

# **Ungas kunskap om sexualhälsa och preventivmedel - En kvantitativ studie**

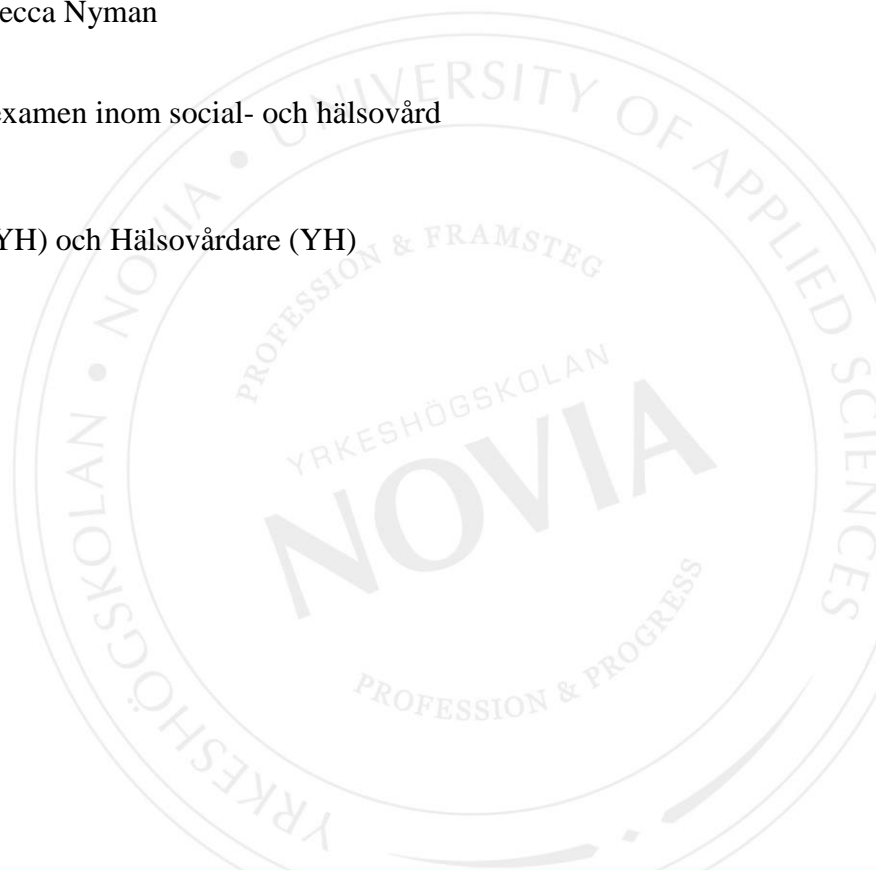
**Examensarbete för sjukskötarexamen**

Linnéa Kronkvist och Rebecca Nyman

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

Utbildning: Barnmorska (YH) och Hälsovårdare (YH)

Vasa, 2018



## EXAMENSARBETE

Författare: Linnéa Kronkvist och Rebecca Nyman  
Utbildning och ort: Barnmorska och Hälsovårdare, Vasa  
Handledare: Anita Wikberg och Maj-Helen Nyback

Titel: Ungas kunskap om sexualhälsa och preventivmedel – En kvantitativ studie

---

Datum 31.05.2017

Sidantal: 53

Bilagor: 3

---

### Abstrakt

Syftet med denna studie var att ta reda på ungdomars kunskap om sexualhälsa och preventivmedel. Genom en kvantitativ undersökning ville skribenterna få svar på om unga besitter den kunskap de förväntas ha efter grundutbildningen, om det behövs mera utbildning inom ämnet och vad hälsovårdare och barnmorskor kan göra för att förbättra kunskapen om sexualhälsa och preventivmedel.

Som teoretisk utgångspunkt valde skribenterna att använda sig av Orem's omvårdnadsteori. Studien utfördes med ett test som delades ut i ett finlandssvenskt gymnasium och i ett finlandssvenskt yrkesinstitut. Testet bestod av 28 slutna frågor varav 23 frågor var faktabaserade och de fem sista kartlägger respondenternas egna upplevelser.

Totalt deltog 76 unga i 16 till 20 års ålder i testet. Resultatet presenteras med stapeldiagram. Studien visade att unga som går i gymnasiet hade i de flesta fall mera kunskap om sexualhälsa och preventivmedel än unga som går i yrkesinstitut. I allmänhet besatt inte respondenterna, i denna studie, den kunskap de förväntades ha efter grundutbildningen. Resultatet kan hjälpa barnmorskor och hälsovårdare att få en överblick över hur unga lär sig bäst, hur unga vill lära sig och vilken kunskap de besitter.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Sexualhälsa, preventivmedel, unga, undervisning, kvantitativ studie, kunskap, Orem, egenvård, sexualitet, gymnasium, yrkesinstitut, test.

---

## BACHELOR'S THESIS

Authors: Linnéa Kronkvist and Rebecca Nyman  
Degree Programme and place: Midwife and Public Health Nurse, Vaasa  
Supervisors: Anita Wikberg and Maj-Helen Nyback

Title: Adolescents knowledge about sexual health and contraceptives – A quantitative study

---

Date 31.05.2017

Number of pages: 53

Appendices: 3

---

### Abstract

The purpose of this study was to explore the adolescents' knowledge about sexual health and contraceptives. Through a quantitative survey the writers wanted to answer whether or not the adolescents possess the knowledge they are expected to have after secondary school, if further education about the subject is needed and what the public health nurse and the midwife can do to enhance the knowledge about sexual health and contraceptives.

As theoretical framework, the writers chose Orem's nursing theory. The study was performed with a test that were handed out to Swedish-speaking Finns, one high school and one vocational institute participated. The test consisted 28 closed questions whereof 23 of the questions were based on facts and the five final questions addressed the respondents own experiences.

A total of 76 adolescence in 16 to 20 years of age participated in the test. The result is presented with bar graphs. The study showed that in most cases adolescents who studied in high schools had more knowledge about sexual health and contraceptives, than those who studied at vocational institutes. In general, none of the respondents in this study, had the knowledge they were expected to have after secondary school. The result can help midwives and public health nurses to get a view of how adolescents learn best, how adolescents wants to learn and what knowledge they possess.

---

Language: Swedish

Key words: Sexual health, contraceptives, adolescents, education, quantitative study, knowledge, Orem, self-care, sexuality, high school, vocational institute, test.

---

## Innehållsförteckning

|   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | Inledning.....   | 1  |
| 2 | Syfte och frågeställningar .....                         | 2  |
| 3 | Teoretisk utgångspunkt.....                              | 2  |
| 4 | Bakgrund .....   | 6  |
|   | 4.1 Begrepp av central mening .....                      | 6  |
|   | 4.2 Vad menas med kunskap och varifrån får vi den? ..... | 7  |
|   | 4.3 Sexualhälsa, en del av människans välmående .....    | 8  |
|   | 4.4 Undervisning i ämnet sexualhälsa .....               | 11 |
|   | 4.5 Preventionsmetoder .....                             | 14 |
| 5 | Metod .....  | 21 |
|   | 5.1 Kvantitativ metod .....                              | 21 |
|   | 5.2 Test.....  | 22 |
|   | 5.3 Urval.....   | 23 |
|   | 5.4 Etiska överväganden .....                            | 24 |
|   | 5.5 Praktiskt genomförande .....                         | 25 |
|   | 5.6 Deskriptiv statistik.....                            | 25 |
| 6 | Resultat .....   | 27 |
| 7 | Metoddiskussion.....                                     | 47 |
| 8 | Resultatdiskussion.....                                  | 50 |
|   | 8.1 Besitter unga den kunskap de väntas ha? .....        | 50 |
|   | 8.2 Behövs det mera undervisning?.....                   | 51 |
|   | 8.3 Vad kan hälsovårdaren och barnmorskan göra?.....     | 51 |
| 9 | Avslutning .....   | 52 |
|   | Källförteckning .....                                    | 54 |

## Bilageförteckning

|          |                    |
|----------|--------------------|
| Bilaga 1 | Informationsbrev   |
| Bilaga 2 | Test               |
| Bilaga 3 | Svaren till testet |

## 1 Inledning

Hälsokunskap infördes i Finlands skolor år 2004 och i detta ämne ingick läran om sex och samlevnad (Nordenmark 2011, 111–112). Sexualundervisningen börjar i lågstadiet, men kan tänkas vara mest i fokus under högstadietiden. De som sedan går vidare till gymnasiet får möjlighet att fördjupa sig i hälsokunskap medan personer som väljer att gå en yrkesutbildning inte längre har någon undervisning i ämnet. Enligt Institutet för hälsa och välfärd, THL, har personer med gymnasieutbildning bättre kunskap om sexualhälsa och preventivmedel, än de som gått en yrkesutbildning (THL 2015). Skribenterna har själva erfarenhet av varsin utbildning och vill nu undersöka om THL:s statistik berör Österbottens ungdomar i åldern 16 till 19, genom ett kvantitativt test.

I en artikel publicerad av MA Healthcare Ltd (2016) tas det upp att sexualundervisningen kommer upp i ett alltför sent skede i en ungdoms utveckling. De flesta ungdomar har redan upplevt sin första mens eller utlösning innan detta behandlas som ämne i skolan. Att lärare oftast tar upp sex och samlevnad i slutet av kursen kan orsaka onödigt lidande. Ett barn kan tro sig vara "onormal" på grund av att hen är tidigare eller senare i sin utveckling än sina klasskompisar, eftersom hen inte får tillräckligt bekräftat i undervisningen att det är normalt att utvecklas i olika takt. Sex blir till ett tabubelagt ämne eftersom det inte tas upp kontinuerligt och avslappnat utan sparas till sist och skall gås igenom under tidspress.

I Finland sker sexdebuten oftast vid 17 års ålder (Sjöblom 2013). Därför vill skribenterna undersöka specifikt den här åldersgruppen, eftersom detta är i medeltal det skede av livet när sex och samlevnad blir mer aktuellt för de flesta. Skribenterna anser att det är viktigt att ha en bra grundkunskap om sexualhälsa och preventivmedel för att kunna utveckla sin sexuella hälsa på ett sunt sätt. Skribenterna vill ta reda på om sexualundervisningen på första stadiet är tillräcklig eller om det behövs mera sexualundervisning även på andra stadiet. Med denna studie hoppas skribenterna få svar på, om ungdomar besitter den kunskap de förväntas ha efter grundutbildningen och vad barnmorskor/hälsovårdare kan göra för att förbättra kunskapen.

## 2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att ge insikt och kartlägga ungdomars kunskap om sexualhälsa samt preventivmetoder. Vi vill veta om grundutbildningen i sexualhälsa och preventivmetoder ger unga den kunskap de väntas ha. Denna kunskap vill vi rikta till barnmorskor och hälsovårdare.

För att uppnå syftet med detta test ställs följande frågor:

Besitter unga den kunskap de väntas ha efter grundutbildningen, inom sexualhälsa och preventivmedel?

Behövs det mera undervisning inom ämnet i grundutbildningen?

Vad kan hälsovårdaren och barnmorskan göra för att förbättra kunskapen hos unga?

## 3 Teoretisk utgångspunkt

Detta arbete kommer att ha Dorothea Orems generella teori om omvårdnad som teoretisk utgångspunkt. Skribenterna vill påvisa vikten av ungas egna kunskap när det gäller sexualhälsa och preventivmedel, samt att barnmorskor och hälsovårdare har en central roll i förmedlingen av denna kunskap. I en studie gjord av Hayter (2006) beskrivs vikten av att lära ut genom att hänvisa till teoretikern Foucault som i en intervju uttrycker sig så här: *“In order to really care for oneself, one must listen to the teachings of a master”*. Alltså för att en person skall kunna ta hand om sig själv måste hen lära sig detta av en professionell.

Även Orem definierar teorin om egenvård som ett måste för människans välmående. Utan egenvård klarar sig inte människan och egenvården sker jämt och ständigt. Orem anser att egenvård inte kommer av sig själv, utan människan bör lära sig den. Ibland behövs även en andra part som kan lära ut och hjälpa till med människans egenvård, till exempel en professionell vårdare. (Orem 1995, 172–176).

Enligt utbildningsstyrelsen (2004) måste eleven ha kunskap om hur hen kan göra för att upprätthålla god hälsa. Eleven måste alltså få en grundläggande utbildning i bland annat sexualhälsa och preventivmedel för att senare kunna använda denna kunskap i sin egenvård. Orems teori består egentligen av tre olika delar, och tillsammans bildar de den så kallade “generella teorin om omvårdnad”. Denna teori har för syfte att förklara hur man hjälper

patienter med aktiviteter de inte klarar av själva, samt hur man främjar deras egen funktion och vilka problem som kan uppstå vid egenvården. (Kirkevold 2000, 148–149).

Den första del-teorin är egenvård. Orem använder tre begrepp för att förklara teorin, egenvård, egenvårdsbehov och egenvårdskrav. Egenvård innebär att människan frivilligt gör något som främjar eller upprätthåller hens hälsa, denna egenvård består av värdering, planering och genomförande. Människan bestämmer alltså först vad som är nödvändigt att göra för att upprätthålla välbefinnande, efter det planerar hen hur det skall genomföras och sedan genomför hen den planerade åtgärden. (Kirkevold 2000, 149–150).

Egenvården skall i denna teori stå i linje med egenvårdsbehoven som indelas i universella-, utvecklingsmässiga- och hälsorelaterade behov. De universella behoven är sådana behov som antas röra hela mänskligheten och innefattar åtta punkter som bör hållas i balans för att en person skall ha en god hälsa. Dessa är enligt Orem; syre, vätska, föda, eliminering, balans mellan sömn och aktivitet, balans mellan att vara ensam och social, förebyggande av fara för liv och hälsa samt främjande av funktion i sociala sammanhang. Utvecklingsmässiga egenvårdsbehov syftar på att människan behöver olika vård i olika stadier i livet och antar att utvecklingen fortsätter från att människan föds till att hen dör. De hälsorelaterade behoven rör människor som till exempel har skador, lider av någon sjukdom eller har något funktionshinder. Till dessa egenvårdsbehov har Orem listat sex saker människan måste bemästra för egenvård. Förmågan att söka hjälp för sina besvär, sköta sin eventuella sjukdom oberoende om det gäller terapi, medicinering eller rehabilitering, iaktta biverkningar, acceptera och lära sig leva med sitt hälsotillstånd. (Kirkevold 2000, 150–152).

De åtgärder som krävs för att egenvårdsbehoven skall bli uppfyllda är det som Orem kallar egenvårdskrav. För att beräkna en persons egenvårdskrav beaktas till exempel det befintliga egenvårdsbehovet, hur behoven skall tillfredsställas och vilka metoder som används för att möta behoven. (Kirkevold 2000, 152).

Den andra del-teorin är egenvårdsbrist där egenvårdskapacitet och egenvårdsbegränsning är två viktiga ord. Egenvårdsbrist är enligt Orem en förklaring till varför en person behöver vård. Egenvårdskapacitet är den kunskap människan har om hur hen bör vårda sig själv och denna kunskap varierar till exempel vid ålder, livserfarenhet och utbildning. Egenvårdskapacitet är beroende av människans fysiska och psykiska kunskap och funktion. Orem menar också att egenvårdsbegränsningar bör indelas i tre kategorier, dessa är

begränsning i kunskaper angående egenvård, saknat kunnande i att uppskatta och ta beslut samt att människan inte klarar av att göra saker som ger ett bra resultat. (Kirkevold 2000, 152–153).

Den tredje del-teorin kallar Orem "omvårdnadssystem". Omvårdnadssystemet handlar till skillnad från de ovanstående delar, om den som vårdar istället för att patienten vårdar sig själv. Orem antar att alla situationer ser liknande ut, där finns en person som har kunskap att se behoven och sedan tillgodose dessa behov, samt att en person behöver hjälp och inte kan hjälpa sig själva, denne kan vara helt hjälplös eller delvis hjälplös. Systemet är indelat i tre andra begrepp, det första är omvårdnadskapacitet, vilket innebär att vårdaren bör besitta kunskap som kräver inriktad utbildning. Denna person behöver också ha viljan och den praktiska färdigheten att omvårda den andre. Orem har även skapat en väg för vårdare att organisera åtgärder, detta kallar hon till "omvårdnadsprocessen". Denna process börjar med att vårdaren tar fram en diagnos, ordinerar vårdåtgärder, behandlar och förmår att byta riktning om situationen så kräver. (Kirkevold 2000, 154).

För att utföra omvårdnadsprocessen har Orem tagit fram det andra begreppet "hjälpmetoder" som betyder att vårdaren använder sig av fem redskap vid vårdåtgärder. Vårdaren vägleder och lär en annan person, gör saker åt den behövande, ger stöd och utgör en utvecklande omgivning för personen. (Kirkevold 2000, 155).

Det sista begreppet är omvårdnadssystem, detta är när patienten och vårdaren interagerar i en vårdsituation genom att tillämpa hjälpmetoder. Omvårdnadssystemet delas i sin tur in i tre olika omvårdnadssystem; Fullständigt kompenserande omvårdnadssystem där patienten inte klarar av att göra egenvårdsåtgärder, exempelvis en funktionshindrad. Delvis kompenserande omvårdnadssystem är när både vårdare och patient hjälps åt med hjälpmetoderna. Stödjande/undervisande omvårdnadssystem innebär att vårdaren guidar patienten vid utföranden av egenvårdsåtgärder. (Kirkevold 2000, 155–156).

Enligt Kirkevold är grundtanken i denna teori att människan har all förmåga och möjlighet till att främja sin hälsa och ta till vara denna. Att motverka och förebygga eventuell sjukdom finns i våra handlingar. Dock krävs det vid vissa tillfällen mer hjälp än vad individen har kapacitet till och då behövs vårdarens sakkunnighet. Målet är att vårdaren skall så gott det går hjälpa individen att återfå sin fulla egenvårdskapacitet. (Kirkevold 2000, 159).

Antaganden i Orem's studie är att människan är ett medvetet, förnuftigt väsen med en god handlingsförmåga. Orem påstår att om individen har kunskap om vad som förutsätter god hälsa så kommer personen i fråga att använda sig av denna kunskap. Hon vill förmedla att människan vill sitt eget bästa. En viktig beståndsdel i hennes grundsyn är lämplighet, ändamålsenlighet. (Kirkevold 2000, 159).

Orem anser naturen vara uppdelad i allomfattande strukturer, dessa beskrivs som normala och/eller avvikande. Samma syn har hon på människan, individen har färdigt utsatta, sunda strukturer och funktioner inom fysiologiska, psykologiska och kognitiva faktorer. Gällande det sociala anser Orem att det är konstruerat kring människans roller. Rollerna baserar sig på hur människor är gentemot varandra och vilka sociala positioner som finns emellan dem. Till exempel mellan sjukskötare och patient, patienten får rätt så automatiskt patientrollen medan sjukskötaren får sin sjukskötarroll när hen har bevisat sin kompetens för detta. (Kirkevold 2000, 160).

När individen skall lära sig om egenvård handlar det om den kulturella dimensionen. Inläringen sker på olika sätt, till exempel via sociala och kulturella sammanhang, denna information skall människan använda sig av på ett lämpligt sätt. I Orem's antagande och värderingar nämns vetenskapen och hennes syn på detta, omvårdnad för henne ses som en "praktisk vetenskap". Hon pratar för ett vetenskapligt synsätt vid vårdandet av människan. Vetenskapen handlar om att ha en kunskapsbas för att kunna utföra och säkerställa goda handlingar när det kommer till omvårdnad. (Kirkevold 2000, 160).

Kirkevold har reflekterat kring teorins hållbarhet rent praktiskt, hur läsaren tolkar teorin och om den går att implementera i verkligheten. Inom sjukvårdssammanhang kan man säga att det är aktuellt med Orem's tankesätt gällande människans vilja och motivation att tillvarahålla sin hälsa genom handlingar. Viktigt i de flesta fall i dagens läge är individens egna färdigheter, både utanför och i sjukvården. I dessa fall kan man säga att teorin om egenvården kan kopplas till verkligheten. Om hennes beskrivning av egenvård kan kopplas till verkligheten är dock inte alla gånger säkert. Kirkevold anser att hennes upprepningar om individens funktionella handlingar verkar i vissa fall överdrivna. Enligt Orem kan man koppla hennes teori till alla omvårdnadssituationer, teorin skall framstå som väldigt allomfattande och övergripande. Orem har detaljerat förklarat vad en sjukskötare skall tänka på när hen utför vård och undervisar patienter i deras egenvård. Att garantera kroppslig integritet och funktion är någonting som Orem sätter stor tyngd på, och genom att ge

konkreta beskrivningar av nödvändiga åtgärder försöker hon säkerställa detta. (Kirkevold 2000, 162–163).

Teorin tillämpar sig till flera olika områden gällande omvårdnad. Ett exempel på detta kan vara teorin om egenvårdsbrist, den kan sjukskötare använda som mall för att lära ut kunskap åt patienter som behöver lära sig att utföra olika egenvårdshandlingar. Teorin om egenvård lämpar sig som beskrivning till den “icke-professionella” egenvården, alltså den vård som sker utanför hälso- och sjukvårdens väggar. Kirkevold tycker dock att det krävs en vidareutveckling av den delen av teorin. Teorin om omvårdnadssystem ger för dåliga riktlinjer för hur man skall klara av att ta hänsyn till de egenvårdsbehov som beskrivs. Den anses bara kunna användas som värdesättning av patienters olika vårdbehov inom de tre områdena. I stora drag anses Orems teori kunna användas som en riktlinje i vissa omvårdnadssituationer, som en referensram för sjuksköterskor och som vägledning till målet. (Kirkevold 2000, 164).

## **4 Bakgrund**

I detta kapitel definieras ord som är av central mening i arbetet. Skribenterna kommer bland annat att ta upp olika preventivmedelsmetoder, vad sexualhälsa innebär samt hur dessa ämnen lärs ut i grundskolan, både enligt den gamla och den nya läroplanen.

Skribenterna har valt att syntetisera tidigare forskningar i kapitlet och har använt databasen Ebscohost och de sökord som har använts är bland annat adolescents, birth control, contraceptives, sexual health, sexuality och youth. Sökningarna har begränsats till “Full text” och endast studier från år 2000 fram till 2017.

### **4.1 Begrepp av central mening**

#### **Kunskap**

Kunskap är att veta, att ha kännedom som värvats antingen genom studier eller genom erfarenhet. Kunskapen kan vara allmän eller inom skilda specialiteter. (Svenska akademiens ordbok 2014).

#### **Sexualhälsa**

Ett tillstånd, i relation till sexualitet, av fysiskt, psykiskt, emotionellt och socialt välbefinnande (World health organization 2015).

## Undervisning

”Den grundläggande utbildningen ordnas i form av undervisning som ges av klasslärare, ämnesundervisning som ges av lärare i olika läroämnen, elevhandledning som ges av elevhandledare samt specialundervisning som ges av speciallärare.” (Förordning om grundläggande undervisning 1998/852).

## Preventivmedel

Preventera betyder förhindra och det är vad man strävar efter med preventivmedel. Dels att förebygga graviditet men också att förhindra könssjukdomar. (Svenska akademiens ordbok 2014).

## 4.2 Vad menas med kunskap och varifrån får vi den?

Definition av ordet kunskap i svenska akademiens ordbok (2014) lyder såhär:

*“förhållande(t) att veta ngt l. att hava närmare kännedom om ngt l. att vara bevandrad l. hemmastadd på olika erfarenhetsområden, vetande, kännedom, kunnighet; ofta konkretare, dels om enskilt medvetenhetsinnehåll som innebär ett vetande om ngt, dels om summan av vad man vet om ngt l. på ett l. flera olika erfarenhetsområden; särsk. i fråga om (systematiskt, omfångsrikt) vetande som inhämtats gm studier l. yrkesutövning o. d. (o. som innebär en fördjupad insikt i tingens l. livsföreteelsernas allmänna väsen o. sammanhang).”*

Som tidigare nämnts är kunskap att veta, att ha kännedom som värvats antingen genom studier eller genom erfarenheter. Kunskapen kan vara allmän eller inom skilda specialiteter. Kunskap delas oftast in i två kategorier; empirisk och analytisk kunskap. Den empiriska kunskapen baserar sig på en persons upplevelse av omvärlden medan den analytiska kunskapen bygger på logik. (Kunskapsbörsen 2016).

“Ungdomar och sexualitet” är en rapport via Socialstyrelsen i Sverige 2010, där det framkommer att 55 procent av flickor och 65 procent av pojkar i åldern 15-19 år får den huvudsakliga kunskapen om preventivmedel och sexuellt överförbara sjukdomar via skolundervisningen. Andra informationskällor var ungdomsmottagningen, internet och genom diskussion med vänner eller med sin partner. Resultaten var olika i de olika åldrarna och beroende på kön. Pojkar sökte till exempel upp mer information via internet, medans flickor kände sig mera bekväma att gå till en ungdomsmottagning för att få information. (Nordenmark 2011, 43).

### 4.3 Sexualhälsa, en del av människans välmående

I detta kapitel kommer det beskrivas vad sexualhälsa innebär, sexuella rättigheter samt hur sexualhälsa kan ta sig uttryck i till exempel olika sexuella läggningar. Vi har valt att begränsa oss till hälsoaspekten av sexualiteten och att inte fördjupa oss i till exempel könssjukdomar och andra faktorer som kan förhindra den sexuella hälsan.

