preventivmedel. För att de inkluderade studierna skulle kunna besvara litteraturöversiktens forskningsfråga selekterades studier med kvantitativ ansats och metoder av jämförande karaktär. Översiktsstudier exkluderades.

Datainsamling

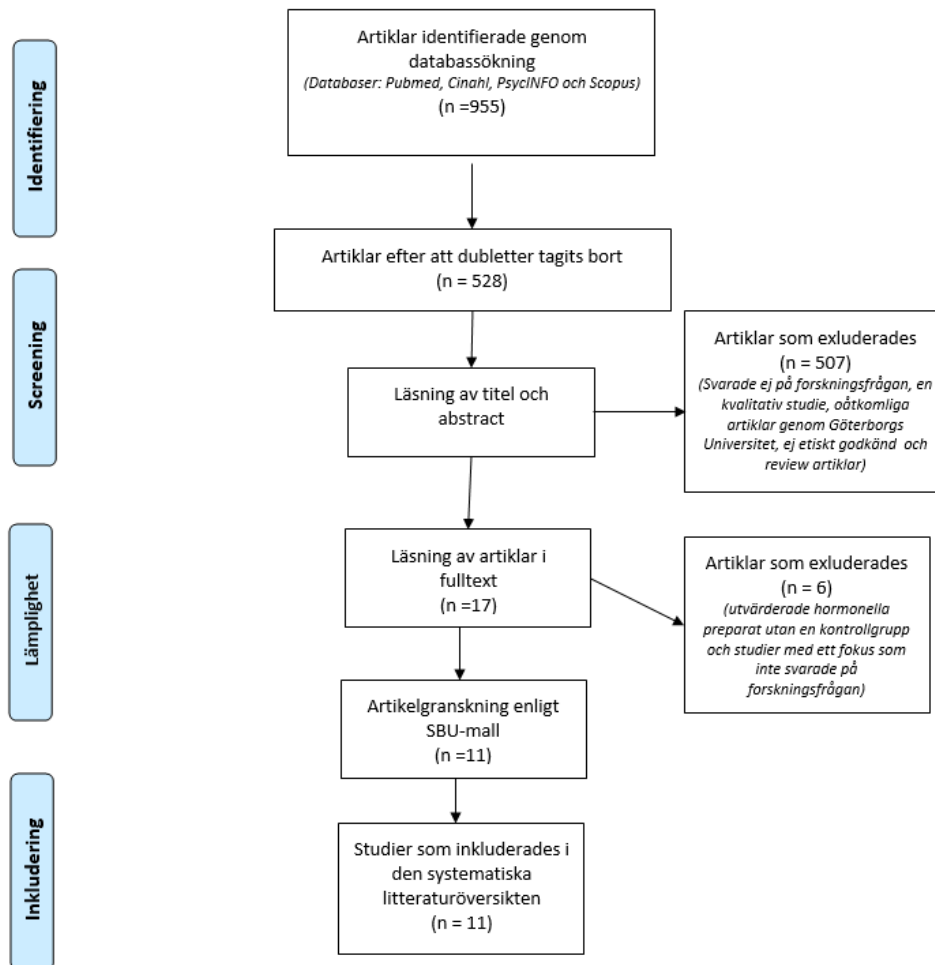
För att hitta relevanta studier som besvarade forskningsfrågan krävdes det att sökningarna var specifika och omfattande. Genom att använda PICO delades frågeställningen upp i fyra komponenter (se Figur 1) (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

P (Population)	Kvinnor som använder preventivmedel i antikonceptions syfte
I (Intervention)	Hormonella preventivmedel
C (Comparative, intervention)	Kontrollgrupp utan hormonella preventivmedel
O (Outcome)	Påverkan på den sexuella funktionen

Figur 1. PICO, som använts för att identifiera komponenter i frågeställningen.

Sökord som användes var “sexual health”, “women”, “family planning”, “sexual function”, “contraception”, “sexual dysfunction”, och “hormonal contraception”. Sökorden användes i olika kombinationer för att inhämta tidigare forskning som var relevant för att kunna besvara litteraturöversiktens forskningsfråga.

I enlighet med Bettany-Saltikov & McSherry (2016) genomfördes datainsamlingen i två steg med olika faser. Steg 1 innebar insamling av artiklar med inklusions- och exklusionskriterier i åtanke i två faser. Fas 1 innebar att inkludering och exkludering av artiklar utfördes utifrån titlar och abstrakt, fas 2 innebar att inkludering och exkludering av artiklar utfördes utifrån läsning i fulltext. Fulltextläsningen av samtliga artiklar genomfördes individuellt. Exkluderade artiklar efter fulltextläsning presenteras i Bilaga 4. Sökstrategin sammanställdes i ett separat dokument för att enkelt kunna gå tillbaka och kontrollera sökprocessen. Totalt genomfördes 35 unika sökningar med sökorden i databaserna, dock resulterade sökningarna oftast i redan funna artiklar. Därav inkluderas endast de sökningar som genererar inkluderade artiklar i söktabellen (Bilaga 1). Samtliga sökningar presenteras i PRISMA flödesdiagram (se Figur 2).



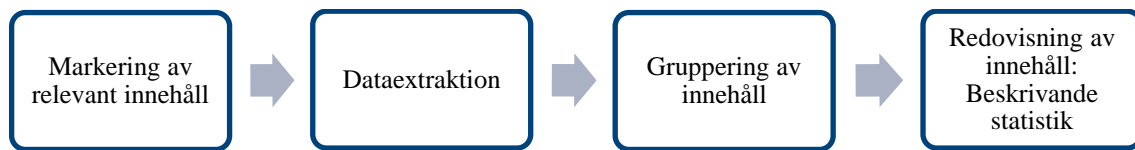
Figur 2. Prisma - flödesdiagram från sökningarna (Liberati et al., 2009).

Steg 2 innebar att artiklarna kvalitetsgranskades (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Detta genomfördes enligt granskningsmall från SBU (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering) för att exkludera studier med svagheter och brister och bedöma om resultatet var tillförlitligt (SBU, 2020) (se Bilaga 3).

Dataanalys

Dataextraktionen (se Figur 3) genomfördes genom att de elva inkluderade artiklarna lästes enskilt flera gånger. Under tiden artiklarna lästes gjordes markeringar och notiser i marginalen beträffande relevant information som svarade på litteraturöversiktens forskningsfråga. Extraktionsformulär som skapats gemensamt användes för att dataextraktionen skulle bli så likvärdig som möjligt (Bilaga 2). Därefter jämfördes extraherat innehåll. Eftersom studierna

använt olika mätinstrument och fler olikheter gällande studieutförandet identifierats presenteras resultatet enbart med beskrivande statistik (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2012).



Figur 3. Processen för dataextraktion

För att begränsa litteraturöversiktens resultat genomfördes gruppering av liknande innehåll med hjälp av de huvudområden som mätinstrumentet FSFI använde sig av. De artiklar som inte använde FSFI undersökte delvis samma områden men hade även med andra forskningsresultat som valdes att exkluderas från resultatet på grund av att de saknade relevans beträffande forskningsfrågan (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2012).

Huvudområdena i FSFI utgjorde rubriker och data som extraherades från studierna presenterades med hjälp av diagram och tabeller. Signifikanta fynd ($p < 0.05$) redovisades även i löpande text. Samtliga studier redovisade övriga faktorer som kunde påverka den sexuella funktionen, dessa redovisades under en egen rubrik (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2012).

Etiska överväganden

Forskningsetik syftar till att skydda personerna som deltar i forskningsstudier och värna om integritet. Inför vetenskapliga arbeten ska ett etiskt övervägande alltid göras som sedan finns med i hela arbetet, från val av ämne till metod och till slut hur resultatet av arbetet sedan hanteras. Val av ämne och frågeställning ska vara relevant och besvaras med fullgod kvalitet (Lagen om etikprövning av forskning som avser människor, SFS 2003:460).

I litteraturöversikten användes studier där personuppgifter var aidentifierade samt värnade om integritet och var granskade av en etisk kommitté. Nyttan med litteraturöversikten var att samla fakta och identifiera hur hormonella preventivmedel påverkade kvinnors sexuella funktion.

Resultat

Resultatet baseras på elva artiklar som presenteras i Tabell 2.

Tabell 1. Resultatmatris. Kort beskrivning av de inkluderade artiklarna.

ARTIKEL nr.	FÖRFATTARE	LAND	DELTAGARE (n)	ÅLDER	TYP AV FRÅGE-FORMULÄR	KORT FÖRKLARING HUR STUDIEN JÄMFÖR OLIKA PREVENTIVMEDEL	HORMONELLA PREVENTIVMEDEL (% i respektive studie)
1.	Ciaplinskiene et al. (2016)	Litauen	80	20-30	FSFI	Jämför 2 grupper vid start och efter tre månader, en som börjar med kombinerade p-piller och en som fortsätter med icke hormonella preventivmedel.	Kombinerad P-piller (50%)
2.	Guida et al. (2017)	Italien	556	20-40	MFSQ	Jämför 5 grupper med hormonella preventivmedel och 1 grupp som inte använde hormonella preventivmedelsmetoder.	Kombinerade P-piller (50%), P-ring (13,7%), P-stav (11,9%)
3.	Guida et al. (2019)	Italien	413	<30	FSFI	Jämför 2 grupper med hormonella preventivmedel och 3 grupper som inte använde hormonella preventivmedelsmetoder. Använder kontrollgrupp som de jämför med.	P-piller (27,9%), icke orala hormonella preventivmedel (4,9%), övrigt (2,7%)
4.	Wallweiner et al. (2015)	Tyskland, Östrike & Schweiz	2126	<30	FSFI	Jämför 4 grupper med hormonella preventivmedel och 1 grupp som inte använde hormonella preventivmedelsmetoder.	P-piller (72,2%), P-ring (8,2%), spiral(3,2%), P-stav (0,6%)
5.	Butt et al. (2019)	Nairobi	566	18-49	FSFI	Redovisar förekomst av FSD hos kvinnor med olika hormonella preventivmedel samt en icke hormonell grupp.	P-stav (12,4%), P-piller (13,7%), P-spruta (6%), spiral (6%), P-plåster (4,2%), P-ring (0,2%)
6.	Smith et al. (2014)	USA	1101	18-51	Eget formulär	Jämför en grupp med hormonella preventivmedel med en grupp som inte använde hormonella preventivmedelsmetoder.	Kombinerade P-piller (35%), gestagena P-piller (2%), P-plåster (1,8%), P-ring (6,4%), P-spruta (5,2%)
7.	Caruso et al. (2014)	Italien	52	18-40	FSFI	Jämför samma population vid baseline (där de ej använde någon hormonell metod), efter första långcykeln och efter andra långcykeln med P-ring.	P-ring (100%)
8.	Wallwiener et al. (2010)	Tyskland	1086	*	FSFI	Jämför 2 grupper med hormonella preventivmedelsmetoder och 2 grupper som inte använde hormonella metoder.	P-piller (69,2%), P-stav (0,7%), spiral (1,7%), P-ring (7,2%)
9.	Melike & Umran (2017)	Turkiet	479	>18	FSFI	Jämför 2 grupper med hormonella preventivmedelsmetoder och 3 grupper som inte använde hormonella preventivmedelsmetoder.	P-piller (10,1%), spiral (18,1%)
10.	Malmberg et al. (2016)	Sverige	1851	22-28	Eget formulär	Jämför 3 grupper med hormonella preventivmedelsmetoder och 4 grupper som inte använde hormonella preventivmedelsmetoder.	Kombinerade P-piller (44%), P-ring, P-spruta, P-spruta, gestagena P-piller, hormonspiral, P-stav
11.	Morotti et al. (2017)	Italien	19	18-35	MSFQ	Jämför samma population vid baseline (där de ej använde någon hormonell metod) och efter 6 månader med P-ring.	P-ring (100%)

* Går ej att identifiera ålder i artiklarna

Resultatet presenteras i sex kategorier: Sexuell lust; sexuell upphetsning; lubrikation; orgasm; sexuell tillfredsställelse och samlagssmärta utifrån de faktorer som ingår i FSFI's frågeformulär (Wiegel, Meston, & Rosen, 2005). Merparten av de inkluderade studierna använde sig av FSFI formuläret som mätinstrument (se Tabell 3), därav begränsades litteraturöversiktens resultat till dess faktorer för mätning av kvinnlig sexuell funktion.

Efter kategorierna presenteras de inkluderande studiernas totala FSFI poäng, de studier som berör sexuell dysfunktion (FSD) och slutligen sociodemografiska faktorer som kan påverka den sexuella funktionen och därmed ha betydelse för studieresultaten.

Tabell 3 presenterar studier som undersöker olika faktorerna inom FSFI instrumentet samt vilka faktorer studierna valt att inkludera.

Tabell 2. FSFI's olika faktorer som presenteras i artiklarna och inkluderas i resultatet.

ARTIKEL nr.	FÖRFATTARE	SEXUELL LUST	UPPHETSNING	LUBRIKATION	ORGASM	TILLFREDSSTÄLLELSE	SAMLAGSMÄRTA	TOTAL FSFI
1.	Ciaplinskiene et al. (2016)	x	x	x	x	x	x	x
2.	Guida et al. (2017)			x	x	x	x	
3.	Guida et al. (2019)	x	x	x	x	x	x	x
4.	Wallweiner et al. (2015)	x	x	x	x	x	x	x
6.	Smith et al. (2014)		x		x	x	x	
7.	Caruso et al. (2014)	x	x	x	x	x	x	x
8.	Wallwiener et al. (2010)	x	x					x
9.	Melike & Umrhan (2017)	x	x	x	x	x	x	x
10.	Malmborg et al. (2016)	x						
11.	Morotti et al. (2017)				x		x	

Diagrammen som representerar studierna som använt sig av FSFI instrumentet presenteras först under varje kategori i resultatet och därefter redovisas studier som använt sig av något av de övriga mätinstrumenten. I merparten av diagrammen redovisas hormonella preventivmedel med svart stapel och icke hormonella preventivmedel alternativt inga preventivmedel med grå stapel.

