

Stop in the name of love

En pilotstudie om några ungdomars tankar kring oskyddat sex

Författare: Emma Häggmark
Jennie Fjellman
Program/Kurs: Barnmorske-
programmet
Höstkursen 2008
Omfattning: 15 hp
Handledare: Tone Ahlborg
Examinator Carina Sparud-Lundin

Sahlgrenska akademien

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa



Titel:	Stop in the name of Love – en pilotstudie om några ungdomars tankar kring oskyddat sex
Title:	Stop in the name of Love- a pilot study of a few adolescents thoughts about unsafe sex.
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurskod:	Barnmorskeprogrammet/Reproduktiv och perinatal hälsa Examens arbete II, OM 1660
Arbetets omfattning:	15hp
Sidantal:	44
Författare:	Emma Häggmark Jennie Fjellman
Handledare:	Tone Ahlborg
Examinator:	Carina Sparud-Lundin

Sammanfattning

Att skydda sig vid en sexuell kontakt är inte en självklarhet, orsakerna därtill är många, så även riskerna och konsekvenserna. Om vi kan förstå bakomliggande orsaker till att unga människor ibland inte skyddar sig vid sexuella kontakter kanske vi kan lära oss förebygga riskerna och skapa en säkrare sexualhälsa redan från unga år. Syftet med studien var att beskriva hur ungdomar mellan 15-18 år som besöker ungdomsmottagningen, i syfte att testa sig för STI-sjukdomar och/eller graviditet, tänker kring att skydda sig/inte skydda sig med kondom vid tillfälliga sexuella förbindelser. Metoden var en kvantitativ enkätundersökning med kvalitativa inslag i form av flera öppna frågor i semistrukturerad form. Den kvantitativa delen består av beskrivande och viss jämförande statistik. Antalet respondenter var 20st ungdomar i denna pilotstudie. I studien framkom att ”killarna” skyddade sig inte i lika stor utsträckning som ”tjejerna” vid senaste sexuella kontakten. Större delen av respondenterna av både ”tjejer” och ”killar” ansåg att det var bådas ansvar att skydda sig med kondom vid sexuell kontakt. Orsaker till varför kondom inte användes sammanfattades i kategorier och var exempelvis tanklöshet, förmodad trygghet, rädsla, känslan, bekvämlighet och alkohol. Kategorierna beskrivs var och en för sig och tydliggörs även genom citat som valts ut.

Nyckelord: adolescents, attitudes towards condom use, contraception, sexual risk-taking och Sweden.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid.
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Sexualupplysning i Sverige	2
Prevention och antikonception	2
Användande av preventivmetoder	3
Preventivmedelsrådgivning	3
STI	5
Kondom	5
Dagen efter piller	6
Abort	7
TEORETISKA BEGREPP	7
Sexuell hälsa	7
Autonomi	8
Livsvärld	9
Ungdomars sexuella livsvärld	10
Artikelsökning	13
PROBLEMFÖRMULERING	14
SYFTE	15
METOD	15
Urval	15

Mätinstrument och datainsamling	15
Analys	17
Etiska aspekter	18
RESULTAT	20
Bakgrundsdata och erfarenheter av sex och preventivmedel	20
Ungdomarnas reflektion av oskyddat sex	25
DISKUSSION	31
Metoddiskussion	31
Resultatdiskussion	34
<i>Känslan & bekvämlighet</i>	35
<i>Alkoholens betydelse vid oskyddat sex</i>	35
<i>Genans & viljan att behaga sin partner</i>	36
<i>Medvetenhet och chansning sida vid sida</i>	38
<i>Sena tankar</i>	39
<i>Ansvar</i>	40
Implementering av resultat	41
REFERENSER	42
BILAGOR	
1. Brev till Ungdomsmottagningen	
2. Patientinformation	
3. Enkät	
4. Kondenseringsprocessen	

INLEDNING

Det är ingen självklarhet att skydda sig med kondom vid en sexuell förbindelse, orsakerna därtill är många, så även riskerna och konsekvenserna. Vilka dessa orsaker kan vara är av betydelse för att förstå hur lösningar kan finnas för att öka medvetenheten och säkerheten när det gäller att skydda sig vid sexuella förbindelser.

I Sverige råder en liberal syn på att unga bejakar sin sexualitet i tonåren. Medelåldern för den sexuella debuten ligger, i Sverige idag, vid 16 års ålder (Forsberg, 2007). Om vi kan förstå vad som ligger bakom att unga människor ibland inte skyddar sig vid sexuella kontakter kanske vi kan lära oss att förebygga riskerna och skapa en säkrare sexuell hälsa redan från unga år.

Idag ökar könssjukdomarnas spridning över lag och Sverige har de högsta abortsiffrorna i Norden (Bondestam & Darj, 2003). Allt detta trots att det idag finns tillgång till skydd både mot könssjukdomar och/eller oönskad graviditet. Kondom som skyddar mot båda dessa saker kan inhämtas vid ungdomsmottagningar till reducerat pris eller gratis. Ändå kvarstår faktum att många unga inte skyddar sig vid sexuella förbindelser och utsätter sig därmed för påtagliga risker fysiskt såväl som psykiskt. Om unga människor inte skyddar sig vid sexuella kontakter, riskerar de att grundlägga en sexuell ohälsa i framtiden som vuxna, där infertilitet kan vara en följd.

Att uppmärksamma problemet med oskyddat sex bland ungdomar är av stor vikt för att få vägledning i hur människor som arbetar med ungdomar kan vara så effektiva som möjligt och nå fram till de unga. Detta kan göras genom att söka kunskap om ungdomars egen erfarenhet av att skydda sig eller inte vid sexuella förbindelser. Om vi frågar ungdomarna själva kan de kanske ge några svar på varför de utsätter sig för de risker som föreligger vid oskyddat sex. Utifrån deras egna svar kan vi kanske få en förståelse som gör dem, som arbetar med detta, mer kompetenta att bemöta de unga och nå fram med budskapet att alla bör skydda sig vid sexuella kontakter för att behålla sin egen och andras hälsa.

BAKGRUND

I bakgrunden tas bland annat upp preventivmedelsrådgivning, STI (sexuellt överförbara sjukdomar) och kondom. De teoretiska begreppen sexuell hälsa, ungdomars livsvärld och risktagande och autonomi beskrivs närmare.

Sexualupplysning i Sverige

Sexualupplysningen i Sverige har en lång tradition. Lagar och praxis som berör prevention, abort och synen på sexualitet har funnits sedan 1700-talet. I Sverige var det landets första kvinnliga läkare Karolina Wideström (1856-1949) som var först att förmedla sexualupplysning till unga kvinnor under slutet av 1800-talet, men det skulle komma att dröja ända fram till 1942 innan sexualundervisning officiellt rekommenderades runt om i skolorna (Odlind, Bygdeman & Milsom, 2008).

Sexualundervisning blev obligatorisk år 1955, och det svenska skolsystemet har reformerat sin sexualupplysning över tid. Inte alltför många studier har gjorts i Sverige, kring hur väl denna undervisning faller ut och påverkar ungdomar, men nationella utvärderingar har visat att det är stor variation på kvaliteten av sexualundervisningen (Ekstrand, Larsson, Von Essen, Tydén, 2005; Forsberg, 2007).

Prevention och antikonception

Två av de första preventivmetoderna som användes i Sverige var kondom och pessar. Kondomen kom på 1500-talet och pessaren kom i slutet på 1800-talet. Spiralerna kom på 1950-talet och 1964 introducerades kombinerade p-piller. Denna marknad har sedan dess utvecklats med diverse olika nya preparat (Odlind m.fl., 2008).

Den nuvarande abortlagen kom 1975 och samtidigt infördes ett långsiktigt program som innebar att förebygga oönskade graviditeter genom utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen. När den nya abortlagen trädde i kraft fastslogs att preventivmedelsrådgivningen skulle vara kostnadsfri samt att priset på preventivmedel skulle vara subventionerat. I samband med detta fick barnmorskorna

utbildning i och rätt att förskriva hormonella preventivmetoder samt att sätta in spiral (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2001; Odlind m.fl., 2008).

Användande av preventivmetoder

Enligt statistik från WHO (Världshälsoorganisationen) föds nio barn och tre människor dör varannan sekund. Dessa siffror visar på att världens befolkning ökar med cirka en miljon människor var fjärde dag. Födelsehalten påverkas av olika faktorer och en viktig faktor är tillgången på preventivmedel, vilken varierar stort i olika delar av världen (WHO, 2004).

I Sverige använder cirka 33 % av de fertila kvinnorna kombinerade p-piller, 21 % använder någon form av spiral och 23 % kondom. Användningen av p-piller och spiral visar stora variationer över tid. När p-pilleranvändandet minskar kan det ibland förklaras av mediernas negativa publicitet kring denna preventivmetod. Riskfaktorer kring kombinationsmetoder som till exempel p-piller är något som speciellt återkommit med jämna mellanrum i medier. Något annat som setts är att kondomanvändningen ökar i samband med stora kampanjer vid arbete mot HIV/AIDS, klamydia och andra sexuellt överförbara sjukdomar (Odlind m.fl., 2008).

Preventivmedelsrådgivning

Preventivmedelsrådgivning syftar till att skydda mot oönskad graviditet samt sexuellt överförbara sjukdomar (Sexually Transmitted Infections, STI). Preventivmedelsrådgivning ges exempelvis på gynekologisk mottagning, barnmorske-mottagning, ungdomsmottagning, samt specialiserade preventivmedelsmottagningar. Största delen av preventivmedelsrådgivningen i Sverige ges av barnmorskor verksamma på tidigare nämnda mottagningar runt om i landet. Även gynekologer och allmänläkare deltar i mer eller mindre utsträckning av preventivmedelsrådgivningen. Ungdomsmottagningar finns i varje stad med gratis preventivmedelsrådgivning (Odlind m.fl., 2008). De har som uppdrag att ge unga människor en balanserad och positiv bild av sexualitet, som skall bygga på respekt för individen själv och andra, eget ansvarstagande och jämställdhet mellan könen

(Christianson, Johansson, Emmelin & Westman, 2003). Preventivmedel för unga är många gånger gratis eller reducerat i pris, till exempel delas kondomer ut gratis eller till reducerat pris vid ungdomsmottagningar (Faxelid m.fl., 2001). Ungdomsmottagningen är vanligtvis till för ungdomar mellan 13-21 år, men åldrarna kan variera mellan olika kommuner i landet. Barnmorskorna som arbetar med preventivmedelsrådgivning är nyckelpersoner när det gäller att öka kunskapen om och minska spridningen av STI-sjukdomar samt oönskad graviditet.