Det är många faktorer som bör beaktas när begreppet sexualhälsa sammanfattas, det är inte enbart den fysiska sexuella delen som skall vara god för att man kan räkna sig ha sexuell hälsa. Folkhälsan tar upp några delar som bör uppfyllas vid god sexualhälsa. Ansvar är den första delen, en ung person i en relation skall kunna ta sitt ansvar över både sig själv och sin partner i relationen. Mänsklighet är nästa punkt, idag finns det många olika ideal, krav och funderingar kring hur en person skall bete sig eller se ut och detta kan påverka ungdomen både positivt eller negativt. Nästa punkt, olikhet, bland alla dessa krav måste den unga förstå att det finns olikheter bland alla människor och att detta i slutändan inte får orsaka bristande jämställdhet. Sista punkten handlar om respekt, både gentemot sig själv och sina medmänniskor, en god grund av självkänsla och social kompetens förstärker denna respekt, "att våga säga nej men också att kunna säga ja, att kunna ge men också att våga ta.". (Folkhälsan 2016).

*"Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled." (World health organization 2015)*

Enligt World health organization, WHO, (2015) är god sexuell hälsa när människan känner ett välbefinnande i den emotionella, psykologiska, fysiologiska och sociala sexualiteten. Respekt och positivt tankesätt till sex och sexuella relationer är något som krävs för god hälsa. Att kunna njuta av säkert sexuellt umgänge, utan våld eller diskriminering. Allas sexuella rättigheter måste bli respekterade, beskyddade och fullföljda för att sexuell hälsa skall kunna uppnås och behållas.

De sexuella rättigheter som gäller för varje individ är bland annat rätten att ingå äktenskap och bilda familj, rätten till att bestämma antalet barn som tillhör familjen samt avståndet till

barnen, rätten till jämlikhet, åsikts- och yttrandefrihet, rätt till god sexualhälsa och social trygghet, rätten att få utbildning och information och rätten att inte utsättas för prygel eller grym förnedring (WHO, 2017).

Att ha en uppfattning om vad sexualitet innebär sägs vara ett måste för att god sexualhälsa skall vara möjlig. Sexualitet kan definieras som något människan genomgår hela livet. Sexualitet handlar bland annat om att känna välbehag och sexuell kärlek, finna sin könsidentitet och sexuella läggning. Sexualitet kan genomlevas via fantasier, tankar, egna föreställningar och synsätt. Interaktionen mellan bland annat det sociala, psykologiska, biologiska, kulturella, juridiska och religiösa, påverkar sexualiteten, samma faktorer som gäller för sexualhälsa. (WHO 2017).

Att ha god självkänsla och en uppfattning om ens egen identitet är viktiga faktorer för att förebygga ohälsa förknippade till sexualhälsa. Att ha en grund av sexualkunskap och en förmåga att hantera relationer till andra människor är även viktiga ståndpunkter för en god sexuell hälsa. (Folkhälsomyndigheten 2016).

Sex anses som ett av människans grundbehov, människan har en sexuell längtan och önskan om att uttrycka denna, antingen med sig själv eller med en partner. Sexuell hälsa handlar också om reproduktion, lust och drift. Inte nödvändigtvis att ha sex för att få barn, utom att ha sexuellt umgänge för kärlekens skull. Till en början kärleken till din partner och i många fall, att senare ha viljan att ge kärlek till ett barn. Lusten och driften är något som inte bara kan ge ett barn utan ger även njutning. I alla relationer vill man inte få barn och idag är det ganska lätt åtgärdat med hjälp av effektiva preventivmedel. Detta betyder att sex inte alltid behöver leda till fortplantning. (Heberlein 2004, 41, 45).

En bra och trygg relation är något som kan ses som god sexuell hälsa. Att känna en gemenskap med en annan människa, dela ett liv tillsammans. När det handlar om relationer nämner Heberlein (2004, 72–73) att sexualitet borde ha relationen i centrum, inte en relation med sexualiteten i centrum. Sexualiteten borde vara där för att berika relationen, inte vara något avgörande för relationens framtid. En relation kan vara med om många skeden under livets gång.

Kärlek till varandra behöver inte alltid vara grunden för en relation, det finns även "kontraktbaserade relationer" där individerna är utbytbara och människan har endast ett

instrumentellt värde. Det kan ses på det sättet att i väntan på den rätta nöjer man sig med det som finns (Heberlein 2004, 42–43). I en studie gjord i England påstås det att sexuell intimitet kan vara lika lätt som en vanlig handskakning, speciellt hos en del unga. Detta medför risker att radera den sexuella hälsan. (Skidmore & Hayter 2000).

En sund sexuell hälsa är när det inte finns några fördomar, diskrimineringar, våld eller tvång inblandat i relationen. Oberoende läggning, ålder, handikapp eller kön har alla en naturlig längtan och rättighet att uttrycka sig sexuellt, antingen med sig själva eller tillsammans med någon annan. (Heberlein 2004, 40–41).

Det blir allt vanligare med olika sexuella läggningar. Homosexualitet är en sexuell läggning där människan attraheras eller fattar tycke för en person av samma kön. En man som tycker om en annan man kan kallas bög och en kvinna som tycker om en kvinna kan kallas lesbisk. Att vara bisexuell innebär att en person kan fatta tycke för båda könen. Alla utstrålar vi vår sexualitet på olika sätt, vissa inte alls och andra är mera öppna med sin läggning. Det är olika från individ till individ hur stor påverkan sexualiteten har på ens personlighet och utstrålning. Det finns ingen i omgivningen som har rättighet att baserat på utseende eller beteende, bestämma vilken läggning en annan person har. (Regnbågsankan u.å).

Trots att homo- bi- och transsexualitet, hbt sexualitet, är vanligare idag än tidigare finns det mycket ojämställdhet mellan hbt- och heterosexuella personer. Hbt personer får stå upp för sin läggning mer än heterosexuella. I vissa delar av världen händer det att de blir fängslade eller till och med mördade på grund av sin läggning. Så nära som i Ryssland är det enligt lag förbjudet att uttrycka positiva tankar om homo- eller bisexualitet och i till exempel Uganda kan hbt personer få fängelse på livstid för sin läggning. (Löfgren-Mårtenson 2013, 38).

Riskbeteenden som till exempel självmord och missbruk är det större sannolikhet att inträffa hos homosexuella som blir trakasserade i skolan än hos heterosexuella (Magnusson och Häggström-Nordin 2009, 307). Enligt en brittisk artikel skriven av Pearson och Rabie (2010) strävar man efter att skolhälsovården skall ge ut information enligt alla de behov som finns i dagens samhälle. Informationen skall ta upp ämnen kring bisexualitet, homosexualitet och transsexualitet för att ungdomarna skall slippa känna ovisshet och våga uttrycka sin riktiga sexualitet. Det är viktigt att skolhälsovården visar förståelse för den här gruppen av människor och förstår vilken önskan de har. I artikeln framkom det att fyra av fem ungdomar som var hbt kände att skolan inte gav möjlighet till det stöd som de behövde och ett flertal

av dem kände sig otrygga i skolmiljön. Så många som sextio procent av hbt ungdomar känner att de varken i skolan eller hemma har någon vuxen att prata med, om deras sexuella läggning.

#### 4.4 Undervisning i ämnet sexualhälsa

I detta kapitel kommer skribenterna att fördjupa sig i den undervisning ungdomar får i skolan, olika sätt för unga att få information om sexualhälsa, samt hur man kan främja inläringen av undervisningen.

I den finska läroplanen (Utbildningsstyrelsen 2004) beskrivs det vad som bör läras ut till elever i ämnet hälsokunskap. När en elev gått ut årskurs nio är det meningen att hen skall bland annat kunna identifiera beteenden som främjar hälsa och förebygger ohälsa samt vad som förorsakar ohälsa. Eleven skall förstå helheten med fysisk, psykisk och social utveckling, individualitet, att kunna utnyttja sina hälsokunskaper till att förebygga ohälsa och att förstå vikten av sociala relationer och tillhörighet. Hälsokunskap sträcker sig brett från relationer och samlevnad till miljön och folksjukdomar, medans ämnen som sexualhälsa och preventivmedel är en väldigt liten del av undervisningen i sin helhet. Biologin stödjer dock den sexuella delen när den har som avsikt att undervisa eleven om kroppens utveckling och variationer i denna. Puberteten, hur man skyddar och tar hand om sin kropp samt fortplantningen tas också upp.

*“Eleven känner till grunderna för sexuell hälsa, olika preventivmedel och preventivmetoder och deras betydelse, kan motivera och resonera om ett ansvarsfullt sexuellt beteende” (Utbildningsstyrelsen 2004).*

Det som krävs för att eleven skall tilldelas vitsordet åtta, alltså goda kunskaper i ämnet hälsokunskap måste eleven bland annat behärska det som nämns i ovanstående citat. Även hur man bygger, upprätthåller och följer rekommendationerna för sunda relationer i vardagen, är ett kriterium för godkänt betyg. (Utbildningsstyrelsen 2004).

Den nya läroplanen som kommer i kraft under år 2017 ser i stor del ut som den tidigare läroplanen, men vad gäller ämnet hälsokunskap sätts mer fokus kring kommunikation, att kunna hantera konfliktsituationer samt att kunna uttrycka sina åsikter och känslor på ett moget och sunt sätt. Även datateknik spelar en stor roll i dagens teknologiska värld och därför används den allt mer i undervisningen. (Utbildningsstyrelsen 2014).

Enligt Wallin m.fl.:s studie som refereras av Nordenmark (2011, 113–116) är målet för sex och samlevnadsundervisningen att ungdomarna skall fatta kloka beslut och utveckla ett jämlikt synsätt på relationer. I materialet kommer det fram hur undervisningen bör fokusera mera på sexuell lust och njutning, innehållet borde även vara anpassat till elevernas behov och verklighet. Elever som får undervisning i ämnet tycker det är viktigt med en lärare som kan ämnet bra och är öppen för diskussion och samtal. När det gäller sex och samlevnad har ungdomar ofta en hel del frågor och det krävs att läraren utstrålar en känsla av trygghet så att ungdomarna vågar fråga. Slutsatsen med Wallins forskning visar att man borde fokusera på ungdomarnas energi och nyfikenhet mer än att ta upp riskerna med sex och ha förtroende till de unga och deras kunskap.

Wallin menar (enligt Nordenmark 2011, 113–116) att man väcker ungdomarnas intresse att delta i undervisningen, genom att till exempel låta elevernas frågor vara grunden för undervisningens samtalsämne. Eleverna kan kartlägga skolans normer och berätta om vilka kränkningar och trakasserier som finns, läraren kan även tipsa om informationskällor dit ungdomarna kan vända sig med frågor. Att låta studerande ha huvudrollen i undervisningen ökar engagemanget (Medeiros, et.al. 2011).

Nordenmark (2011, 123) refererar Wallins studie (2010), som visar att gästföreläsare är en god komplettering till den undervisning som fås i skolan. Gästföreläsare har sakkunskap och är vana med att svara på frågor och kommentarer från ungdomarna. Ett annat utlärningsätt som har visat positiv verkan är så kallad "peer education", vilket betyder att unga lär ut åt andra unga. Enligt en artikel skriven av Zimlich (2016) har föräldrarnas engagemang en stor roll i barnets sexuella hälsa. Sättet föräldrarna intresserar sig och lär ut kan öka användningen av preventivmedel och skjuta upp sexdebuten hos den unga.

Sex och samlevnad innehåller en hel del normer och värderingar, det gäller att ta upp dessa i undervisningen. Man skall låta ungdomarna tänka på i hurudant samhälle vi lever i och i hurudant samhälle de skulle vilja leva i. De unga skall själva ha möjlighet att gå sin egen väg och bli uppmuntrade till detta, men de bör ha en öppen syn på omvärlden- (Nordenmark 2011, 113–116).

I Sverige tog sexualundervisningen ett stort steg framåt i slutet av 1800-talet när läkaren Karolina Widerström började föreläsa i en flickskola i Stockholm. Efter det blev det allt fler

som ville ha undervisning inom ämnet. Sverige, 1955, var det land som var först i världen med att ha sexualundervisning som ett obligatoriskt ämne i skolan. Eftersom detta var nytt sågs det inte som en tillgång förrän på 70-talet när liberaliseringen slog till. Synen på sex blev nu annorlunda. Med denna liberalisering och någon form av okunskap ökade antalet konstaterade HIV och AIDS smittade. På 80-talet kom trenden "säkert sex", undervisningen fokuserade därefter på hur man skulle skydda sig från sjukdomar och graviditet genom att använda kondom. Efter att antalet smittade med HIV minskade har vi nu landat i ett mellanting av dessa två; man skall skydda sig mot könssjukdomar, men också kunna njuta av sex. (Löfgren-Mårtenson 2013, 36–37).

Utbildningen till preventivmedelsrådgivare fick sin start på 1970-talet i Finland. Samarbetet mellan rådgivningarna och skolorna visade stor betydelse i de ungas kunskap inom området. Som tidigare nämnts infördes hälsokunskap i Finlands skolor år 2004, och i undervisningen ingick sex och samlevnad. Det utbildades åtminstone en lärare i varje skola som skulle kunna undervisa i ämnet. I årskurserna 7–9 har ungdomarna fått cirka 20 timmar sexualundervisning sedan år 2006 i Finland. (Nordenmark 2011, 111–112).

Enligt statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (2011/338) bör rådgivning idag stödja både barnen och deras föräldrar, inte bara när det gäller tillväxt, motion och näring utan även inom sexualhälsa och preventivmedel. Rådgivningen skall stödja barns och studerandes sexuella utveckling, denna rådgivning kan ske på rådgivningsbyrå eller också vid skolhälsovården.

Sexualundervisningen är ett av ämnena som kommer att ändra struktur i och med läroplanens ändringar år 2017. Lärarna får nu läsa fem studiepoäng sexologi inom hälsokunskap. Dels på grund av denna nya läroplan och dels tack vare lärarnas nya kunnande har Folkhälsans initiativ "Sexsnack" fått lägga ner efter ungefär tio år av verksamhet. (Personlig kommunikation med sakkunnig i sexuell hälsa, 19.02.2015).

Folkhälsans initiativ "Sexsnack" var en organisation som åkte runt till skolor i Svenskfinland och föreläste om sexualitet, preventivmedel, könssjukdomar och mycket mer. Drygt 30 000 barn och unga i tio till aderton års åldern deltog i undervisningen genom åren. Vid lågstadium, högstadium och gymnasium har efterfrågan varit störst, tyvärr inte så stor hos yrkesinstitut. Undervisningsmaterialet var anpassat till åldersgruppen och tog hänsyn till om

gruppen tidigare hade fått undervisning av sexsnackarna. Föreläsarna var andra unga och vuxna som valts ut genom intervju, de utvalda fick utbildning inom ämnet och fortbildning två gånger per termin. (Personlig kommunikation med sakkunnig i sexuell hälsa, 17.10.2016).

Sexsnackarnas fokus låg främst på en positiv och hälsosam bild av sex. På en föreläsning kunde ungdomar bland annat få tips på var man kan få hjälp om man varit med om ett övergrepp, hur man kommunicerar med sin partner och hurdana preventivmedel som finns att fås. Under föreläsningar använde ”Sexsnack” sig inte enbart av undervisning utom även av diskussion, demonstration och praktiska övningar. Genom att interagera med gruppen kunde föreläsaren under föreläsningen forma om materialet beroende på gruppens tidigare kunskap. (Personlig kommunikation med sakkunnig i sexuell hälsa, 17.10.2016).

I och med förändringarna i läroplanen fortsätter också elev- och studerandevården att utvecklas. Man vill fortsätta sänka tröskeln till att använda sig av vårdtjänsterna som finns i studiemiljön samt involvera eleven och vårdnadshavaren i besluten som görs för elevens framtida hälsa och välmående. (Utbildningsstyrelsen 2014).

## **4.5 Preventionsmetoder**

Det finns många sorters preventivmedel som fungerar på olika sätt, till näst kommer skribenterna att beskriva inte bara hormonella, yttre- och inre barriärmetoder utan också naturliga och alternativa preventivmetoder. Olika preventivmedels verkan på kroppen, hur de förhindrar graviditeten samt eventuella biverkningar som kan förekomma vid användningen kommer att tas upp.

Kombinerade hormonella metoder såsom p-piller, p-plåster och p-ring (vaginalring), innehåller gestagen och ett östrogen vilka båda är syntetiska, alltså konstgjorda hormoner. Gestagen liknar vårt naturliga hormon, progesteron och de flesta p-piller innehåller östrogenet etinylöstradiol. Dessa fungerar så att de påverkar hypofys- och hypotalamussystemet vilket i sin tur leder till att follikeltillväxten samt ägglossningen hämmas. Det som också händer i kvinnans kropp är att sekretet i livmoderhalsen blir segt vilket leder till att spermier inte kommer upp i livmodern och vidare till ägglarna för att möta det obefruktade ägget. Livmoderslemhinnan blir också tunnare och ogynnsam för ett eventuellt befruktat ägg. (Odlind, et.al. 2008, 35–36).

Kombinerade hormonella metoder är alltså en väldigt säker metod eftersom det verkar på tre sätt i kroppen. Enligt Pearl Index inträffar 0,5–1,5 graviditeter per 100 kvinnor per år, hos de som använder p-piller korrekt. (Odlind, et.al. 2008, 34–37).

Det finns olika sorters dosering på p-piller. De verksamma ämnena i monofasiska p-piller har samma dos varje dag, medan trefasiska p-piller varierar under månadens gång. De flesta trefasiska p-pillren börjar med en låg gestagensdos som sedan ökar två eller tre gånger under månadens gång. Östrogendosen hålls normalt konstant genom hela månaden, men kan i vissa preparat också höjas i mitten av perioden och sedan sänkas till slutet igen, detta för att undvika konstant höga hormonnivåer i kroppen. (Odlind, et.al. 2008, 38).

P-piller har inte bara den positiva effekten att man undviker graviditet utan kan också förhindra ovarie- samt endometrie-cancer. Kvinnan slipper för det mesta smärta vid menstruation samt att det kan normalisera menstruationsrubbnings. (Odlind, et.al. 2008, 39–40). Järnbristanemi, som kan uppstå vid rikliga blödningar, samt akne undviks också med denna preventionsmetod (Carlbring 2010, 15–16). Negativa effekter eller så kallade biverkningar kan vara till exempel illamående, spända bröst, humörsvängningar och minskad sexlust. Dessa biverkningar går oftast om eller lindras destu längre tid kvinnan äter samma preparat. (Odlind, et.al. 2008, 39–40).

Risken för blodpropp ökar vid användning av p-piller. Enligt Healthcare Traveler (2012) har användare av p-piller med det verksamma ämnet drospirenon upp till tre gånger större risk att insjukna i blodpropp än kvinnor som använder andra slags p-piller. Robb-Nicholson (2004) vill påminna om att inte bara blodproppsriskerna ökar vid användning av p-piller utan också risken för stroke, hjärtattack och bröstcancer. Dessa risker minskar efter att kvinnan slutat äta p-piller. Robb-Nicholson (2004) menar också att de positiva effekterna av p-pilleranvändningen, såsom minskad risk för ovarie- och endometrie-cancer och tarmcancer håller i sig en längre tid efter att kvinnan slutat använda p-piller.

En artikel i Contemporary OB/GYN (2006) beskriver att risken för blodpropp är ännu högre om kvinnan använder sig av p-plåster eftersom dosen hormon är så pass mycket högre i blodomloppet, jämfört med ett p-piller som skall ta sig igenom mag-tarmkanalen.

Minipiller består endast av gestagen och i mycket lägre dos än hos p-piller. Eftersom bara gestagen, gulkroppshormonet, används är det mest cervixsekretet som påverkas och blir segt. Livmoderväggen får en avstötande effekt vilket gör att det eventuellt befruktade ägget inte kan fastna och börja växa i livmodern. (Carlbring 2010, 21). Ägglossningen påverkas delvis men ger inte det fullständiga skyddet om kvinnan glömmer att ta sin tablett. Enligt Pearl Index är förekomsten av graviditeter 2–6 per 100 kvinnor per år. Minipiller är att rekommenderas för personer med risk för venös tromboembolisk sjukdom eller med blodtrycksproblem. (Odlind, et.al. 2008, 34, 51–52).

Mellandoserade gestagenpiller fungerar på samma sätt som minipiller och har samma verksamma ämne, gestagen. Skillnaden är att dosen gulkroppshormon är mycket högre i mellandoserade gestagenpiller, detta gör att ägglossningen totalt uteblir. (Carlbring 2010, 21). Mellandoserade gestagenpiller har ett PI på 0,5–1,5 (Läkemedelsverket 2006, 7).

Biverkningar vid användningen av minipiller kan vara spända bröst, oregelbunden eller utebliven menstruation. Många kvinnor använder sin mens som ett klartecken på att hon inte är gravid, om kvinnan är bekväm med att inte ha denna indikator är utebliven menstruation inte ett problem. Det kan också hända att kvinnan får tätare blödningar än vanligt. (Odlind, et.al. 2008, 52). Något som är viktigt med minipiller är att de tas varje dag vid samma tidpunkt. Detta har dock blivit mer flexibelt, det nyare pillret ger kvinnor ett svängrum på 12 timmar eftersom det verkar i upp till 36 timmar efter det senaste intaget. (Practice nurse 2004).

P-staven är ett, i tändsticksstorleks, preparat som placeras i överarmen. Ett snitt görs under lokalbedövning och p-staven förs in med ett speciellt verktyg. P-stavens hormon verkar på cervix sekretet samt ägglossningen men även endometriet. Man kan välja mellan en kapsel som håller upp till tre år eller välja att sätta in två kapslar för att få fem års skydd. Denna preventivmetod är mycket säker och har ett pearl index på 0,9 för kvinnor under 50 kg och 1,1 för kvinnor över 70 kg. Tyngre kvinnor har alltså större sannolikhet att bli gravida. (Odlind, et.al. 2008, 54–55).

Biverkningarna är vanligtvis oregelbunden menstruation och kan förbli sådan under det första året. Spända bröst samt förvärrad akne är också vanligt. P-staven är som minipiller, ett alternativ för de som inte kan använda kombinerade p-piller på grund av hälsorisker. (Odlind, et.al. 2008, 55).

P-sprutan är ett alternativ för kvinnor som inte vill eller kan ta preventivmedel dagligen. Denna injektion ges intramuskulärt var tredje månad. Det verksamma ämnet är medroxiprogesteronacetat och förhindrar ägglossning totalt i åtminstone tre månader åt gången. (Odlind, et.al. 2008, 55).

Det är viktigt att informera kvinnan om biverkningarna vid denna preventivmetod eftersom det handlar om en stor dos hormon vid ett tillfälle och det tar åtminstone sex månader innan man återfår fertiliteten. Även blödningarna är väldigt oförutsägbara och kan försvinna helt. Andra biverkningar hormonpreparatet kan förorsaka är aptitförändringar, depression och minskad sexlust. P-sprutan påverkar också att den egna östrogenproduktionen avtar under behandlingen, detta ökar risken för osteoporos på långsikt. Pearl Index visar 0,1–0,5 graviditeter. (Odlind, et.al. 2008, 34, 55–56).

Kopparspiralen är inte gjorda av enbart koppar utan oftast av plast med tillsatt koppartråd runt spiralen. Kopparjonerna i spiralen fungerar först och främst på spermerna, men har också en negativ effekt på endometriet med tanke på graviditet. (Odlind, et.al. 2008, 57).

Biverkningarna av denna preventivmetod är oftast kraftigare blödningar och längre menstruationsperioder. Mellanblödningar är dock inte normala och förutsätter att spiralen tas ut. Menstruationssmärter kan också öka efter insättning. Kopparspiraler med en kopparyta på mer än 250 mm<sup>2</sup> har ett PI på 0,7–1,0. (Odlind, et.al. 2008, 34, 57–58). En risk med kopparspiral är att den kan växa ut ur livmodern, den kan även lossna med menstruationsblödning, men dessa händelser inträffar väldigt sällan (Carlbring 2010, 25).

Hormonspiralen ser likadan ut som kopparspiralen, men verkar med levonorgestrel som är ett gestagen. Denna spiral håller i upp till fem år och påverkar främst endometriet genom att göra det till en ogynnsam miljö för det befruktade ägget. (Odlind, et.al. 2008, 34, 62). Det finns även hormonspiraler som håller tre år åt gången och fungerar på samma sätt (Bayer AB 2016). Levonorgestrel har också en stor påverkan på cervixsekretet vilket gör att spermerna inte kommer fram. Ägglossningen sker däremot normalt. Pearl Index visar 0,2–0,6. (Odlind, et.al. 2008, 34, 62).

Biverkningarna av hormonspiralen är få. Risk för infektion efter insättning finns men biverkningar såsom spända bröst och humörsvängningar är ovanliga. Även

menstruationsblödningarna minskar efter någon månads användning. (Odlind, et.al. 2008, 62–63). Risken för att hormonspiralen skall perforera livmodern är väldigt liten och den anses vara lika säker som att kvinnan skulle äta p-piller i fråga om skydd mot graviditet. Efter att hormonspiralen tagits ut finns det inget som indikerar att det skulle finnas svårigheter att återfå fertiliteten. (Shih, et.al. 2012).

Yttre barriärmetoder är det enda preventivmedlet som skyddar mot sexuellt överförbara sjukdomar. Om kondomen används på rätt sätt skyddar den både mot graviditet och mot könssjukdomar. Kondomen är gjord av gummit latex, men det finns också kondomer av plast för gummiallergiker. (Odlind, et.al. 2008, 65–66).