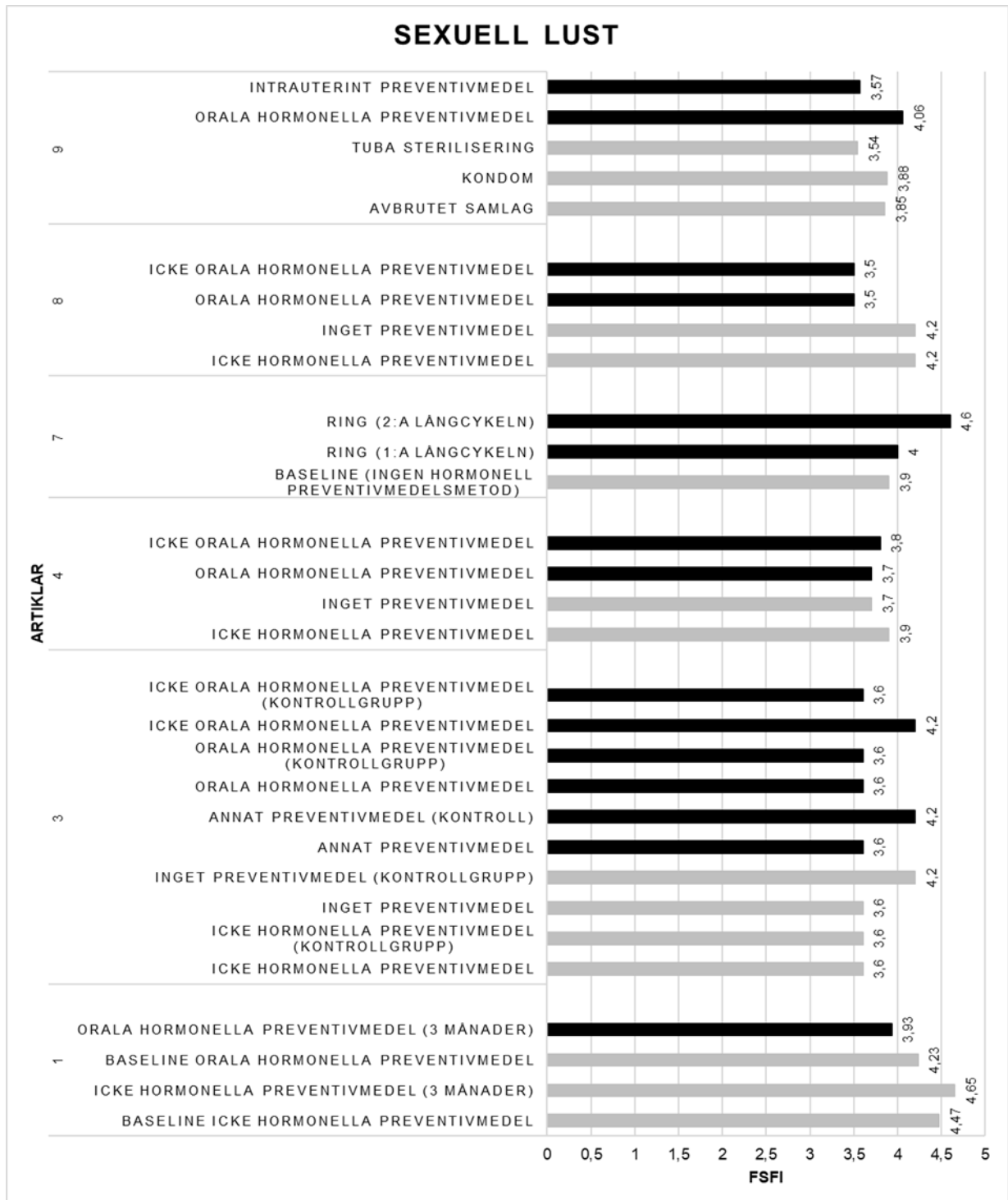
Sexuell lust

Sexuell lust har definierats som en känsla som inkluderar viljan att ha en sexuell upplevelse, att känna sig mottaglig för en partners sexuella invit och att tänka eller fantisera om att ha sex (Bayer & Target health, 2000).

Kvinnor som använde hormonella preventivmedel rapporterade en lägre sexuell lust jämfört med kvinnor som inte använde hormonella preventivmedel (Guida et al., 2017; Wallwiener et al., 2010; Malmborg et al., 2016; Čiaplinskienė et al., 2016). En studie fann en signifikant sänkning av den sexuella lusten efter tre månader med hormonella p-piller ($p=0.03$) (Čiaplinskienė et al., 2016), en annan studie redovisade att den sexuella lusten försvunnit efter att påbörjat behandling med hormonella preventivmedel (Malmborg, 2016).

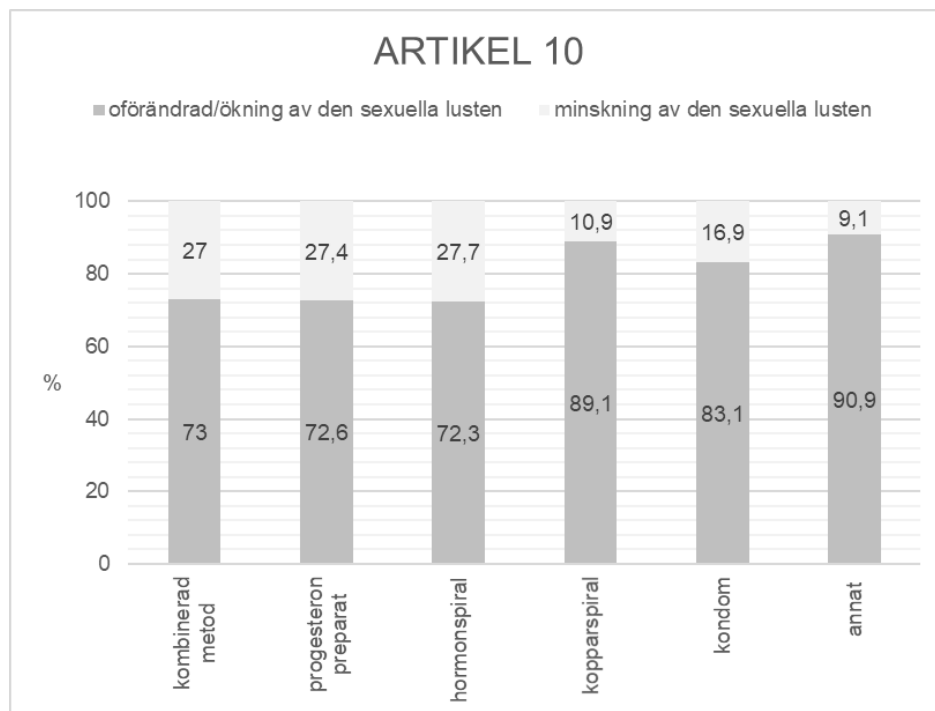
Umrans & Melike (2017) redovisade att kvinnor som använde intrauterin preventivmedelsmetod rapporterade lägre sexuell lust jämfört med kvinnor som använde andra preventivmedel (Umrans & Melike, 2017). Gällande behandling med p-ring har en signifikant ökning av den sexuella lusten efter två behandlingscykler ($p=0.01$) rapporterats (Caruso et al., 2014) (se Figur 4).

FSFI undersökte den sexuella lusten med hjälp av två frågor som berörde hur ofta personen kände sexuell lust samt vilken nivå av sexuell lust personen upplevde (Rosen, 2000; Bayer & Target health, 2000). Poängskalan var 1-5 och en högre siffra indikerade bättre sexuell lust (Bayer & Target health, 2000). I Figur 4 visas den sexuella lusten enligt preventivmedelsmetod och FSFI poäng.



Figur 4. FSFI poäng gällande området sexuell lust enligt vilken preventivmetod studiedeltagarna använde. Studie tre inkluderar en grupp med ”annat preventivmedel” där hormoninnehåll ej framgår i studien, gruppen redovisas med svart stapel då inkludering av hormoninnehållande preventivmedelsmetod ej kunde uteslutas.

Figur 5 visar en studie som undersökte sexuell lust med hjälp av ett formulär som forskarna skapat själva (Malmborg et al., 2016).



Figur 5. Ökning, minskning eller oförändrad sexuell lust i procent enligt preventivmedelmetod.

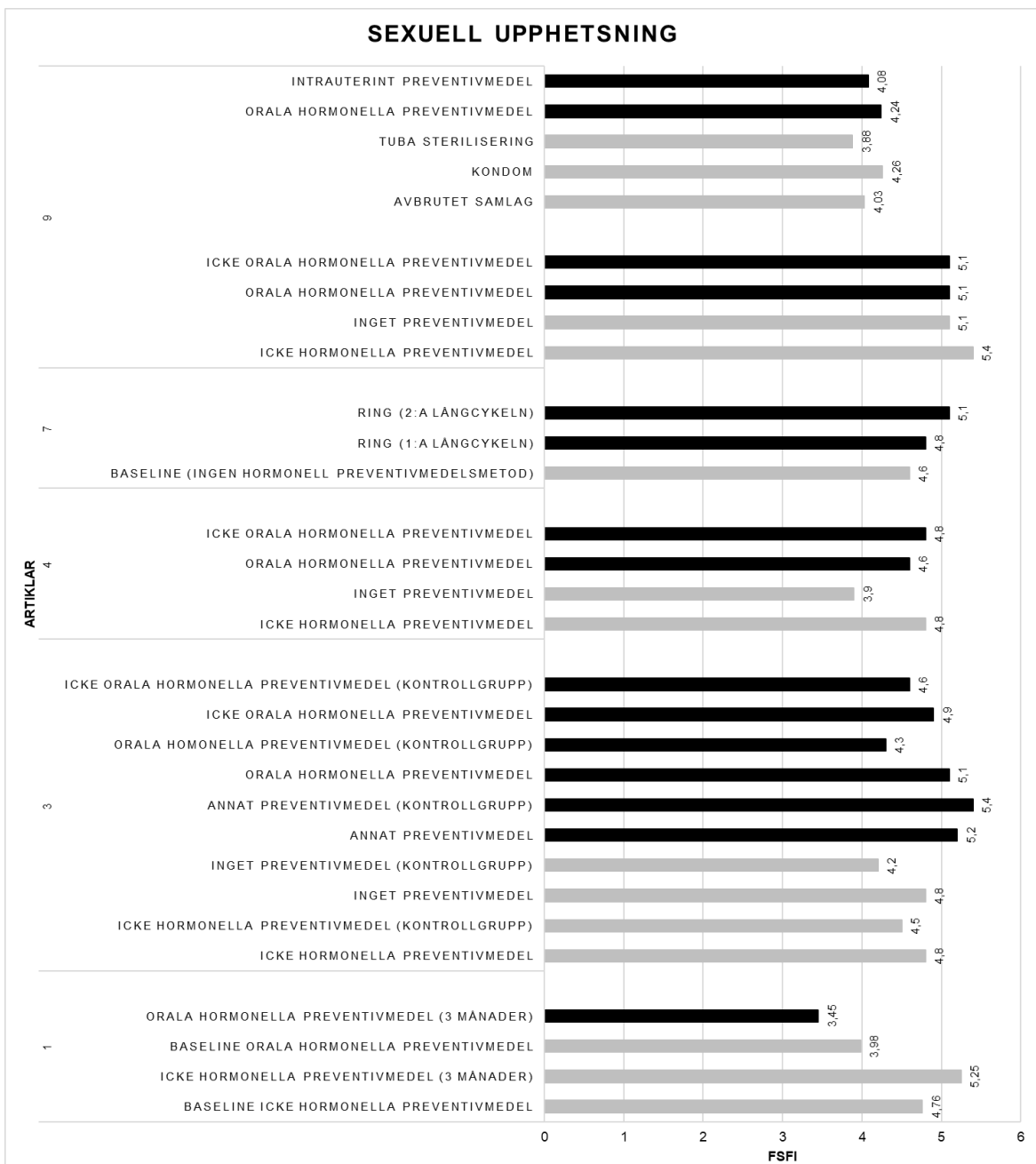
Sexuell upphetsning

Sexuell upphetsning har definierats som en känsla som inkluderar både fysiska och mentala aspekter av sexuell spänning. Värme eller stickningar i genitala är exempel på känslor som kan inkluderas i begreppet (Bayer & Target health, 2000).

En signifikant minskning av den sexuella upphetsningen har redovisats efter användning av kombinerade p-piller i 3 månader jämfört med då studiedeltagarna inte använde hormonella preventivmedel (Čiaplinskienė et al., 2016). Det har framkommit att kvinnor som använde icke hormonella preventivmedel rapporterade en högre frekvens av sexuell upphetsning jämfört med kvinnor som använde hormonella preventivmedel (Smith et al., 2014; Wallwiener et al., 2010).

I en studie som undersökte hur den sexuella funktionen påverkades av långcykelanvändning med p-ring redogjorde kvinnorna för en ökning av den sexuella upphetsningen (Caruso et al., 2014) (se Figur 6).

Den sexuella upphetsningen studerades med hjälp av fyra frågor som berörde hur ofta personen kände sexuell upphetsning, nivå av upphetsning, hur säker personen var gällande att känslan skulle uppstå samt personens nöjdhet beträffande den sexuella upphetsningen (Rosen, 2000; Bayer & Target health, 2000). Poängskalan var 0-5 och en högre siffra indikerade bättre sexuell upphetsning (Bayer & Target health, 2000). I Figur 6 redovisas FSFI poäng enligt preventivmedelsmetod gällande den sexuella upphetsningen.



Figur 6. FSFI poäng gällande området sexuell upphetsning enligt preventivmetod. Studie tre inkluderar en grupp med "annat preventivmedel" där hormoninnehåll ej framgår i studien,

gruppen redovisas med svart stapel då inkludering av hormoninnehållande preventivmedelsmetod ej kunde uteslutas.

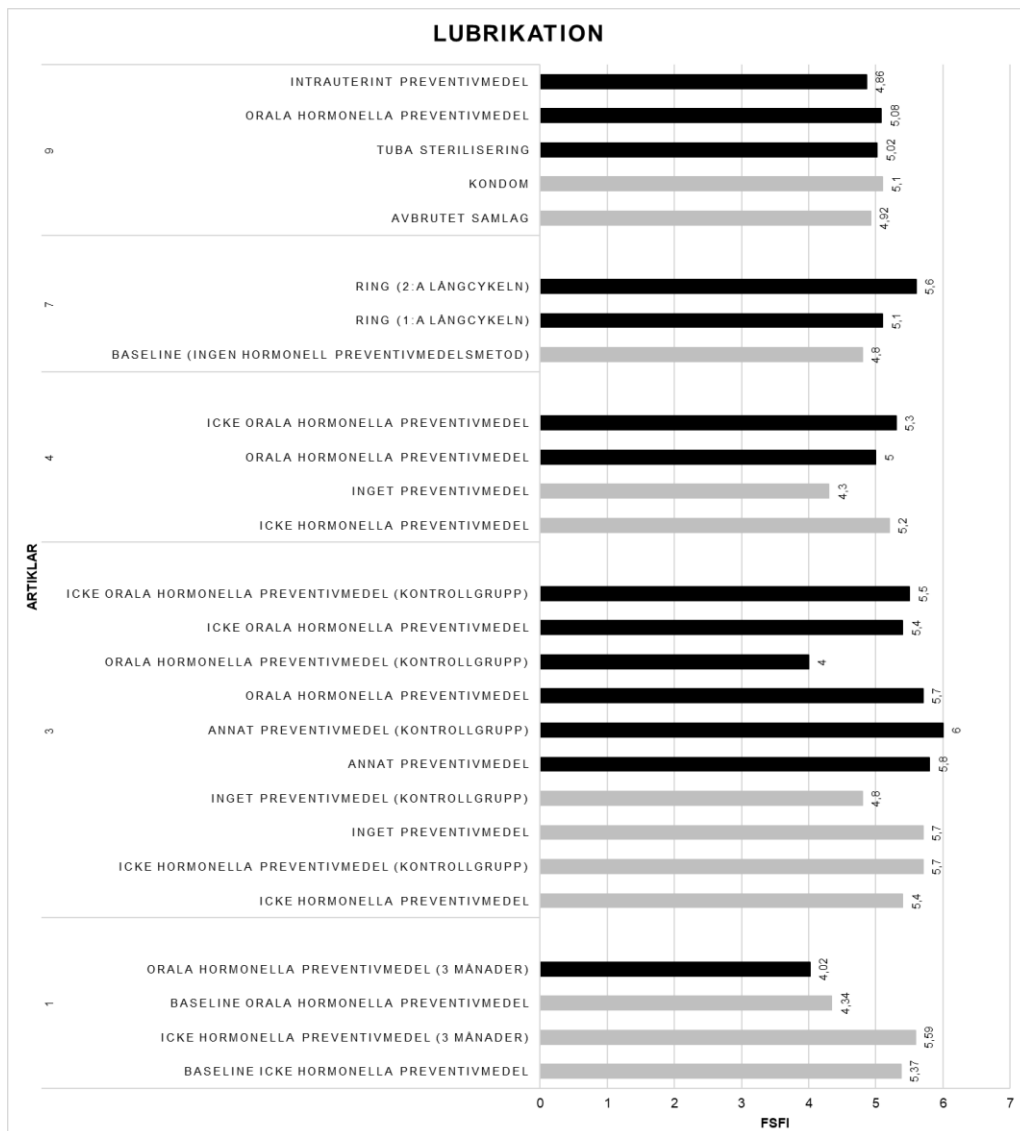
Lubrikation

Lubrikation har beskrivits som en känsla av våthet i kvinnans könsorgan i samband med sexuell upphetsning (Bayer & Target health, 2000).