Sverige har en relativt lång tradition av preventivmedelsrådgivning och är välkänt för att ha en liberal och öppen syn på tonåringars sexualitet. Att ha samlag innan äktenskap är vanligt i Sverige, och acceptansen inför detta är väl utbredd (Christianson m.fl., 2003; Ekstrand et al, 2005). Forsberg (2007) har gjort en sammanfattning av ett stort antal studier i Sverige som bland annat sett till hur stor andel ungdomar som samlagsdebuterat vid en viss ålder. Hennes sammanfattning visar på att ca en tredjedel av ungdomarna haft sin samlagsdebut när de går ut årskurs 9 och de resterande två tredjedelarna har haft det i gymnasiets tredje år. De här siffrorna är relativt stabila sedan 1960-talet och genomsnittsåldern för samlagsdebut, där undersökningsgruppen var 18-24 år, var 1996 16,5 år för ”tjejerna” och 16,8 år för ”killarna”. Idag, på 2000-talet, ligger medelåldern för samlagsdebut fortfarande vid 16 år (Forsberg, 2007).

Medelåldern för den sexuella debuten tycks alltså ligga mer konstant medan barnafödandet förläggs allt senare i livet. Detta innebär att unga vuxna idag kan ha ett aktivt sexliv i många år innan de planerar för graviditet och barn (Larsson, Hanson & Häggström-Nordin, Tydén, 2007). De preventivmetoder som då används måste vara säkra, effektiva, ofarliga och så biverkningsfria som möjligt. Rådgivningen skall vara anpassad för den enskilda kvinnans behov. Rådgivaren skall genom upplysning, professionell kunskap, skriftlig och muntlig information om varje preventivmetod som är aktuell hjälpa individen att själv komma fram till vilken preventivmetod som passar den enskilde individen bäst. Medicinsk trygghet kan skapas när individen själv får besluta om vilken preventivmetod hon/han skall använda sig av (Odlind m.fl., 2008).

STI

STI (Sexuellt överförbara sjukdomar) har sedan länge fluktuerat, d v s ökat eller minskat, över tid. STI-sjukdomar överförs via sexuell kontakt direkt från slemhinna till slemhinna. Spridning kan även ske via sekret till ögonen (Faxelid m.fl., 2001). STI-sjukdomar ökar just nu i hela västvärlden (Hammarlund, 2008). Över tid har olika sexuellt överförbara sjukdomar varit mer eller mindre aktuella. Idag är det till stor del klamydia och syfilis som ökar mest (Smittskyddsinstitutet, 2008). Symtom och biverkningar av olika STI-sjukdomar kan leda till allvarliga sjukdomstillstånd, både fysiskt och psykiskt. I mer eller mindre grad kan dessa sjukdomar utgöra allt från ett psykiskt lidande och stress, till att kunna orsaka infertilitet, ektopisk graviditet (utomkvedshavandeskap) och salpingit som i klamydias fall. I värsta fall, som när det gäller HIV/AIDS, kan sjukdomen på sikt leda till döden (Christianson m.fl., 2003; Faxelid m.fl., 2001).

I Sverige finns strategier för att behålla en god sexuell och reproduktiv hälsa, bland annat genom att tillhandahålla gratis provtagning, behandling och smittspårning för STI-sjukdomar för hela befolkningen (Christianson m.fl., 2003). Sjukdomarna gonorré, klamydia, HIV, hepatit B och syfilis är anmälningspliktiga och lyder under smittskyddslagen. Anmälningsplikten för STI-sjukdomar har funnits i Sverige sedan början av 1900-talet. Landstinget har huvudansvaret för smittskyddet och det är behandlande läkare som har ansvaret för att smittspårningen genomförs (Smittskyddslagen 2004:168, Smittskyddsförordningen 2004:255).

Kondom

Kondom är det enda preventivmedlet som män kan använda och har, i varierande slag, använts sedan årtusenden tillbaka i tiden. Kondomen skyddar mot oönskad graviditet och spridning av STI-sjukdomar om den används rätt, enligt föreskrift, under hela samlaget. Riskerna ökar ju mer oförsiktigt kondomen används. Kondomens fördelar som preventivmedel är bland annat att den är lätt att använda, går att köpa receptfritt, finns på apotek och i de flesta affärer. Kondomen behöver bara användas vid sexuellaktivitet och kräver inget regelbundet intag eller någon

planering, kondomen ger dessutom sällan några biverkningar. Dess nackdelar är att den kan ge gummiallergi och att den av vissa anses påverka den sexuella upplevelsen negativt på olika vis (Faxelid m.fl., 2001; Odland m.fl., 2008).

Kondomanvändning har mer än halverats, från 38 % 1967 till 15 % 1996 (Wulft & Lalos, 2004) I juni 2008 gjorde WHO en undersökning om 15-åriga ungdomars vanor i 41 industriländer. En av frågorna var om personen i fråga använt kondom vid senaste samlaget. 63 % av Sveriges ungdomar som deltog i undersökningen svarade ja på frågan vilket är 9 % lägre än genomsnittet i de undersökta industriländerna (WHO, 2005-2006).

Faktorer som påverkar att kondom inte används vid sexuell kontakt kan bland annat vara försumlighet på grund av alkoholintag och en tillit till eventuellt kvinnliga befintliga preventivmetoder som skyddar mot oönskad graviditet, till exempel p-piller (Hammarlund, 2008). Enligt Ekstrand, Tydén & Larssons studie (2007) tolkar en del ungdomar ett förslag om kondomanvändning som misstro från partnern. Att föreslå kondomanvändning verkade också i sig upplevas mer intimt än själva samlaget (Hammarlund, 2008; Ekstrand et al, 2007).

Dagen-efter-piller

I Sverige, har ECP (Emergency Contraceptive Pill), Akut p-pillret, även kallat ”Dagen-efter-piller” funnits att tillgå via förskrivning av recept sedan mitten av 1990 och utan recept sedan 2001. Dagen-efter-piller är ett hormonpreparat som tas efter samlag för att förhindra ägglossning och på så vis befruktning. Det kan idag fås gratis vid ungdomsmottagningar, barnmorskemottagningar och sjukhus. Dagen-efter-piller ska tas inom 72 timmar efter ett oskyddat samlag, men rekommendationen lyder att tablettorna intas så fort som möjligt då effekten gradvis minskar. Om dagen-efter-piller tas enligt föreskrift förebygger det till 95 % en oönskad graviditet. Av Apotekets försäljningsstatistik framgår att försäljningen av dagen-efter-piller ökat sedan det blev receptfritt och att försäljningen fortfarande stiger. Bara mellan 2002 och 2003 ökade försäljningen med 11 % (Ekstrand, Larsson, Darj & Tydén 2008; Forsberg, 2007).

Abort

Sverige har de högsta abort siffrorna ibland de nordiska länderna. År 2003 avslutades omkring var fjärde graviditet med abort, vilket ger en statistik på 20 aborter per 1 000 kvinnor (i åldern 15-44 år). Mellan 1995 och 2005 har aborter bland tonåringar ökat med 50 %, från 16,9 till 25,4 aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15-19 år. År 2002 var abortsiffran bland tonåringar den högsta på sju år, då den nådde upp till ca 24,5 aborter på 1 000 kvinnor, som var i åldern 15-19 år (Ekstrand et al, 2005, Ekstrand et al, 2007, Ekstrand et al, 2008). 2007 utfördes 37 205 aborter i Sverige vilket innebär 21 aborter per 1 000 kvinnor och visar på en ökning med 2 % från föregående år (Socialstyrelsen, 2008:4).

TEORETISKA BEGREPP

Sexuell hälsa

Enligt WHO är sexuell hälsa ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, och inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa är mer än bara ett medicinskt tillstånd. Det är även en fråga om jämlikhet och rättigheten att själv välja partner eller tidpunkt för en graviditet och jämlikhet rådande mellan könen. Ingen skall diskrimineras för sin sexuella läggning. Sexuell hälsa bör innebära ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom till möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och bibehållas, måste människors sexuella rättigheter respekteras och skyddas (WHO, 2002).

Sexualiteten införlivas redan från barnsben till ungdom och vidare in i vuxenlivet. Ungdomstiden anses vara den mest aktiva tiden när det gäller att formas och utvecklas som sexuell varelse, under denna period knyts också den personligt förvärvade synen på sexualitet samman med samhällets syn på sexualitet. I varje individs uppfostran förmedlas samhällets föreställningar om sexualitet och individen förvärvar kulturellt bestämda normer, värderingar och ideal. Varje individs syn på

sexualitet kan förändras i tid, från en plats till en annan samt formas utifrån egna erfarenheter i livet. Sexualiteten är en föränderlig process som skapas kontinuerligt (Lundberg, 2002).

Sexualiteten är ett område som är viktigt för människors identitet, upplevelse och relationer i livet. Varje människa bör ses som unik och varje människa har olika erfarenhet av sexualitet med sig, dessa erfarenheter har också kulturella skillnader. Sverige anses ha en öppen syn på sexualitet. Sex- och samlevnadsundervisning i Sverige är obligatoriskt under skolåren. Ungdomar ska erhålla sexualupplysning och kunskap om sex- och reproduktionsfrågor i skolan och/eller via ungdomsmottagning (Lundberg, 2002).