Det har även introducerats en kondom för kvinnor, en så kallad "Femidom". Den fungerar på samma sätt som en kondom men placeras i slidan på kvinnan innan samlag. Denna kondom skyddar också kvinnans yttre genitalier, eftersom femidomen breder ut sig utanför slidan. (Rfsu 2015).

Kondomer kan köpas i nästan alla mataffärer och är ett prisvärt skydd, detta gör att de är lätta att få tag på, samtidigt som det är en av de effektivaste preventivmetoderna om den används på rätt sätt (Janouch 2006, 86–87). Chanserna att bli gravid är 3–14 enligt Pearl Index (Läkemedelsverket 2006, 7). Nackdelar med dessa metoder är att kondomen kan spricka eller glida av under samlaget och på så sätt kan sperma komma in i slidan. Det här händer sällan om man har rätt storlek och inte använder tänderna eller vassa naglar när kondomen hanteras. (Janouch 2006, 86–87).

Att använda kondom för att skydda sig mot könssjukdomar har länge varit det enda alternativet, men när kondomen för kvinnor kom på marknaden blev användningen något annorlunda. Kelvin et al. (2011) rapporterar att män i New York har tagit till sig trenden att använda femidomen till analsex. Det finns inga bevis på att femidomen fungerar lika effektivt vid analsex som vid vaginalsex, som den är designad för. Vårdare som blivit intervjuade i Kelvin et al. (2009) studie tycker att det är bättre att använda femidomen än ingenting alls, trots att man inte riktigt är säker på hur hållbar den är till detta ändamål. Vårdarna var också osäkra på hur praktiskt det var att använda femidom, precis som de intervjuade sexarbetarna i studien gjord av Mack et al. (2010) i USA. Sexarbetarna tyckte att femidomen var obekvämt, stor till formatet och svår att sätta in (Mack, et.al 2010). Männerna i New York meddelade också att femidomen inte gav dem samma sexuella njutning,

men också att de tog bort den innersta ringen i femidomen och efter det upplevde de att femidomen oftast läckte eller gick sönder (Kelvin, et.al. 2011).

Pessar är en gummikopp som sätts in i slidan, denna finns i olika storlekar och måste passas ut av en läkare eller barnmorska. (Odlind, et.al. 2008, 66). Denna gummikopp skall sättas in innan någon som helst könslig kontakt har skett mellan parterna och sedan lämnas kvar i slidan i sex timmar efter samlaget (Janouch 2006, 91). Pearl index visar 6–20 (Läkemedelsverket 2006, 7).

Pessar kan ha en positiv effekt vad gäller att förhindra könssjukdomar. Om den används rätt täcker den livmodermunnen och kan på så sätt förhindra smittan och ännu effektivare om den används samtidigt som spermicider. (Harvey, et.al. 2003). Pessar rekommenderas inte i Finland och kan heller inte köpas här, dock är det inte “olagligt” att prova ut en i till exempel Sverige och ta den till Finland (Kolster 2013).

Spermicider är ett spermiedödande medel som används samtidigt som kondom eller pessar (Odlind, et.al. 2008, 66). Endast vagitorier går att köpas i Finland och denna förs in i slidan där den smälter och bildar ett skum som skall döda spermier. Nackdelen med detta preventivmedel är att den behöver ungefär tio minuter att smälta, samt att man bör lägga in en ny vid varje samlag. Vagitorien ger inte ett hundra procentigt skydd och måste därför användas tillsammans med andra preventivmedel som kondom. (MSD 2014, 19).

Det finns flera olika sätt att sterilisera en kvinna men alla är irreversibla. Man kan använda sig av metallringar/clips runt äggledaren för att förhindra äggets passage, men man kan också skära av äggledaren helt och hållet. Detta ingrepp görs med laparoskopi medan kvinnan är nedsövd. Efter ingreppet kan viss smärta uppstå och oregelbundna blödningar. (Odlind, et.al. 2008, 72–73). Pearl Index för denna metod är ungefär 0,1–0,5 (Läkemedelsverket 2006, 7).

En relativt ny metod är ett implantat som sätts in via slidan och upp i äggledarna. Implantatet växer där samman med äggledarna och förhindrar att spermier kommer åt att befrukta ägget, medan ägglossningen fortfarande fortskrider normalt. Denna sterilisering är också irreversibel, men till exempel nedsövning och fula ärr i buken undviks. Känsla av obehag och smärta kan förekomma under ingreppet, men de flesta kvinnor kan återgå till ett normalt liv efter ett par dagar. Metoden fungerar endast om implantatet sätts och hålls i båda äggledarna. (Bayer AB 2015).

Manlig sterilisation görs under lokalbedövning och en kirurg klipper av sädesledarna på vardera sida. Även en bit av sädesledarna tas bort för att undvika att de hittar tillbaka till varandra och läker ihop. Manlig sterilisering förhindrar spermier att komma ut ur penis vid ejakulationen. (Odlind, et.al. 2008, 73).

Det mannen skall tänka på efter detta ingrepp är att det ännu finns sädesvätska kvar i de yttre delarna av könsorganet och i sädesblåsorna, mannen bör därför använda sig av ett annat preventivmedel i ungefär tre månader efter ingreppet. Ett spermprov tas sedan för att kontrollera att alla spermier är borta. Sterilisering är en metod där det utlovas nästan hundra procentigt skydd mot graviditet. PI 0,1–0,5 (Läkemedelsverket 2006, 7). Sterilisering är ett stort beslut att fatta eftersom det är svårt att återställa en manlig sterilisering. (Carlbring 2010, 26–27).

Med naturliga preventivmetoder menas att man endast använder sig av sin egen kropp. Till exempel "coitus interruptus" eller avbrutet samlag innebär att mannen drar ut penis innan han ejakulerar. (Odlind, et.al. 2008, 69). Denna metod förutsätter att mannen har kontroll över sin utlösning. Många unga män lider dock av för tidig utlösning, vilket betyder att han i princip inte kan kontrollera när han ejakulerar. (Janouch 2006, 93).

Man kan också använda sig av säkra perioder där kvinnan mäter sin temperatur dagligen och på så sätt skiljer det en stegring på ca 0,5 grader vid ovulation. Denna metod förutsätter att kvinnan har väldigt regelbunden mens och att kroppen ger utslag vid ägglossning. (Odlind, et.al. 2008, 69). Man bör också komma ihåg att spermier kan överleva i slidan i upp till fem dygn då de ännu kan befrukta ägget, de riktigt säkra perioderna blir därför ganska korta och chansen att bli gravid är ungefär 20 av 100 kvinnor på ett år (Carlbring 2010, 9).

Billingsmetoden är en annan metod där kvinnan måste vara bekant med sin egen kropp. Denna metod går ut på att kontrollera sitt vaginalsekret för att få reda på när ägglossning sker. Vid ovulation bildas tunt och "trådigt" sekret medan det i andra fall är mera klabbigt och mindre i mängd. (Odlind, et.al. 2008, 70).

Laktationsamenorré metoden kan endast användas av kvinnor som helammar, som för sex månader sedan genomgick förlossning och fortfarande har amenorré efter förlossningen. Kvinnan är alltså infertil efter förlossningen på grund av amningens effekt på ovulationen

och detta anses nu som en naturlig preventivmetod. (Odlind, et.al. 2008, 70–71). Ett ungefärligt PI vid laktationsamenorrhé är 0,8–1,2 (Läkemedelsverket 2005, 7).

Akut p-piller eller dagen efter piller är inte en metod som skall användas i en längre tid eftersom skyddet mot graviditet avtar vid frekvent användning. Akut p-piller hämmar och skjuter upp ägglossningen och bör tas senast 72 h efter det oskyddade samlaget. (Odlind, et.al. 2008, 67). Det finns också produkter som kan tas upp till fem dagar efter oskyddat samlag (HRA Pharma 2015). Om en befruktning redan har skett kan denna inte avbrytas m.h.a. akut p-piller (Carlbring 2010, 29). Kopparspiralen kan också användas som akutpreventivmedel om den sätts in 5–6 dagar efter oskyddat samlag (Odlind, et.al. 2008, 68).

Biverkningar för denna metod är illamående, huvudvärk och spända bröst. Nästa mens kan komma på oberäknad tid. (Odlind, et.al. 2008, 67). En till tre procent av användarna blir gravida trots användningen av akut p-piller (Carlbring 2010, 30).

## 5 Metod

Skribenterna har valt att använda den kvantitativa metoden för att undersöka hurudan kunskap de unga besitter gällande sexualhälsa och preventivmedel. I detta kapitel presenteras valet av närmelsesätt för studien samt hur insamlingen av data kommer att ske.

### 5.1 Kvantitativ metod

Skribenterna valde att använda sig av den kvantitativa metoden eftersom det ligger i studiens intresse att ett stort antal personer deltar samt att ha många olika frågor. Skribenterna valde att göra ett test av kvantitativ sort. (Bell 2009, 115).

Den kvantitativa metoden innebär mest planering före själva studien görs, sedan när man samlat in data går det snabbt att sammanställa om man förberett sig tillräckligt. Ett bra test med raka frågor gör inmatningen av data oproblematiserad, nackdelen är då istället att respondenten, studerande som svarar på testet, inte har möjlighet att motivera sitt svar. (Eliasson 2006, 30).

## 5.2 Test

För att få så mycket information som möjligt, på kort tid, av många olika studerande användes ett test i pappersformat. Skribenterna delade också ut testet till fler personer än vad skribenterna själva ville ha statistik på, för att eventuella bortfall kan förekomma. Dock brukar bortfallet vara väldigt litet eftersom ett grupptest gjordes, där alla i en klass fick möjligheten att svara. Nackdelarna med grupptest är att klasskamraterna kan påverka varandra att svara på testet mot deras vilja eller rent av manipulera sina svar för att de inte vågar svara uppriktigt. (Henricson 2012, 139, 141, 145).

Själva testet görs så kort som möjligt för att respondenterna inte skall bli uttråkade och oeftertänksamma när de svarar. Skribenterna kommer att noggrant välja ut de frågor som är mest relevanta och inte upprepa frågor för att undvika irritation. Testet kommer att prövas på frivilliga innan det riktiga data samlas in. Frågorna i testet kommer att vara slutna eller också fasta frågor med olika svarsalternativ. Frågorna skall vara så tydliga och icke ledande som möjligt, och endast en frågeställning per fråga för att undvika förvirring. (Denscombe 2009, 216–217, 219, 221).

Alla studerande har gått i ett högstadium och därför fått någon slags undervisning inom sexualhälsa och preventivmedel. Beroende på vilken bok som använts och hur mycket som tagits upp om ämnet, samt hur intresserade eleverna har varit, har de antagligen olika kunskap. Skribenterna valde att basera frågorna i testet utgående från bokserierna "Hälsokunskap för åk 7–9" och ur "Skolans biologi, människan" som används i ett högstadium. Skribenterna var själva bekanta med bokserierna och valde därför att grunda frågorna från dessa, för att få så hög validitet på testet som möjligt.

Kapitlen som berör sexualhälsa är de mest väsentliga för testet. En av skribenterna läste högt medan den andra tog fasta på de huvudsakliga fakta och skrev ner detta i korthet. Tillsammans vände skribenterna fakta till frågor och rätta svar, de övriga svarsalternativen fick fantasin skapa. Frågorna framställdes på ett tydligt och rakt sätt så att det inte fanns rum för misstolkningar. Det har lagts stor vikt på frågornas formulering och frågor som innehåller ordet "inte" undveks för att förminska möjligheterna till missförstånd. För att säkerställa kvaliteten på testet bad skribenterna sina klasskamrater att kontrollera testets innehåll och uppbyggnad, och därefter kommentera om det var något som ansågs oklart. Efter denna respons ändrades utseendet på testet och blev mera logiskt samt lättare att få en överblick över. Båda skribenterna hade även varsitt par försökspersoner ur sin bekantskapskrets som

fick pröva testet, för att kontrollera hur lång tid utförandet tar och om det eventuellt fanns något som ännu kunde justeras.

Utseendemässigt gjordes testet med ett större mellanrum mellan raderna för att göra det enklare för respondenterna att få en uppfattning om vilka svarsalternativ som hör till vilka frågor. Testet var uppdelat i två delar, den första delen med de faktabaserade frågorna och den andra delen innehåller frågor där respondenterna har möjlighet att välja mellan olika svarsalternativ, utifrån det som stämmer in med deras egna åsikter. Svarsalternativen är fortfarande fasta.

### **5.3 Urval**

Som tidigare nämnts är sexdebuten i Finland runt 17 års ålder därför har vi valt att studera just den här gruppen av ungdomar (Sjöblom 2013). Skribenterna anser att unga i denna åldersgrupp är den grupp som behöver mest kunskap, eftersom de kanske ännu inte har egen erfarenhet att utgå ifrån.

Eftersom det inte finns resurser och möjlighet att få svar av alla ungdomar på andra stadiet i Finland begränsas studien till svenskspråkiga i Österbotten. Därifrån har det valts ut ett gymnasium samt ett yrkesinstitut som deltar. Möjligheten att få svar av alla studerande i dessa skolor finns inte, alltså måste studien begränsas ännu en gång till en årskurs i varje skola. Skribenterna har valt årskurs två eftersom genomsnittet är över 17 år och passar bäst in på målgruppen. För att få ett större antal respondenter har några klasser från varje skola deltagit.

En studie med ett sådant urval är en kontrollerad studie med en så kallad jämförelsegrupp. I denna studie används den prospektiva versionen, vilket betyder att data samlas in i realtid från två olika grupper, tills tillräckligt med data har samlats in. Efter detta produceras ett resultat och en eventuell jämförelse görs. Fördelen med denna studie är att den är ganska enkel och behändig. Det gäller att komma ihåg att två grupper sällan är helt jämförbara med varandra, därför kan ingen slutsats göras utan möjligheten till flera alternativ i resultatet måste beaktas. (Henricson 2012, 124).

## 5.4 Etiska överväganden

Med tanke på etiska överväganden kommer studien att vara anonym och enkäten och tillhörande material kommer att behandlas konfidentiellt. När studien utförs bör det förmedlas till respondenterna att studien är frivillig. Det skall tydligt komma fram, att de som svarar på testet, förblir anonyma. (Bell 2005, 147).

Om rektorn för skolan anser att studien som skall utföras är av nytta för studerande och för skolan behövs inte ett särskilt samtycke av vårdnadshavarna. Om ett barn som är över 15 år vill delta i undersökningar borde det inte finnas några etiska hinder. (Forskningsetiska delegationen 2012–2014). Eftersom denna studie riktar sig till studerande som är mellan 16 och 19 år, behövs inget särskilt tillstånd av föräldrarna. Henricson (2012, 82) understryker att barn över 15 år för det mesta kan ta egna beslut och kan själva bestämma om de vill vara med i studien eller inte.

Det är viktigt att forskarna försäkras om att allt görs på rätt sätt från början, för att stärka säkerheten i hela studien. Det är viktigt att forskarna förklarar till respondenterna före studien påbörjas, hur man kommer att gå till väga, vad resultatet kommer att användas till och om resultatet kommer att spridas ut till utomstående och naturligtvis målet med undersökningen. Om undersökningen har ett samband med forskarnas utbildning, vilket är fallet i denna studie, kan man nämna detta till respondenterna. Det kan uppstå förvirring om forskarna och respondenten har olika uppfattningar om vad konfidentialitet och anonymitet betyder, det är därför viktigt att ta upp detta före studien inleds. (Bell 2005, 63–64).

Det är skillnad på anonymitet och konfidentialitet, om respondenten är anonym skall inte ens forskarna veta vilket svar som hör till vilken person, men om materialet är konfidentiellt så skall respondenten inte kunna identifieras i resultatet men forskarna vet vem som deltog. (Bell 2005, 54–57, 64). Anonymiteten kommer i denna studie inte att vara möjlig på grund av att skribenterna själva kommer att närvara vid insamlingstillfället och därmed ser vem som deltar. Materialet kommer dock att behandlas konfidentiellt.

Innan forskarna ger ut resultatet av undersökningen till utomstående, om så är tänkt, kan ett exemplar ges till respondenterna för godkännande. Om studien skall utges till utomstående personer skall det framgå vem som kommer att ha tillgång till resultatet. Om forskarna upplever att de inte kan uppfylla de olika etiska kraven i studien borde detta ses över och

ändras till något som kan upprätthållas. (Bell 2005, 53,59,64). Skribenterna kommer att skicka ut ett exemplar av den färdiga studien till vardera skolan som deltagit.

## **5.5 Praktiskt genomförande**

Skribenterna tog kontakt med rektorn i ett gymnasium via epost, där studien presenterades i korthet och bilaga 1 och bilaga 2 bifogades. Skribenternas och ansvariga handledarens kontaktuppgifter gavs ut ifall frågor skulle uppstå. Eftersom svaret dröjde, kontaktade skribenterna gymnasiet per telefon och kom då överens om en preliminär tid för utdelning och insamling av testet, tiden bekräftades senare via e-post.

Den bestämda dagen för insamlingen inföll höstterminen 2016. Skribenterna började med att presentera sig och sitt arbete tillsammans framför hela årskurs två. Två klasser valdes sedan slumpmässigt ut av lärarna och skribenterna tog ansvar över varsin klass. Skribenterna påminde respondenterna ännu en gång om att testet är anonymt och delade ut frågeformulären. Utförande av testet tog ca 10–15 minuter för respondenterna i gymnasiet. Efter undersökningen delades de rätta svaren på de faktabaserade frågorna ut till båda klasserna som deltog. Detta för att respondenterna skulle få möjlighet att kontrollera svaren.

Skribenterna tog också kontakt med ett yrkesinstitut, på samma sätt som med gymnasiet, dock hade de inte möjlighet att delta på grund av att eleverna var ute på praktik under hösten, skribenterna fick därför flytta fram insamlingstillfället till vårterminen 2017.

Efter att ha kontaktat flera yrkesinstitut hittade skribenterna ett yrkesinstitut som hade möjlighet att delta i studien. Skribenterna skickade ut informationsbrevet (bilaga 1) och en kopia på testet (bilaga 2). När respondenternas ansvariga lärare inte hörde av sig med ett passande datum för insamling av testen, mejlade skribenterna återigen. Det visade sig att testet redan var ifyllt av respondenterna i detta skede. Skribenternas avsikt var att närvara vid insamlingstillfället i yrkesinstitutet för att utföra testet på samma sätt som det gjorts i gymnasiet, för att säkerställa studiens reliabilitet. De ifyllda testen från yrkesinstitutet skickades med post till en av skribenternas hemadress.

## **5.6 Deskriptiv statistik**

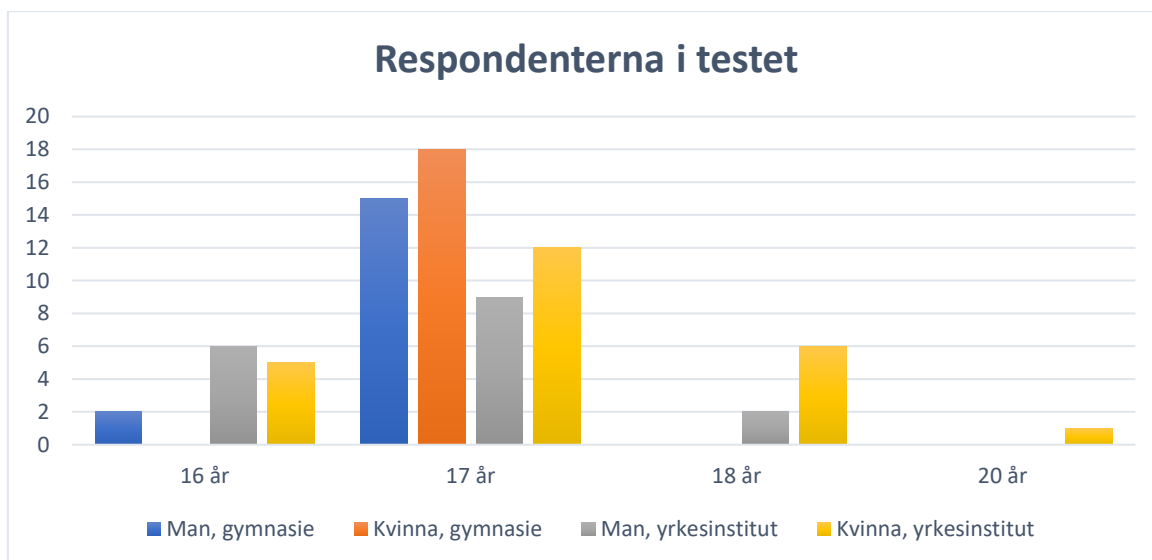
Deskriptiv statistik eller beskrivande statistik, används oftast i kvantitativa forskningar. Till att börja med beskrivs personerna som deltagit i undersökningen för att visa läsaren, i helhet, vem respondenterna är. I denna studie visar skribenterna detta till exempel genom att visa

ålder och kön. Centralmättet visar var medeltalet i respondenternas svar ligger, detta ger en beskrivande bild över till exempel den genomsnittliga åldern hos respondenterna. Skribenterna använder sig av programmet Microsoft Excel, ett kalkylprogram och genom detta program skapas stapeldiagram som åskådliggör resultatet. (Henricson 2012, 309, 311).

## 6 Resultat

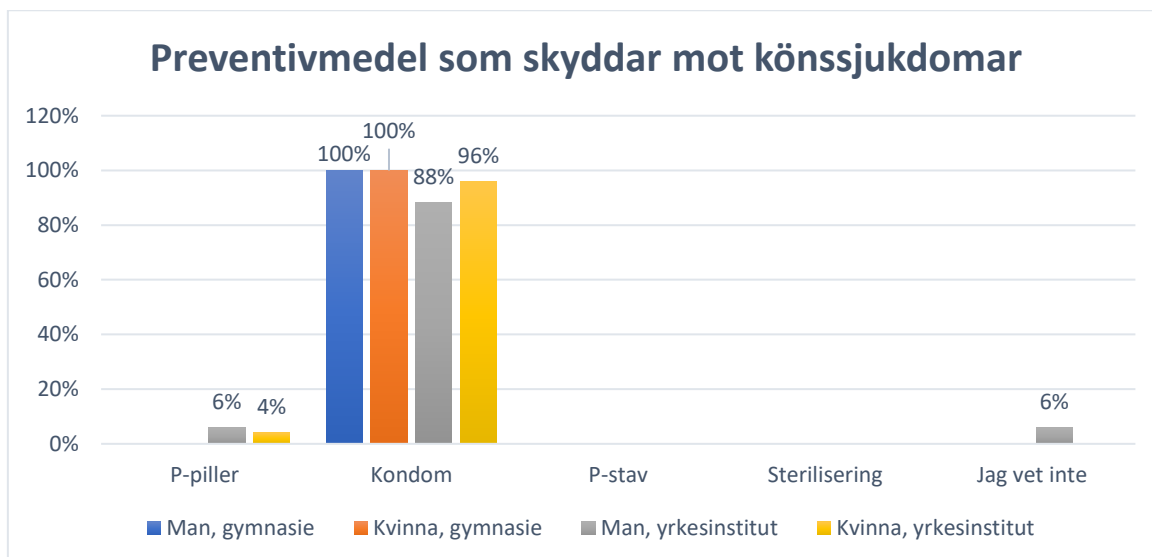
För att få en bättre överblick över resultatet har skribenterna valt att dela in respondenterna i grupper och namngett dessa utifrån kön och skola. Männerna från gymnasiet benämns med GM och kvinnorna från gymnasiet med GK. Männerna från yrkesinstitutet har beteckningen YM och kvinnorna från yrkesinstitutet med YK.

I testet deltog sammanlagt 76 unga. Av dessa var 34 deltagare män och 42 kvinnor.



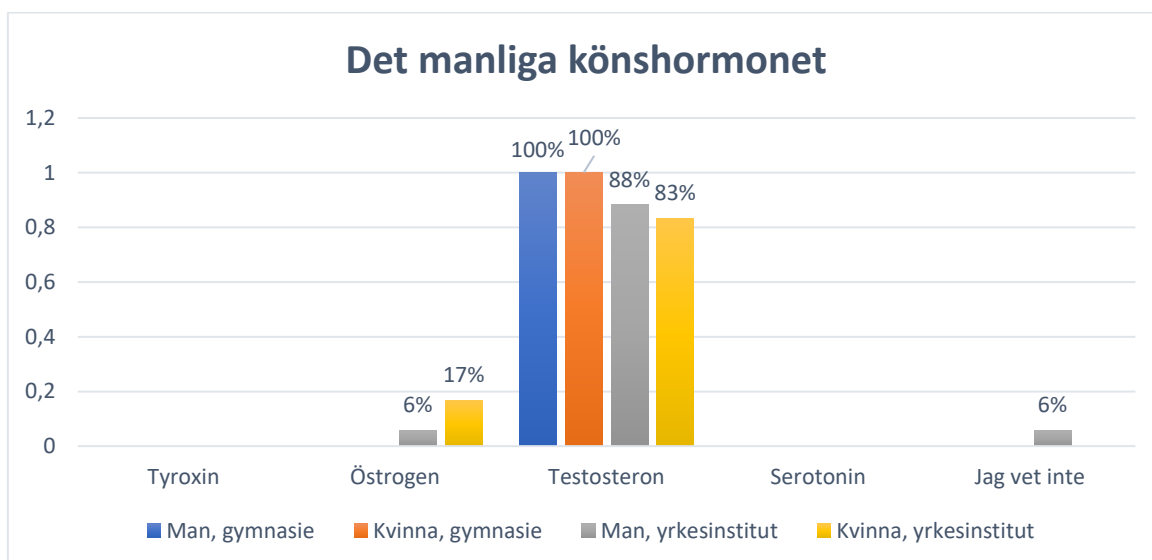
**Diagram 1. Respondenternas ålder och kön. N= 76**

Respondenterna för testet hade en ålder mellan 16 och 20 år. De flesta var 17 år fyllda, 88% (n=15) GM, 100% (=18) GK, 53% (n=9) YM och 50% (n=12) YK. Det fanns även några 16 åringar, 12% (n=2) GM, 35% (n=6) YM och 21% (n=5) YK. 18 och 20 åringar fanns det bara bland respondenterna från yrkesinstitutet, 12% (n=2) av männen var 18 år och 25% (n=6) av kvinnorna. 4% (n=1) av kvinnorna från yrkesinstitutet var även 20 år fyllda. Skribenternas önskan var att åldern hos respondenterna skulle vara mellan 16-19 år. Utöver den ena respondenten som fyllt 20 år, var alla i rätt ålder.