Beträffande lubrikation har två studier inte påvisat någon signifikant skillnad vid jämförelse mellan studiegrupper som använde hormonella preventivmedel och grupper som inte gjorde det (Čiaplinskienė et al., 2016; Umran & Melike, 2017). I motsats till detta har högre förekomst av torrhet i vagina ($p=0.001$) och ökad användning av glidmedel ($p=0.012$) hos kvinnor som använde hormonella preventivmedel rapporterats (Smith et al., 2014) (se Figur 7).

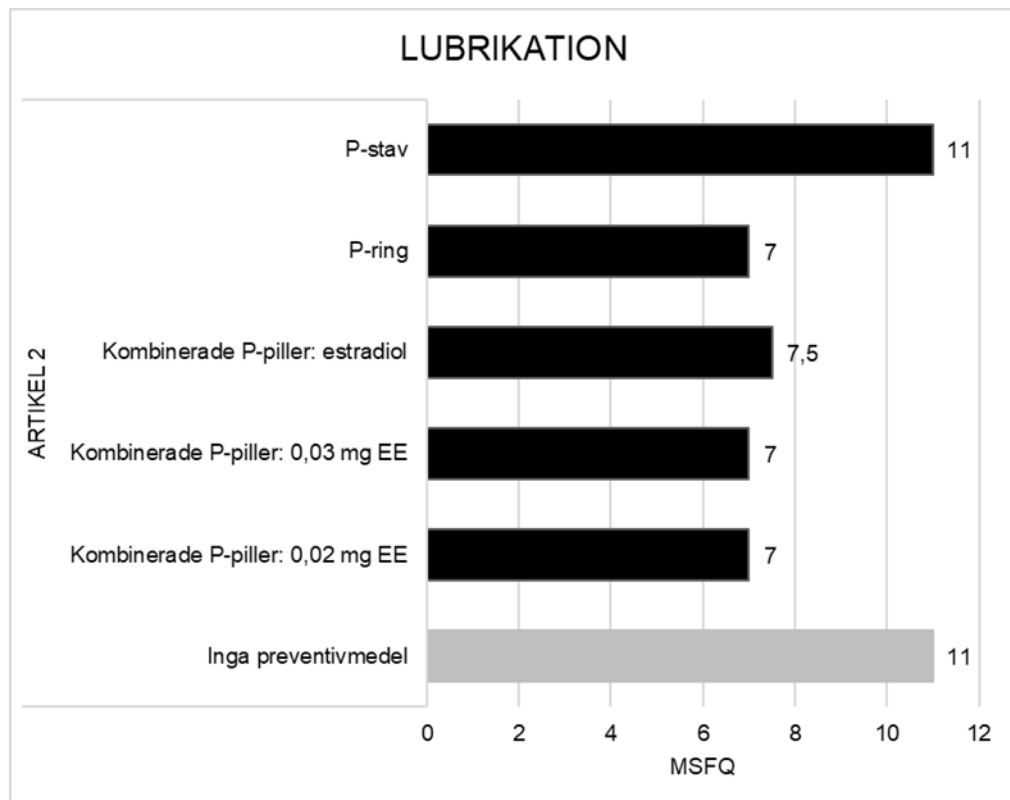
Det finns redogjort för att påverkan på lubrikationen kan vara relaterad till vilken preventivmedelsmetod kvinnor använde. P-ring har exempelvis visat sig bidra till en förbättring av lubrikationen efter två behandlingscykler ($p=0.001$) (Caruso et al., 2014) (se Figur 7). Signifikant högre FSFI poäng beträffande lubrikationen har även påvisats hos användare av subdermala preventivmedel jämfört med dem som behandlas med kombinerade p-piller innehållande 0,03 mg ethinyl estradiol (Guida, 2017) (se Figur 7).

FSFI inkluderade fyra frågor som berörde frekvens och svårighet med att uppnå och upprätthålla lubrikation (Rosen, 2000; Bayer & Target health, 2000). Poängskalan var 0-5 och en högre siffra indikerade ökad lubrikation (Bayer & Target health, 2000). I Figur 7 redovisas lubrikation enligt preventivmedelsmetod och FSFI poäng.



Figur 7. FSFI poäng gällande området lubrikation enligt preventivmetod. Studie tre inkluderar en grupp med ”annat preventivmedel” där hormoninnehåll ej framgår i studien, gruppen redovisas med svart stapel då inkludering av hormoninnehållande preventivmedelsmetod ej kunde uteslutas.

Enligt MSFQ skattade deltagarna sin lubrikation på en skala 0-7, en högre siffra indikerade bättre upplevelse av lubrikationen (Rellini et al., 2005). Lubrikation enligt MSFQ-poäng och preventivmedelsmetod visas i Figur 8.



Figur 8. MSFQ poäng gällande området lubrikation enligt preventivmedelsmetod.

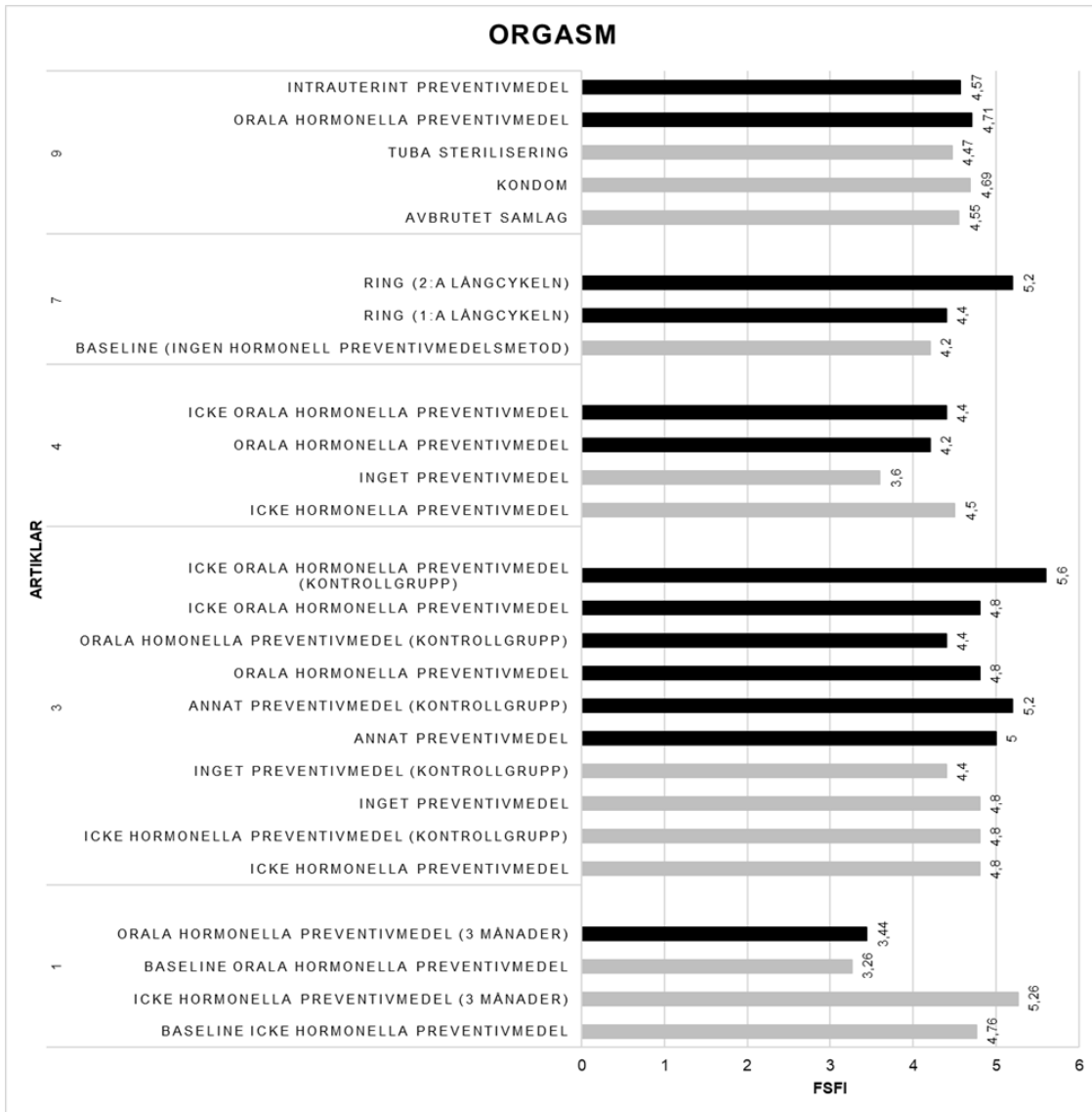
Orgasm

Orgasm har beskrivits som ett klimax (Bayer & Target health, 2000), det kan definieras som den sköna sexuella känslans höjdpunkt (RFSU, 2017b).

Enligt flera studier fanns det ingen signifikant skillnad gällande orgasm vid användandet av hormonella preventivmedel och icke hormonella preventivmedel (Čiaplinskienė et al., 2016; Morotti et al., 2017; Umrán & Melike, 2017) (se Figur 9). Det har dock rapporterats en mätbar minskning av frekvensen av orgasm för kvinnor som använde hormonella preventivmedel (Smith et al., 2014).

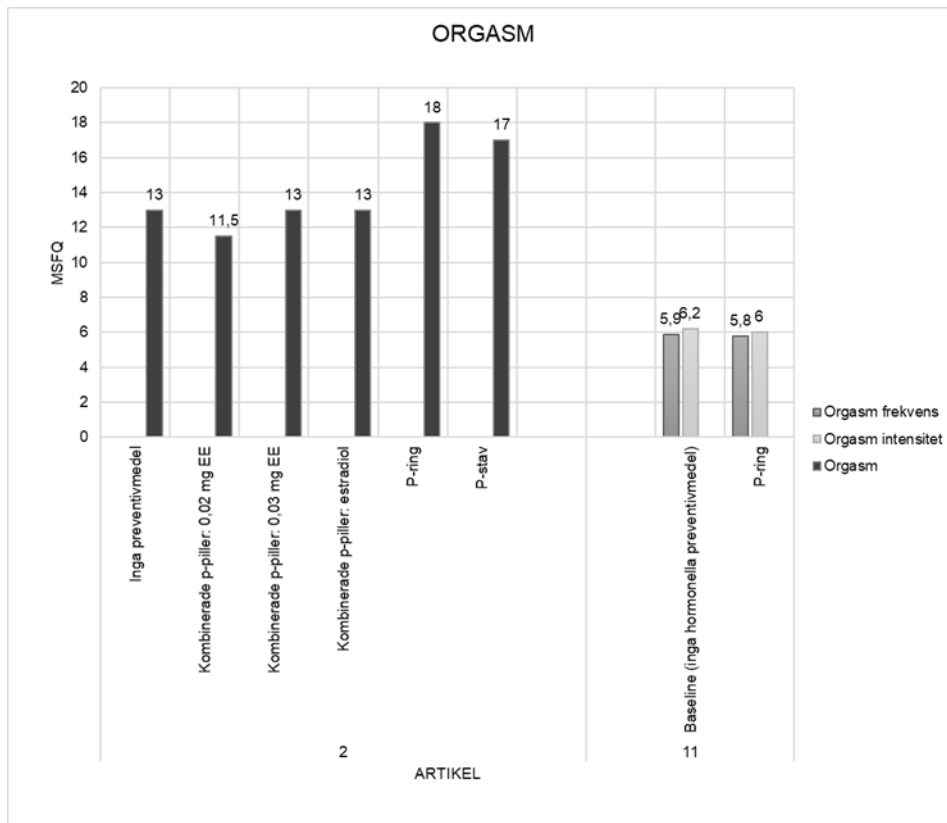
Det finns rapporterats att kvinnor som använde p-stav hade en ökad frekvens av orgasm (Guida et al. 2017) (se Figur 9). En signifikant ökning av orgasm efter två långcykler med p-ring har också redovisats (Caruso et al., 2014) (se Figur 9).

FSFI formuläret inkluderade fyra frågor som undersökte frekvens, svårighet och tillfredsställelse beträffande orgasm (Rosen, 2000). Varje fråga genererade 0-5 poäng, högre poäng indikerade bättre upplevelse gällande orgasm (Bayer & Target health, 2000). FSFI poängen enligt preventivmedelsmetod gällande orgasm visas i Figur 9.



Figur 9. FSFI poäng gällande området orgasm enligt preventivmetod. Studie tre inkluderar en grupp med ”annat preventivmedel” där hormoninnehåll ej framgår i studien, gruppen redovisas med svart stapel då inkludering av hormoninnehållande preventivmedelsmetod ej kunde uteslutas.

Svarsalternativen i MSFQ formuläret bestod av en skala från 0-7, högre gradering indikerade bättre upplevelse av orgasm (Rellini et al., 2005). Figur 10 presenterar MSFQ poäng enligt preventivmedelsmetod gällande orgasm.