Samhället arbetar för att förbättra ungdomars sexuella hälsa bland annat genom att det finns ungdomsmottagningar tillgängliga i alla kommuner, dit ungdomar kan söka sig för att få vägledning och svar på frågor kring sexualitet och angränsande ämnen. De personer som arbetar med ungdomars sexuella problem skall vara professionella (Hulter, 2004).

Autonomi

Autonomi - (självstyre) innebär självbestämmanderätt, att vara oberoende, inom flera områden. Autonomiprincipen väger tungt inom etiken. Autonomiprincipen innebär rätten till självbestämmande över angelägenheter som rör ens liv. En moralisk skyldighet är att respektera varandras rätt till självbestämmande, undersökningsdeltagares rätt till anonymitet, information samt rätt till att bestämma om sitt eventuella deltagande. Detta kräver att individen har förmåga att kunna vara autonom och ta ställning till olika handlingar och ha handlingsförmåga. Principen innebär även rätten att bestämma att man som individ inte själv vill bestämma. Rätten kan då tillfälligt överlåtas och i vissa fall går samhället in och tar över beslutanderätten av den enskilde individen då dennes förmåga till självbestämmande inte anses vara tillfredställande. Autonomiprincipen skall dock följas så långt det är möjligt (Fakta om etik i sjukvården 2008-11-24).

Varje dag ställs människor i olika åldrar och med olika handlingsförmåga inför val som rör angelägenheter i ens eget liv. För ungdomar i Sverige idag kan autonomi handla om att, utan vuxnas inblandning, själva bestämma om de vill utöva ett riskbeteende, men det kan också vara att ta ansvar och besluta om önskvärt preventivmedel. Det kan handla om att fortsätta eller avbryta en graviditet och om de skall använda kondom eller inte vid sexuell kontakt. (Hagström, 2001)

Livsvärld

Ett livsvärldsperspektiv innebär att människors livsvärld bejakas. Livsvärlden är människors vardag och verklighet, som de uppfattar den. Varje människas livsvärld är unik och skapad av personens egen upplevelse av vad som är verkligt. För den enskilda individen är livsvärlden självklar och given. Teorin om livsvärlden tar fasta på relationen mellan världen och människan, utrymmet mellan dessa två, det är det som blir varje individs tillvaro (Dahlberg K, Segesten K, Nyström M, Suserud B-O, Fagerberg, 2003).

Att inneha ett livsvärldsperspektiv innebär att en person försöker förstå världen så som en annan person förstår den. Det innebär att åsidosätta sin egen uppfattning och försöka förstå och analysera världen utifrån en annan människas perspektiv (Dahlberg m.fl., 2003).

Vårdvetenskapen innefattar livsvärldsansatsen, som präglas av ett etiskt perspektiv, där patientens egen upplevelse av sin hälsa står i fokus. Varje människa anses vara unik liksom hennes upplevelse. Till upplevelse av hälsa kommer också patientens egen erfarenhet av lidande, välbefinnande och vård i fokus. Företeelser såsom hälsa, lidande, välbefinnande och upplevelse av vård finns inte konkret och kan därför inte mätas med traditionella metoder. Istället kan livsvärldsperspektivet ta form och uttryckas genom vårdaren, i och med att denne tar del av vad patienten berättar. Genom att tillgodogöra sig patientens berättelse kan vårdaren till viss del förstå vad patienten upplever. Vårdaren försöker se och uppleva världen utifrån patientens perspektiv. Den yttersta målsättningen är att inte göra anspråk på verkligheten utan att förhålla sig öppen och förutsättningslös inför den. Det är av vikt att försöka förstå

ungas livsvärld, liksom det med alla människor är av betydelse att försöka se hennes livsvärld innan vi försöker sörja för hennes vård. Vill vi hjälpa unga till en bättre sexuell och reproduktiv hälsa bör vi ta hänsyn till hennes levda värld (Dahlberg m.fl., 2003).

Andemeningen i detta illustreras precis med Kierkegaards ord citerade i Hagström (2001 s.53):

”... Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där. För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer, än vad hon gör, men först och främst förstå vad hon förstår...”

Ungdomars sexuella livsvärld

När fokus ligger på att förebygga STI-sjukdomar och oönskade graviditeter är ungdomar, befolkningsmässigt, den centrala åldersgruppen att inrikta sig på (WHO, 2006). Många konstaterar att ungdomar är en heterogen grupp där varje liten enskild ungdomsgrupps specifika behov bör tillgodose. Olika grupper har olika förutsättningar som kan utgöras av t ex ålder, kön, kulturell bakgrund och sexuell erfarenhet (Forsberg, 2007).

Utvecklingspsykologerna Hwang & Nilsson (2003) beskriver att i tonåren börjar de flesta ställa sig frågor kring kärlek och sexualitet och dessa frågor följer sedan individen genom hela dess liv. Tonåringen söker efter sin vuxenidentitet, som innefattar den sexuella identiteten. Detta sökande innebär alltid, om än i olika stor utsträckning, ett visst experimenterande och prövande av olika roller såväl som av olika handlingar. Att lära sig förstå och att lära känna sin sexualitet innebär en process av testande. Detta testande utgör eller gränsar, nästan oundvikligen, till risker.

Olika ungdomsgrupper är olika benägna att ta risker. Det handlar också om olika typer av risker, var för sig eller tillsammans, som t ex. alkohol- och drogkonsumtion samt sexuellt relaterade risker (Berg-Kelly, 1998). Det bör beaktas att ett risktagande kan vara av både positiv och negativ karaktär. För ungdomar kan ett risktagande i form av att spränga gränser, experimentera och bejaka sin sexuella lust vara en

naturlig utvecklingsprocess, som kan leda till vidgade vyer, nya relationer eller en ny positiv upplevelse. Nya erfarenheter bidrar i sig själva till reflektion och successivt ökad mognad och bör därför ses som en naturlig utveckling för en tonåring (Christianson m.fl., 2003; Berg Kelly, 1998). För de allra flesta leder ett experimenterande och testande till ett utforskande av identiteten och den unga individen vinner identitet och en starkare självbild (Hwang & Nilsson, 2003).

När en ung människa experimenterar och passerar över nya gränser kan det dock innebära att de utsätter sig för ett risktagande som har en mer självdestruktiv karaktär. Det händer att unga utsätter sig för risker de inte har förmåga och mognad att hantera. Riskerna kan t ex vara att dricka sig berusad i samband med sex, att ha sex med någon de inte känner, att bli oönskat gravid, att göra någon oönskat gravid och att bli smittad av en sexuellt överförbar sjukdom (Christianson m.fl., 2003; Berg Kelly, 1998; Hwang & Nilsson, 2003).

Samband ses mellan en tidig sexualdebut, många sexualpartners, ett inkonsekvent användande av kondom och att drabbas av en könssjukdom. Socioekonomiska förutsättningar ligger också till grund för vilka risker en ung människa utsätter sig för. Faktorer så som rökning, alkoholvanor, sällskap med olika partners, bristande föräldraskap och dålig anknytning emellan barn och föräldrar har visat sig ha samband med risktagande (Christianson m.fl., 2003).

Olika generationer ger olika perspektiv på risktagande, på grund av att de skiljer sig åt. Till exempel var unga under 1980-talet försiktigare när det gällde sexuella risker än både tidigare och senare ungdomsgenerationer. Forsberg (2007) upprepar frågan som Swedin, Näslund & Evetorp (1994) ställer; om orsaken till detta kan ha varit en reaktion på de HIV-preventiva insatser som gjordes i Sverige under slutet av 1980-talet. På 1990-talet blir ungdomsgenerationen mer risktagande igen när det gäller bland annat sexuella relationer. Unga har fler sexuella kontakter utanför en kärleksrelation, mer sex "första kvällen" och fler partners (Herlitz, 2004; Larsson m.fl., 2007). Så i början av 2000-talet är den unga generationen mer benägen att ta risker än under 1980- och i början av 1990-talet när det gäller sexualitet (Hammarlund 2008; Larsson m.fl., 2007).

Kina Hammarlund (2008) beskriver att unga människor känner grupptillhörighet. Av gruppen som är deras sammanhang påverkas den unga människans handlande och åsikter. Till exempel är det mer vanligt att använda sig av skydd vid sexuella kontakter, om vännernas inställning är att man bör göra det. Tillika blir det mer avdramatiserat och mer accepterat att drabbas av en STI-sjukdom om många andra inom gruppen också har gjort det. Detta innebär också att riskerna med en STI-sjukdom kan negligeras och neutraliseras med den sexuella hälsan som insats. I Hammarlunds artikel (2008) framkommer till exempel att klamydia just är så pass vanligt att ungdomar tenderar att normalisera klamydiasmittan och försummar därmed riskerna med den.

Många unga har därtill en känsla av att de risker som finns bara drabbar andra och bär på tanken och känslan av att "det händer inte mig" (Christianson m.fl., 2003). Denna tanke appliceras på allt möjligt och så också på risker som kan följa om skydd inte används vid en sexuell kontakt (Hammarlund, 2008).

Den personliga risken väger oftast tyngre än partners risk. Man ser mer till den egna individen och tar i allmänhet ansvar för sig själv i första hand. Vidare tar unga människor hänsyn till andra, huvudsakligen när de har en personlig relation till vederbörande, till exempel i en kärleksrelation. I en kärleksrelation är det av intresse att värna om partners hälsa. Däremot används också skydd mer vidsträckt vid sexuella kontakter med tillfälliga partners. Däremot används skydd för egen del mer vidsträckt vid sexuella kontakter med tillfälliga partners, då känslorna inte anses vara lika starka (Hammarlund, 2008). Detta beskrivs i Berglunds intervjustudie (2007), men i motsats till Hammarlund hävdar Berglund att i mer varaktiga relationer försämrades förutsättningarna för kondom användning. Det tycks vara så att skydd vid en sexuell kontakt används när partnern är välkänd och när partnern är okänd. Gråzonen mellan att bedöma en partner som känd eller okänd är ett balanserande för användande eller icke användande av skydd. Vem som hör till känd eller okänd avgörs av ett personligt kalkylerande (Christianson m.fl., 2003; Hammarlund, 2008; Marston & King, 2006). Studien av Christiansson m.fl., (2003) beskrev till exempel att respondenterna kalkylerade med risken att en sexualpartner kunde ha en könssjukdom eller inte. Riskbedömningen vilade på känslan för personen i fråga och utgick ofta från om de kände personen eller inte. Att känna någon hade varierande

betydelse och kunde innebära att personen varit känd för person i fråga i x antal månader, veckor, dagar eller timmar. Att känna någon innebar ofta att denne inte värderades vara bärare av någon könssjukdom.