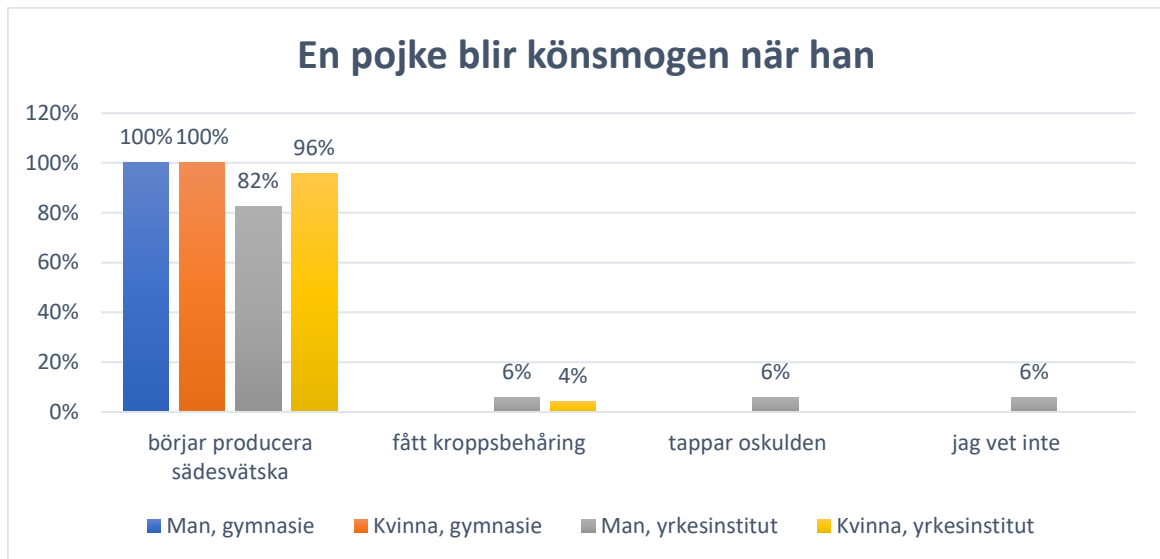
**Diagram 2. Vilket är det enda preventivmedel som skyddar mot könssjukdomar? N=76**

Kunskapen kring vilket preventivmedel som skyddar mot könssjukdomar är uppdelat på detta sätt, 100% (n=17) GM och 100% (n=18) GK visste att kondomen var det enda rätta svaret. Av YM svarade 88% (n=15) kondom och 6% (n=1) svarade p-piller. YK:s svar var motsvarande med 96% (n=23) som kryssat i kondom och 4% (n=1) som valt p-piller.



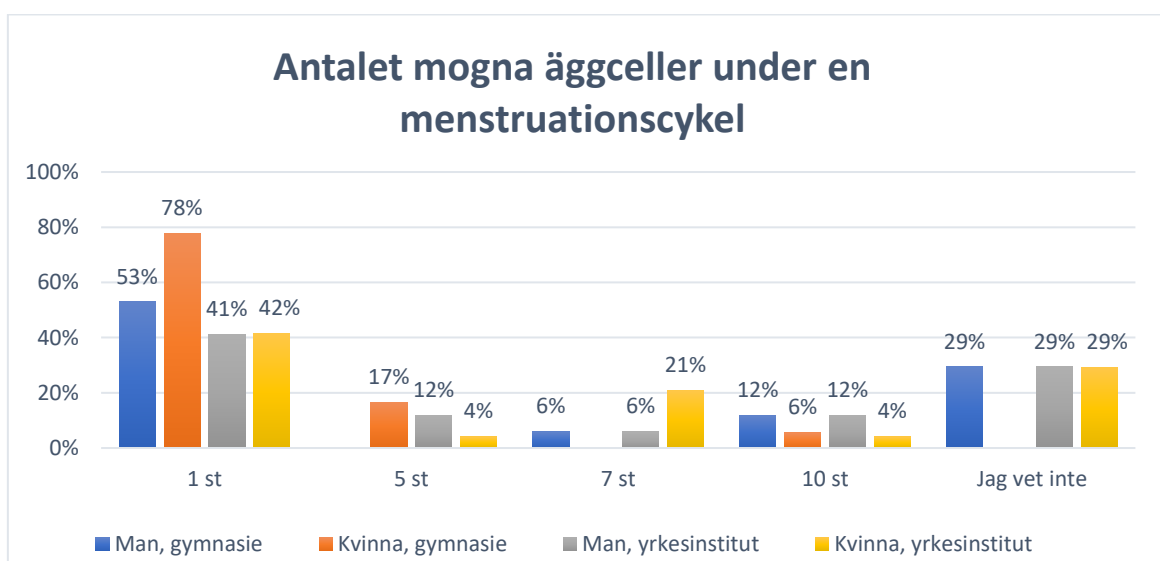
**Diagram 3. Vilket är det manliga könshormonet? N=76**

Vilket som är det manliga könshormonet visste de flesta av respondenterna. 100% av både männen (n=17) och kvinnorna (n=18) i gymnasiet visste att hormonet kallas testosteron. Av YM var det 88% (n=15) som svarade rätt och 6% (n=1) trodde att det manliga könshormonet var östrogen. 83% (n=20) av YK svarade också testosteron men 17% (n=4) valde att kryssa



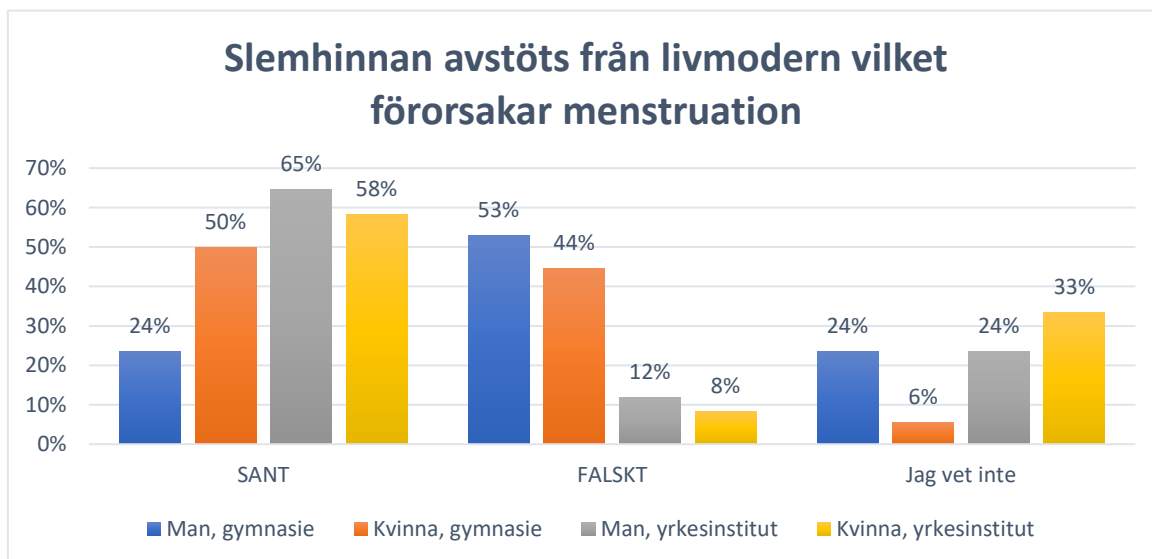
**Diagram 4. När blir en pojke köns mogen? När han... N=76**

Kunskapen om när en man räknas till köns mogen hade gymnasiet rätt insikter om, 100% (n=17) av männen och 100% (n=18) kvinnorna svarade ”när han börjar producera sädesvätska”. Rätt svarade även 82% (n=14) av männen och 96% (=23) av kvinnorna från yrkesinstitutet. Från yrkesinstitutet var det 6% (n=1) av männen som trodde att det var ”när han får kroppsbehåring” och samma procent på alternativet ”när han tappar oskulden”. Även 6% (n=1) av kvinnorna från yrkesinstitutet trodde att ”när han får kroppsbehåring” var det rätta svaret.



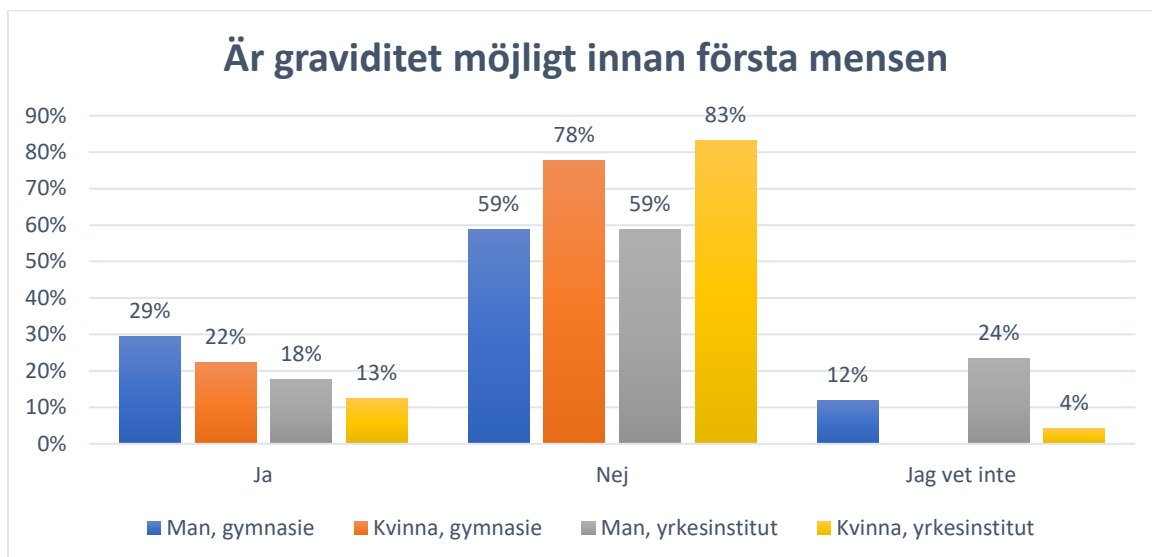
**Diagram 5. Hur många äggceller mognar under en menstruationscykel? N=76**

Hur många äggceller det handlar om vid menstruationen var det flest GK som hade kunskap om, 78% (n=14) svarade en äggcell. Största delen av GM 53% (n=9) svarade även rätt. Yrkesinstitutets respondenter låg på nästan samma procentantal gällande det rätta svaret, 41% (n=7) män och 42% (n=10) kvinnor. En andel från båda skolorna hade valt att kryssa i ”jag vet inte” istället för något av de andra alternativen.



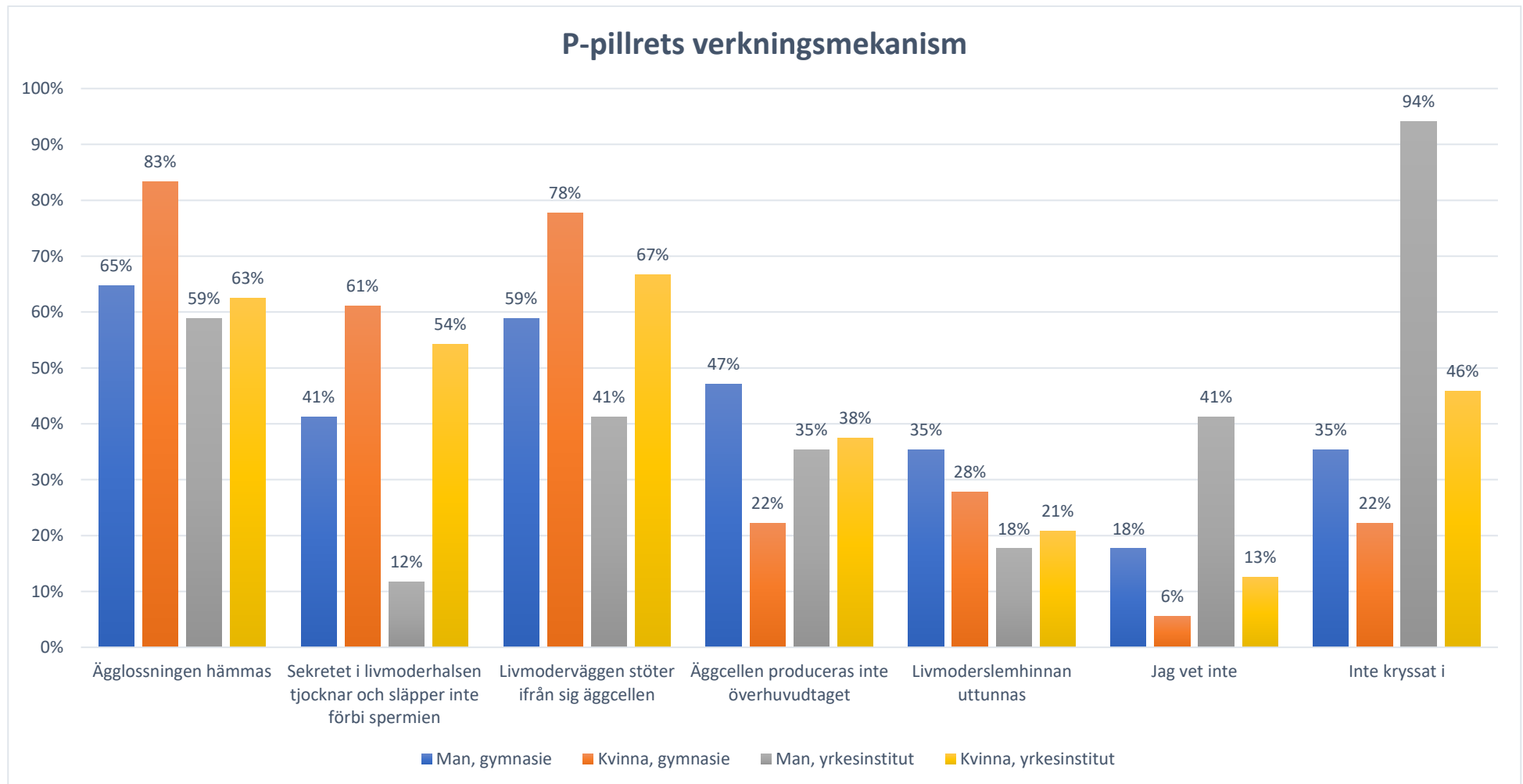
**Diagram 6. Slemhinnan avstöts från livmodern vilket förorsakar menstruation. N= 76**

Att slemhinnan avstöts från livmodern när kvinnan har menstruation hade majoriteten av män från yrkesinstitutet rätt insikter om, 65% (n=11). Av kvinnorna från yrkesinstitutet var det 58% (n=14) som valde samma svarsalternativ men däremot var det även flera av dem som kryssat i ”jag vet inte”, 33% (n=8). Av GM var det fler som svarat ”falskt” som är fel svarsalternativ, än ”sant” som är rätt. 53% (n=9) trodde det var ”falskt” och 24% (n=4) trodde det var ”sant”. Kvinnorna från gymnasiet svarade 50% (n=9) ”sant” och 44% (n=8) ”falskt”.



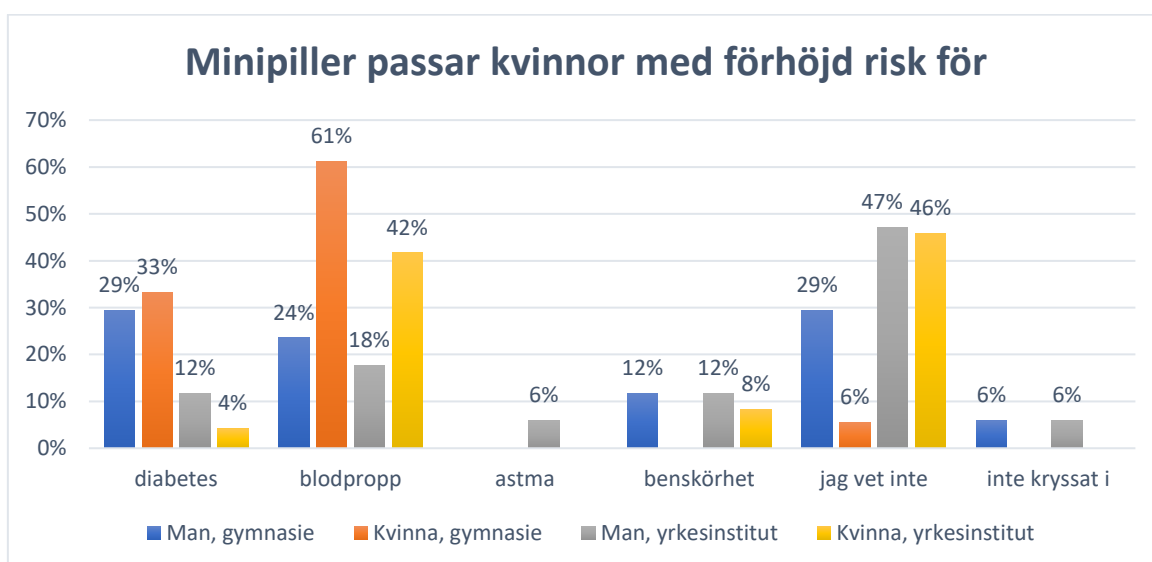
**Diagram 7. Kan man bli gravid innan man har fått mens? N=76**

Kvinnorna från yrkesinstitutet hade bäst kännedom om att man inte kan bli gravid före kvinnan fått sin första mens, 83% (n=20) hade valt att svara ”nej”. Även av kvinnorna i gymnasiet svarade 78% (n=14) rätt svarsalternativ. Männerna låg på samma procent gällande det rätta svaret, 59% hade svarat ”nej” från både gymnasiet (n=10) och yrkesinstitutet (n=10). Det fanns 29% (n=5) av männen i gymnasiet som valde svarsalternativet ”ja” på frågan, och 24% (n=4) av männen i yrkesinstitutet som kryssat i ”jag vet inte”.



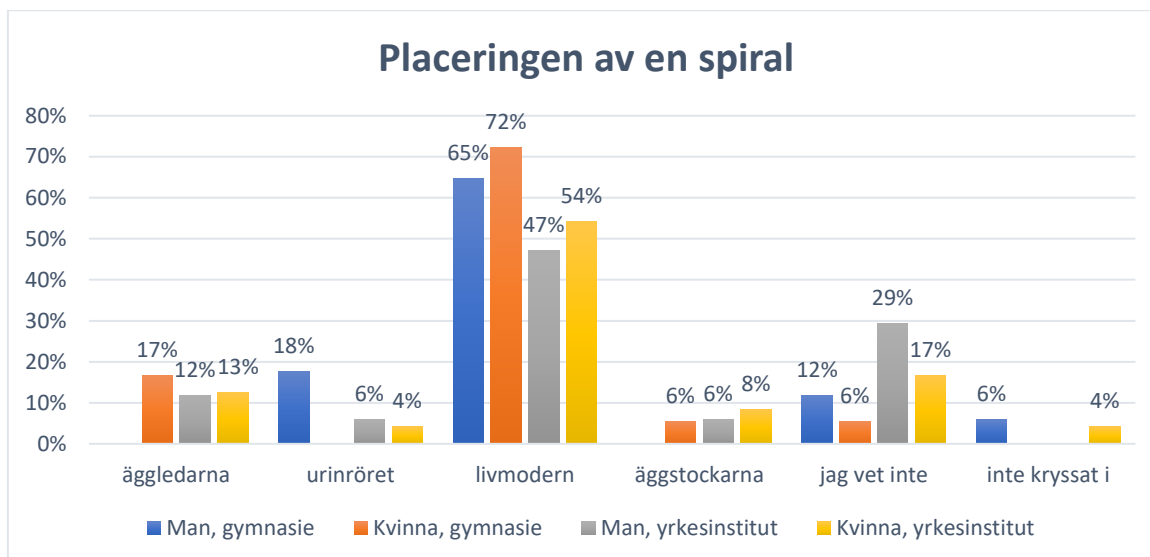
**Diagram 8. P-piller hindrar graviditet på tre olika sätt, vilka? N=191**

De tre rätta svaren för hur p-pillret förhindrar graviditeten är ”ägglossningen hämmas”, ”sekretet i livmoderhalsen tjocknar och släpper inte förbi spermien” och ”livmoderslemhinnan uttunnas”. Svartalernativet ”ägglossningen hämmas” valdes av 83% (n=15) GK, 65% (n=11) GM, 63% (n=15) YK och 59% (n=10) YM. ”Sekretet i livmoderhalsen tjocknar och släpper inte förbi spermien” kryssades i av 61% (n=11) GK, 65% (n=7) GM, 63% (n=13) YK och 59% (n=2) YM. Av det sista rätta svartalernativet ”livmoderslemhinnan uttunnas” var det 35% (n=6) GM, 28% (n=5) GK, 18% (n=3) YM och 21% (n=5) YK som valde. Svartalernativet ”livmoderväggen stöter ifrån sig äggcellen” var det en stor andel som trodde. 78% (n=14) GK, 59% (n=10) GM, 67% (n=16) YK och 41% (n=7) YM hade valt att kryssa i detta.



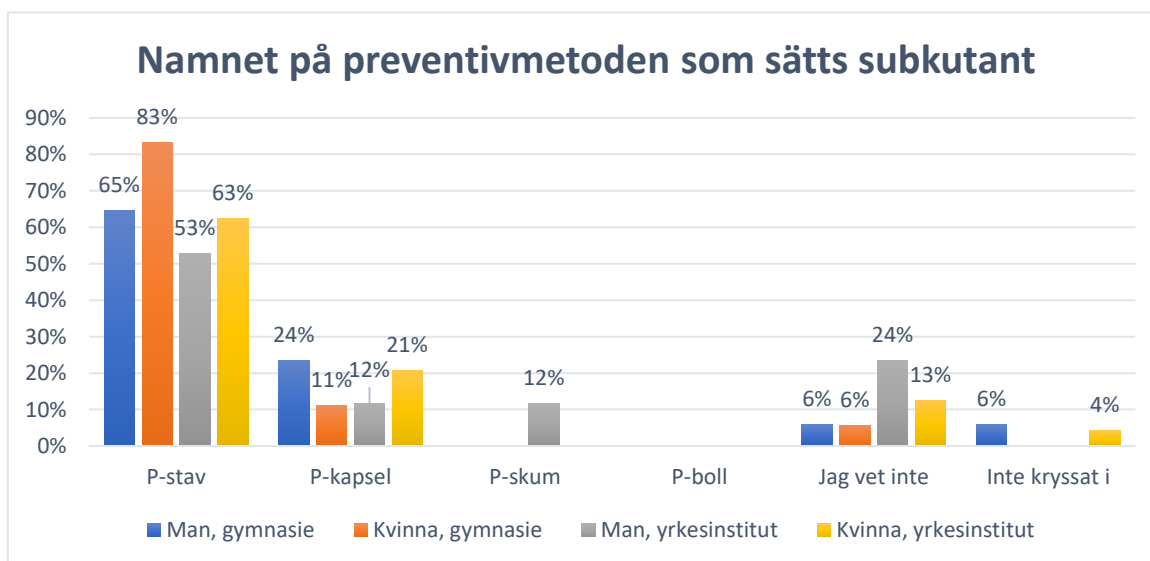
**Diagram 9. Minipiller tas av kvinnor med förhöjd risk för... N=74**

Kunskapen om varför minipiller passar bättre till en del kvinnor såg ut på detta sätt; 61% (n=11) GK, 24% (n=4) GM, 42% (n=10) YK och 18% (n=3) YM hade svarat rätt, de kvinnor som har risk för blodpropp kan välja att äta minipiller. Respondenterna från yrkesinstitutet hade i stor utsträckning valt att kryssa i ”jag vet inte”, 47% (n=8) av männen och 46% (n=11) av kvinnorna. Svartalernativet ”diabetes” valdes även av 33% (n=6) GK och 29% (n=5) GK.