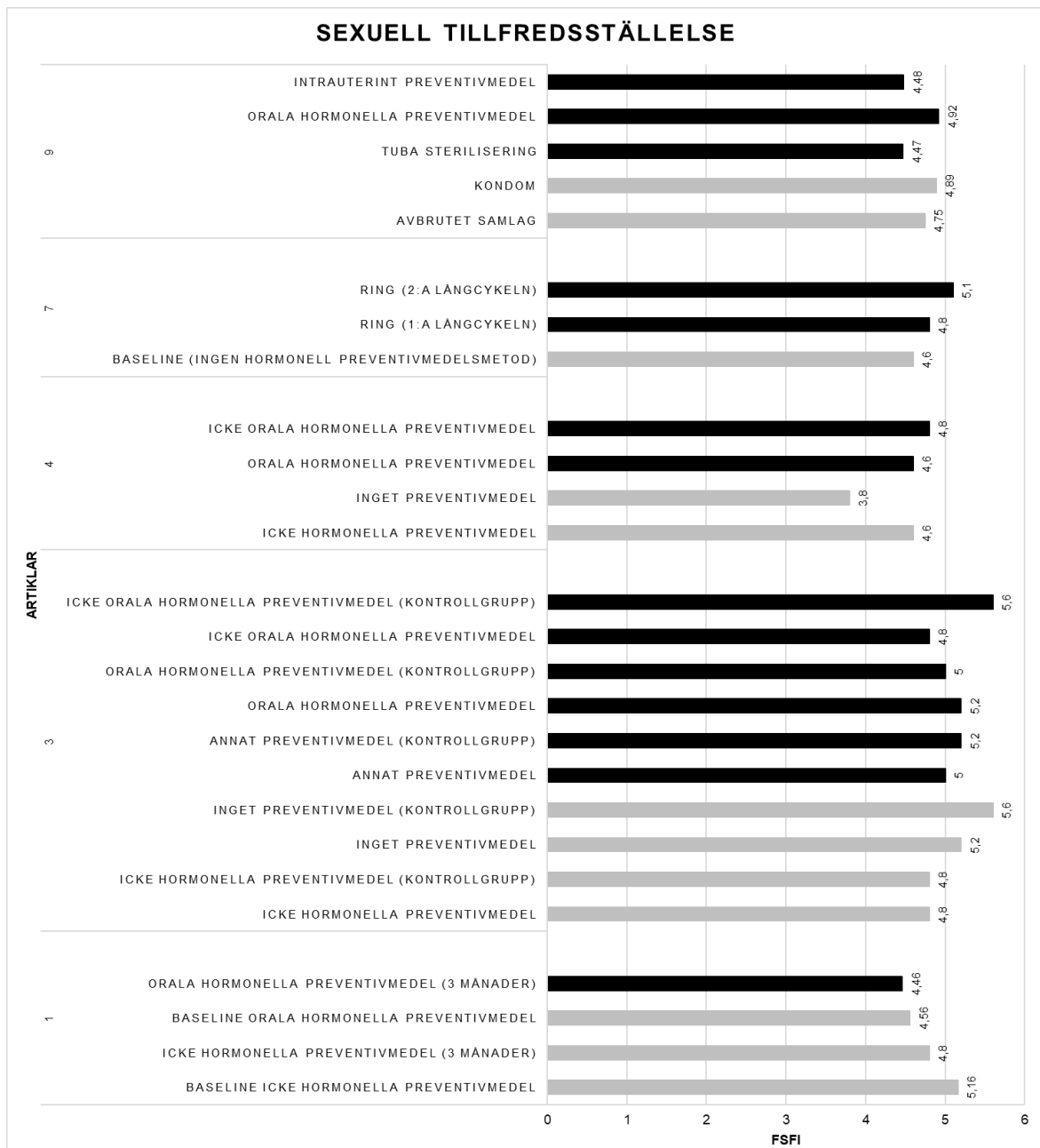
Figur 10. Kvinnors upplevelse av orgasm utifrån MSFQ. Artikel 2 (Guida et al., 2017) undersökte orgasm med hjälp av tre frågor: frekvens, tillfredsställelse och stimulans och redovisade sedan frågornas totala poäng som orgasm. Artikel 11 (Morotti et al., 2016) undersökte endast frekvens och intensitet och redovisa dem var för sig.

Sexuell tillfredsställelse

Den sexuella tillfredsställelsen undersöktes med hjälp av tre frågor som berörde närhet till partnern, den sexuella relationen samt samlivet generellt (Rosen, 2000). Frågan gällande närhet kunde generera 0-5 poäng medan övriga frågor genererade 1-5 poäng, högre poäng indikerade en bättre upplevelse av den sexuella tillfredsställelsen (Bayer & Target health, 2000).

Gällande den sexuella tillfredsställelsen redovisades ingen signifikant skillnad vid jämförelse mellan kvinnor som använde hormonella preventivmedel och kvinnor som inte använde hormonella preventivmedel (Čiaplinskienė et al., 2016; Guida et al., 2019; Umran & Melike, 2017; Smith et al., 2014). Vilken preventivmedelsmetod studiedeltagarna använde rapporterades också sakna signifikans (Umran & Melike, 2017). I motsats till dessa undersökningsfynd har dock p-ring påvisats ha en signifikant positiv påverkan på den sexuella tillfredsställelsen efter två behandlingscykler ($p=0.02$) (Caruso et al., 2014) (se Figur 11).

Figur 11 redovisar den sexuella tillfredsställelsen enligt FSFI poäng och preventivmedelsmetod.



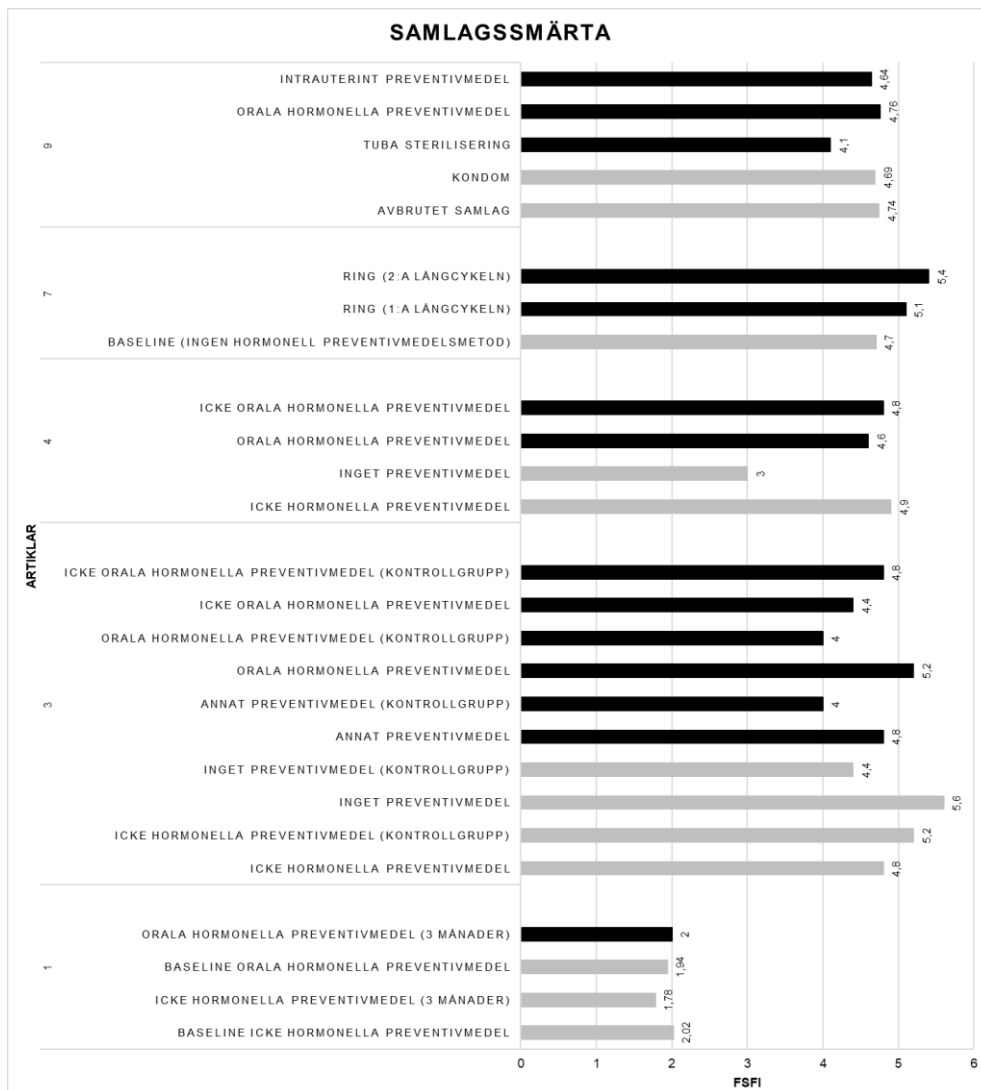
Figur 11. FSFI poäng gällande området sexuell tillfredsställelse enligt preventivmetod. Studie tre inkluderar en grupp med ”annat preventivmedel” där hormoninnehåll ej framgår i studien, gruppen redovisas med svart stapel då inkludering av hormoninnehållande preventivmedelsmetod ej kunde uteslutas.

Samlagssmärta

Samlagssmärta har beskrivits som smärta i samband med penetrerande samlag (Rosen, 2000). Studiers resultat har indikerat att det inte finns någon signifikant ökning eller minskning av samlagssmärta hos de kvinnor som använder hormonella preventivmedel (Wallweiner et al., 2015; Umran & Melike, 2017; Morotti et al., 2017; Čiaplinskienė et al., 2016). Enligt Malmborg et al. (2016) redovisades dock samlagssmärta som en av anledningarna till att kvinnor övervägde att avsluta eller byta preventivmedel.

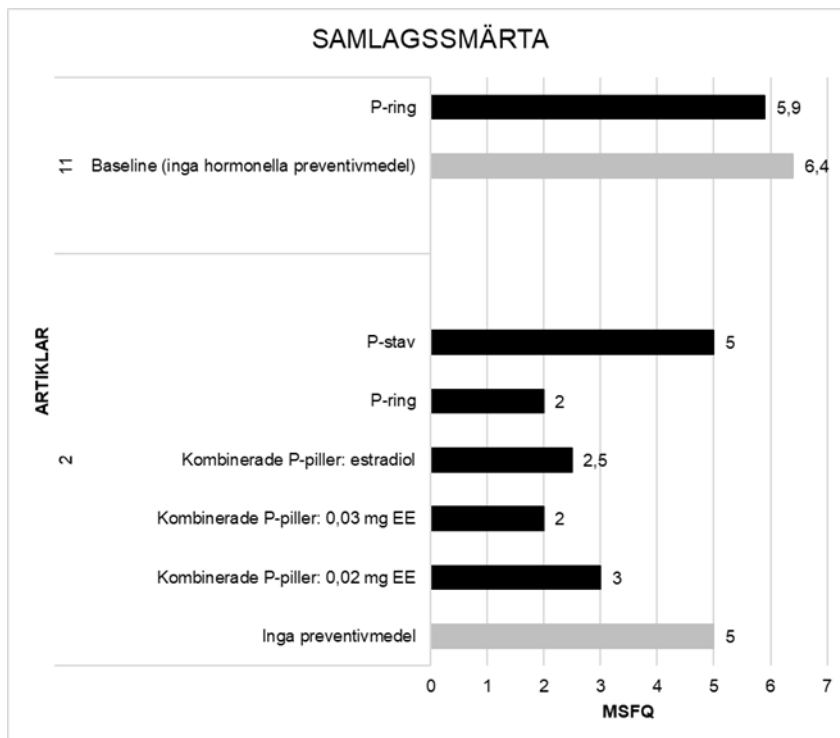
I en studie framkom det att färre antal kvinnor upplevde samlagssmärta vid användandet av p-stav eller inget preventivmedel jämfört med dem som använde andra hormonella preventivmedel (Guida et al., 2017). Kvinnor som använt p-ring i två långcykler beskrevs uppleva samlagssmärta i mindre utsträckning (Caruso et al., 2014). Det finns även rapporterat att kvinnor som använde hormonella preventivmedel hade en signifikant ökning av samlagssmärta ($p=0.001$) jämfört med kvinnor som använde icke hormonella preventivmedel (Smith et al., 2014) (Se Figur 12 & 13).

Tre frågor i FSFI formuläret undersökte frekvensen av smärta före, under och efter samlag (Rosen, 2000). Samtliga frågor kunde resultera i 0-5 poäng, högre poäng indikerade lägre förekomst av samlagssmärta (Bayer & Target health, 2000). Frekvensen av samlagssmärta enligt FSFI poäng och preventivmedelsmetod presenteras i Figur 12.



Figur 12. FSFI poäng gällande området samlagssmärta enligt preventivmetod. Studie tre inkluderar en grupp med ”annat preventivmedel” där hormoninnehåll ej framgår i studien, gruppen redovisas med svart stapel då inkludering av hormoninnehållande preventivmedelsmetod ej kunde uteslutas.

I MSFQ-formuläret undersöktes samlagssmärta med en fråga där personen fick gradera förekomsten av smärtsamma samlag på en skala 0-7, högre poäng indikerade lägre prevalens av samlagssmärta (McCoy, 2000). Figur 13 visar frekvensen av samlagssmärta enligt MSFQ-poäng och preventivmedelsmetod.



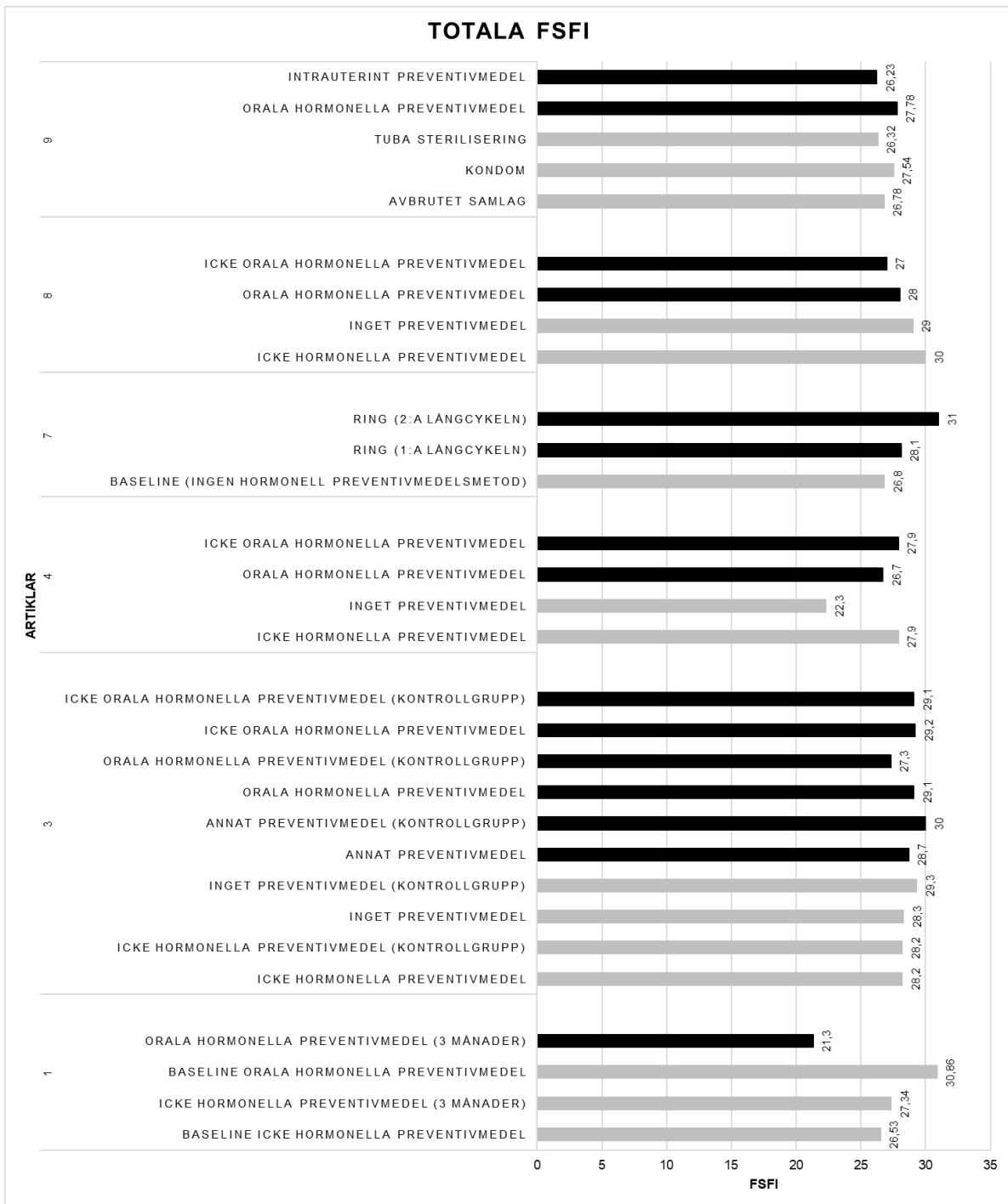
Figur 13. Kvinnors upplevelse av samlagssmärta utifrån MSFQ.