En annan anledning till att inte skydda sig, enligt Hammarlund (2008) är att det finns en bild och önskan av att ett sexuellt möte skall vara spontant, romantiskt och oplanerat. För att vara det kan inte personerna i fråga bära med sig en kondom då detta skulle tyda på planering. Detta visar på ett spel mellan ungdomarna där man upprätthåller en bild av det spontana mötet, där "killen" överväldigas av lust till en "tjej" som är noga utvald. Hon är inte ett objekt, utan vald för att hon är unik. Detta är ett utanpåverk när det visar sig att båda parter, "tjejer" och "killar", tänkt sig ett sexuellt möte i förväg. På så vis blir de objekt för varandra. Av de "killar" som deltog i Hammarlunds studie (2008) framkom att de ser "tjejer" som objekt och då de i många av fallen inte kommer att träffa "tjejen" mer än en gång anser de sig inte behöva ta ansvar för hennes sexuella hälsa och samtidigt tror de sig själva om att vara osårbara. Christianson m.fl., (2003) bekräftar detta, att ungdomarna ville understryka att de inte alls planerade att ha sex med någon, utan att det bara hände. På så vis vidhöll de känslan av spontanitet och att ödet avgjorde vad som skulle hända. Att då köpa och bära med sig kondomer skulle avslöja att ett sexuellt möte var planerat. Vidare visar studien av Christianson m.fl., (2003) på att ungdomarna vidmakt höll ett spel där "killen" ska välja ut en specifik "tjej" och ta första initiativet. "Tjejen" ska vara mer passiv. Detta till trots att ungdomarna själva bekräftade att båda parter i förväg tänkt sig ett sexuellt möte och att de oavsett kön lät sig drivas av sin lust. Båda parter, "tjejer" och "killar", beskrev att de såg till att spela sina roller väl för att accepteras.

Artikelsökning

Via databaserna CINAHL och PubMed gjordes artikelsökning till föreliggande studie. En systematisk sökning gjordes i ovan nämnda databaser. De sökord som användes var: adolescens, attitudes towards condom use, contraception, sexual risk-taking och Sweden. Sökningen gjordes på engelska med sökorden var för sig och i olika kombinationer. Begränsning angående publiceringsår var från och med år 2000.

I första hand söktes studier gjorda i Sverige då detta känns mest aktuellt för denna studie, men även relevanta artiklar från andra länder har inkluderats. Artikelsökningen avgränsades till engelska och svenska artiklar.

Till en början lästes titeln på artiklarna i söklistorna och för de artiklar som ansågs relevanta lästes sammanfattning/abstract för att få en djupare inblick. Innan bearbetningen påbörjades exkluderades fem artiklar då de inte visade sig vara relevanta för syftet. De artiklar som fortfarande ansågs relevanta för syftet efter att sammanfattning/abstract lästs valdes ut för vidare granskning. Utifrån den systematiska sökning som gjorts hittades nio artiklar som ansågs relevanta att använda i studien. Artiklarna som använts i arbetet var granskade utifrån vetenskapliga kriterier. Vetenskapliga artiklar skall vara referensbedömda, innehålla abstract, introduktion, metod, resultatredovisning samt diskussion och referenser (Backman, 1998).

PROBLEMFORMULERING

Det finns ett relativt stort antal studier gjorda inom området. Flertalet studier (Ekstrand m.fl., 2005, 2007; Christianson m.fl., 2003; Hammarlund, 2008) konstaterar att ungdomar många gånger inte skyddar sig med kondom vid sexuella förbindelser och därmed utsätter sig själva och andra för risker, som t ex smitta av könssjukdom och oönskad graviditet. Det är av vikt, för att kunna bemöta denna grupp unga människor idag, att ta reda på och beakta deras egna erfarenheter. Om de unga själva kan påvisa varför de väljer att inte skydda sig kan de som möter och arbetar med unga idag kanske finna en väg att nå fram till dem med ett budskap om att de bör skydda sig mot könssjukdomar och oönskad graviditet. Den här studien avser att beskriva några unga personers egna tankar och erfarenheter för att på så vis kanske kunna förstå varför en del utsätter sig själva och andra för denna risk. Kan den kunskapen erhållas kan detta riskbeteende kanske förebyggas och en god sexuell och reproduktiv hälsa uppnås och följa dessa unga vuxna in i vuxenlivet.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva hur några ungdomar som besöker ungdomsmottagningen, i syfte att testa sig för STI-sjukdomar och/eller graviditet, tänker kring att inte skydda sig med kondom vid tillfälliga sexuella förbindelser.

METOD

Metoden var en kvantitativ enkätundersökning med kvalitativa inslag i form av flera öppna frågor i semistrukturerad form. Den kvantitativa delen består av beskrivande och viss jämförande statistik. Detta är en pilotstudie, vilket innebär en förberedande och begränsad undersökning för att pröva, utvärdera och vidareutveckla en datainsamlingsmetod som sedan kan utföras på samma sätt, men i större skala för en större studie (Nyberg, 2000).

Urval

Urvalet utgjordes av 20 respondenter, 9 ”killar” och 11 ”tjejer”, i åldern 15-18 år som besökte barnmorskan på ungdomsmottagningen i syfte att testa sig för STI-sjukdom och/eller graviditet under perioden 26 september - 14 oktober 2008. Medelåldern för ”killarna” var 16,7 år och 16,5 år för ”tjejerna”. Medelåldern för alla deltagare, ”killar” och ”tjejer” tillsammans var 16,6 år.

I studien exkluderades högre åldrar än 18 år då det förmodades att fler ”killar” och ”tjejer” skaffat sig stabila relationer. Nedre åldersgräns sattes till 15 år då personer under 15 år enligt svensk lag inte är ”byxmyndiga” eller ”lovliga” d v s inte skall ha sexuella förbindelser med äldre personer, då de kan riskera att bli utnyttjade.

Mätinstrument och Datainsamling

Enkäten formulerades utifrån vårt intresse för ämnet som blivande barnmorskor. Önskan var att skapa en enkät och som kunde ge ett resultat som vi i vår kommande yrkesroll som barnmorskor kan använda oss av. Därför vilar utformande av enkäten på ett personligt och professionellt intresse. Inför utformning av enkäten hämtade vi kunskap och idéer ur boken - Enkäten i praktiken (Ejlertsson, 2005). Vi ville utforma enkäten så att respondenterna lätt skulle förstå frågorna och enkelt kunna besvara dem. Vi fick respons på vår enkät av personalen på den ungdomsmottagning enkäterna skulle delas ut. Utifrån sin erfarenhet av att arbeta med ungdomar gav de oss tips på hur frågorna språkligt kunde formuleras för att passa den åldersgrupp vi vänder oss till.

Frågornas antal blev åtta. I det semistrukturerade frågeformuläret tillfrågades respondenterna om kön och ålder, erfarenhet av sexuell aktivitet eller inte, användning av kondom eller inte vid senaste sexuella förbindelse, aktuellt preventivmedel samt om de någon gång låtit bli att använda kondom vid samlag. I frågeformuläret fanns även öppna frågor där ungdomarna ombads berätta om hur det kom sig att de inte skyddade sig med kondom, om vems ansvar det är att använda kondom vid sexuell kontakt, tankar om risker och konsekvenser kring könssjukdomar och graviditet vid oskyddad sexuell förbindelse. På dessa öppna frågor fick respondenten med egna ord beskriva och berätta om tankar kring de ovanstående öppna frågorna. Se enkät i bilaga 3.

Enkäten lämnades ut på en ungdomsmottagning i Västra Götaland, efter förfrågan och tillstånd att genomföra studien, se bilaga 1. Socioekonomiskt kan ungdomar i upptagningsområde med villa - hyreshusbebyggelse för denna vårdcentral betraktas som varierat. Barnmorskan på ungdomsmottagningen delade ut frågeformuläret till varje potentiell respondent i ett förseglat kuvert. Enkäten kunde besvaras i väntrummet efter besöket hos barnmorskan. Respondenten lade därefter den ifyllda enkäten i en förseglad låda. Barnmorskan på ungdomsmottagningen tog aldrig del av respondenternas svar utan kommer att kunna ta del av resultatet efter färdigskrivna uppsats.

Analys

Enkäternas kryssfrågor, den kvantitativa delen av materialet samt den sista öppna frågan, fråga åtta, sammanställdes i diagram för att få en lätt överskådlig bild av svaren. Fråga åtta planerade vi först att analysera kvalitativt. Efter enkäten var ifylld och vi bearbetade resultatet fann vi dock att frågans svar hade en dubbel karaktär på så vis att den både kunde presenteras som kvantitativa data och även redovisas i den kvalitativa delen. Fråga åttas svar är således presenterad i både den kvantitativa delen i form av ett diagram och i den följande kvalitativa delen. Enkäternas övriga öppna frågor nummer sex och sju bearbetades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2008). Målsättningen med den kvalitativa analysen var att granska och tolka ungdomars utsagor i, form av svaren på de öppna frågorna.