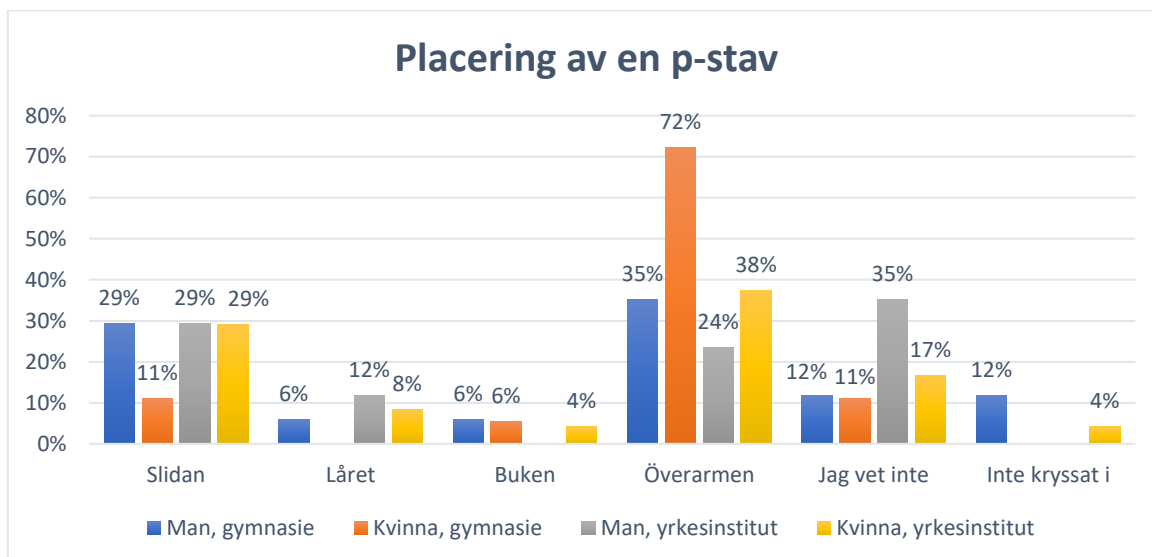
**Diagram 10. En spiral sätts in i... N= 74**

Vart en spiral placeras visste de flesta, hela 75% (n=13) av GK svarade rätt. GM låg inte långt efter med 65% (n=11). 54% (n=13) YK och 47% (n=8) YM hade även de valt detta alternativ.



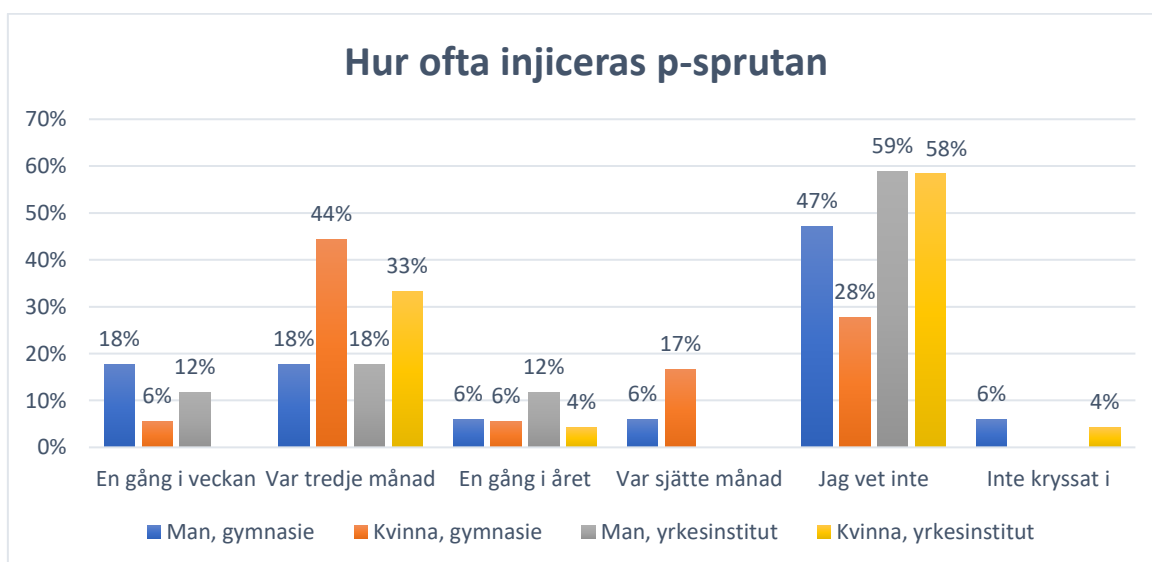
**Diagram 11. Vad heter preventivmedels ”kapseln” som man för in under huden? N= 74**

Kapseln som förs in under huden kallas ”p-stav”. Kunskapen kring detta visade sig vara hög, majoriteten av respondenterna har svarat rätt. 83% (n=15) av GK, 65% (n=11) av GM, 63% (n=15) YK och 53% (n=9) YM hade kryssat för rätt svarsalternativ på denna fråga.



**Diagram 11b. Var sätts denna kapsel in? N= 73**

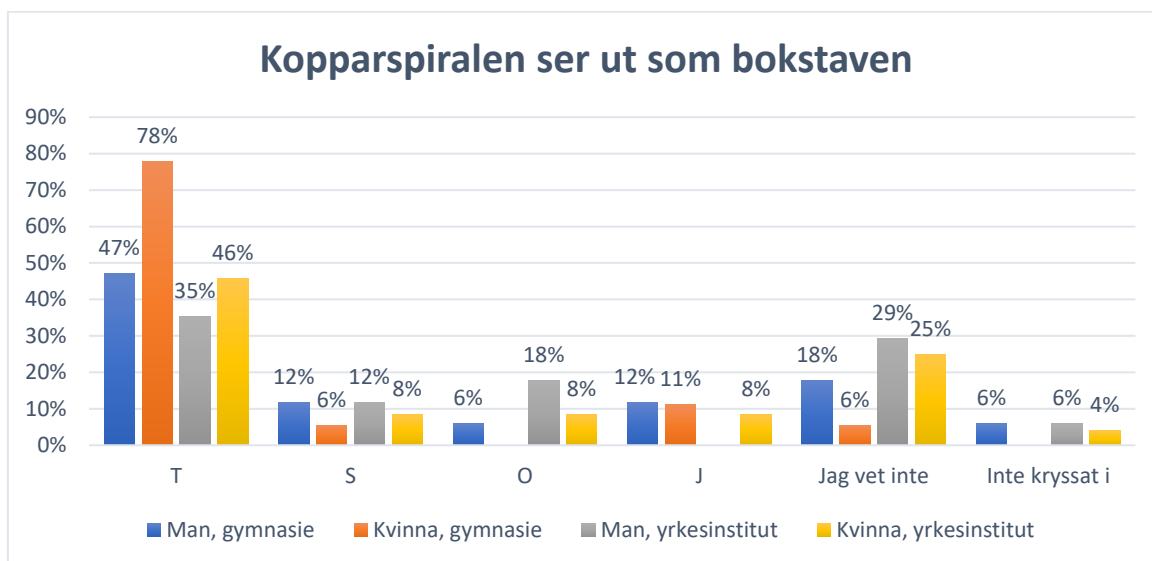
De flesta visste att p-staven sätts in i överarmen. Hela 72% (n=13) av GK hade svarat rätt medan 38% (n=9) av YK kunde detta. Hela 29% (n=7) av YK valde att kryssa i alternativet ”slidan”. Av männen från yrkesinstitutet hade störst andel (35% n=6) valt ”jag vet inte” och 29% (n=5) hade valt alternativet ”slidan”. 24% (n=4) av YM visste att p-staven sätts in i överarmen. Även männen från gymnasiet hade valt ”slidan” i stor utsträckning (29%, n=5), dock hade de flesta (35%, n=6) svarat rätt.



**Diagram 12. Hur ofta injiceras p-sprutan? N= 74**

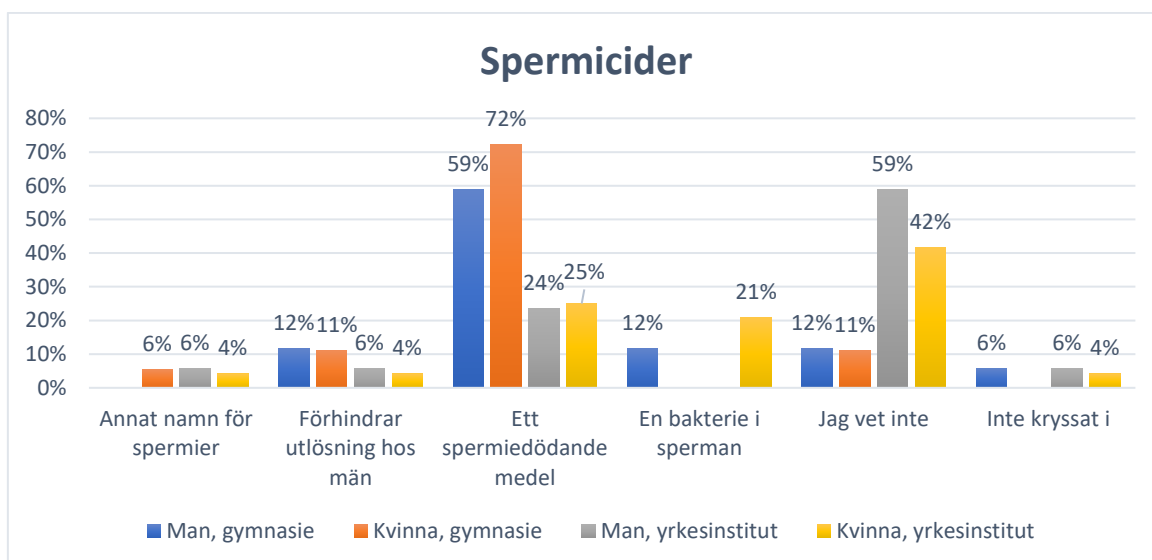
Kunskapen om hur ofta p-sprutan injiceras var ganska svag, största delen av respondenterna har valt att kryssa i ”jag vet inte”, speciellt respondenterna från yrkesinstitutet, 59% (n=10) av männen och 58% (n=14) av kvinnorna. 47% (n=8) GM och 28% (n=5) GK hade även de valt detta svarsalternativ. Rätt svar är ”var tredje månad” och den grupp som hade störst antal

i kryssat av detta alternativ var GK som låg på ett procentantal på 44% (n=8). Kvinnorna från yrkesinstitutet låg inte långt därefter med procentantalet 33% (n=8)



**Diagram 13. Vilken bokstav i alfabetet ser kopparspiralen ut som? N= 73**

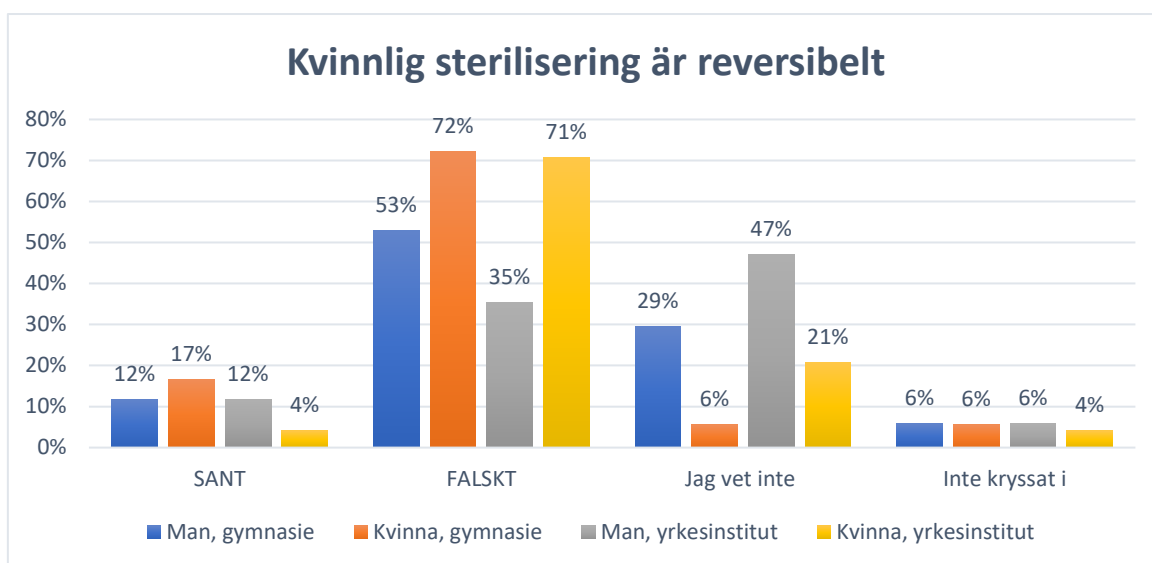
En insikt kring hur kopparspiralen ser ut hade de flesta. 78% (n=14) av GK visste att bokstaven ”T” är det svar skribenterna sökte. Även GM, 47% (n=8) hade svarat rätt alternativ. YK kommer därefter med 46% (n=11) som hade svarat rätt och YM med 35% (n=6) rätt.



**Diagram 14. Vad är spermicider? N= 73**

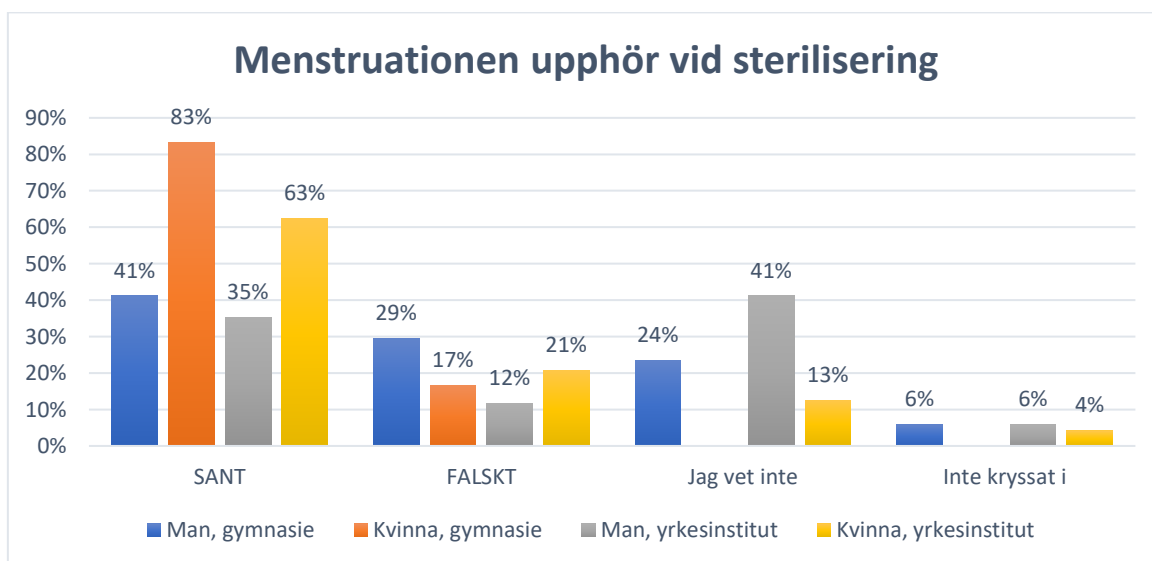
Ovanstående diagram visar resultatet på frågan ”Vad är spermicider?”. Respondenterna från gymnasiet svarade flest rätt när 59% (n=10) män och 72% (n=13) svarade att spermicider är ett spermiedödande medel. Endast 24% (n=4) och 25% (n=6) från yrkesinstitutet svarade rätt. På yrkesinstitutet svarade 59% (n=10) av männen och 42% (n=10) av kvinnorna ”jag

vet inte” medan endast 12% (n=2) av männen och 11% (n=2) av kvinnorna från gymnasiet valde samma alternativ. 12% (n=2) av männen från gymnasiet och 21% (n=5) av kvinnorna på yrkesinstitutet ansåg att spermicider var ”en bakterie i sperman”.



**Diagram 15. Kvinnlig sterilisering går att återställa. N= 73**

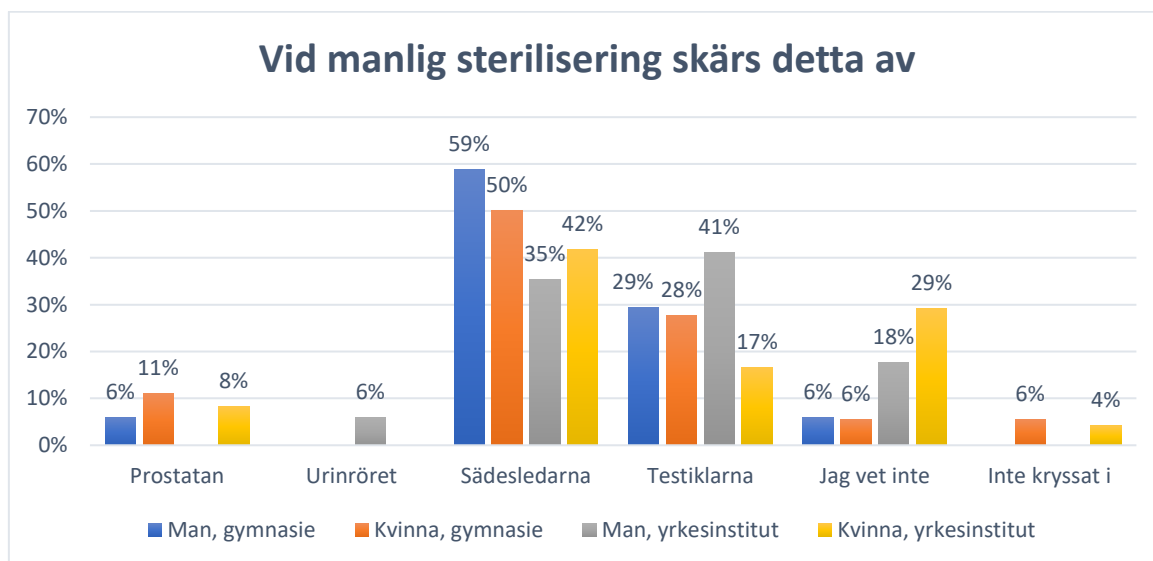
Påståendet ”Kvinnlig sterilisering går att återställa.” samlade ganska enade svar när 53% (n=9) GM och 72% (n=13) av GK samt 35% (n=6) av YM och 71% (n=17) av YK svarade ”falskt”. Flest män från yrkesinstitutet, 47% (n=8) svarade ”jag vet inte” och även 29% (n=5) av GM svarade samma. Av GK svarade 17% (n=3) ”sant” men endast 4% (n=1) från yrkesinstitutet.



**Diagram 16. Vid kvinnlig sterilisering slutar också menstruationen. N= 73**

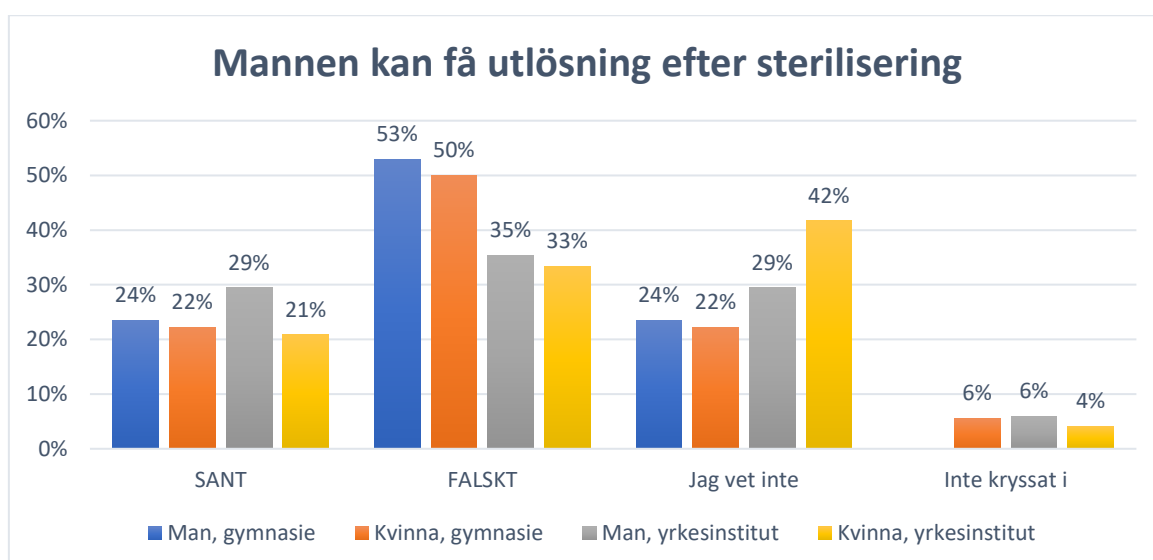
Väldigt få visste att menstruationen inte upphör vid kvinnlig sterilisering, endast 29% (n=5) av GM och 17% (n=3) av GK samt 12% (n=2) av YM och 21% (n=5) av YK svarade rätt.

Hela 83% (n=15) av GK svarade ”sant” och även YK hade en hög svarsprocent på 63% (n=15). Sju (41%) av YM svarade ”jag vet inte”.



**Diagram 17. Vad skärs av vid manlig sterilisering? N= 74**

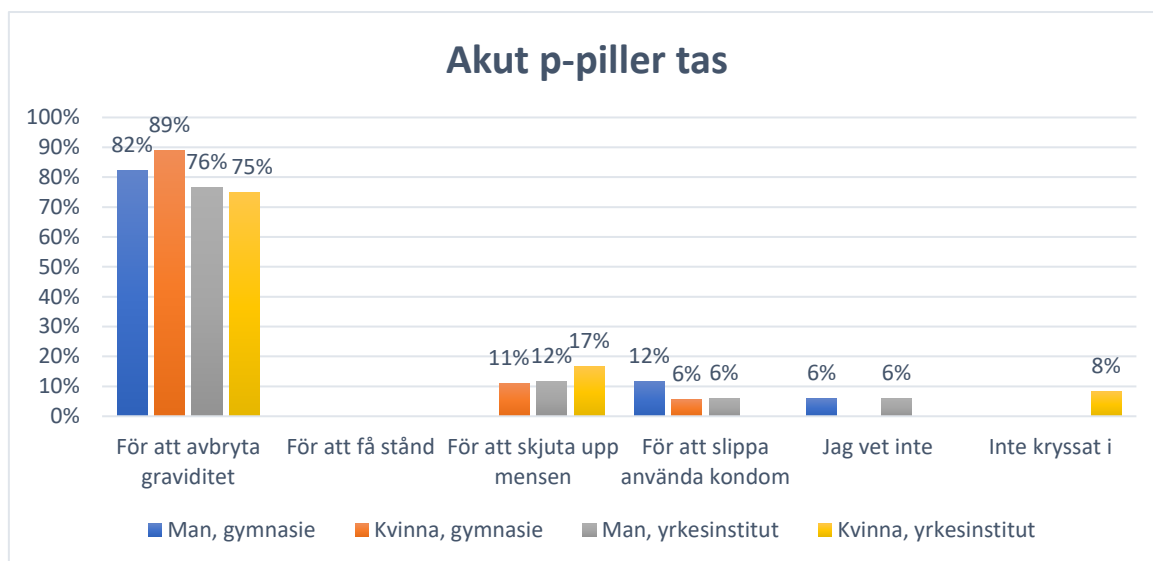
Att sädesledarna skärs av vid manlig sterilisering kunde 59% (n=10) av GM och 50% (n=9) av GK. Från yrkesinstitutet svarade 35% (n=6) av männen och 42% (n=10) av kvinnorna ”sädesledaren”. Upp till 41% (n=7) av YM svarade att det är testiklarna som skärs av vid manlig sterilisering, 17% (n=4) av YK, 29% (n=5) av GM och 28% (n=5) av GK valde också alternativet ”testiklarna”. Mest kvinnor (n=7), 29%, från yrkesinstitutet har svarat ”jag vet inte”.



**Diagram 18. Mannen kan fortsättningsvis få utlösning efter sterilisering. N= 73**

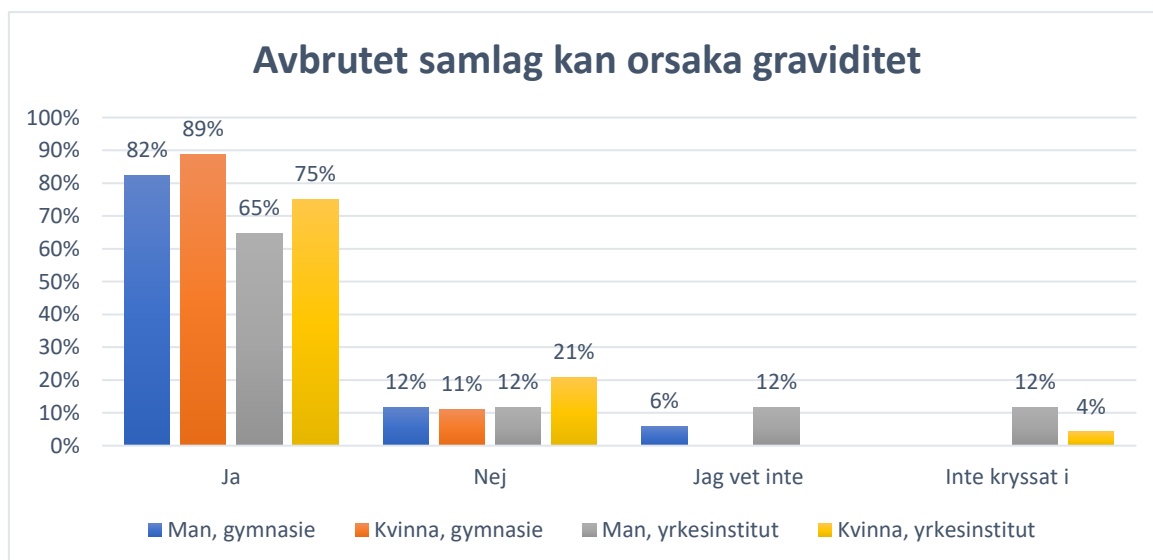
Få visste att mannen fortfarande kan få utlösning efter sterilisering. Av GM svarade 53% (n=9) ”falskt” och av GK 50% (n=9), 35% av YM och 33% av YK ansåg också påståendet

vara ”falskt”. Männerna från yrkesinstitutet hade högst procent på alternativet ”sant” med 29% (n=5) men även YK hade en procent på 21%. En stor del, 42% (n=10), av YK svarade ”jag vet inte”.