Total FSFI-poäng

Genom att summera poängen från samtliga frågor fastställdes den totala FSFI-poängen. Minimum poäng var 2 poäng och 36 poäng var max (Bayer & Target health, 2000).

I en studie framkom det att kvinnor som använde orala hormonella preventivmedel hade signifikant lägre totalpoäng enligt FSFI jämfört med kvinnor som använde icke hormonella preventivmedel (Čiaplinskienė et al. 2016). En annan studie rapporterade att de som använde icke hormonella preventivmedel hade högre FSFI poäng, kvinnor som inte använde något preventivmedel hade dock signifikant lägre sexuell funktion (Wallwiener et al., 2010). En signifikant ökning av FSFI-poängen för kvinnor under både första och andra cykeln vid långcykelanvändning av p-ring har rapporterats (Caruso, 2014).

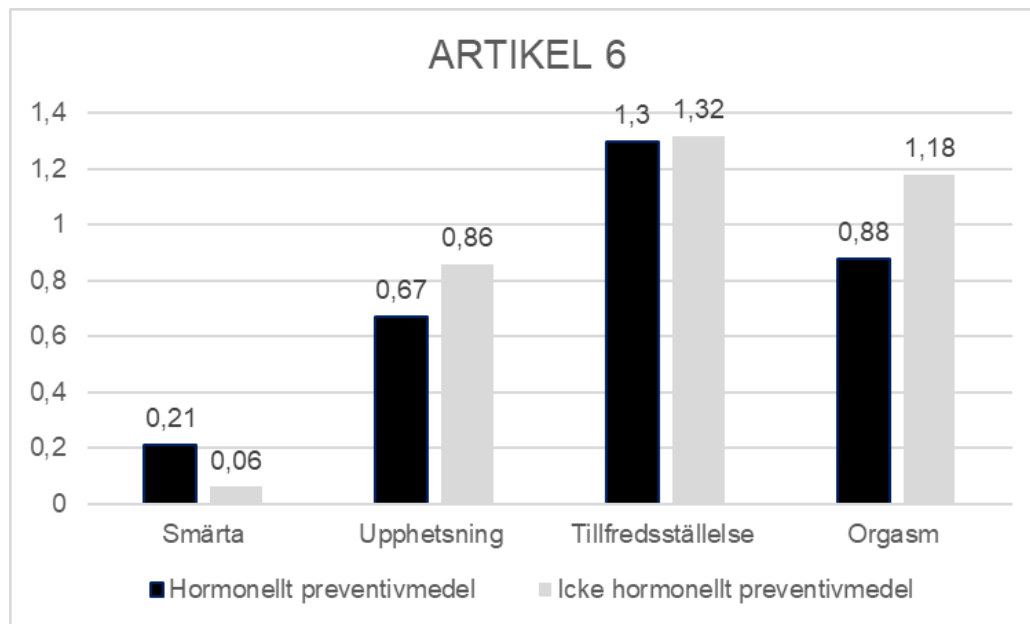
Enligt Umran & Melike (2017) fanns det ingen signifikant skillnad på den totala FSFI-poängen vid användandet av olika preventivmedel. Den totala FSFI poängen enligt preventivmedelsmetod visas i Figur 14.



Figur 14. FSFI totala poäng enligt preventivmetod. Studie tre inkluderar en grupp med ”annat preventivmedel” där hormoninnehåll ej framgår i studien, gruppen redovisas med svart stapel då inkludering av hormoninnehållande preventivmedelsmetod ej kunde uteslutas.

I en studie framkom det att kvinnor som använde hormonella preventivmedel hade en påvisbar minskad sexuell upphetsning och frekvens av orgasm men det framkom även att det inte fanns någon signifikant skillnad på om de upplevde samlagssmärta och sexuell tillfredsställelse (Smith et al., 2013) (se Figur15).

Skillnaden gällande kvinnors sexuella funktion vid användning av hormonella preventivmedel jämfört med icke hormonella preventivmedel illustreras i Figur 15.



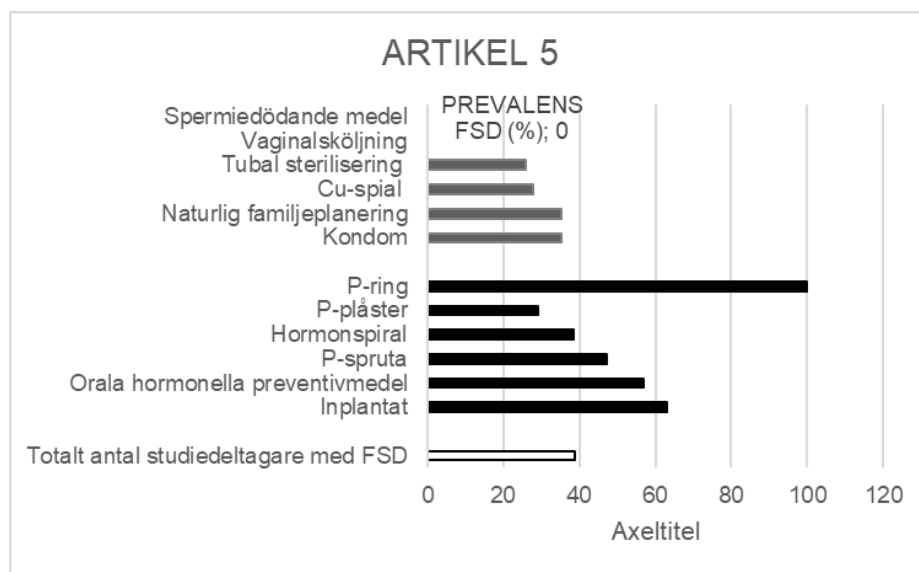
Figur 15. Studie med eget mätinstrument.

Sexuell dysfunktion

Vid låga FSFI- eller MSFQ-poäng föreföll en risk för kvinnlig sexuell dysfunktion (FSD). Det föreföll högre risk för FSD hos kvinnor som använde hormonella preventivmedel jämfört med kvinnor som inte använde hormonella preventivmedel (Čiaplinskienė et al., 2016; Butt et al., 2019). En studie rapporterade dock högst prevalens av FSD hos kvinnor som inte använde preventivmedel (57.4 procent) följt av kvinnor som använde orala hormonella preventivmedel (36.7 procent) och icke orala hormonella preventivmedel (31.3 procent). Lägst prevalens återfanns hos kvinnor som använde icke hormonella preventivmedel (27.4 procent) (Wallwiener et al., 2015).

Beträffande områdena sexuell upphetsning, sexuell lust (Čiaplinskienė et al., 2016; Wallwiener et al., 2010) samt orgasm (Wallwiener et al., 2010) påvisades högst prevalens av FSD.

I en studie hade 51.1 procent av dem som använde hormonella preventivmedel och 29.6 procent av dem som inte använde hormonella preventivmedel FSFI poäng <26.55 (Butt et al., 2019). I Figur 16 redovisas prevalensen av FSD enligt preventivmedelsmetod, 38.7 procent (219 av totalt 566 studiedeltagare) av de medverkande i studien uppfyllde poängkriterierna för FSD (dessa redovisas med vit stapel).



Figur 16. Prevalensen av FSD relaterat till vilken preventivmedelsmetod studiedeltagarna använde presenterat i procent.

Övriga faktorer som påverkar den sexuella funktionen

Utöver frågeformulär som undersökte den sexuella funktionen fick deltagarna i studierna svara på frågor som kontrollerade sociodemografiska faktorer. Tabell 4 redovisar vilka sociodemografiska faktorer som redovisades i de olika studierna samt vilka faktorer som studien ansåg vara förväxlingsfaktorer och därmed kunna snedvrída studieresultaten.

Tabell 3. Redovisade sociodemografiska faktorer samt deras signifikans gällande tolkning av studieresultatet

SOCIODEMOGRAFISK FAKTOR	studie:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ålder		x	x	x*	x	x	x*	x	x	x*		
Etnicitet						x	x					
Religion						x						
Menstruation (cykellängd/menarche/PMS)								x				
Utbildning		x				x	x	x		x	x*	
Paritet		x				x		x		x*	x*	
Barn som bor hemma							x*					
Pågående graviditet											x*	
Anställning						x		x		x		
Antal graviditeter		x		x*				x				
Graviditetsönskan									x			
Missfall/abort						x		x				
Samlagsfrekvens			x		x				x	x*		x
Ålder vid samlagsdebut				x*								
Relationsstatus		x	x	x*	x	x	x*	x		x*		
Relationskvalité										x*		
Infektioner/sjukdomar/medicinering		x				x				x*	x	
Sexuella problem hos partner										x*		
BMI		x	x*	x	x			x			x*	x
Rökning		x*		x*	x	x			x*		x	
Alkoholvanor				x*	x	x				x*		
Träningsvanor				x	x						x*	
Självskattad hälsa												x
Användande av preventivmedel		x	x	x*	x	x*	x	x	x*	x	x	x

* signifikant skillnad mellan grupperna som studerades.

Nedan redovisas de faktorer som enligt studierna har signifikans gällande tolkningen av studieresultatet. Fler av de faktorer som redovisas i tabellen ovan rapporterades kunna påverka den sexuella funktionen men sambanden var inte starka nog för att påvisa signifikans. I vissa studier redovisades signifikanta skillnader mellan olika studiegrupper men på vilket sätt dessa kunde påverka resultatet definierades inte, dessa redovisas endast med stjärna i tabellen och inte i löpande text. Faktorn ”användande av preventivmedel” berörs under varje kategori i föreliggande resultat.

Rökning

I en studie som jämförde den sexuella funktionen hos en grupp som använde hormonella preventivmedel (grupp A) med en grupp som inte gjorde det (grupp B) ansågs rökning vara en förväxlingsfaktor ($p=0.04$) eftersom dubbelt så många i grupp A rökte regelbundet och

redovisade sämre sexuell funktion (Čiaplinskienė et al., 2016). En annan studie visade att rökning hade en positiv påverkan på den totala sexuella funktionen ($p=0.005$) (Wallwiener et al., 2010).

Parrelation

En stabil partner (Guida et al., 2019; Malmborg et al., 2016) och en god relation till sin partner ($p=0.008$) rapporterades ha en positiv påverkan på den sexuella funktionen. Att ha valt sin make själv hade också en positiv påverkan jämfört med ett arrangerat äktenskap medan sexuella problem hos partnern ansågs ha negativa effekter på den sexuella funktionen ($p=0.02$) (Umran & Melike, 2017).

Samlag

Högre ålder vid samlagsdebut redovisades ha ett positivt inflytande på den sexuella funktionen ($p=0.07$) (Guida et al., 2019) medan lägre samlagsfrekvens redovisades ha en negativ påverkan ($p=0.001$) (Umran & Melike, 2017).

Ålder

Högre ålder har visat sig ge en ökad risk för FSD ($p=0.005$) (Umran & Melike, 2017).

Förlossningar

Att ha fött fler barn redovisades ha en negativ inverkan på den sexuella funktionen ($p=0.005$) (Umran & Melike, 2017).

BMI

En studie visade på en negativ korrelation mellan den totala MSFQ poängen och BMI (Guida et al., 2017).

Diskussion

Metoddiskussion

För att svara på forskningsfrågan som är att jämföra hur kvinnors sexuella funktion påverkas vid användandet av hormonella preventivmedel i förhållande till kvinnor som inte använder hormonella preventivmedel genomfördes en litteraturöversikt. För att få en tydlig struktur användes Bettany-Saltikov & McSherrys (2016) tillvägagångssätt som finns beskrivet i "How to do a systematic literature review in nursing". Redovisning av litteraturöversiktens tillvägagångssätt, datainsamling, analys och resultat gjordes delvis med tabeller och bilagor för att få en tydlig struktur och följsamhet.

Sökningarna och sökorden valdes genom att provsöka olika kombinationer och därefter sammanställa en söktabell (se Bilaga 1). Valen av sökord kan påverka resultatet på grund av att artiklar med andra sökord kan ha missats att inkluderas vid sökningarna. Inklusionskriterierna valdes efter att komponenterna i forskningsfrågan identifierats med hjälp av PICO för att begränsa sökningarna och urvalet av artiklar och hitta relevant forskning inom området. Samtliga inkluderade artiklar är skrivna på engelska och trots goda kunskaper i engelska kan bias förekomma eftersom tolkningar och förvrängningar eventuellt har påverkat resultatet i litteraturöversikten. För att undvika detta har samtliga artiklar lästs flera gånger samt diskuterats tillsammans. Samtliga artiklar som inkluderades i litteraturöversikten har en kvantitativ ansats.

Inkluderade studier härstammar ifrån USA, Italien, Sverige, Litauen, Tyskland, Österrike, Schweiz, Turkiet och Kenya. På grund av att kulturella skillnader, skillnader i religionsåskådning, utbildningsnivå och kunskaper inom sexuell hälsa och att parrelationer skiljer sig åt kan litteraturstudiens resultat påverkas och eventuellt bli en svaghet när dessa jämförs med varandra. Eftersom samtliga studier är skrivna på engelska och eventuellt inte på författarnas förstaspråk kan tolkningar och förmedlingen i språket påverkas. Ett av inklusionskriterierna för artiklarna var att de inte skulle vara äldre än 10 år för att endast inkludera aktuell forskning. Detta kan dock också vara en svaghet eftersom forskning som är äldre exkluderades, vilket medförde ännu en begränsning i redan smalt forskningsområde. Samtliga artiklar som inkluderades granskade enligt SBU:s granskningsmall (Statens beredning

för medicinsk och social utvärdering, 2020) och uppfyllde medel eller hög kvalitet. Samtliga inkluderade studier i litteraturöversikten var godkända i en etisk kommitté vilket kan anses viktigt då frågeformulären som studiedeltagarna fick besvara kan upplevas inkräkta på den personliga integriteten trots att de var anonyma.