Graneheim & Lundman (2008) presenterar en kvalitativ innehållsanalys som bygger på en kondenseringsprocess. Kondenseringsprocessen innebär att förvärvat material skrivs ned ordagrant och därefter påbörjas processen med att meningarna analyseras och bryts ned till mindre delar. Dessa slås samman till subkategorier utifrån gemensamt innehåll och vidare till större kategorier. Kategorierna skall uttrycka meningsenheternas explicita innebörd och sammanfatta andemeningen i enkätfrågornas svar.

En tabell ställdes upp med fyra på varandra följande kolumner, med rubrikerna meningsenheter, koder, subkategorier och kategorier. Samtliga svar från frågorna 6 och 7 a, b, det vill säga de öppna frågornas svar, från enkätstudien skrevs in ordagrant under kolumnen meningsenheter. Meningsenheterna kondenserades och abstraherades och skrevs in under kolumnen koder. Ur koderna, som är essensen av meningsenheterna, identifierades subkategorier. Subkategorierna slogs därefter ihop till de slutliga kategorierna.

Nedan visas ett exempel på hur kondenseringsprocessen genomförs (v.g. se vidare bilaga 4):

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Varför använde du inte kondom?			
När man har testat utan så var det mycke´ skönare.	Testat utan, var mycket skönare.	Skönare känsla	Känslan

Analysen genomförde vi som författare gemensamt. Hela den så kallade kondenseringsprocessen gjordes av oss båda genom läsning, bearbetning och diskussion av texten. Efter processens slut gick vi igenom resultatet var för sig för att försäkra oss om att kodningen kändes autentisk i förhållande till budskapet i meningsenheterna.

I kondenseringsprocessen kan man välja att i slutändan finna ett gemensamt tema som kan sammanfatta samtliga funna kategorier. Inget tema är valt i denna pilotstudie då materialet är för litet för att abstraheras ytterligare.

Kvalitativ innehållsanalys strävar efter att beskriva variationer (Graneheim & Lundman, 2008), därför valde vi att inkludera både ”killar och ”tjejer”, med tre års spridning i ålder. Detta borde öka möjligheten att belysa ämnet utifrån något olika erfarenheter.

Att analysen gjordes tillsammans, bör öka resultatets tillförlitlighet, då två tolkare bör säkra en mer nyanserad tolkning än en person.

Etiska aspekter

De etiska riktlinjerna för vår studie vilar på principerna ”Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden”. Detta är etiska principer för forskning att användas även inom reproduktiv och perinatal hälsa (www.codex.se). Principerna som är grund för denna studie är följande: principen att inte skada, principen för rättvisa, principen för autonomi och principen att göra gott.

Informanterna som tilldelats enkäten har fått skriftlig patientinformation (v.g. se bilaga 2) som talar om att de är anonyma. Endast ålder och kön efterfrågas. Ingen på Ungdomsmottagningen, som delat ut enkäten, kommer att ta del av svaren. Det framgår att deltagandet är frivilligt, vilket bejakar principen om autonomi.

Det framgår i patientinformationen att resultatet endast kommer att finnas i uppsatsen. Enkätsvaren kommer inte att användas i något annat syfte, ej heller föras vidare eller hamna i någon annans vård. Ungdomarna utsätts inte för någon risk och garanteras samma bemötande och vård som om de inte skulle delta i studien. Med denna garanti svarar vi mot principen att säkra rättvisa mellan deltagarna i studien, och de som ej deltar.

Efter att samtliga enkäter besvarats hämtades den förseglade lådan med enkäterna. Samtliga enkäter förvarades var för sig i det tilldelade enskilda kuvertet hemma hos en av författarna. När vi arbetade med enkäterna utanför hemmet lämnades enkäterna aldrig utan uppsikt för att på så vis garantera att enkäterna inte hamnade i orätta händer. Efter studiens och uppsatsens slutförande skall enkäterna förstöras.

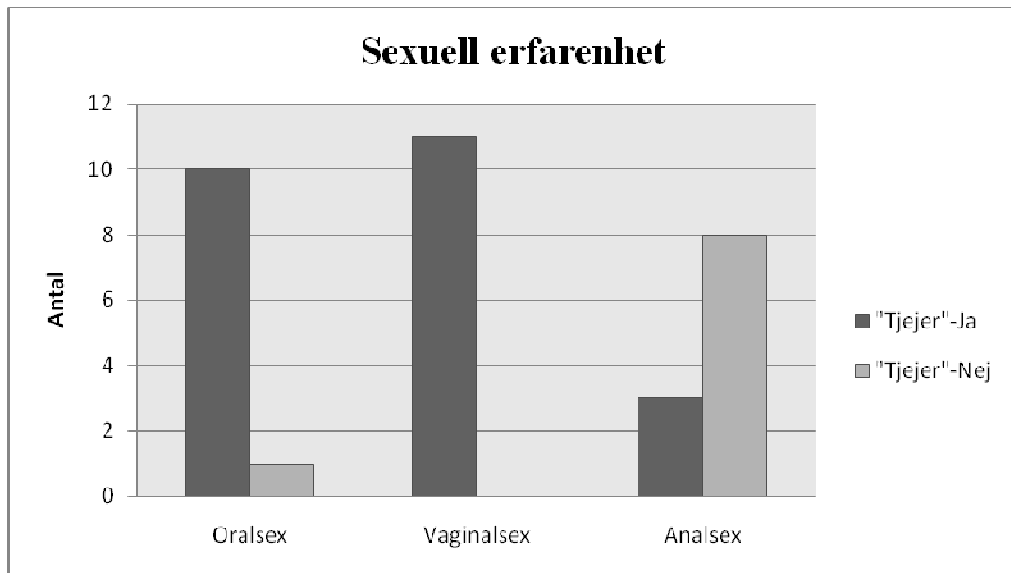
Studien är relevant då den söker svar på hur unga kan tänka kring att skydda sig vid en sexuell kontakt och på så vis öka kunskap om hur personal kan arbeta för att öka ungas användande av skydd vid sexuella kontakter och därmed främja en god sexuell och reproduktiv hälsa. Syftet i sig är att göra gott, den sista principen vald för studien.

RESULTAT

Bakgrundsdata och erfarenhet av sex och preventivmedel

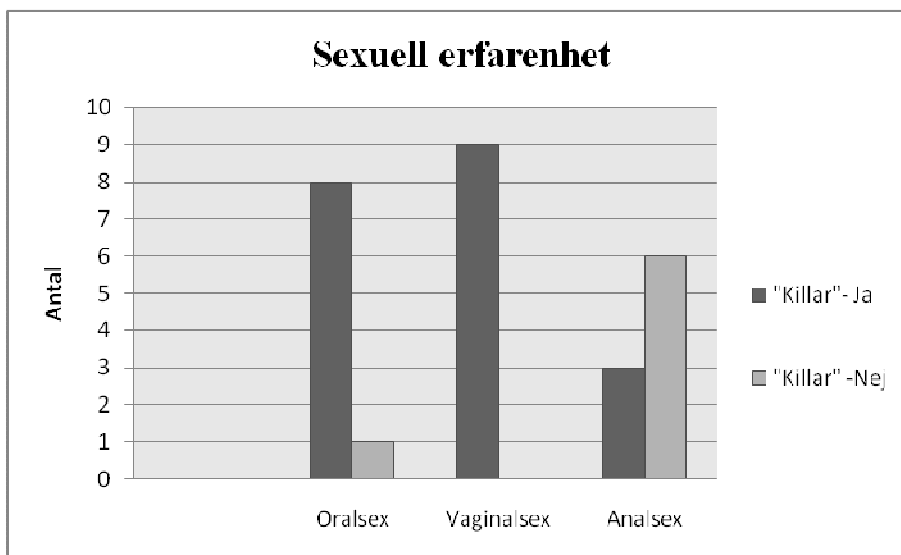
Samtliga enkäter besvarades med undantag av följande interna bortfall:

- En ”kille” besvarade inte fråga 3c, om de haft analsex.
- Två ”tjejer” har inte besvarat fråga 5c, om de haft oskyddat analsex.
- En ”kille” besvarade inte fråga 6, trots ja-svar på fråga 5a om de haft oskyddat oralsex.
- Två ”killar” besvarade inte fråga 6 eller 7, vilket är korrekt då de svarat nej på fråga 5 a, b, c, om de haft oskyddat oral, vaginal, analsex.
- En ”kille” och en ”tjej” besvarade inte fråga 7 om tankar kring risker om oönskad graviditet och STI-sjukdom, trots ja-svar på fråga 5b, förekomst oskyddat vaginalsex.



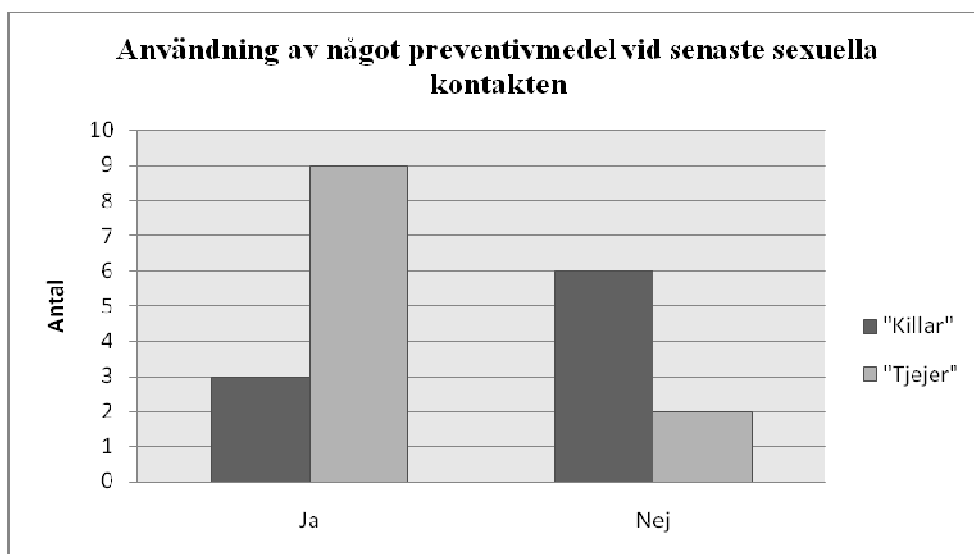
Figur 3 Fördelning över olika former av sexuell erfarenhet hos ”tjejer” i åldern 15-18 år, n = 11

Figur ovan visar att tio av de elva ”tjejerna” som deltog i enkätstudien har haft oralsex, samtliga ”tjejer” har haft vaginalsex och tre av elva har haft analsex.