**Diagram 19. Varför tar man akut p-piller (dagen-efter-piller)? N= 75**

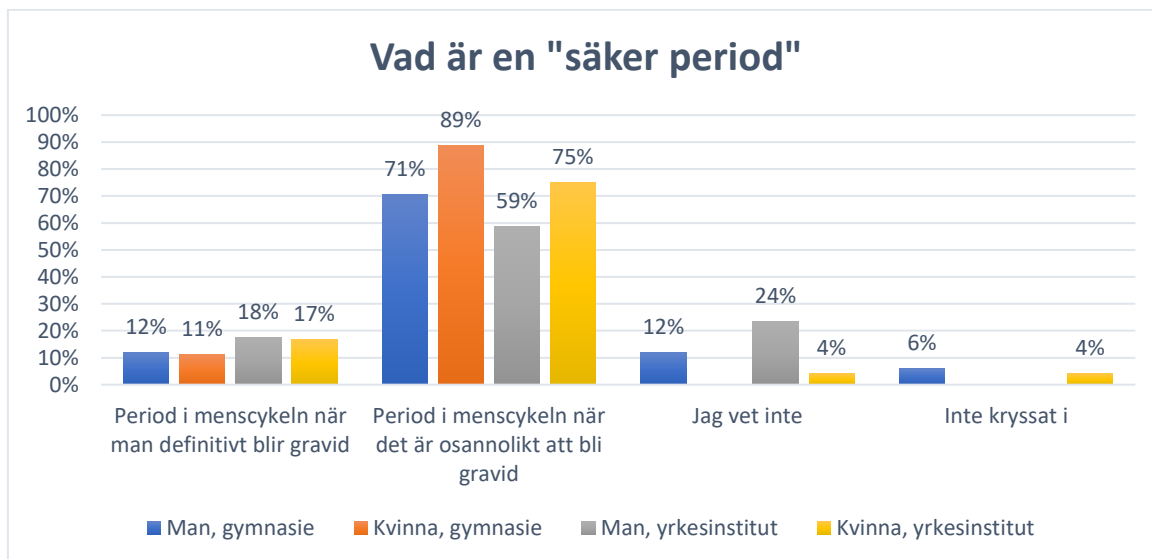
De största svarsprocenten ligger vid det rätta svaret, ”för att avbryta graviditet”. Kvinnorna från gymnasiet som svarat detta är 89% (n=16), GM var 82% (n=14), YM (n=13) och YK (n=18) svarade 76% respektive 75% rätt. Fyra kvinnor, 17%, från yrkesinstitutet svarade att akut p-piller tas för att skjuta upp mensen.



**Diagram 20. Kan man bli gravid av avbrutet samlag? N= 73**

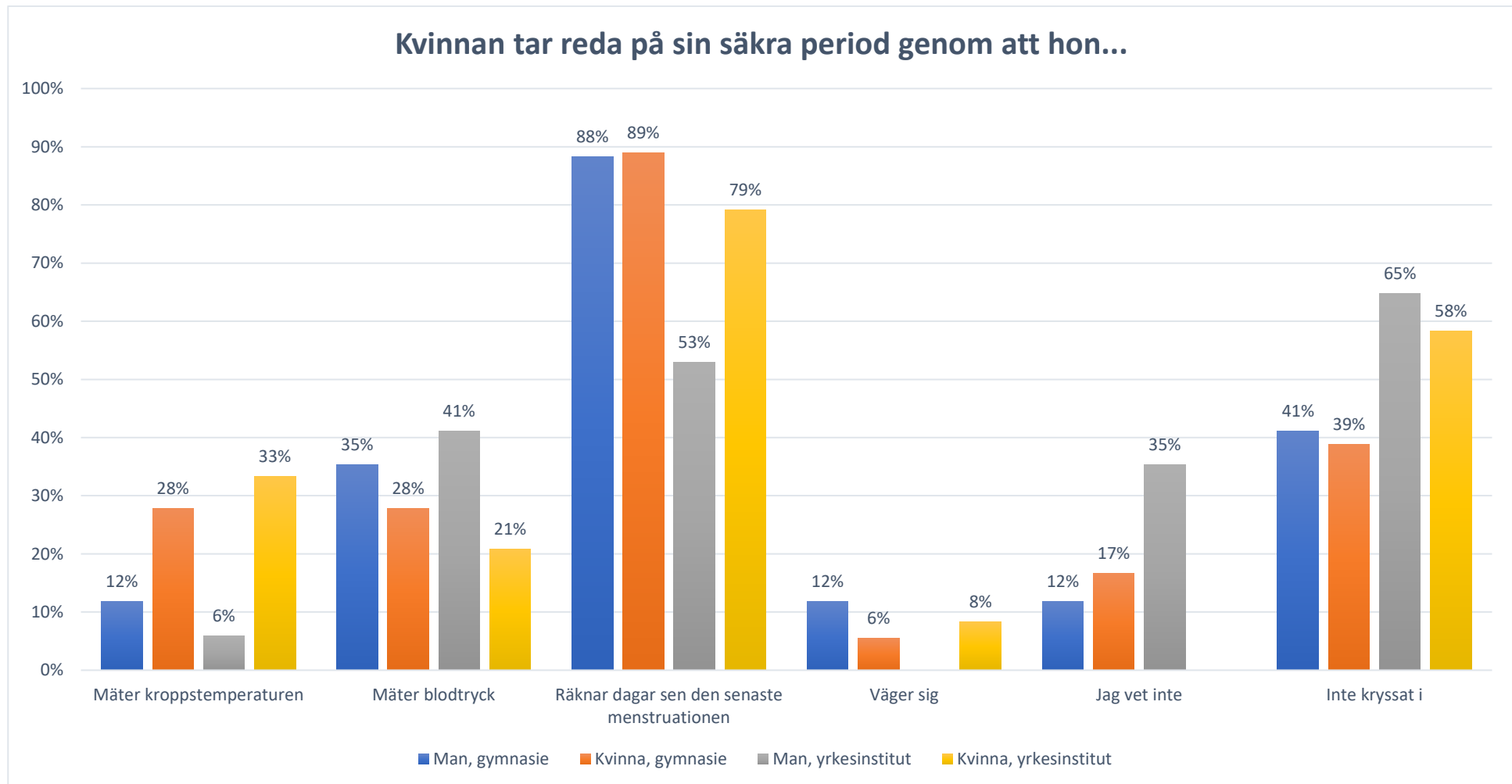
De flesta hade kunskapen om att en graviditet är möjligt vid avbrutet samlag 89% (n=16) av GK svarade ”ja”, även GM där hela 82% (n=14) svarade ”ja”. Vad gäller YM kommer det

fram att 65% (n=11) svarat rätt och att 75% (n=18) av YK svarat rätt. YK har högst svarsprocent, 21% (n=5), på alternativet ”nej”.



**Diagram 21. Vad menas med en "säker period"? N=75**

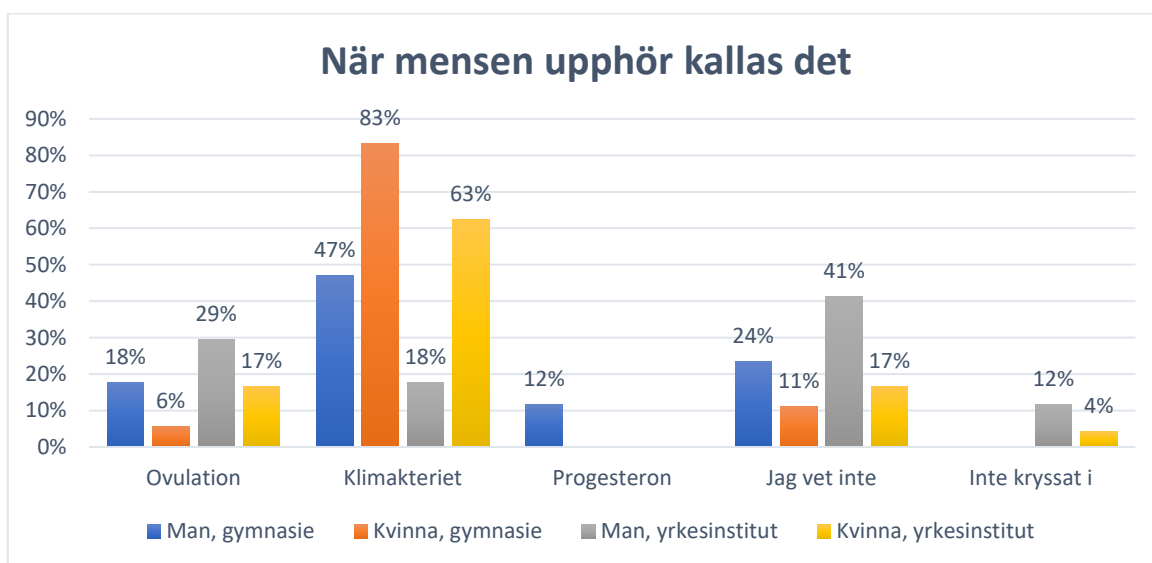
Majoriteten av respondenterna hade kunskapen om vad en säker period är, 71% (n=12) av GM och 89% (n=16) av GK svarade rätt. Även YM svarade rätt med 59% (n=10) och 75% (n=18) av YK svarade också "period i menscykeln där det är osannolikt att bli gravid".



**Diagram 22. Hur tar kvinnan reda på när hon har sin säkra period? N=113**

Denna fråga hade två rätta svarsalternativ och därför blir den totala svarsprocenten 200% per kategori. Den stora mängden som valt ”inte kryssat i” kan bero på att respondenten bara kryssat i ett av alternativen. Hela 65% (n=11) av YM har inte kryssat i, antingen kryssat i ett svar eller inte kryssat i något. YK (n=14) har också en hög procent, 58%, på detta alternativ.

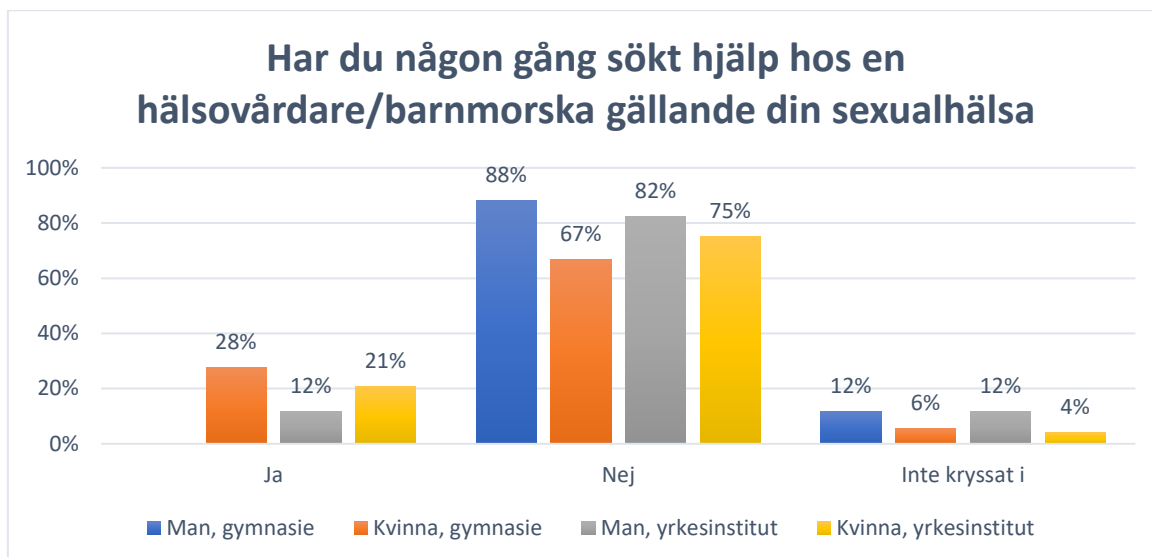
Största delen av respondenterna har dock valt ”räknar dagar sen den senaste menstruationen” 88% (n=15) av GM valde detta svarsalternativ, 89% (n=16) GK och 53% (n=9) YM samt 79% (n=19) av YK. En större mängd, 41% (n=7) YM har svarat ”mäter blodtryck” men GM ligger inte långt efter med 35% (n=6). Av YK visste 33% (n=8) att man också mäter kroppstemperaturen.



**Diagram 23. Vad kallas det när menses upphör totalt för en kvinna? N= 73**

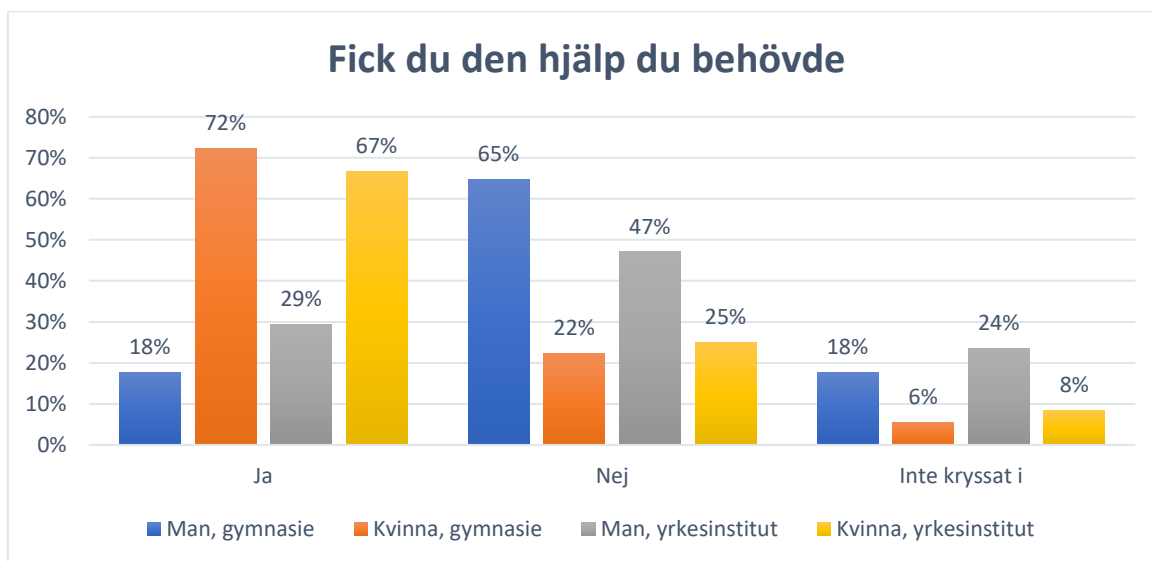
Kvinnorna (n=15) från gymnasiet hade högst svarsprocent (83%) på det rätta svarsalternativet ”klimakteriet”, även kvinnorna (n=15) från yrkesinstitutet hade mest röster (63%) på att klimakteriet är ordet för avslutad mens hos kvinnor. 47% (n=8) av männen från gymnasiet hade valt det rätta alternativet. Övriga svar var ”ovulation” (18% från gymnasiet och 29% från yrkesinstitutet), ”jag vet inte” (24% från gymnasiet, 11% från yrkesinstitutet) och ”progesteron” (12% från gymnasiet). 12% (n=5) från yrkesinstitutet svarade ”ovulation” och 4% (n=1) från yrkesinstitutet svarade ”jag vet inte”.

Följande frågor handlar om respondenternas egna upplevelser och har inga rätta eller felaktiga svar. Vissa respondenter har kryssat för flera alternativ på frågorna och därför blir summan av procenten nödvändigtvis inte 100.



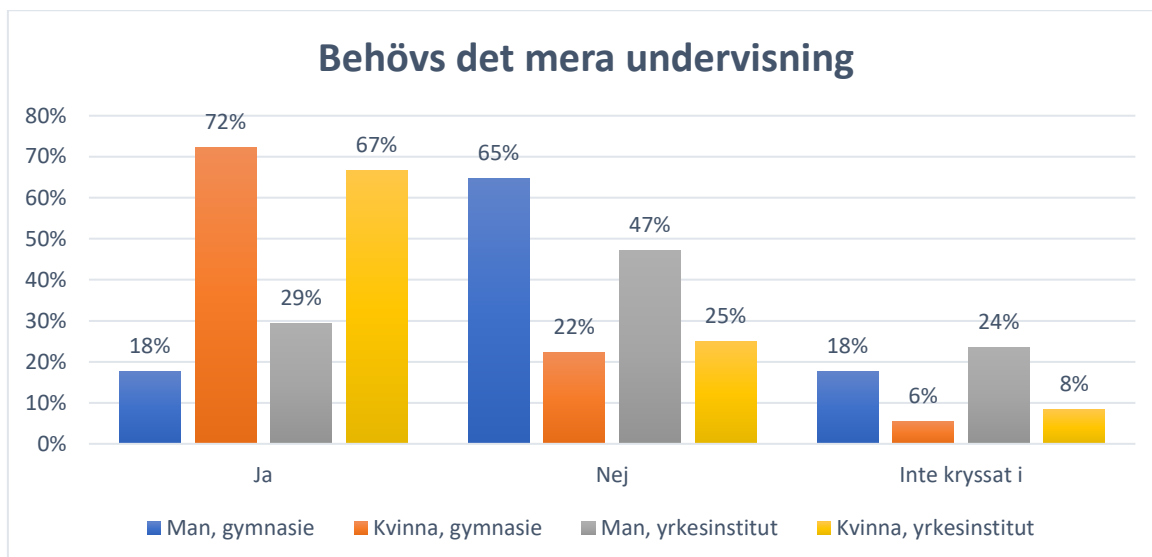
**Diagram 24. Har du någon gång sökt hjälp hos en hälsovårdare/barnmorska gällande din sexualhälsa? N= 70**

De flesta har inte sökt hjälp av en hälsovårdare eller barnmorska vad gäller den sexuella hälsan. GK var dock flest med 28% (n=5) att söka hjälp. YM, 12% (n=2) och YK, 21% (n=5) var några till antalet som har sökt hjälp. GM har inte sökt hjälp för sin sexuella hälsa.



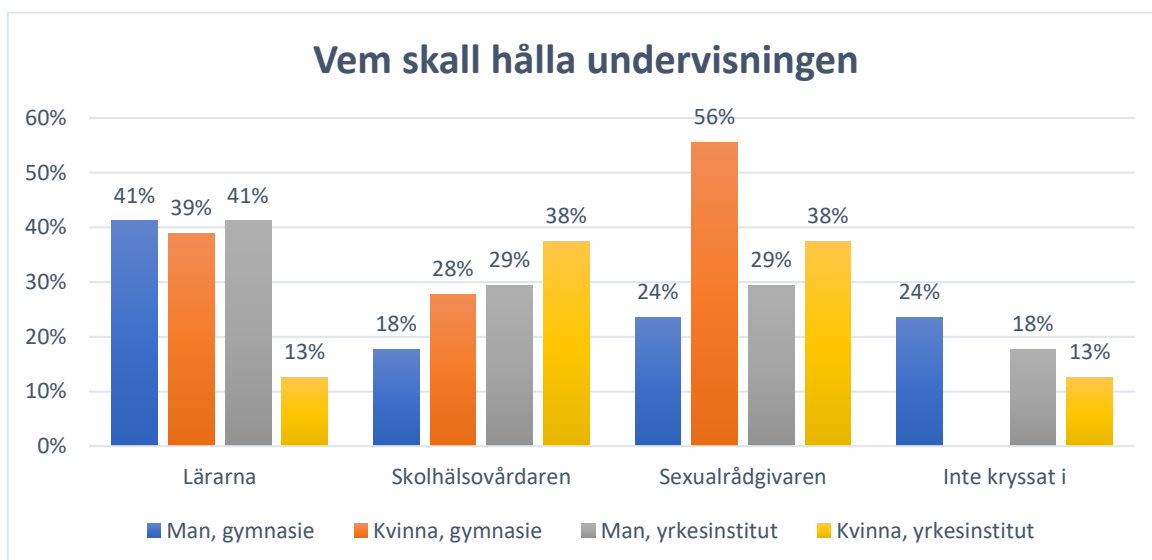
**Diagram 24b. Om ja, fick du den hjälp du behövde? N= 66**

Alla kvinnor från gymnasiet fick den hjälp de behövde, även kvinnorna från yrkesinstitutet var nöjda med den hjälp de hade fått. Två YM hade sökt hjälp angående sin sexuella hälsa, en av dem upplevde att han inte fått hjälp.



**Diagram 25. Tycker du att det borde finnas mera undervisning inom sexualhälsa och preventivmedel i grundskolan? N= 66**

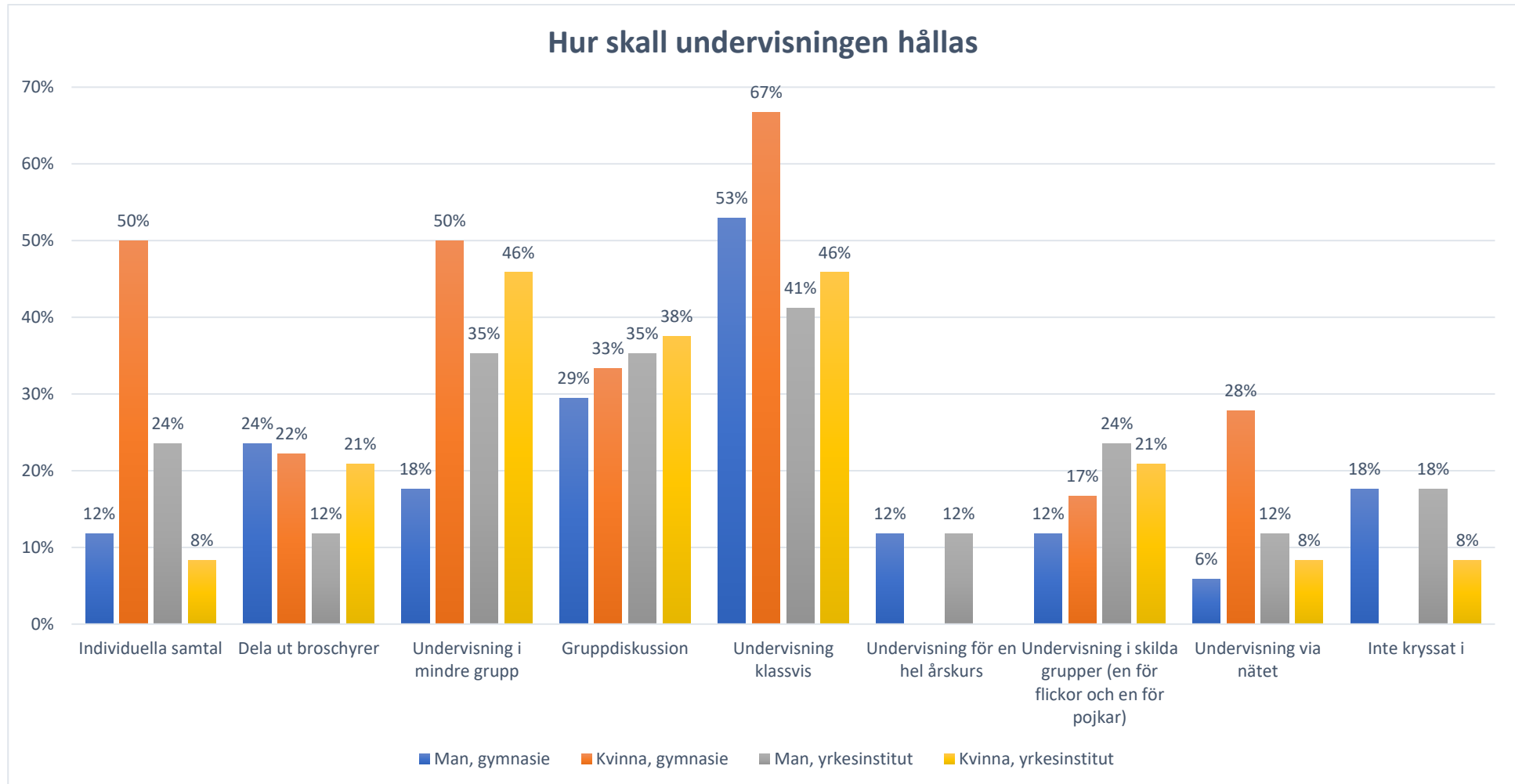
Flest GK, 72% (n=13) anser att det borde finnas mer undervisning kring sexualhälsa och preventivmedel, även YK har svarat mest ”ja”, hela 67% (n=16). Männerna från båda skolorna var dock nöjda med den mängd sexualundervisning som redan finns, 65% (n=11) svarade ”nej” från gymnasiet och 47% (n=8) från yrkesinstitutet. 24% av YM valde att inte kryssa i.



**Diagram 26. Vem anser du borde hålla den huvudsakliga undervisningen? N= 66**

Vid denna fråga är svaren väldigt utspridda. GK, 56% (n=10), tycker att undervisningen i sexualhälsa borde hållas av en sexualrådgivare och 39% av GK anser att lärarna skall stå för den huvudsakliga undervisningen. YK var lika många, 38% (n=9), att välja ”skolhälsovårdaren” och ”sexualrådgivaren”. Männerna däremot menade att lärarna var de mest

kvalificerade för undervisningen, hela 41% (n=7) av GM och 41% (n=7) av YM. GK hade också en relativt hög procent, 39% (n=7), på alternativet ”lärarna”.