Sju av de elva inkluderade studierna använder sig av FSFI för att mäta kvinnors sexuella funktion och livskvalitet (Butt et al., 2019; Caruso et al., 2014; Čiaplinskienė et al. 2016; Guida et al., 2019; Umrán & Melike, 2017; Wallwiener et al., 2010; Wallwiener et al., 2010). Detta gör det lättare att jämföra de olika studieresultaten. Två av de inkluderade studierna i litteraturöversikten använder sig av mätinstrumentet MFSQ som även inkluderar andra aspekter som kan påverka den sexuella funktionen (Guida et al., 2017; Morotti et al., 2017). De resterande två inkluderade artiklarna använder egna formulär som var validerade, men inte tidigare beprövade (Smith et al., 2014; Guida et al., 2017). Formulären använder olika uttryck som förklarar samma sak vilket medför tolkningar. Detta kan påverka resultatet i litteraturöversikten då det är svårt att dra slutsatser och jämföra resultaten av de inkluderade studierna. Artiklar med olika mätinstrument inkluderades på grund av begränsad forskning inom området.

Samtliga inkluderade studier presenterades i resultatet oavsett vilket preventivmedel de studerade för att undvika bias och främja transparens i litteraturöversikten vilket ses som en styrka. Även grupper som presenterades som annat preventivmedel eller inte känt och där spiral presenterades som grupp utan att redovisa om det var en hormonell eller icke hormonell grupp inkluderades i resultatet. Dessa grupper presenteras i litteraturöversikten som hormonella preventivmedel vilket kan påverka resultatet och medföra en svaghet.

Resultatdiskussion

Inget samstämmigt resultat gällande de sex faktorerna sexuell lust, sexuell upphetsning, lubrikation, orgasm, sexuell tillfredsställelse eller samlagssmärta kunde presenteras. Vissa studier redovisar att preventivmedel påverkar kvinnors sexuella funktion medan andra redovisar det motsatta, de flesta studier påvisar avsaknad av signifikanta skillnader. Vissa

studier påvisar att påverkan på den sexuella funktionen till viss del kan härledas till preventivmedelsmetod. Samtliga studier presenterar sociodemografiska faktorer som kan påverka kvinnors sexuella funktion och därmed försvårar tolkningen av orsakssambanden i resultatet.

Resultatfynd med relevans för patientinformation

Resultatet påvisar vissa signifikanta skillnader beträffande kvinnors sexuella funktion i förhållande till om kvinnor använder hormonella preventivmedel eller inte. Merparten av studierna i resultatet redovisar dock att statistisk signifikans saknades i deras jämförelser, detta i enighet med Burrows, Basha, Goldstein (2012), Davis & Castaño (2004) och Pastor, Holla & Chmel (2013) som också redovisar litteraturöversikter med till viss del motsägelsefulla resultat i ämnet. Därav kan inte ett entydigt svar på denna litteraturstudies forskningsfråga presenteras. Det finns beskrivet att vårdpersonal som förskriver preventivmedel bör vara medvetna om dess eventuella negativa effekter på kvinnors sexualitet (Burrows et al., 2012). Trots att inte forskningsfrågan kan besvaras entydigt kan kunskapen om att hormonella preventivmedels eventuella effekt på den sexuella funktionen vara viktig för barnmorskor vid preventivmedelsförskrivning.

En av studierna redovisade att orsaken till preventivmedelsbyte kunde härledas till försämring av sexuell funktion (Malmberg et al., 2016). I enighet med detta rapporteras att följsamheten till ett läkemedel kan påverkas av biverkningar (Goodman, Gilman, & Brunton, 2006). Det framgår även i bakgrunden till denna litteraturöversikt att orsaken till att många slutar med sina p-piller är på grund av rädsla för biverkningar (Lindh, 2011). Främjad följsamhet kan leda till förbättrad kvinnohälsa bland annat genom att förhindra antalet oönskade graviditeter (Kavanaugh & Anderson, 2013) och enligt föreliggande litteraturöversikt ska barnmorskan informera om eventuella biverkningar av preventivmedel (Läkemedelsverket, 2014). Därav kan kunskapen användas vid preventivmedelsrådgivning.

Sexuell dysfunktion och sexuella samtal

Två av studierna påvisade en ökad risk för sexuell dysfunktion hos kvinnor som använde hormonella preventivmedel (Čiaplinskienė et al., 2016; Butt et al., 2019). Detta styrks av en litteraturöversikt från 2019 (Casado-Espada, de Alarcón, de la Iglesia-Larrad, Bote-Bonaecha, & Montejo Á, 2019). Att vårdpersonal uppmärksammar sexualiteten anses kunna främja den sexuella hälsan (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017). En

bedömning av sexualiteten anses vara nödvändig för att vårdgivaren ska kunna utvärdera eventuella effekter av preventivmedel vid uppföljning (Both et al., 2019). Det har påvisats en avsaknad av samtal gällande sexualitet inom vården (Fuzzell, Fedesco, Alexander, Fortenberg & Shields, 2016; Zielinski, 2013) och att samtalen ofta är begränsade till att förebygga sexuellt överförbara infektioner eller oönskade graviditeter (Zielinski, 2013). Enligt kompetensbeskrivningen för barnmorskor ska barnmorskan ställa frågor i syfte att identifiera riskfaktorer för sexuell ohälsa (Barnmorskeförbundet, 2018). Av detta kan slutsatsen dras att frågor gällande kvinnors sexualitet kan behöva prioriteras för att identifiera riskfaktorer för sexuell dysfunktion och främja sexuell hälsa.

Sociodemografiska faktorer som påverkar kvinnors sexuella funktion

Kvinnors sexuella funktion beskrivs som komplex. Merparten av studierna visar att de sociodemografiska faktorerna påverkar kvinnors sexuella funktion och därmed försvårar studiernas undersökningar beträffande hormonella preventivmedels effekter. Detta styrks i andra studier (McCool-Myers et al., 2018; Schaffir, 2006; Stuckey, 2008). Rökning, parrelation, samlag, ålder, förlossningar och BMI var faktorer som exemplifierades med signifikans i denna litteraturöversikt. Det finns dock forskning som talar för att BMI som enskild faktor inte påverkar den sexuella funktionen eller leder till sexuell missnöjdhet (Milhausen, Buchholz, Opperman, & Benson, 2015; Robbins & Reissing, 2018). Kvinnornas kroppsuppfattning i relation till deras BMI kan dock spela in. Det har framkommit att kvinnor med positiv kroppsuppfattning uppger högre sexuell tillfredsställelse, bättre sexuell funktion (Robbins & Reissing, 2018) samt större sexuell lust och upphetsning (Brink et al., 2016) jämfört med kvinnor med en negativ kroppsuppfattning (Robbins & Reissing, 2018; Brink et al., 2016). Kroppsuppfattning berördes dock inte i studierna som inkluderades i denna litteraturöversikt. Detta kan ses som en svaghet då kroppsuppfattningen ansetts samvariera med andra påverkande faktorer.

Beträffande ålder framkom det i denna litteraturöversikt att det påvisats ett samband mellan sexuell dysfunktion och stigande ålder, detta styrks i andra studier (Graziottin, 2007; Kleinstaubert, 2017). I resultatet redovisades även att tillfredsställelse med sin parrelation hade en positiv påverkan på den sexuella funktionen. Detta styrks i en annan studie som rapporterade att en god parrelation kunde leda till en positiv inverkan på sexuell tillfredsställelse, lust, orgasm och mindre samlagssmärta (Burri, Radwan, & Bodenmann, 2015). Enligt FSUM (2018) ska

barnmorskan ha kännedom gällande faktorer som kan ha inverkan på sexualitet, hälsa och samliv. Detta för att preventivmedelsrådgivningen ska vara anpassad för den individuella kvinnan. Det framgår i bakgrunden till denna litteraturöversikt att barnmorskor bör utföra en individanpassad preventivmedelsrådgivning. För att möjliggöra detta kan frågor ställas beträffande kvinnans relationer, sexualitet och livsstil (Odlind et al., 2010).

Behov av ytterligare forskning

Gällande sambandet mellan preventivmedel och kvinnors sexuella funktion samt dysfunktion presenterades ett inkonsekvent resultat i litteraturöversikten. Detta överensstämmer med resultatet av en narrativ litteraturstudie beträffande olika preventivmedels påverkan på kvinnors sexuella funktion (Casey, MacLaughlinand & Faubion 2017). Behov av ytterligare forskning om preventivmedels biverkningar har rapporterats (Maitra et al., 2004; Casey et al., 2017; Both et al., 2019; Burrows, Basha, & Goldstein, 2012; Casado-Espada et al., 2019; Davis & Castaño, 2004; Schaffir, 2006).

Det framgår i föreliggande litteraturstudie att det första hormonella preventivmedlet lanserades på 1960-talet (Liao & Dollin, 2012), vilket betyder att hormonella preventivmedel har använts i cirka 60 år. År 2019 använde ca 922 miljoner kvinnor i världen någon typ av preventivmedel. Av dessa använder 248 miljoner kvinnor hormonella preventivmedel och 159 miljoner intrauterina preventivmedel (denna prevalens består av en mix mellan hormonella- och icke hormonella preparat) (World Health Organization [WHO], 2019). De flesta av världens länder har skrivit på de mänskliga och sexuella rättigheterna, att alla människor föds med samma rättigheter oavsett religion, var de bor, kulturell bakgrund, kön eller etnicitet (Miller et al., 2015., International Planned Parenthood Federation [IPPF], 2006). Det kan därför ses som anmärkningsvärt att forskning angående hur ett läkemedel som används av så stor del av jordens befolkning inte prioriterats.

Det finns rapporterat att forskning historisk sett färgats av manlig bias och det kan därav föreligger kunskapsluckor gällande kvinnliga åkommor (Buvinić, Medici, Fernández & Torres, 2006). Enligt studier har forskning framförallt bedrivits av män som dessutom ofta inkluderat framförallt manliga studiedeltagare (Feldman et al., 2019; Holdcroft, 2007). Därav kan det råda en ojämlikhet gällande kön i relation till forskning och att forskning beträffande typiskt ”kvinnliga områden” är eftersatt. Utifrån resultatet framgår det att det finns en brist på forskning inom ämnet och att kvinnors sexuella funktion påverkas av flera olika faktorer. En ökad

kunskap om hur den sexuella funktionen påverkas av olika preventivmetoder kan bidra till bättre sexuell hälsa hos kvinnor.

Slutsats

Den sexuella funktionen ingår i den sexuella hälsan och en bristande sexuell funktion kan leda till ohälsa. Hur den sexuella funktion påverkas hos kvinnor som använder hormonella preventivmedel i förhållande till kvinnor som inte använder hormonella preventivmedel har denna litteraturöversikt inget entydigt svar på.

Resultatet av denna litteraturöversikt påvisar att kvinnors sexuella funktion är komplex. Signifikanta fynd som påvisade påverkan på kvinnors sexuella funktion presenterades medan merparten av studierna inte påvisade någon signifikans mellan studiegrupperna. Slutsats kan därför dras att sexualiteten är bredare än så, det är svårt att utforska sexualiteten endast genom att undersöka effekten av hormonella preventivmedel. Det framgår i föreliggande litteraturöversikt att kvinnors sexuella funktion även påverkas av andra faktorer, exempelvis rökning, parrelation, samlag, ålder, förlossningar och BMI. Val av preventivmedel kan därför inte enskilt presenteras som orsak till påverkan på kvinnors sexuella funktion. Det finns behov av ytterligare forskning inom området där samband mellan preventivmedel och andra faktorer undersöks.

Trots att forskningsfrågan inte kunde besvaras entydigt kan vetenskapen om hormonella preventivmedels eventuella påverkan tillsammans med vetenskapen om sociodemografiska faktorerers inflytande på kvinnors sexuella funktion vara viktig för barnmorskor vid preventivmedelsrådgivning. Barnmorskan kan genom att utforska ämnet tillsammans med kvinnan identifiera risker för sexuell dysfunktion, främja följsamhet till vald preventivmetod och möjliggöra en individanpassad vård som beaktar kvinnans sexuella hälsa och rättigheter.

Referenslista

- American College of Nurse-Midwives. (2018). Sexual Health and Sexual Problems. *Midwifery Womens Health*, 63(2), 249-250. doi:10.1111/jmwh.12751
- Apotea. (2020). *Sex och lust*. Hämtad 2020-05-29 från <https://www.apotea.se/sex-lust>
- Bayer & Target Health .(2000). *FSFI-questionnaire*. Hämtad 2020-05-10 från <https://www.fsfiquestionnaire.com/>
- Barnmorskeförbundet (2018). Kompetensbeskrivning för barnmorskor. Hämtad 2020-04-06 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Barnmorskeförbundet. (2020). *Den etiska koden*. Hämtad från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>
- Basson, R. (2008). Women's sexual function and dysfunction: Current uncertainties, future directions. *International Journal of Impotence Research*, 20(5), 466-478. doi:10.1038/ijir.2008.23
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., . . . Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163(3), 888-893. doi:[https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)67828-7](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)67828-7)
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association journal*, 172(10), 1327. doi:10.1503/cmaj.1020174
- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., . . . Wagner, G. (2004). Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 24-34. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10105.x

- Bettany-Saltikov, J., & McSherry R., (2016). How to do a systematic literature review in nursing (2nd edition). Förlagsort: Förlag
- Bitzer, J., Abalos, V., Apter, D., Martin, R., & Black, A. (2016). Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 417-430. doi:10.1080/13625187.2016.1237629
- Both, S., Lew-Starowicz, M., Luria, M., Sartorius, G., Maseroli, E., Tripodi, F., . . . Vignozzi, L. (2019). Hormonal Contraception and Female Sexuality: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1681-1695. doi:https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.08.005
- Brink, F., Smeets, M., Hessen, D., & Woertman, L. (2016). Positive Body Image and Sexual Functioning in Dutch Female University Students: The Role of Adult Romantic Attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 45(5), 1217-1226. doi:10.1007/s10508-015-0511-7
- Burri, A., Radwan, S., & Bodenmann, G. (2015). The Role of Partner-Related Fascination in the Association Between Sexual Functioning and Relationship Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 672-679. doi:10.1080/0092623X.2014.966398
- Burrows, L. J., Basha, M., & Goldstein, A. T. (2012). The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. *Journal of Sexual Medicine*, 9(9), 2213-2223. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x
- Butt, M. R., Lema, V., Mukaindo, A., Mohamoud, G., & Shabani, J. (2019). Prevalence of and factors associated with female sexual dysfunction among women using hormonal and non-hormonal contraception at the AGA Khan University Hospital Nairobi. *African journal of primary health care & family medicine*, 11(1), e1-e9. doi:10.4102/phcfm.v11i1.1955

- Buvinic, M., Medici, A., Fernandez, E., & Torres, A. C. (2006). Gender Differentials in Health. I A. D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, & P. Musgrove (Red.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington (DC): World Bank
- Cain, V. S., Johannes, C. B., Avis, N. E., Mohr, B., Schocken, M., Skurnick, J., & Ory, M. (2003). Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: Baseline results from swan. *The Journal of Sex Research*, *40*(3), 266-276. doi:10.1080/00224490309552191
- Caruso, S., Cianci, S., Malandrino, C., Cicero, C., Lo Presti, L., & Cianci, A. (2014). Quality of sexual life of women using the contraceptive vaginal ring in extended cycles: Preliminary report. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *19*(4), 307-314. doi:10.3109/13625187.2014.914488
- Casey, PM., MacLaughlinand, KL., & Faubion, SS. (2017) Impact of Contraception on Female Sexual Function. (2017). *Journal of Women's Health*, *26*(3), 207-213. doi:10.1089/jwh.2015.5703
- Casado-Espada, N. M., de Alarcón, R., de la Iglesia-Larrad, J. I., Bote-Bonaecha, B., & Montejo Á, L. (2019). Hormonal Contraceptives, Female Sexual Dysfunction, and Managing Strategies: A Review. *J Clin Med*, *8*(6). doi:10.3390/jcm8060908
- Chhabra, H. K., Mohanty, I. R., Mohanty, N. C., Thamke, P., & Deshmukh, Y. A. (2016). Impact of Structured Counseling on Choice of Contraceptive Method Among Postpartum Women. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, *66*(6), 471-479. doi:10.1007/s13224-015-0721-x
- Čiaplinskienė, L., Žilaitienė, B., Verkauskienė, R., Žalinkevičius, R., Bumbulienė, Ž., Vanagienė, V., & Bitzer, J. (2016). The effect of a drospirenone-containing combined oral contraceptive on female sexual function: a prospective randomised study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *21*(5), 395-400. doi:10.1080/13625187.2016.1217324