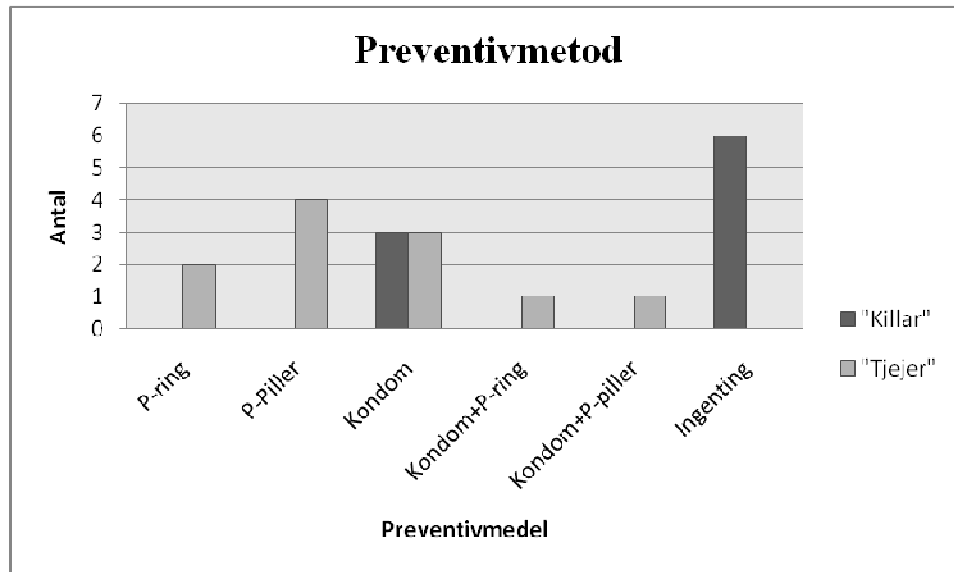
Figur 4 Fördelning över olika former av sexuell erfarenhet hos "killar" i åldern 15-18 år, n = 9

Figuren ovan visar att åtta av de nio "killarna" som deltagit i enkätstudien har haft oralsex, samtliga "killar" hade haft vaginalsex och en tredjedel har haft analsex.



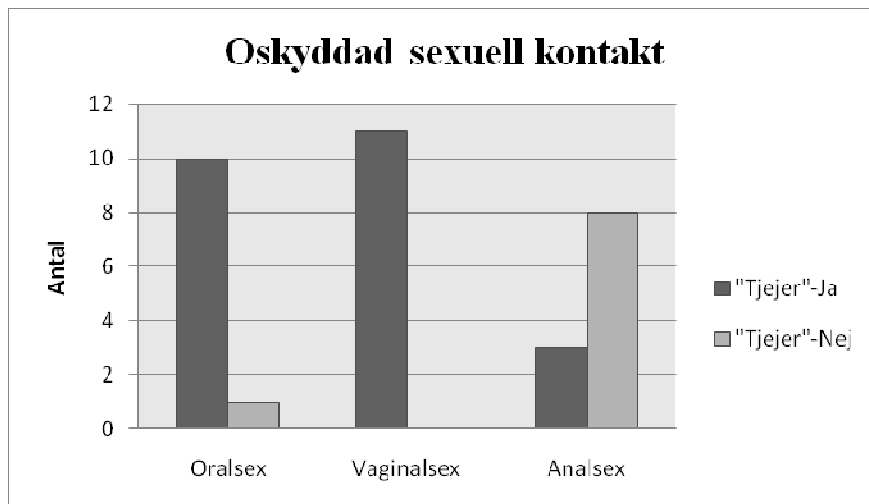
Figur 5. Användning av något preventivmedel vid den senaste sexuella kontakten bland "tjejer" (n = 11) och "killar" (n = 9), N = 20

Figuren ovan visar att en tredjedel av "killarna" och nio av elva av de "tjejer" som deltagit i enkätstudien använde något slags preventivmedel vid senaste sexuella kontakten. Två tredje delar av "killarna" och två av elva "tjejer" använde inte preventivmedel vid den senaste sexuella kontakten.



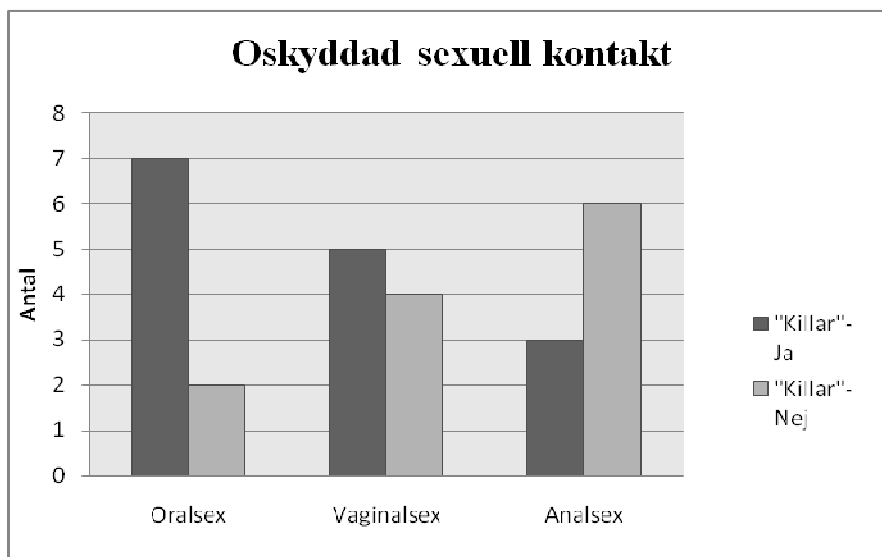
Figur 6. Fördelning av preventivmetod vid skyddad sexuell kontakt bland "tjejer" (n = 11) och "killar" (n = 9), N = 20.

Figuren ovan visar att en tredjedel av "killarna" använde kondom och två tredjedelar av "killarna" använde inget preventivmedel vid senaste sexuella kontakten. Av "tjejerna" använde två av elva p-ring, fyra av elva P-piller, tre av elva kondom, en av elva kondom + p-ring eller kondom + p-piller vid senaste sexuella kontakten. Resultatet visar också på att "killarna" i större utsträckning än "tjejerna" inte skyddade sig vid senaste sexuella kontakten.



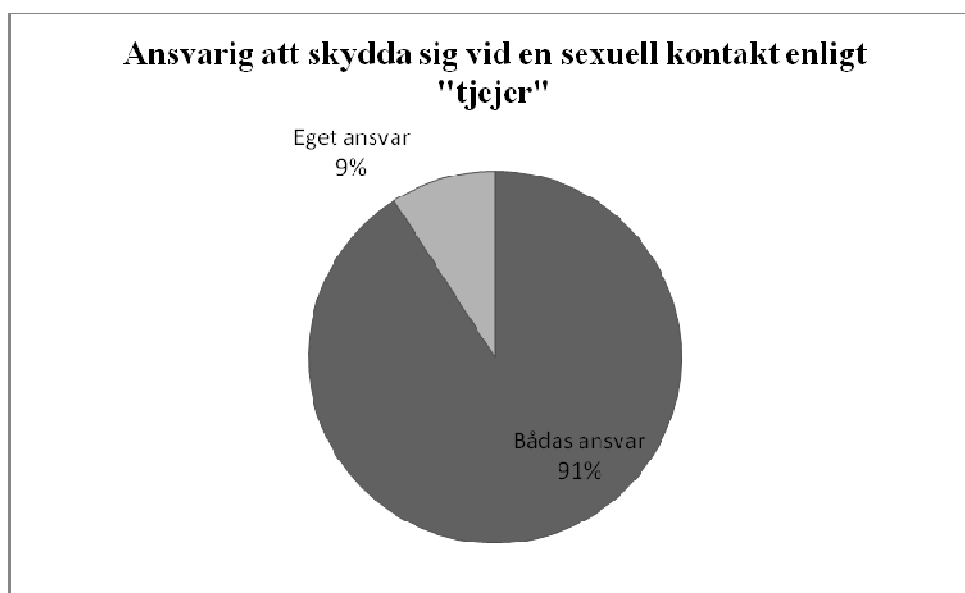
Figur 7. Fördelning av "tjejers" erfarenhet av olika former av oskyddat sex, n = 11.

Figuren ovan visar på att tio av elva av "tjejerna" någon gång haft oskyddat oralsex, samtliga "tjejer" hade någon gång haft oskyddat vaginalsex och tre av elva hade någon gång haft oskyddat analsex.



Figur 8. Fördelning av "killars" erfarenhet av olika former av oskyddat sex, n = 9.

Figuren ovan visar på att sju av nio av "killar" någon gång haft oskyddat oralsex, fem av nio av hade någon gång haft oskyddat vaginalsex och en tredjedel av hade någon gång haft oskyddat analsex.



Figur 9. "Tjejers" uppfattning om vem som bär ansvaret att skydda sig med kondom vid sexuell kontakt, n = 11.

Figuren ovan visar på att en av elva av "tjejerna" ansåg att det var ens eget ansvar och tio av elva av "tjejerna" ansåg att det var bådas ansvar att skydda sig vid en sexuell kontakt.

En av ”tjejerna” svarade:

”Bådas egentligen, om båda vill slippa det som kan hända om man inte skyddar sig så är det bra om båda har det i fickan eller något.”

En ”tjej” som är inkluderad i svaret att det är ens eget ansvar att skydda sig svarade:

”Att det är mest ens eget ansvar, men killens med.”