**Diagram 27. Hur kunde hälsovårdare/ barnmorskan informera elever om sexualhälsa och preventivmedel mer effektivt? N= 156**

Den sista frågan handlar om hur respondenterna tycker att undervisningen skall gå till. GM tyckte att ”undervisning klassvis” var det ultimata undervisningssättet, hela 53% (n=9) svarade detta. ”Gruppdiskussion” fick hos GM 29% (n=5) av rösterna och är därav ett av det mest populära. YM tyckte även de att ”undervisning klassvis” (41%, n=7) var ett av de bästa sätten att lära ut sexuell hälsa. En stor del av rösterna hos YM gick till ”undervisning klassvis” med sju röster (41%), ”gruppdiskussion” (35%, n=6) samt ”undervisning i mindre grupp” (35%) med totalt sex röster. Män från båda skolorna hade tre från varje grupp som inte svarat överhuvudtaget.

GK hade högst svarsprocent och de tre alternativen som fått mest svar är ”undervisning i klass” med 67% (n=12), ”undervisning i mindre grupp” 50% (n=9) och ”individuella samtal” med 50% (n=9). 28% (n=5) av GK tyckte att ”undervisning via nätet” var det bästa alternativet. YK anser att ”undervisning i mindre grupp” (46%, n=11) samt ”undervisning klassvis” (46%, n=11) är de mest effektiva alternativen. Även ”gruppdiskussion” (38%, n=9) var ett populärt alternativ.

## 7 Metoddiskussion

Syftet med den här studien var att ta reda på om unga besitter den kunskap de väntas ha på andra stadiet, om det behövs mera undervisning och hur barnmorskor och hälsovårdare kan förstärka ungas kunskaper i ämnet sexualhälsa och preventivmedel. Till näst kommer en metoddiskussion att presenteras.

Validitet används oftast i kvantitativa studier, detta begrepp avser att verktyget mäter det som skall mätas (Evidence-based nursing 2017). Skribenterna valde att använda sig av den kvantitativa metoden och som datainsamlingsmetod användes ett test i pappersformat. Testet bestod av 28 slutna frågor. Testet kunde ha bestått av öppna frågor, för att få en insikt i vad unga faktiskt vet om sexualhälsa och preventivmedel, respondenterna kan ha större kunskap än vad som frågades i detta test. Enligt skribenterna passade kvantitativ metod bättre till denna studie än kvalitativ. Målet var att få ett stort antal respondenter vilket resulterar i en större mängd svar att analysera för skribenterna.

Frågorna som skribenterna ställt bidrar till ett mera exakt svar på vad respondenterna besitter för kunskap inom ämnet. Största delen av testet bestod av faktafrågor där det inte fanns möjlighet till egna åsikter utan det fanns bara rätt och fel. Att använda sig av slutna frågor kan

visserligen göra att respondenterna inte fick säga vad de egentligen tyckte, men däremot blev det lättare för respondenterna att förstå vad skribenterna var ute efter och gjorde eventuellt att respondenterna orkade svara på frågorna. Om frågorna hade varit öppna, hade möjligheten till mera individuella och ingående svar funnits.

Skribenterna valde att inte kontakta ansvarig lärare, för kvantitativ metod, för att granska kvaliteten på testet. Detta gjorde att eventuella syftningsfel i frågorna inte upptäcktes. Skribenterna valde istället att be klasskamrater gå igenom testet och ha dem att kommentera ifall något kunde missuppfattas eller om det fanns något som kunde sänka validiteten på studien.

Reliabilitet är tillförlitligheten hos en mätning. Om någon annan skulle vilja göra en likadan studie, skulle de också komma fram till samma resultat om reliabiliteten är hög. (Evidence-based nursing 2017). Eftersom respondenterna inte nödvändigtvis har haft samma böcker i grundskolan som de skribenterna använde sig av för att utforma testet, är reliabiliteten låg.

Resultatet kan ha påverkats av respondenternas inställning till testet. Skribenterna märkte vid insamlingstillfället, där skribenterna närvarade, att några respondenter var okoncentrerade och hade svårigheter att utföra testet på egen hand. Detta misstänker skribenterna berodde på att insamlingstillfället inföll under en rast och detta kan ha påverkat respondenternas motivation att utföra testet noggrant. Ifall respondenterna upplevde testet onödigt eller pinsamt kan detta ha resulterat i att respondenten medvetet valt fel alternativ, till exempel på frågan ”Vilket är det enda preventivmedel som skyddar mot könssjukdomar?”, där har skribenterna svårt att tro att en del inte visste det rätta svaret.

Det som skribenterna senare märkte var att några frågor var felformulerade och skapade direkt osäkerhet hos respondenterna. Till exempel vid frågan “Varför tar man akut p-piller (dagen-efter-piller)?” hade skribenterna som avsikt att svarsalternativet “För att avbryta graviditet” skulle vara rätt svarsalternativ. Vid eftertanke stämmer inte detta. Akut p-piller avbryter inte graviditet utom förhindrar att graviditet uppstår. Frågan som visas i diagram 7 ”Kan man bli gravid innan man fått mens?” kan även vara svårtolkad när skribenterna hade som avsikt att svaret skulle vara nej. I själva verket kan man bli gravid före första menstruationen eftersom ägglossningen sker 14 dagar före menstruationsblödningen.

När skribenterna gjorde frågan ”Slemhinnan avstöts från livmodern vilket förorsakar menstruation.” var tanken att det rätta svaret skulle vara ”Ja” men i själva verket stöts inte hela slemhinnan bort och detta kan ha förvirrat respondenterna. ”Hur många äggceller mognar under

en menstruationscykel?” kan också misstolkas när det i verkligheten är fullt möjligt att flera än en äggcell mognar. Skribenterna kom att tänka på formuleringen vid påståendet ”Kvinnlig sterilisering går att återställa” eftersom det rätta svaret skulle vara ”Nej”, men trots att det inte rekommenderas kan man med avancerad kirurgi försöka återställa steriliseringen.

Efter att skribenterna delat ut testet till en av skolorna togs respons emot av ansvarig examinator i metoddelen av examensarbetet. De ändringar som föreslogs var till exempel att ändra formuleringen på vissa frågor för att de inte skulle missförstås, att man skulle ändra innehållet på bilaga 1 och att enkäten skulle kallas för test eller prov istället. Skribenterna valde att inte fullfölja dessa förslag eftersom testet redan delats ut till hälften av respondenterna. Tanken var att båda grupperna skulle få svara på samma frågor och därför höja reliabiliteten i detta test, fastän ändringarna skulle ha gjort att reliabiliteten för hela studien skulle ha höjts.

Reliabiliteten sänktes även på grund av att skribenterna inte närvarade vid insamlingstillfället i yrkesinstitutet. Skribenterna vet inte vilken information respondenterna fick före testet delades ut eller under vilka förhållanden testet fylldes i. Missförståndet mellan skolan och skribenterna kan ha påverkat de resultat som behandlats.

## 8 Resultatdiskussion

Skribenterna har valt att diskutera resultatet utgående från frågeställningarna i syftet.

### 8.1 Besitter unga den kunskap de väntas ha?

Som tidigare nämnts beskriver den finska läroplanen (Utbildningsstyrelsen 2014) vad som förväntas av unga personer i årskurs nio för att få goda kunskaper på betyget i hälsokunskap. I detta test, med det begränsade antalet respondenter, beroende på kön, ålder och skola kunde kunskapen variera. Resultatet i sin helhet visar att respondenterna har brister i den kunskap de förväntas ha efter grundutbildningen.

Ett exempel på detta är frågan angående vad mannens könshormon kallas, 100% av både kvinnorna och männen från gymnasiet hade svarat rätt alltså testosteron medan det fanns några från yrkesinstitutet av både männen och kvinnorna, som hade valt det kvinnliga könshormonet östrogen som svarsalternativ. Majoriteten hade dock svarat rätt även från yrkesinstitutet.

En annan fråga där respondenterna från gymnasiet hade 100% rätt var där det skulle kryssas i när de tror att en pojke blir köns mogen, vilket är när han börjar producera sädesvätska. Det fanns några på yrkesinstitutet som hade valt att svara när han får kroppsbehåring. Som tidigare nämnt fanns det dock ingen grupp som hade rätt på alla frågor, till exempel på frågan angående om slemhinnan avstöts då kvinnan har menstruation var det större procent som svarade rätt av både män och kvinnor från yrkesinstitutet än respondenterna från gymnasiet.

I svaren på frågan "Vad skärs av vid manlig sterilisering?", var det en stor andel av respondenterna som hade valt att kryssa för alternativet testiklarna, av männen från yrkesinstitutet valde upp till 41% detta alternativ. Det rätta svarsalternativet, sädesledarna, hade över 50% från gymnasiet valt men även från denna grupp fanns det respondenter som trodde att man skär av testiklarna hos männen.

En fråga som skribenterna gärna skulle ha velat se 100% rätt på från alla respondenter var frågan kring vilket preventivmedel som är det enda som skyddar mot könssjukdomar. Respondenterna från gymnasiet hade kunskap om detta, 100% hade valt svarsalternativet kondom. Från

yrkesinstitutet fanns det ett par som hade valt att kryssa i p-piller, men majoriteten visste även från denna skola att det var kondom som var det rätta alternativet.

Enligt studien (THL 2015) som utförts av Institutet för hälsa och välfärd, kom det fram att gymnasieelever har bättre kunskap om sexualhälsa och preventivmedel än de elever som går i ett yrkesinstitut. På grund av det låga respondentantalet i detta test kan inga slutsatser dras över hur kunniga unga är i Österbotten, gällande sexualhälsa och preventivmedel.

## **8.2 Behövs det mera undervisning?**

Enligt majoriteten av respondenterna behövs det mera undervisning inom ämnet. Flest kvinnor hade svarat "Ja" på denna fråga. Undervisningen är ändå extremt viktig för båda könen. Respekt och ett positivt tankesätt mot sex och sexuella relationer är något som krävs för god hälsa (WHO 2015). Även männen måste veta hur preventivmedlen fungerar, ansvaret skall inte enbart ligga hos kvinnan bara för att det är hon som använder sig av det.

Skribenterna anser att det behövs mera undervisning, inte bara i grundutbildningen utan även på andra stadiet eftersom resultatet visade brister i kunskapen. Den främsta insatsen kunde göras till männen i yrkesinstitutet eftersom de visade sig vara de med mest bristfälliga kunskaper i detta test. Kopplas detta påstående till Orem's (1995, 172–176) egenvårdsteori kan man anta att utan kunskap, om hur man sköter sin sexuella hälsa och hur man använder preventivmedel på rätt sätt, kan ohälsa uppstå.

## **8.3 Vad kan hälsovårdaren och barnmorskan göra?**

Enligt resultatet vid frågan om respondenterna tycker att det borde finnas mer undervisning i sexualhälsa och preventivmedel var kvinnorna mera intresserade av mera utbildning än vad männen var. Kvinnorna hade i allmänhet också svarat att undervisningen inom ämnet borde ges av skolhälsovårdaren eller av en sexualrådgivare och inte av en lärare. Männen däremot ansåg att det är bra som det är, när lärarna sköter undervisningen.

För att förbättra ungas kunskap inom sexualhälsa och preventivmedel som barnmorska eller hälsovårdare, kunde undervisningen ske klassvis. Istället för att diskutera sexualhälsa med en lärare som eleverna känner kan det vara bekvämare att diskutera sex med en skolhälsovårdare eller en barnmorska, detta genom gästföreläsning. Trovärdigheten kan på detta vis öka och de

unga tar till sig informationen på ett annat sätt. Tidigare har det nämnts att gästföreläsare är en bra utfyllnad till den grundläggande utbildningen inom sexualhälsa och preventivmedel (Nordenmark 2011, 123).

Föräldrar utgör en viktig informationskälla när det gäller sexualhälsa och preventivmedel. Om föräldrarna är engagerade i den ungas utveckling och sexuella hälsa, är det större sannolikhet att den ungas inläring förstärks och att hen tar mer ansvar för sin sexuella hälsa. (Zimlich 2016). Som barnmorska eller hälsovårdare är det viktigt att informera föräldrarna om att deras delaktighet är av betydelse för den ungas utveckling.

Undervisning klassvis var något som de flesta av respondenterna tyckte var ett bra sätt för barnmorskor/hälsovårdare att lära ut på, både kvinnor och män var av denna åsikt. Dock skiljde det mellan gymnasiet kvinnor och kvinnorna från yrkesinstitutet på så sätt att kvinnorna från gymnasiet hade mera röster på alternativ såsom individuella samtal och undervisning på nätet. Kvinnorna från yrkesinstitutet tyckte att undervisning i mindre grupp också var likvärdig med undervisning klassvis.

Männen från gymnasiet ansåg att gruppdiskussioner skulle vara ett bra undervisningssätt. Männerna från yrkesinstitutet hade en mera splittrad åsikt, men det som var populärast var undervisning i skilda grupper (indelad enligt kön).

## **9 Avslutning**

Skribenterna hoppas med denna studie att förmedla information, till barnmorskor och hälsovårdare, om hur unga lär sig bäst, hur unga själva vill lära sig och vilken kunskap de besitter. Som sagt har denna studie för få antal respondenter för att kunna dra några slutsatser, detta skulle kunna utvecklas i fortsatta studier.

Denna studie har gett oss en insikt i hur forskning genomförs samt hur viktigt det är att ha en vision över den tänkta studien för att resultatet skall bli så bra som möjligt. Skribenterna har gjort sitt bästa för att studien skall uppnå ett bra resultat. Under processens gång har styrkor och svagheter framträtt, både i studien och hos skribenterna.

Att ämnet sexualhälsa och preventivmedel kommer upp sent i utbildningen (MA Healthcare Ltd 2016) är något som kanske inte stämmer i Finland. I årskurs tre till sex skall den sexuella utvecklingen tas upp, och innehållet skall anpassas beroende på åldern hos eleverna (Utbildningsstyrelsen 2014). Sexualhälsa är ett ämne som berör människan genom hela livet, därför bör unga få tillförlitlig information av professionella innan de hinner få för mycket intryck av mindre trovärdiga källor.

Detta resultat kan inte utöka tidigare forskning, studien kan däremot förstärka befintliga forskningar. Till exempel THL's forskning "sexualiterveys" (2015) där det framkommer att gymnasiets studerande besitter mera kunskap, gällande sexualhälsa och preventivmedel, än vad yrkesinstitutets studerande gör. Detta påstående kan förstärkas med denna studie.

Fortsatta studier bör utföras för att kunna generalisera Österbottens finlandssvenska ungdomars kunskaper kring sexualhälsa och preventivmedel. Eftersom skribenterna har använt sig av Orems omvårdnadsteori som ram för studien, kan skribenterna inte undgå att fråga frågor som; Har ungdomar som studerar på yrkesinstitut större risk att uppleva sexuell ohälsa eller att insjukna i könssjukdomar?

## Källförteckning

- Bayer AB, 2016. *Jaydess*. [online]  
<https://jaydess.se/professional/> [hämtat: 28.09.2016]
- Bayer AB, 2015. *När du inte vill ha fler barn, fråga efter Essure*. [online]  
<https://www.essure.se/> [hämtat: 26.09.2016]
- Bell J., 2005. *Introduktion till forskningsmetodik, Etik och integritet i samband med forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Carlbring S., 2010. *P: om preventivmedel*. Gothia förlag
- Denscombe M., 2009. *Forskningshandboken- för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Eliasson A., 2006. *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur
- Folkhälsan, 2016. *Sexuell hälsa och sexualitet under tonårstiden*. [online]  
<http://www.folkhalsan.fi/startside/Var-verksamhet/Ung-och-skola/Sexuell-halsa/>  
 [hämtat:08.08.2016]
- Folkhälsan, 2016. *Sexsnack*. [online]  
<http://www.folkhalsan.fi/sexsnack> [hämtat: 19.09.2016]
- Folkhälsomyndigheten, 2016. *sexualitet och reproduktiv hälsa*. [online]  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/sexualitet-och-reproduktiv-halsa/>  
 [hämtat:15.08.16]
- Forskningsetiska delegationen, 2012–2014. *Etiska principer*. [online]  
<http://www.tenk.fi/sv/etikpr%C3%B6vning-inom-humanvetenskaperna/etiska-principer>  
 [hämtat: 19.12.2016]
- Harvey M., Bird S., Branc M., 2003. *A new look at an old method: The diaphragm*. Perspectives on Sexual & Reproductive Health. Vol 35(6) s. 270-273
- Hayter M., 2006. *Productive power and the 'practices of the self' in contraceptive counselling*. Nursing Inquiry. Vol 13(1) s. 33-43.
- Heale R., Twycross A., 2017. *validity and reliability in quantitative studies*. Evidence-based nursing [online]  
<http://ebn.bmj.com/content/18/3/66> [hämtat 13.04.2017]

Healthcare Traveler, 2012. *Birth control pills linked to clots.*

Heberlein A., 2004. *Den sexuella människan.* Lund: Studentlitteratur

Henricson M., 2012. *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur

HRA Pharma, 2015. *Olyckor inträffar – vad du bör göra efter oskyddat samlag,* [online]  
<http://se.ellaone.fi/olyckor-intraffar-vad-du-bor-gora-efter-oskyddat-samlag/>  
 [hämtat: 26.09.2016]

Institutet för hälsa och välfärd, 2016. *Aborter.* [online]  
<https://www.thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter> [hämtat: 12.01.2017]

Institutet för hälsa och välfärd, 2015. *Seksualiterveys.* [online]  
<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/tulokset-aiheittain/seksuaaliterveys> [hämtat: 13.01.2017]

Janouch K., 2006. *Sex & sånt.* Bokförlaget natur och kultur

Kelvin E., Mantell J., Candelario N., Hoffman S., Exner T., Stackhouse W., & Stein Z., 2009. *Anal use of the female condom: does uncertainty justify provider in action?.* Aids Care Vol 21(9) s. 1185-1194.

Kelvin E., Mantell J., Candelario N., Hoffman S., Exner T., Stackhouse W., & Stein Z., 2011. *Off-Label Use of the Female Condom for Anal Intercourse Among Men in New York.* American journal of public health. Vol 101(12) s. 2233–2244

Kirkevold M., 2000. *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering.* Lund: Studentlitteratur

Kolster A., 2013. *Hormonfria preventivmedel?.* [online]  
<http://svenska.yle.fi/artikel/2013/02/10/hormonfria-preventivmedel> [hämtat:27.04.2016]

Kunskapsbörsen, 2016. *Kunskap (definitionen av kunskap).* [online]  
<http://www.kunskapsborsen.se/kunskap.htm> [hämtat: 26.04.2016]

Läkemedelsverket, 2006. *Behandlingsrekommendation.* [online]  
<https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rek%20antikonception%20v3.pdf>  
 [hämtat: 16.12.2016]

Löfgren-Mårtenson L., 2013. *Sexualitet.* Malmö: Liber AB

Mack N., Grey T., Anfisterdarm A., Williamson N. & Matt C., 2010. *Introducing Female Condoms to Female Sex Workers In Central America*. International Perspectives on Sexual & Reproductive Health. Vol 36(3) s.149-156

Magnusson C., Häggström-Nordin E., 2009. *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Lund: Studentlitteratur.

MA Healthcare Ltd, 2016. *Call for earlier puberty education in schools to ensure children are prepared*. British journal of school nursing. Vol 11(3) s.110-110

Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R., 2010 *Nursing theorists and their work (7. ed.)*. Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.

Medeiros R., Azevedo G., Ferro D. & Costa R, 2011. *Human, sexual and reproductive rights in health care*. Medical education. Vol 45(11): 1139-1139

MSD, 2014. *Guide om skydd mot graviditet information om preventivmetoder*. [www.parempaaelamaa.fi/content/download/72038/.../Ehkaisyopas+SWE+2015.pdf](http://www.parempaaelamaa.fi/content/download/72038/.../Ehkaisyopas+SWE+2015.pdf) [hämtat: 15.08.2016]

Nordenmark L., 2011. *Sex och samlevnad i skolan*. Norstedts.

Odlind V., Bygdeman M., Milsom I., 2008. *Familjeplanering: Preventivmetoder, aborter och rådgivning*. Lund: Studentlitteratur.

Orem D., 1995. *Nursing: Concepts of practice (5th ed.)*. St Louis: Mosby

Pearson C., & Rabie G., 2010. *The importance of providing supportive sexual health services*. British journal of school nursing. Vol 5(5) s.240-244

Practice nurse, 2004. *Mini pill helps the forgetful*. Vol 28(1) s.5-5

Regnbågsankan, u.å. *Bisexualitet*. [online] <http://www.regnbagsankan.fi/utbildning-skolbesok/fakta-om-hbtiq/bisexualitet/> [hämtat:27.09.2016]

Regnbågsankan, u.å. *Homosexualitet*. [online] <http://www.regnbagsankan.fi/utbildning-skolbesok/fakta-om-hbtiq/homosexualitet/> [hämtat:27.09.2016]

Rfsu, 2015. *Femidom*. [online] <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Preventivmedel/Femidom-ett-slags-kondom/> [hämtat:27.04.2016]

Robb-Nicholson, 2004. *How risky are birth control pills?*. Harvard women's health watch. Vol 11(10) s.8-8

Shih E., Zolotor A., Firnhaber G., Mounsey A., 2012. *What are the benefits and risks of IUDs in adolescents?*. Journal of family practice. Vol 61(11) s.695-696

Sinovium Media, 2016. *synonymer till ungdom*. [online]  
<http://www.synonymer.se/?query=ungdom> [hämtat:26.04.2016]

Sjöblom L., 2013. *Sexdebut, ålder?*. [online]  
<http://svenska.yle.fi/artikel/2002/11/30/sexdebut-alder>  
[hämtat 28.04.2016]

Skidmore D., & Hayter E., 2000. *Risk and sex: ego-centricity and sexual behaviour in young adults*. Health, risk and society. Vol 2(1) s.23–32

Svenska akademiens ordbok, 2014. *Kunskap*. [online]  
<http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> [hämtat:26.04.2016]

Svenska akademiens ordbok, 2014. *Preventiv*. [online]  
<http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> [hämtat: 26.04.2016]

UBM Medica, 2006. *Birth control patch-wearers at higher risk of blood clots*. Contemporary OB/GYN. Vol 51(1) s.17–18.

U.S. Department of Health & Human Services, 2017. *Reproductive health - data and statistics*. [online]  
[https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data\\_stats/](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/) [hämtat: 12.01.2017]

Utbildningsstyrelsen, 2004. *Grunderna för läroplanen för den grundläggande utbildningen*. [online]  
<http://www02.oph.fi/svenska/ops/grundskola/LPgrundl.pdf> [hämtat 14.08.2016]

Utbildningsstyrelsen, 2014. *Grunderna för läroplanen för den grundläggande utbildningen*. [online]  
[http://www.oph.fi/download/166434\\_grunderna\\_for\\_laroplanen\\_verkkojulkaisu.pdf](http://www.oph.fi/download/166434_grunderna_for_laroplanen_verkkojulkaisu.pdf)  
[hämtat: 12.01.2017]

Utbildningsstyrelsen, 2014. *Ändringar av grunderna för läroplanen för den grundläggande utbildningen/ kapitel 5.4 elevvård och främjande av trygghet och säkerhet*. [online]  
[http://www.oph.fi/download/155870\\_Elevvard\\_kapitel\\_5\\_4\\_grundl.utb.\\_2014.pdf](http://www.oph.fi/download/155870_Elevvard_kapitel_5_4_grundl.utb._2014.pdf) [hämtat: 14.08.2016]

Wadenström R., 2006. *Vad är kunskap?*. [online]

<http://www.mv.helsinki.fi/home/wadenstr/vetfil/kunskap.htm> [hämtat: 26.04.2016]

World health organization, 2015. *Sexual health, human rights and the law*. [online]  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1)  
[hämtat:16.12.2016]

World health organization, 2017. *Defining sexual health*. [online]  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)  
[hämtat:06.01.2017]

Zimlich Rachel, 2016. *How to fill gaps in sexual health education*. Contemporary OB/GYN.  
Vol 61 (7) s.10-11

Åhman S., 19.02.2015. Personlig kommunikation.

Åhman S., 17.10.2016. Personlig kommunikation.

### **Finlands författningssamling**

Barnskyddslagen 13.04.2007/417 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 26.04.2016]

Förordning om grundläggande utbildning 20.11.1998/852 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 03.02.2017]

Socialvårdslagen 30.12.2014/1301 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 26.04.2016]

Strafflagen 19.12.1889/39 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 26.04.2016]

Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 6.4.2011/338 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 20.09.2016]

Ungdomslag 27.01.2006/72 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 26.04.2016]

### **Bästa medverkande!**

Vi är två studerande från Yrkeshögskolan Novia och är nu inne på vårt tredje år i studierna. Vi utbildar oss till hälsovårdare och barnmorska och har därför valt att skriva om ungas kunskap om sexual hälsa och preventivmedel i vårt examensarbete. Genom en enkätundersökning hoppas vi kartlägga kunskapen som ungdomarna besitter.

Sexdebuten i Finland är i medeltal när en person är 17 år, därför har vi valt att undersöka studerande på andra stadiet. Två klasser från ett yrkesinstitut och två klasser från ett gymnasium.