- Davis, A. R., & Castaño, P. M. (2004). Oral Contraceptives and Libido in Women. *Annual Review of Sex Research, 15*, 297-320. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/225232236?accountid=11162>
- Dehlendorf, C., Diedrich, J., Drey, E., Postone, A., & Steinauer, J. (2010). Preferences for decision-making about contraception and general health care among reproductive age women at an abortion clinic. *Patient Education and Counseling, 81*(3), 343-348. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.021>
- Douglas, J. M., Jr, & Fenton, K. A. (2013). Understanding sexual health and its role in more effective prevention programs. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974), 128 Suppl 1*(Suppl 1), 1-4. <https://doi.org/10.1177/00333549131282S101>
- Edwards, W. M., & Coleman, E. (2004). Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. *Archives of Sexual Behavior, 33*(3), 189-195. doi:10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5
- Fathalla, M. F., & Fathalla, M. M. F. (2017). Sexual and Reproductive Health: Overview. In S. R. Quah (Ed.), *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)* (pp. 481-490). Oxford: Academic Press.
- Feldman, S., Ammar, W., Lo, K., Trepman, E., van Zuylen, M., & Etzioni, O. (2019). Quantifying Sex Bias in Clinical Studies at Scale With Automated Data Extraction. *JAMA network open, 2*(7), e196700-e196700. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.6700
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017- Resultat från befolkningsundersökningen i Sverige SRHR2017*. Hämtad 2020-05-18 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/?pub=60999>
- Folkhälsomyndigheten. (2018). Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Hämtad 2020-04-04 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/srhr/>

- Fuzzell, L., Fedesco, H., Alexander, S., Fortenberry, J., & Shields, C. (2016). "I just think that doctors need to ask more questions": Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers. *Patient Education and Counseling*, 99(9), 1467-1472.
- Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. (2018). *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*. Hämtad från http://www.fsum.nu/wp-content/uploads/2018/05/handbok_original_utskrift.pdf
- Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. A. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet*, 368(9547), 1595-1607. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69478-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69478-6)
- Globala målen. (2018). Hämtad 2020-04-10 från: <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>
- Goodman, L. S., Gilman, A., & Brunton, L. L. (2006). Compliance. *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics* (11. s. 1784-1786.): New York : McGraw-Hill. Hämtad från https://dvmbooks.weebly.com/uploads/2/2/3/6/22365786/2._goodman_and_gilman.pdf.
- Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & McBride, K. R. (2004). Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav*, 33(6), 527-538. doi:10.1023/B:ASEB.0000044737.62561.f0
- Graziottin, A. (2007). Original research: Prevalence and Evaluation of Sexual Health Problems—HSDD in Europe. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(s3), 211-219. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00447.x
- Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G., & Kismödi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 29-40. doi:10.1080/26410397.2019.1593787

- Guida, M., Di Carlo, C., Troisi, J., Gallo, A., Cibarelli, F., Martini, E., . . . Nappi, R. E. (2017). The sexuological impact of hormonal contraceptives based on their route of administration. *Gynecol Endocrinol*, *33*(3), 218-222.
doi:10.1080/09513590.2016.1249841
- Guida, M., Troisi, J., Saccone, G., Sarno, L., Caiazza, M., Vivone, I., . . . Aquino, C. I. (2019). Contraceptive use and sexual function: a comparison of Italian female medical students and women attending family planning services. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, *24*(6), 430-437. doi:10.1080/13625187.2019.1663500
- Hogben, M., Ford, J., Becasen, J. S., & Brown, K. F. (2015). A systematic review of sexual health interventions for adults: narrative evidence. *Journal of Sex Research*, *52*(4), 444-469. doi:10.1080/00224499.2014.973100
- Holdcroft, A. (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? *Journal of the Royal Society of Medicine*, *100*(1), 2-3.
doi:10.1177/014107680710000102
- International Planned Parenthood Federation, (2006). IPPF Framework for comprehensive sexuality education (CSE). Hämtad från
https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf
- Internetmedicin. (2020). *Antikonception*. Hämtad 2020-05-07 från
<https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5444>
- Kavanaugh, M.L., & Anderson, R.M. (2013). *Contraception and Beyond: The Health Benefits of Services Provided at Family Planning Centers*. Hämtad från Guttmacher Institute
<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/health-benefits.pdf>
- Kleinstaubert, M. (2017). Factors associated with sexual health and well being in older adulthood. *Current Opinion In Psychiatry*, *30*(5), 358-368.
doi:10.1097/YCO.0000000000000354

- Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Läkemedelsverket. (2014). *Antikonception – behandlingsrekommendation*. Hämtad från <https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-antikonception.pdf>
- Läkemedelsverket. (2016). *Antikonception och aborter*. Hämtad 2020-05-06 från https://lakemedelsboken.se/kapitel/gynekologi/antikonception_och_aborter.html?search=1%C3%A5ngcykel&iso=true&imo=false&nplId=null&id=table_1_header
- Liao, P. V., & Dollin, J. (2012). Half a century of the oral contraceptive pill: historical review and view to the future. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 58(12), e757-e760. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23242907>
- Lindh, I., Blohm, F., Andersson-Ellström, A., & Milsom, I. (2009). Contraceptive use and pregnancy outcome in three generations of Swedish female teenagers from the same urban population. *Contraception*, 80(2), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.01.019>
- Lindh, I. (2011). *Factors influencing women's choice of contraception*. Hämtad från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/25573/1/gupea_2077_25573_1.pdf
- Lindh, I. (2014). Use of contraceptive agents in Sweden. *Information från Läkemedelsverket*, 25(2). Hämtad från <https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/bakgrundsdokument/bakgrundsdokumentation-antikonception.pdf>
- Lundin, C., Danielsson, K. G., Bixo, M., Moby, L., Bengtsdotter, H., Jawad, I., Marions, L., Brynhildsen, J., Malmborg, A., Lindh, I., & Sundström Poromaa, I. (2017). Combined oral contraceptive use is associated with both improvement and worsening of mood in the different phases of the treatment cycle-A double-blind, placebo-

controlled randomized trial. *Psychoneuroendocrinology*, 76, 135–143.

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.033>

- Malmborg, A., Persson, E., Brynhildsen, J., & Hammar, M. (2016). Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21(2), 158-167. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2015.1079609>
- Maita, N., Kulier, R., Blumenkamp, KW., Helmerhorst, FM., & Glümezolu, AM. (2004). Progestogens in combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3. doi: 10.1002/14651858.CD004861. Hämtad från <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004861/full>
- McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H., & Apfelbacher, C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*, 18(1), 108. doi:10.1186/s12905-018-0602-4
- McCoy, N. L. (2000). The McCoy Female Sexuality Questionnaire. *Quality of Life Research*, 9(1), 739-745. doi:10.1023/A:1008925906947
- Meyerson, B. (2010). Neuroendokrin reglering av sexuellt beteende. I A. Lundberg, P. O., & Löfgren-Mårtenson, L. (Red.). *Sexologi* (s. 39-52). Stockholm: Liber.
- Morotti, E., Casadio, P., Guasina, F., Battaglia, B., Mattioli, M., & Battaglia, C. (2017). Weight gain, body image and sexual function in young patients treated with contraceptive vaginal ring. A prospective pilot study. *Gynecological Endocrinology*, 33(8), 660-664. doi:10.1080/09513590.2017.1306850
- Miller, A. M., Kismödi, E., Cottingham, J., & Gruskin, S. (2015). Sexual rights as human rights: a guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 16-30. doi:10.1016/j.rhm.2015.11.007
- Mimoun, S., & Wylie, K. (2009). Female sexual dysfunctions: Definitions and classification. *Maturitas*, 63(2), 116-118. doi:<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.04.003>

- Milhausen, R., Buchholz, A., Opperman, E., & Benson, L. (2015). Relationships Between Body Image, Body Composition, Sexual Functioning, and Sexual Satisfaction Among Heterosexual Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*, *44*(6), 1621-1633. doi:10.1007/s10508-014-0328-9
- Motofei, I.G. (2009), A dual physiological character for sexual function: libido and sexual pheromones. *BJU International*, *104*(11), 1702-1708. doi:[10.1111/j.1464-410X.2009.08610.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2009.08610.x)
- Nationalencyklopedin. (2020). *Sexualitet*. Hämtad 2020-05-08 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/sexualitet>
- Odlind, V., Bygdeman, M. & Milsom, I. (2010). *Familjeplanering: preventivmetoder, aborter och rådgivning* (1. s. 91-113.): Lund: Studentlitteratur
- Pastor, Z., Holla, K., & Chmel, R. (2013). The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, *18*(1), 27-43. doi:10.3109/13625187.2012.728643
- Rellini, A. H., Nappi, R. E., Vaccaro, P., Ferdeghini, F., Abbiati, I., & Meston, C. M. (2005). Validation of the McCoy Female Sexuality Questionnaire in an Italian Sample. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(6), 641-647. doi:10.1007/s10508-005-7915-8
- Robbins, A.-R., & Reissing, E. (2018). Appearance Dissatisfaction, Body Appreciation, and Sexual Health in Women Across Adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(3), 703-714. doi:10.1007/s10508-017-0982-9
- Rosen, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *26*(2), 191-208. doi:10.1080/009262300278597.
- Rosenberg, M. J., & Waugh, M. S. (1998). Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *American journal of obstetrics and gynecology*, *179*(3 Pt 1), 577-582. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(98\)70047-x](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(98)70047-x)

- Riksförbundet för sexuell upplysning (2010). Berör sexualitet i socialt behandlingsarbete. [Broschyr]. Hämtad från <https://www.rfsu.se/globalassets/pdf/beror-sexualitet-i-socialt-arbete.pdf>
- Riksförbundet för sexuell upplysning. (2015). RFSU:s *Sverigebarometer 2015- Hur bra är ditt län på sexualpolitik, vård och hälsa?*. Hämtad från <https://www.rfsu.se/globalassets/pdf/sverigebarometer-2015.pdf>
- Riksförbundet för sexuell upplysning. (2017a). *Avbrutet samlag*. Hämtad 2020-05-07 från <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/preventivmedel/avbrutet-samlag/>
- Riksförbundet för sexuell upplysning. (2017b). *Orgasm*. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/satt-att-ha-sex/orgasm/>
- Riksförbundet för sexuell upplysning. (2017c). Skjuta myggor med elefantbössa. Hämtad 2020-05-29 från <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/preventivmedel/p-piller/p-pillrets-historia/>
- Schaffir, J. (2006). Hormonal Contraception and Sexual Desire: A Critical Review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(4), 305-314.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00926230600666311>
- Schücking B., Borrmann B., Erikson S. (2008) Reproductive Health. Hämtad 2020-04-26 från https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-5614-7_2999
- Smith, N. K., Jozkowski, K. N., & Sanders, S. A. (2014). Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med*, 11(2), 462-470. doi:10.1111/jsm.12409
- Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om läkemedel 2019*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-4-6707.pdf>
- Springer, D. (2008). Sexual and reproductive health. Hämtad 2020-05-01 från https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-5614-7_3190

- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., . . . Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, *391*(10140), 2642-2692. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Statistiska centralbyrån. (2019). *Föräldrars ålder i Sverige*. Hämtad från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/foraldrars-alder-i-sverige/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020). Vår metod. Hämtad 2020-04-20 från <https://www.sbu.se/sv/var-metod/>
- Stuckey, B. G. A. (2008). Female Sexual Function and Dysfunction in the Reproductive Years: The Influence of Endogenous and Exogenous Sex Hormones. *The Journal of Sexual Medicine*, *5*(10), 2282-2290. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00992.x>
- Svenska föreningen för obstetrik och gynekologi. (2019). Hämtad från <https://www.sfog.se/media/336244/aktuella-priser-190206.pdf>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Obstetrics & Gynecology*, *130*. Committee Opinion No 706: Sexual Health. (1). Retrieved from https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2017/07000/Committee_Opinion_No_706_Sexual_Health.53.aspx
- Umran, O., & Melike, D. (2017). Effect of the Contraceptive Methods on Female Sexual Function. *International Journal of Caring Sciences*, *10*(1), 366-376. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=123010467&site=ehost-live>
- United Nations. (1995). *Report of the International Conference on Population and Development : Cairo, 5-13 September 1994*. New York: United Nations. Hämtad från <https://www.refworld.org/docid/4a54bc080.html>
- United Nations Population Fund. (2016). Sexual & reproductive health. Hämtad 2020-04-17 från <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>

- Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C., & Saavedra-Roa, A. (2018). Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Archives of Sexual Behavior*, 47(3), 797-810. doi:10.1007/s10508-017-0976-7
- Waller, R., Tholander, M., & Nilsson, D. (2017). 'You Will Have These Ones!': Six Women's Experiences of Being Pressured to Make a Contraceptive Choice That Did Not Feel Right. *Social Sciences*, 6(4), 114. doi:<http://dx.doi.org/10.3390/socsci6040114>
- Wallwiener, C. W., Wallwiener, L.-M., Seeger, H., Mück, A. O., Bitzer, J., & Wallwiener, M. (2010). Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *Journal of Sexual Medicine*, 7(6), 2139-2148. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01742.x>
- Wallwiener, C. W., Wallwiener, L.-M., Seeger, H., Schönfisch, B., Mueck, A. O., Bitzer, J., . . . Wallwiener, M. (2015). Are hormonal components of oral contraceptives associated with impaired female sexual function? A questionnaire-based online survey of medical students in Germany, Austria, and Switzerland. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 292(4), 883-890. doi:10.1007/s00404-015-3726-x
- Weisman, C. S., Maccannon, D. S., Henderson, J. T., Shortridge, E., & Orso, C. L. (2002). Contraceptive counseling in managed care: preventing unintended pregnancy in adults. *Women's Health Issues*, 12(2), 79-95. doi:[https://doi.org/10.1016/S1049-3867\(01\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S1049-3867(01)00147-5)
- Wiegratz, I., Kuhl, H. (2004) Long-Cycle Treatment with Oral Contraceptives. *Drugs* 64, 2447–2462. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.2165/00003495-200464210-00006>
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*, 31(1), 1-20. doi:10.1080/00926230590475206

- Word association for sexual health. (2014). *Declaration of sexual rights*. Hämtad från https://worldsexualhealth.net/wpcontent/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf
- World Health Organization. (2010). *Sexual and reproductive health*. Hämtad från 2020-04-13 from https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- World Health Organization. (2019). *Contraceptive Use by Method 2019*. Hämtad från <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/ContraceptiveUseByMethodDataBooklet2019.pdf>
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*. Hämtad från https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/
- Wylie, K., Rees, M., Hackett, G., Anderson, R., Bouloux, P.-M., Cust, M., . . . Wu, F. (2010). Androgens, health and sexuality in women and men. *Human Fertility*, 13(4), 277-297. doi:10.3109/14647273.2010.530966
- Wätterbjörk, I., Häggström-Nordin, E., & Hägglund, D. (2011). Provider strategies for contraceptive counselling among Swedish midwives. *British Journal of Midwifery*, 19(5), 296-301. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=61411340&site=ehost-live>
- Zielinski, R. (2013). Assessment of women's sexual health using a holistic, patient-centered approach. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(3), 321-327. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/jmwh.12044>

Bilaga 1 - söktabell

Databas och datum	Avgränsningar	Sökord	Antal artiklar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar i fulltext	Inkluderade artiklar (totalt inkluderade)
Scopus 2020-03-31	Engelska, 10 år, artiklar eller översikter	"Hormonal Contraception" AND "sexual function" AND women	46	11	11	6(6)
Cinahl 2020-03-31	-	"sexual dysfunction" AND women AND "Family Planning"	6	1	1	1(7)
Cinahl 2020-03-31	Female, Abstract available, Peer Reviewed	"sexual function" AND "women" AND "Contraception"	11	3	2	1(8)
PsycInfo 2020-03-31	10 år	"sexual function" AND "women" AND "Hormonal Contraception"	24	1	1	1(9)
PubMed 2020-04-01	Senaste 10 åren	"Hormonal Contraception" AND "sexual function" AND "women"	136	20	4	1(10)
Scopus 2020-04-09	Engelska, 10 år, artiklar eller översikter	"Hormonal Contraception" AND "sexual function"	41	10	10	1(11)
Sökningar utan träffar för inkluderade artiklar valdes att inte presenteras i tabellen.						