Figur 10. ”Killars” uppfattning om vem som bär ansvaret att skydda sig med kondom vid sexuell kontakt, n = 9

Figuren ovan visar på att en av ”killarna” anser att det är ”killens” ansvar och åtta anser att det är bådas ansvar att skydda sig vid en sexuell kontakt.

En av ”killarna” som svarade att det var bådas ansvar utvecklade sitt svar som följer:

”Bådas. Men killen borde ha mer koll. För det är farligare för tjejen än killen. Tjejen kan bli med barn och få mer problem när det gäller sjukdomar. Då är det bådas fel, men man vill inte bli pappa i denna ålder.”

En annan ”kille” som också svarade att det är ”både killen och tjejens ansvar” lade till ”men killens mest.”

Ungdomarnas reflektioner om oskyddat sex

Efter innehållsanalysens kondenseringsprocess (se bilaga 4) fann vi gemensamma kategorier för både ”tjejerna” och ”killarna”, kategorier som endast förekom hos ”tjejerna” samt kategorier som förekom endast ”killarna”. Varje kategori beskrivs nedan var för sig och styrks med citat i kursiv stil.

De gemensamma kategorierna för både ”tjejer” och ”killar” var: *tanklöshet, förmodad trygghet, rädsla, känslan och bekvämlighet.*

Tanklöshet

Flertalet av både ”killar” och ”tjejer” uttryckte att de tänkt lite eller inte alls på riskerna kring att de kan bli smittade av en könssjukdom, inte heller på risken att göra någon eller bli oönskat gravid. Här följer fyra exempel på vad några av ungdomarna tänkt kring att inte ha skyddat sig med kondom:

”Tänkte inte på risken att bli gravid”

”Tänkte inte alls”

”Könssjukdom tänkte jag inte på”

”Att göra en tjej gravid, men de tänker man inte på när man håller på”

En ”tjej” framhöll att hon inte tänkte på att kondom inte använts förrän efter att den oskyddade sexuella kontakten redan ägt rum.

”Tänkte inte på de´ förens efteråt”

Förmodad trygghet

Flertalet av både ”killar” och ”tjejer” förlitade sig på att partnern inte var bärare av någon smitta. De antog således att de hade säkert sex trots att de inte använde sig av kondom. Detta kan exemplifieras med vad en av ungdomarna skrev om varför denne ej använde kondom:

”För att jag var säker på att min tjej inte hade en sjukdom”

En ”tjej” kände sig trygg då hon bara hade en partner och för att hon testat sig. En annan framhöll att då hon testade sig med jämna mellanrum och även krävde att partnern hon var med testade sig gjorde att hon kände sig trygg.

”Könssjukdomar kollar jag med jämna mellanrum. Kräver också att den jag är med kollar sig”

Flera ”tjejer” skrev att de kände trygghet gentemot oönskad graviditet då de åt p-piller och tänkte inte alls på risken att bli smittad av en könssjukdom, de förmodade att de hade säkert sex för att de hade skydd mot att bli oönskat gravida. En ”tjej” som inte använde kondom beskriver sina tankar kring det så här:

”För att jag använder p-piller regelbundet och därför använder jag inte kondom”

En annan ”tjej” förlitade sig på att det fanns dagen efter piller.

”I så fall finns dagen efter piller - korkat men sant”

Rädsla

Både ”killar” och ”tjejer” påtalade rädsla i samband med att bli eller ha blivit smittad av en könssjukdom, dock tänkte de flesta på risken först efter att en oskyddad sexuell kontakt redan ägt rum.

”Men klart jag kunde fått könssjukdomar, det var jag väldigt orolig för. Vad skulle jag göra om jag hade fått något dök upp i tankarna direkt efter”

”Är skiträdd för att ha någon könssjukdom”

Känslan

Känslan var den vanligaste orsaken hos både ”tjejer” och ”killar” till varför kondom inte används vid sexuell kontakt. Några ”killar” ville prova på och känna hur det var utan kondom. Flertalet av både ”tjejer” och ”killar” framhöll att det var en skönare känsla att ha sex utan kondom.

”Ville känna hur det var utan kondom”

”När man har testat utan så var de mycke’ skönare”

En annan anledning som innefattas av kategorin Känsla gällde själva hanteringen och upplevelse av själva kondomen, kondomen användes inte för den ansågs förstöra stämningen.

”Känns som en stämningsdödare”

Bekvämlighet

Att använda kondom ansågs vara ”jobbigt”, ”bökigt” och arbetsamt. Både ”tjejer” och ”killar” påtalade att det var av lathet som de inte använde kondom vid oskyddad sexuell kontakt.

”I stundens hetta vill man inte avbryta för att hämta en kondom”

”Orka´ inte ta på mig”

Kategorier som enbart fanns hos ”tjejerna” var: *sen insikt, medvetenhet, förträngning, genans, behaga partnern, falsk trygghet och okunskap.*

Sen insikt

En av ”tjejerna” skrev att hon inte tänkte på risken att drabbas av någon könssjukdom vid oskyddad sexuell kontakt, förrän hon fick beskedet om att hon blivit smittad.

”Tänkte inte alls, tills jag fick klamydia”

Medvetenhet

Flertalet av de ”tjejer” som deltog i studien visade på en medvetenhet när det gällde risker och skydd, oavsett om de skyddade sig med kondom eller ej. Till exempel var flertalet väl medvetna om att eftersom de åt p-piller var risken att bli gravid väldigt liten.

”Att bli gravid tänkte jag inte på eftersom jag har p-piller”

Några av ”tjejerna” hade även en strategi om de mot alla odds skulle bli gravida trots p-piller. Vad ”tjejen” skriver i följande citat beskriver detta:

”Använder p-piller, chansen är mycket liten, men skulle det hända att jag blev gravid skulle jag göra abort”

Förträngning

Flertalet av ”tjejerna” visste att risken fanns att de kunde drabbas av en könssjukdom eller bli oönskat gravida vid oskyddad sexuell kontakt. De tänkte på riskerna endast för en kort stund och förträngde dem därefter, vilket resulterade i en oskyddad sexuell kontakt.

”Eftersom jag har p-piller tänker man att det skyddar mot könssjukdomar just för sekunden, men vilket det ju inte alls gör”

Genans

En av ”tjejerna” skrev att anledningen till att hon inte skyddade sig med kondom var för att det var genant att säga till ”killen” att hon ville använda kondom.

”Pinsamt att säga till”

Behaga partnern

Ibland var anledningen till att kondom inte användes att ”tjejen” önskade behaga sin partner, som hon visste eller trodde inte ville använda kondom.

”Och man har ju hört att killarna gillar att ”komma” i tjejen, så man tänker på det”

Falsk trygghet

En ”tjej” visste med sig att det fanns en risk att hon kunde bli smittad av en könssjukdom, men ansåg att risken att hon skulle drabbas var minimal och kände sig därmed trygg i att inte använda kondom.

”Men jag har tänkt att den risken är liten”

Okunskap

En tjej besvarade frågan om tankar runt riskerna för könssjukdom, vid någon form av oskyddad sexuell kontakt med en fråga, som visar på att kunskap inte fanns.

”Hur stor är risken?”

Kategorier som enbart fanns hos ”killarna” var: *alkohol och chansning*.

Alkohol

Alkohol var en anledning som bara ”killarna” angav vara en orsak till att kondom inte användes vid sexuell kontakt. ”Killarna” framhöll att berusningen gjorde att de inte tänkte på att använda kondom.

”Jag var skitfull”

Chansning

Många av ungdomarna, i vår enkätstudie, ger svar på varför de ej använt kondom som tyder på att de helt enkelt chansar.

”Först använde jag kondom och vid nästa tillfälle var den borta”

”Killarna” framhöll att om inte ”tjejen” påtalade att kondom skulle användas gjorde de inte det själva heller.

”Om inte tjejen säger något kör jag utan”

Flertalet ”killar” skrev att det tänkte på risken att de kunde gjort en ”tjej” gravid, men att de stannade vid tanken och resulterade i att de chansade.

”Att göra någon gravid - tänkte jag lite”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Enkäten testades som en pilotstudie och svaren gav ett resultat som svarade mot studiens syfte. Vi är själva nöjda med utformningen och vi anser att den är högst rimlig att använda för en större studie.

Enkäten innehåller frågor om hur ungdomar tänker kring risker som oönskad graviditet och STI-sjukdomar. Vi ansåg det relevant att ställa dessa frågor, som indirekt också svarar mot syftet att se hur ungdomarna själva tänker kring att inte använda kondom och riskerna med det. Dessa frågor är tänkta att bredda och fördjupa svaren om tankar kring oskyddat sex.

I enkäten frågade vi också vilken sorts sexuell erfarenhet respondenterna hade, de tre alternativen oral- vaginal- och analsex kunde kryssas i. Vidare följde en fråga om de har erfarenhet av att ha haft oskyddat oral- vaginal- och/eller analsex. Dessa frågor kan tyckas vara irrelevanta för vårt syfte, då de som tillfrågades att vara med i studien förmodligen hade haft någon form av oskyddat sex eftersom de sökte

ungdomsmottagningen i syfte att testa sig för STI-sjukdom och/eller graviditet, då detta var ett inklusionskriterium för enkätstudien. Dock ser vi att det är av intresse att veta vilken sorts sex de haft då det kan finnas olika tankar kring kondom användande vid olika sorters sex. I våra enkätsvar förekom dock inga reflektioner kring skydd vid olika sorters sex. Det kan tänkas att en mer riktad fråga kring om det finns skilda strategier och tankar kring olika sorter sex och skydd hade gett ett annat resultat.

För att få ytterligare svar på ungas erfarenhet och kunskap om kondom allmänt kan det vara bra att i den stora studien ställa frågor som:

- Brukar du ha egna kondomer, som du bär med dig?
- Känner du att du vet hur man använder en kondom?
- Hur tycker du att det är att använda en kondom?