Resultatet kommer att publiceras i vårt examensarbete och kommer för allmänheten att vara tillgängligt våren 2017. Resultatet behandlas konfidentiellt och respondenterna förblir anonyma, även skolorna. Vi kommer att närvara vid skolorna när enkäten delas ut och kommer samtidigt informera studerande om detta.

Vi hoppas få svar på alla våra frågor, men vi vill understryka att enkäten är frivillig. Ju fler svar vi får desto pålitligare blir resultatet.

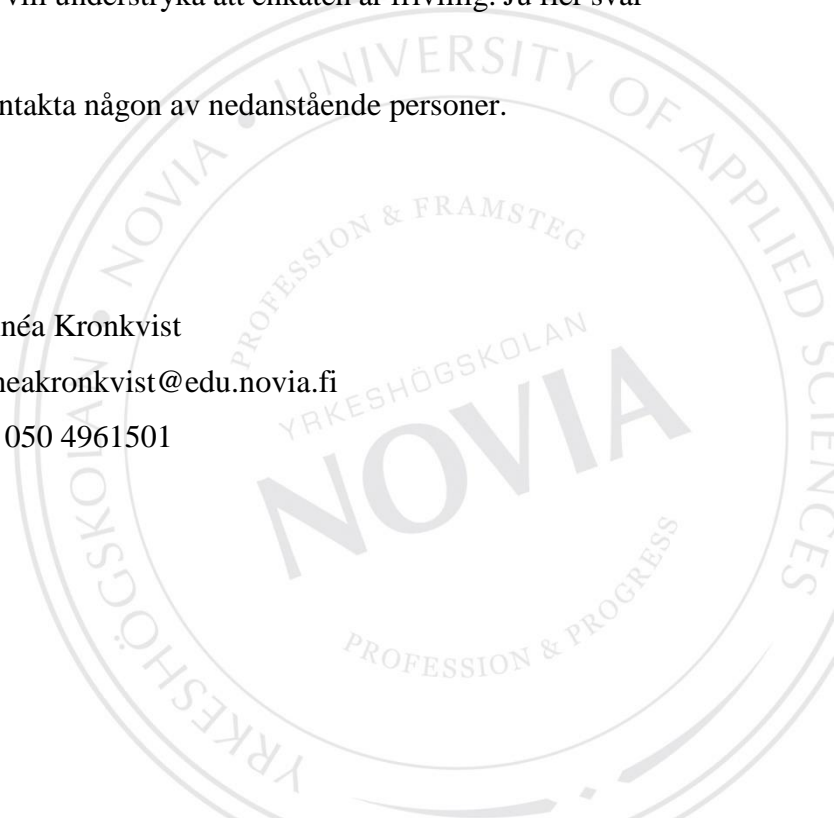
Om eventuella frågor uppkommer kan ni kontakta någon av nedanstående personer.

### **Tack på förhand!**

Rebecca Nyman  
rebeccanyman@edu.novia.fi  
tel. 040 4190228

Linnéa Kronkvist  
linneakronkvist@edu.novia.fi  
tel. 050 4961501

Anita Wikberg  
Handledande lärare  
anita.wikberg@novia.fi  
tel. 06 328 5326



**Frågeformulär om sexualhälsa och preventivmedel**

Denna enkät är frivillig, du svarar på de frågor du vill svara på. Vi har på förhand lagt svarsalternativ som du kryssar i. Om inget annat står utskrivet kryssar du bara i ett alternativ.

Ålder \_\_\_\_ år

Kön: Man Kvinna**Här börjar frågeformuläret.****Vilket är det enda preventivmedel som skyddar mot könssjukdomar?**P-piller Kondom P-stav Sterilisering Jag vet inte**Vilket är det manliga könshormonet?**Tyroxin Östrogen Testosteron Serotonin Jag vet inte**När blir en pojke köns mogen? När han...**

- börjar producera sädesvätska
- när han fått kroppsbehåring
- tappar oskulden
- jag vet inte

**Hur många äggceller mognar under en menstruationscykel?**5 10 7 1 Jag vet inte**Slemhinnan avstöts från livmodern vilket förorsakar menstruation.**Sant Falskt Jag vet inte**Kan man bli gravid innan man har fått mens?**Ja Nej Jag vet inte**P-piller hindrar graviditet på tre olika sätt, vilka? (Kryssa för tre alternativ)**

- Ägglossningen hämmas
- Sekretet i livmoderhalsen tjocknar och släpper inte förbi spermien
- Livmoderväggen stöter ifrån sig äggcellen
- Äggcellen produceras inte överhuvudtaget
- Livmoderslemhinnan uttunnas
- Jag vet inte

**Minipiller tas av kvinnor med förhöjd risk för...**

diabetes blodpropp astma benskörhet jag vet inte

**En spiral sätts in i...**

äggledarna urinröret livmodern äggstockarna jag vet inte

**Vad heter preventivmedels “kapseln” som man för in under huden?**

P-stav P-kapsel P-skum P-boll Jag vet inte

**Var sätts denna kapsel in?**

Slidan Låret Buken Överarmen Jag vet inte

**Hur ofta injiceras p-sprutan?**

En gång i veckan  
Var tredje månad  
En gång i året  
Var sjätte månad  
Jag vet inte

**Vilken bokstav i alfabetet ser kopparspiralen ut som?**

T S O J Jag vet inte

**Vad är spermicider?**

Annat namn för spermier  
Förhindrar utlösning hos män  
Ett spermiedödande medel  
En bakterie i sperman  
Jag vet inte

**Kvinnlig sterilisering går att återställa.**

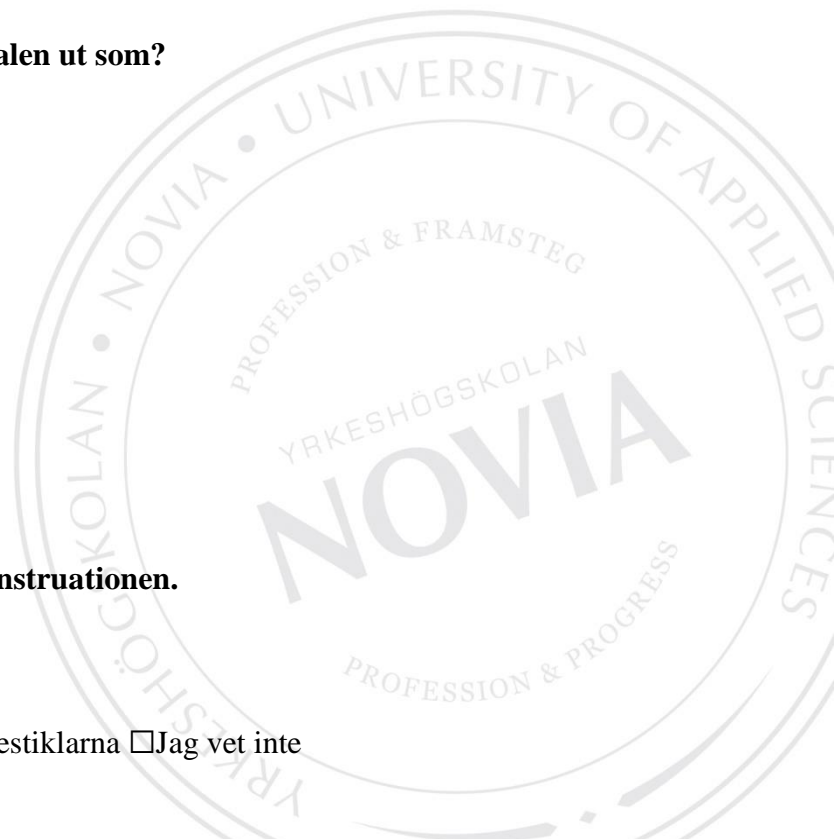
Sant Falskt Jag vet inte

**Vid kvinnlig sterilisering slutar också menstruationen.**

Sant Falskt Jag vet inte

**Vad skärs av vid manlig sterilisering?**

Prostatan Urinröret Sädesledarna Testiklarna Jag vet inte



**Mannen kan fortsättningsvis få utlösning efter sterilisering.**

- Sant Falskt Jag vet inte

**Varför tar man akut p-piller (dagen-efter-piller)?**

- För att avbryta graviditet  
För att få stånd  
För att skjuta upp mensen  
För att slippa använda kondom  
Jag vet inte

**Kan man bli gravid av avbrutet samlag?**

- Ja Nej Jag vet inte

**Vad är en ”säker period”?**

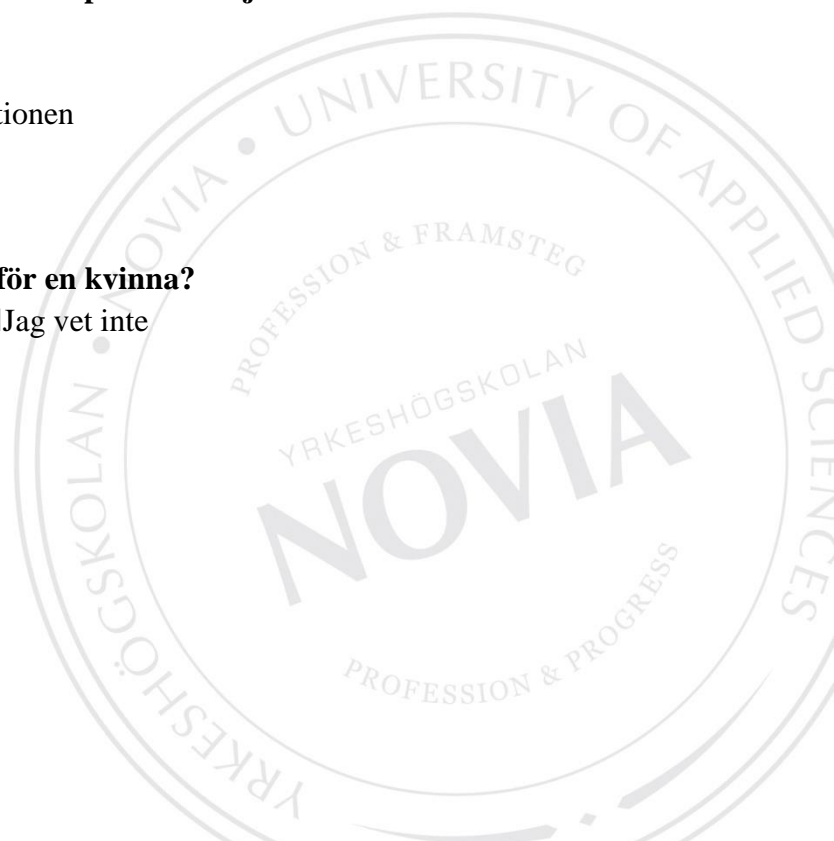
- Period i menscykeln när man kan bli gravid  
Period i menscykeln när man inte kan bli gravid  
Jag vet inte

**Hur tar kvinnan reda på när hon har sin säkra period? Välj två.**

- Mäter kroppstemperaturen  
Mäter blodtryck  
Räknar dagarna sen den senaste menstruationen  
Väger sig  
Jag vet inte

**Vad kallas det när mensen upphör totalt för en kvinna?**

- Ovulation Klimakterie Progesteron Jag vet inte



## Egna upplevelser

Dessa frågor är till för att få fram din egen åsikt, det finns alltså inga rätt eller fel svar.

**Har du någon gång sökt hjälp hos en hälsovårdare/barnmorska gällande din sexualhälsa?**

Ja Nej

**Om ja, fick du den hjälp du behövde?**

Ja Nej

**Tycker du att det borde finnas mera undervisning inom sexualhälsa och preventivmedel i grundskolan?**

Ja Nej

**Vem anser du borde hålla den huvudsakliga undervisningen?**

Lärarna Skolhälsovårdaren Sexualrådgivaren

**Hur kunde hälsovårdare/barnmorskor informera elever om sexualhälsa och preventivmedel mer effektivt? (Välj en eller flera)**

Individuella samtal

Dela ut broschyrer

Undervisning i mindre grupp

Gruppdiskussion

Undervisning klassvis

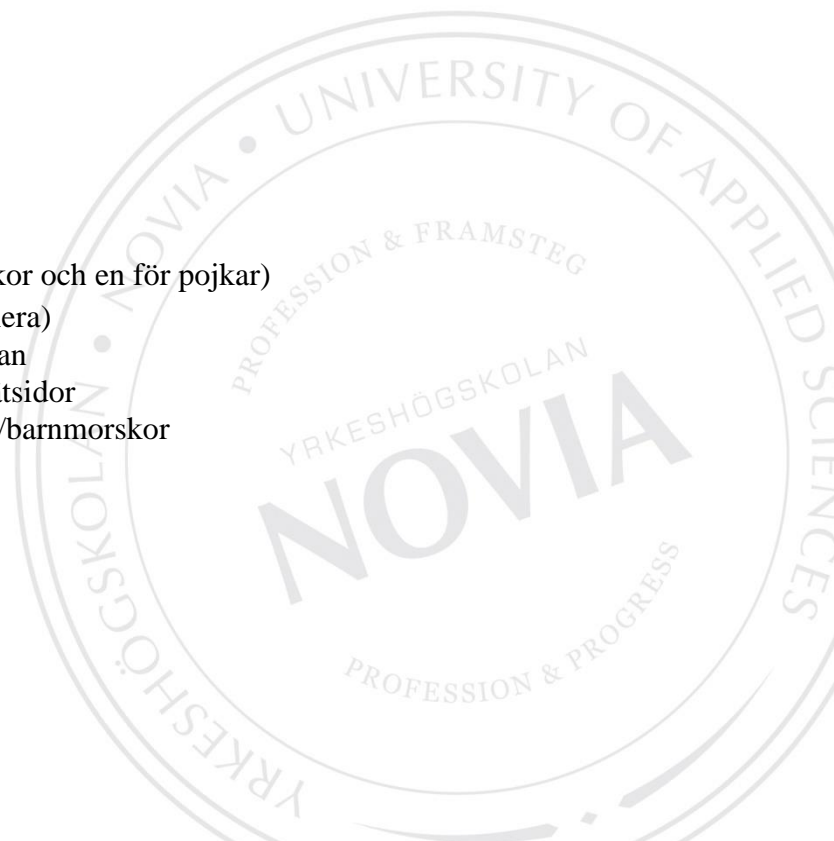
Undervisning för en hel årskurs

Undervisning i skilda grupper (en för flickor och en för pojkar)

Undervisning via nätet (ringa in en eller flera)

- Chatt med hälsovårdaren/barnmorskan
- Hänvisning till bra och trovärdiga nätsidor
- Forum som är ledda av hälsovårdare/barnmorskor

**Tack för ditt deltagande!**



## Svaren på frågorna om sexualhälsa och preventivmedel

Denna enkät är frivillig, du svarar på de frågor du vill svara på. Vi har på förhand lagt svarsalternativ som du kryssar i. Om inget annat står utskrivet kryssar du bara i ett alternativ.

Ålder \_\_\_\_ år                      Kön: Man Kvinna

**Här börjar frågeformuläret.**

**Vilket är det enda preventivmedel som skyddar mot könssjukdomar?**

P-piller Kondom P-stav Sterilisering Jag vet inte

**Vilket är det manliga könshormonet?**

Tyroxin Östrogen Testosteron Serotonin Jag vet inte

**När blir en pojke köns mogen? När han...**

- börjar producera sädesvätska
- när han fått kroppsbehåring
- tappar oskulden
- jag vet inte

**Hur många äggceller mognar under en menstruationscykel?**

5 10 7 1 Jag vet inte

**Slemhinnan avstöts från livmodern vilket förorsakar menstruation.**

Sant Falskt Jag vet inte

**Kan man bli gravid innan man har fått mens?**

Ja Nej Jag vet inte

**P-piller hindrar graviditet på tre olika sätt, vilka? (Kryssa för tre alternativ)**

- Ägglossningen hämmas
- Sekretet i livmoderhalsen tjocknar och släpper inte förbi spermien
- Livmoderväggen stöter ifrån sig äggcellen
- Äggcellen produceras inte överhuvudtaget
- Livmodersslemhinnan uttunnas

Jag vet inte



**Minipiller kan tas av kvinnor med förhöjd risk för...**

diabetes blodpropp astma benskörhet jag vet inte

**En spiral sätts in i...**

äggledarna urinröret livmodern äggstockarna jag vet inte

**Vad heter preventivmedels "kapseln" som man för in under huden?**

P-stav P-kapsel P-skum P-boll Jag vet inte

**Var sätts denna kapsel in?**

Slidan Låret Buken Överarmen Jag vet inte

**Hur ofta injiceras p-sprutan?**

En gång i veckan

Var tredje månad

En gång i året

Var sjätte månad

Jag vet inte

**Vilken bokstav i alfabetet ser kopparspiralen ut som?**

T S O J Jag vet inte

**Vad är spermicider?**

Annat namn för spermier

Förhindrar utlösning hos män

Ett spermiedödande medel

En bakterie i sperman

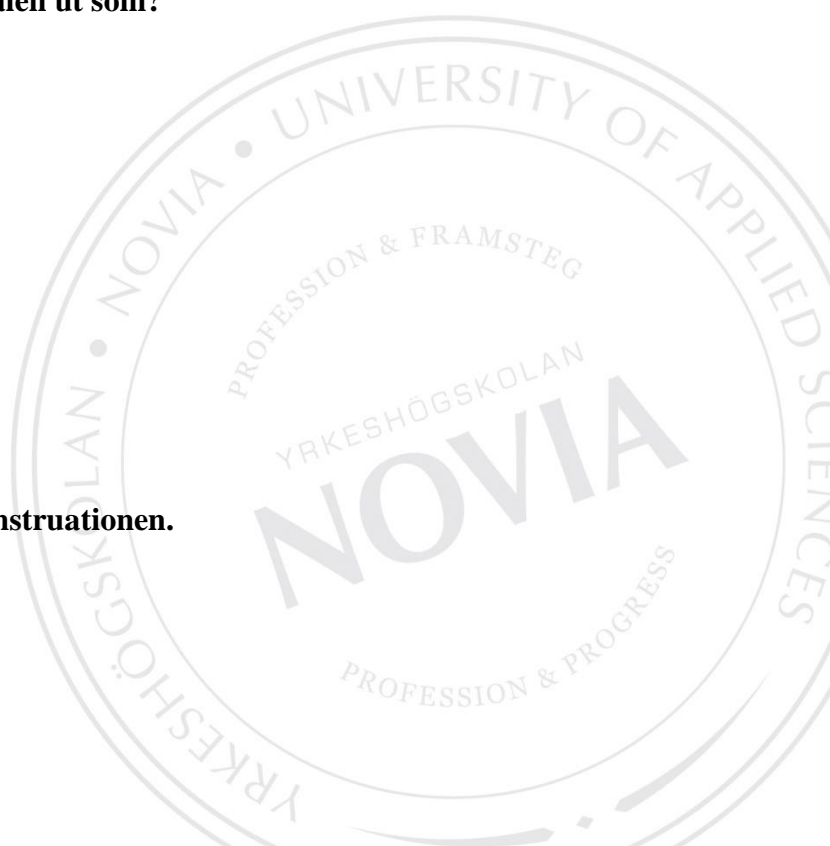
Jag vet inte

**Kvinnlig sterilisering går att återställa.**

Sant Falskt Jag vet inte

**Vid kvinnlig sterilisering slutar också menstruationen.**

Sant Falskt Jag vet inte



**Vad skärs av vid manlig sterilisering?**

Prostatan  Urinröret  Sädledarna  Testiklarna  Jag vet inte

**Mannen kan fortsättningsvis få utlösning efter sterilisering.**

Sant  Falskt  Jag vet inte

**Varför tar man akut p-piller (dagen-efter-piller)?**

För att avbryta graviditet  
 För att få stånd  
 För att skjuta upp mensesen  
 För att slippa använda kondom  
 Jag vet inte

**Kan man bli gravid av avbrutet samlag?**

Ja  Nej  Jag vet inte

**Vad menas med en "säker period"?**

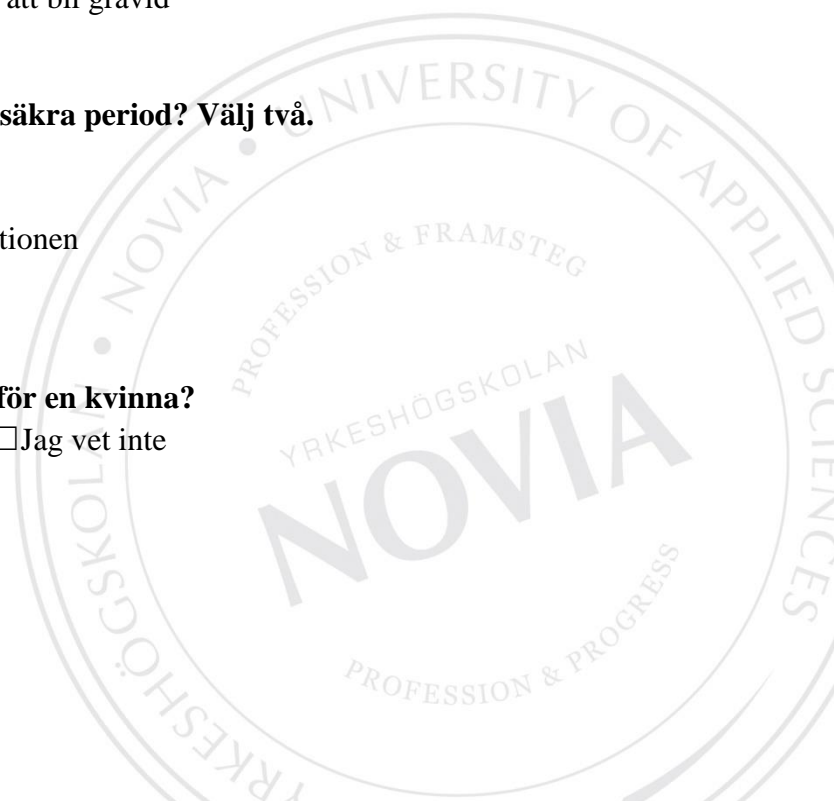
Period i menscykeln när man definitivt blir gravid  
 Period i menscykeln när det är osannolikt att bli gravid  
 Jag vet inte

**Hur tar kvinnan reda på när hon har sin säkra period? Välj två.**

Mäter kroppstemperaturen  
 Mäter blodtryck  
 Räknar dagarna sen den senaste menstruationen  
 Väger sig  
 Jag vet inte

**Vad kallas det när mensesen upphör totalt för en kvinna?**

Ovulation  Klimakteriet  Progesteron  Jag vet inte





## Egna upplevelser

Dessa frågor är till för att få fram din egen åsikt, det finns alltså inga rätt eller fel svar.

**Har du någon gång sökt hjälp hos en hälsovårdare/barnmorska gällande din sexualhälsa?**

Ja Nej

**Om ja, fick du den hjälp du behövde?**

Ja Nej

**Tycker du att det borde finnas mera undervisning inom sexualhälsa och preventivmedel i grundskolan?**

Ja Nej

**Vem anser du borde hålla den huvudsakliga undervisningen?**

Lärarna Skolhälsovårdaren Sexualrådgivaren

**Hur kunde hälsovårdare/barnmorskor informera elever om sexualhälsa och preventivmedel mer effektivt? (Välj en eller flera)**

Individuella samtal

Dela ut broschyrer

Undervisning i mindre grupp

Gruppdiskussion

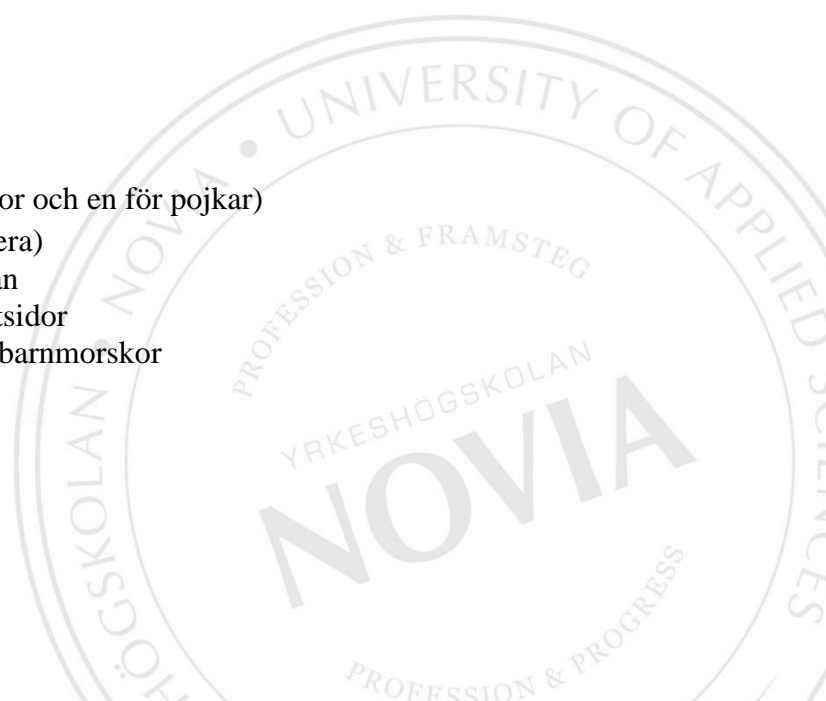
Undervisning klassvis

Undervisning för en hel årskurs

Undervisning i skilda grupper (en för flickor och en för pojkar)

Undervisning via nätet (ringa in en eller flera)

- Chatt med hälsovårdaren/barnmorskan
- Hänvisning till bra och trovärdiga nätsidor
- Forum som är ledda av hälsovårdare/barnmorskor



**Tack för ditt deltagande**