Bilaga 2 – Extraktionsformulär för samtliga inkluderade artiklar samt kvalitet på artiklarna.

Artikel 1	
Författare	Čiaplinskienė L., Žilaitienė B., Verkauskienė R., Žalinkevičius R, Bumbulienė Ž., Vanagienė V. & Bitzer J.
År	2016
Land	Litauen
Titel	The effect of a drospirenone-containing combined oral contraceptive on female sexual function: a prospective randomised study
Syfte	Effekten av progesteroninnehållande komb. P-piller med antiandrogen profil. Långcykelbehandling på kvinnlig sexuell funktion.
Metod	Prospektiv randomiserad studie. Två grupper som inte använt hormonellt preventivmedel där en av grupperna påbörjade en behandling med kombinerade hormonella preventivmedel. Uppföljning efter 3 månader. Etiskt godkännande.
Deltagar (Bortfall)	N=80 (0)
Intervention	En av grupperna blev nyinsatt på kombinerade hormonella P-piller.
Resultat	Att kombinerade hormonella preventivmedel kan ha en negativ påverkan på den sexuella funktionen för kvinnor.
Kvalitet	Hög

Fortsättning bilaga 2

Artikel 2	
Författare	Guida M., Carlo C.D., Troisi J., Gallo ., Cibarelli F., Martini E., Tiranini L. & Nappi R. E.
År	2016
Land	Italien
Titel	The sexuological impact of hormonal contraceptives based on their route of administration
Syfte	Utvärdera det sexuella funktionen vid användandet av olika hormonella preventivmedel jämfört med en icke-hormonell grupp.
Metod	Observationsstudie. 6 grupper med olika metoder med ett måttillfälle. Jämförde den sexuella funktionen med MFSQ. Etiskt godkännande.
Deltagar (Bortfall)	556 (0)
Intervention	Ingen signifikant skillnad mellan de studerade grupperna.
Resultat	Ingen signifikant skillnad mellan de studerade grupperna.
Kvalitet	Medelhög

Fortsättning bilaga 2

Artikel 3	
Författare	Guida M., Troisi J., Saccone G., Sarno L., Caiazza M., Vivone I., Cinque C. & Aquino C. I.
År	2019
Land	Italien
Titel	Contraceptive use and sexual function: a comparison of Italian female medical students and women attending family planning services
Syfte	Förstå hur utbildning påverkar val av preventivmedelsmetod och hur den sexuella funktionen påverkas av olika preventivmedel.
Metod	Kohortstudie. Jämförde en grupp med studenter och en grupp som inte var studenter och använde FSFI för att ta reda på hur den sexuella funktionen påverkades av olika preventivmedel. Etiskt godkännande.
Deltagar (Bortfall)	513 (0)
Intervention	Ingen
Resultat	Låg risk för sexuell dysfunktion hos icke-hormonella gruppen.
Kvalitet	Hög

Fortsättning bilaga 2

Artikel 4	Wallwiener C.W., Wallwiener L-M., Seeger H., Schönfisch B., Mueck A-O., Bitzer J., Zipfel S., Brucker S.Y., Taran F-A. & Wallwiener M.
Författare	Wallwiener M.
År	2015
Land	Tyskland, Österrike & Schweiz
Titel	Are hormonal components of oral contraceptives associated with impaired female sexual function? A questionnaire-based online survey of medical students in Germany, Austria, and Switzerland
Syfte	Undersöka samband mellan sexuell funktion och orala hormonella preventivmedel.
Metod	Observationsstudie Jämförde FSFI i olika grupper med hormonella eller ickehormonella preventivmedel. Etiskt godkännande
Deltagar (Bortfall)	4126 (0)
Intervention	Ingen
Resultat	Signifikant lägre sexuell funktion för kvinnor som användande orala hormonella preventivmedel.
Kvalitet	Hög

Fortsättning bilaga 2

Artikel 5	
Författare	Butt M. R., Lema V., Mukaindo A., Mohamoud G. & Shabani J.
År	2019
Land	Kenya
Titel	Prevalence of and factors associated with female sexual dysfunction among women using hormonal and non-hormonal contraception at the AGA Khan University Hospital Nairobi
Syfte	Jämföra sexuell dysfunktion med de som använde hormonella preventivmedel och de utan.
Metod	Kohortstudie. Jämför två grupper där en av dem använder hormonella preventivmedel och använder icke hormonella preventivmedel. Etiskt godkännande.
Deltagar (Bortfall)	596, 566 kvinnor slutförde studien. (30)
Intervention	Ingen
Resultat	Att det var högre prevalens för FSD med hormonella preventivmedel.
Kvalitet	Hög

Fortsättning bilaga 2

Artikel 6	
Författare	Smith N.K, Jozkowski K.N. & Sanders S.A.
År	2013
Land	USA
Titel	Hormonal Contraception and Female Pain, Orgasm and Sexual Pleasure
Syfte	Utforska den sexuella funktionen hos kvinnor som använder hormonella- och icke hormonella preventivmedel.
Metod	Observationsstudie Jämförde olika grupper som använde olika preventivmedel och hur de upplevde sin sexuella funktion bland annat. Etiskt godkännande.
Deltagar (Bortfall)	1101 (0)
Intervention	Ingen
Resultat	Kvinnor som använde hormonella prev upplevde mer sällan sexuell aktivitet, upphetsning, njutning och orgasm samt hade svårare med lubrikation.
Kvalitet	Hög

Fortsättning bilaga 2

Artikel 7	
Författare	Caruso S., Cianci S., Malandrino C, Cicero C., Presti L. L. & Cianci A.
År	2014
Land	Italien
Titel	Quality of sexual life of women using the contraceptive vaginal ring in extended cycles: Preliminary report
Syfte	Utvärdera den sexuella hälsan vid användandes av P-ring under långcykelbehandling av friska kvinnor.
Metod	Kohortstudie. Kvinnor som inte använt hormonella preventivmedel blev nyinsatta på P-ring med långcykelanvändning och följdes upp efter 1 och 2 cykler. Etiskt godkännande.
Deltagar (Bortfall)	73, 52 kvinnor som slutförde studien. (16)
Intervention	Deltagare var nyinsatta på P-ring.
Resultat	Signifikat bättre sexuell funktion vid användandet av långcykelanvändning av P-ring efter andra cyklen.
Kvalitet	Hög

Fortsättning bilaga 2

Artikel 8	
Författare	Wallwiener C. W., Wallwiener L-M., Seeger H., Mück A. O., Bitzer J. & Wallwiener M.
År	2010
Land	Tyskland
Titel	Prevalence of Sexual Dysfunction and Impact of Contraception in Female German Medical Students
Syfte	Utforska förekomsten av FSD och relationen mellan hormonella prev och FSD hos kvinnliga medicinstudenter.
Metod	Observationsstudie. Frågeformulär online till kvinnliga studenter och jämförde hur den sexuella funktionen påverkades av hormonella preventivmedel. Etiskt godkännande.
Deltagar (Bortfall)	1086
Intervention	Ingen
Resultat	ca 30% av deltagarna hade risk för FSD. Detta på grund av vilken preventivmedelsmetod de använde samt om de rökte. Hormonella prev resulterade i lägre FSFI.
Kvalitet	Hög

Fortsättning bilaga 2

Artikel 9	
Författare	Umran O. & Melike D.
År	2017
Land	Turkiet
Titel	Effect of the Contraceptive Methods on Female Sexual Function
Syfte	Utforska hur olika preventivmedel påverkade den sexuella funktionen.
Metod	Deskriptiv studie. Jämföra hur olika preventivmedel påverkade den sexuella funktionen genom att använda FSFI. Etiskt godkännande.
Deltagar (Bortfall)	479 (0)
Intervention	Ingen
Resultat	Sämre sexuell funktion vid användandet av intrauterin preventivmedel.
Kvalitet	Hög

Fortsättning bilaga 2

Artikel 10	
Författare	Malmberg A., Persson E., Brynhildsen J. & Hammar M.
År	2016
Land	Sverige
Titel	Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women
Syfte	Fastställa om minskning i sexuell lust är vanligare bland kvinnor som använder hormonella prev än kvinnor med en icke-hormonell metod samt om minskad lust är en orsak till byte av metod.
Metod	Tvärsnittstudie. Jämförde den sexuella funktionen hos kvinnor i olika åldrar med hjälp av ett eget formulär som kombinerade FSFI och MSFQ. Etiskt godkännande
Deltagar (Bortfall)	1851 (0)
Intervention	Ingen
Resultat	27% av de som använde hormonella preventivmedel upplevde bistande sexuell lust medan 13% av de som använde icke-hormonella preventivmedel.
Kvalitet	Hög

Fortsättning bilaga 2

Artikel 11	
Författare	Morotti E., Casadio P., Guasina F., Battaglia B., Mattioli M. & Battaglia C.
År	2017
Land	Italien
Titel	Weight gain, body image and sexual function in young patients treated with contraceptive vaginal ring. A prospective pilot study
Syfte	Undersöka hur P-ring påverkade BMI och i sin tur den sexuella funktionen.
Metod	Prospektiv kohortstudie. Jämförde hur den sexuella funktionen påverkades vid användandet av P-ring med uppföljning efter 6 månader. Etiskt godkännande
Deltagar (Bortfall)	21, 19 kvinnor som slutförde studien (2)
Intervention	Deltagare blev nyinsatta på P-ring.
Resultat	Ingen större påverkan på den sexuella funktionen vid användandet av P-ring
Kvalitet	Hög

Bilaga 3. Mall för kvalitetsgranskning av

observationsstudier

version 2012:2.1

Granskningen av en studie gäller i första hand studiekvalitet, dvs risk för systematiska fel och risk för intressekonflikter (A). I den sammanvägda bedömningen av alla inkluderade studier enligt GRADE inkluderar man också studiernas överensstämmelse (B), överförbarhet (C), precision (D), publikationsbias (E), effektstorlek (F), dos-responssamband (G) och sannolikhet att effekten är underskattad (H).

Författare: _____

År: _____

Artikelnummer: _____

Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten. Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

A. Granskning av studiens begränsningar – eventuella systematiska fel (bias)	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
A1. Selektionsbias				
a) Var de observerade grupperna rekryterade på ett tillräckligt likartat sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var de jämförda gruppernas sammansättning tillräckligt lika vid studiestart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Har korrigering av obalanser i baslinjevariabler mellan grupper med olika exponering/behandling gjorts på ett adekvat sätt i den statistiska analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer:				
Bedömning av risk för selektionsbias:		Låg / Medelhög / Hög		
A2. Behandlingsbias				
a) Var villkoren (utöver den behandling eller exponering som studerades) för grupperna under behandlings-/exponeringstiden tillräckligt likartade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var följsamhet gentemot behandling/exponering acceptabel i grupperna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer:				
Bedömning av risk för behandlingsbias:		Låg / Medelhög / Hög		

A. Fortsättning bilaga 3	Ja	Nej	Oklart	Ej till- lämpligt
A3. Bedömningsbias (per utfallsmått)				
a) Var utfallsmåttet okänsligt för bedömningsbias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var personerna som utvärderade utfallet <i>blindade</i> för studiedeltagarnas exponeringsstatus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Var personerna som utvärderade utfallet <i>opartiska</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Var utfallet definierat på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mättes utfallet på ett adekvat sätt med standardiserade/definierade mätmetoder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mättes utfallet på ett adekvat sätt med validerade mätmetoder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Har variationer i exponering över tid tagits med i analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Har utfallet mätts vid optimal(a) tidpunkt(er)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Var observatörsöverensstämmelsen acceptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Har studien tillämpat ett lämpligt statistiskt mått för rapporterad effekt/samband?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer:				
Bedömning av risk för bedömningsbias:		Låg / Medelhög / Hög		
A4. Bortfallsbias (per utfallsmått)				
a) Var bortfallet tillfredsställande lågt i förhållande till populationens storlek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var bortfallet lika stort inom grupperna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Var relevanta baslinjevariabler lika fördelade mellan bortfallen i interventions- och kontrollgruppen alternativt mellan olika exponeringsgrupper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Var relevanta baslinjevariabler lika fördelade mellan analys- och bortfallgruppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Var den statistiska hanteringen av bortfallet adekvat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer:				
Bedömning av risk för bortfallsbias:		Låg / Medelhög / Hög		

Bilaga 4 - Exkluderade artiklar

Exkluderade artiklar	Anledning till exkludering
Impact of an implantable steroid contraceptive (etonogestrel-releasing implant) on quality of life and sexual function: A preliminary study. Carlo et al. (2014).	Studien var inte etikprövad
Effects of different progestins in oral contraceptives on sexual function and well-being of women. Cetin et al. (2015).	Studien besvarade inte syftet
Women's Sexual Function, Satisfaction, and Perceptions After Starting Long-Acting Reversible Contraceptives. Higgins et al. (2016).	Studien besvarade inte syftet
Sexual function in first-time contraceptive ring and contraceptive patch users. Clarisa et al. (2010).	Studien besvarade inte syftet
Effects of estradiol valerate and dienogest on quality of life and sexual function according to age. Di Carlo et al. (2014).	Studien besvarade inte syftet
Menstrual cycle-related changes in plasma oxytocin are relevant to normal sexual function in healthy women. Salonia et al. (2005).	Studien besvarade inte syftet