Nu hade enkätens frågor specifikt fokus på senaste gången respondenten hade oskyddat sex. En bredare förståelse för ungdomars inställning till kondom kan tillföra resultatet mer av värde. Samtidigt är det en balans, eftersom för många enkätfrågor kan ge sämre svarsfrekvens.

Fråga 8, vems ansvar det är att skydda sig, har för stort utrymme layoutmässigt i enkäten. Svaren var i regel korta och utrymmet kunde ha använts till en annan fråga eller en helt ny fråga. Alla, dvs 100 % av de utdelade enkäterna besvarades, med visst internt bortfall. Enkäterna var 20 stycken till antalet vilket i sin tur innebär att det insamlade materialet är för litet för att generellt uttala sig om samtliga ungdomar som besöker den utvalda ungdomsmottagningen. Tillika kan materialet inte säga något om de ungdomar som vänder sig till andra ungdomsmottagningar, det vill säga unga människor i andra områden i den aktuella tätorten eller i Sverige. Skulle enkäten delats ut i andra områden skulle studien täcka en grupp ungdomar som kan ha helt andra förutsättningar och erfarenheter. Till exempel skulle resultatet kunna komma att bli ett annat till följd av socioekonomiska skillnader.

Enkäten delades medvetet ut till ungdomar som besökte ungdomsmottagningen för att testa sig för STI-sjukdom och/eller graviditet. Dessa ungdomar hade med andra ord haft minst en oskyddad sexuell kontakt. Författarna valde att enkäten skulle riktas till denna grupp för att säkra att respondenterna var aktuella för de ställda

frågorna. Det kan dock tänkas att en studie som inkluderar alla unga människor, som är sexuellt aktiva och besöker en viss ungdomsmottagning skulle ge ett mer varierat resultat. Huruvida en studie som ser till alla ungdomar på en eller flera ungdomsmottagningar skulle ge ett mer värdefullt resultat bör beaktas vid den större studien.

Vid den större studien skulle rekrytering av ungdomar även kunna ske i klasser vid högstadie- och gymnasieskolor. Enkäten i denna studie delades ut av barnmorskan vid en ungdomsmottagning och kunde sedan ifyllas i ungdomsmottagningens väntrum. Det aktuella väntrummet erbjuder möjlighet till att sitta relativt avskilt, då möjlighet till relativ avskildhet kan ha påverkat svarens omfång eftersom andras närvaro i rummet kan ha utgjort en stressfaktor. Idealiskt, men i detta fall ogenomförbart, vore att enkäten kunde fyllas i total avskildhet.

I självrapporterande instrument finns en risk att respondenterna svarar som de tror det passar sig bäst, det vill säga det som kallas social önskvärdhet. Den kan påverka respondenterna som då tenderar att svara korrekt i relation till den socialt accepterade normen (Polit & Beck 2006). Anonymiteten respondenterna hade i denna studie tror vi har lett fram till, vad vi anser vara, väldigt ärliga svar. Enkätstudie som metod har troligen bidragit till större chans att svara ärligt än vad exempelvis en fokusgruppsintervju skulle ha gjort. Då finns risken att respondenterna inte skulle vågat ge lika ärliga svar, då de kunnat känna sig bedömda av andra närvarande kamrater.

Tidsmässigt kan tänkas att om enkäten delades ut i till exempel en klass och tid togs av en lektion skulle respondenterna kunnat utöka sina svar, då de fått mer tid till just detta. Nu sökte vi en speciell grupp respondenter på en särskild ungdomsmottagning och därför fanns inte någon annan möjlighet än att be de svarande ta av sin egen tid efter sitt besök.

Författarna valde att be barnmorskan styra utdelningen av de 20 enkäterna så att de besvarades av ca hälften ”killar” och hälften ”tjejer”. Uppdelningen blev elva ”tjejer” och nio ”killar”. Därför kunde resultatet jämföras mellan ”tjejer” och ”killar”. Storleken av denna studie är dock för knapp för att rymma en ordentlig jämförelse könen emellan. Inför den stora studien, bör beslut om en eventuell uppdelning mellan

”tjejer” och ”killar” tas innan genomförandet och ett genusperspektiv användas konsekvent i analysen. Författarna tycker att det finns en mening med att beskriva ”tjejer” och ”killar” var för sig, då ett jämförande resultat kan bli mer nyanserat och kan påvisa olikheter mellan könen. Användandet av kondom och andra preventivmedel är i högsta grad en kön- och genusfråga. Det har vi delvis sett i våra enkäter och tydligt utläst i de studier vi satt oss in i. Att ha ett genusperspektiv och utforska skillnader och betydelse av kön och genus skulle vara av stor vikt, men denna pilotstudie rymmer inte detta. Det skulle emellertid vara en central del att ta hänsyn till och utforska i den större studien.

Det var av vikt att enkäten inte tar mer än fem till tio minuter att fylla i så att respondenterna orkade svara och ta sig tid att göra det. För en större studie kan man överväga att utöka med några frågor.

Den valda kvalitativa analysmetoden, tycker vi själva, passade väl för bearbetning av materialet. Resultatet presenteras i funna kategorier som vi tycker är beskrivande för enkätsvarens inneboende budskap.

För att säkra giltighet och överförbarhet kan det vara av vikt, vid en större studie, att någon annan/några andra som inte håller i studien men är väl insatta i ämnet, går igenom kondenseringsprocessen och bekräftar att tolkningen känns riktig och överensstämmande med grundmaterialet. Nu i pilotstudien har vår handledare av uppsatsarbetet fyllt denna funktion, och vi har diskuterat benämningar av vissa kategorier tillsammans.

Resultatdiskussion

Analysen av svaren från enkätens öppna frågor utmynnade i kategorier som blir som nycklar till hur ungdomar själv tänker kring att inte skydda sig med kondom. Dessa kategorier i sig kan påvisa orsaksfaktorer till varför kondom inte används. Nedan diskuterar vi vad kategorierna kan stå för och jämför resultatet med de studier som behandlats under avsnittet Ungas livsvärld i bakgrunden.

Känslan & Bekvämlighet

I vår studie beskrivs bland annat att sex med kondom är mindre skönt. Detta kan bero på att det upplevs som en annan känsla att ha sex med kondom, en mindre skön känsla. Till det beskrivs att användande av kondom är som en stämningsdödare. Att avbryta för att föreslå, ta fram och sätta på en kondom innebär ett störande avbrytande av sexualakten. Ovanstående orsaker till att kondom ej används bekräftas i flera studier (Abel & Brunton 2005; Bondestam & Darj, 2003; Ekstrand et al, 2005; 2007). I dessa studier beskrivs bland annat att ungdomarna tycker att kondomen luktar illa och ger en plastig känsla. Att använda kondom upplevs som obekvämt, ger mindre känsla av närhet, är avtändande, medför obehagliga avbrott och minskar njutningen helt enkelt. Kategorin Känslan innefattar alltså både känslan kring att föreslå, ta fram och sätta på en kondom och själva känslan av att ha sex med kondom.

Vidare framkom att kondom upplevdes som jobbigt och bökitigt. Flertalet informanter i vår studie anger orsaken till att de inte använt kondom med att de helt enkelt inte orkade eller tyckte det var för omständligt och jobbigt. Den synliga orsaken är alltså inte någon speciell, utan skulle kunna tolkas som nonchalans och bekvämlighet. Sedan om det egentligen ligger andra faktorer bakom ”orkade inte” och ”det var för jobbigt” måste undersökas ytterligare. Det kan istället handla om förträngning av riskerna, trots vetskapen om dem och man chansar. Kanske är det känslan ”det händer inte mig”, som många studier beskriver (Christiansons m.fl., 2003; Hammarlund, 2008) som ligger bakom då kondom inte används.

Alkoholens betydelse vid oskyddat sex

Två av ”killarna” angav berusning som en av anledningarna till att de inte använde kondom vid senaste oskyddade sexuella kontakten. Ingen av ”tjejerna” i vår studie angav berusning som en anledning till att de inte använde kondom. Berusning som orsak till att kondom inte används bekräftas av flera studier (Ekstrand et al, 2005; Ekstrand et al, 2007; Hammarlund, 2008; Larsson m.fl., 2005). I dessa studier har det

inte lyfts fram om det är någon skillnad mellan könen när det gäller rapportering om berusning som orsak till att inte kondom användes.

Som nämnts ovan var det bara ”killar”, i vår enkätundersökning, som beskrev att det var berusning som påverkade att de inte använde kondom. Frågan är om det är representativt för flertalet ungdomar, att berusning som orsak förekommer i större utsträckning hos ”killar”. Det kan beaktas att det kan finnas en social önskvärdhet att ”tjejer” inte bör berusa sig och att åtminstone inte berusa sig så pass mycket att de skulle utsätta sig för någon slags risk, som till exempel att inte skydda sig vid en sexuell förbindelse. Därför kan det vara så att om berusning är orsak till att kondom inte använts även för ”tjejer” är det inte säkert att alla ”tjejer” skulle våga svara det, p.g.a. att de önskar svara mot den sociala normen. Men detta kan vi inte styrka i denna studie, utan bara spekulera i.

Hwang & Nilsson (2003) beskriver berusning som en faktor som får den unga individen att utsätta sig för risker. Berusning kan innebära att unga utsätter sig för sådant de inte normalt skulle göra och att de inte har mognaden att förutse eller hantera de risker som kommer med alkoholintag.

Det påvisas också i en studie (Ekstrand et al, 2007) att berusning användes för att vinna mod för att våga ha en sexuell kontakt. Användande av alkohol kan utifrån denna vetenskap anses utgöra en risk som föder en annan risk, det vill säga vid berusning vinnes mod att ha en sexuellkontakt och med berusning kommer därtill en minskad användning av kondom.

Då alkoholanvändning och sex tydligt kan relateras till varandra är det av vikt att diskutera användning av alkohol med ungdomar som en del i sex och samlevnads information/undervisning. Att belysa det faktum att det kan vara så att berusning får en att våga mer när det gäller sexuella kontakter, men att tanken att använda sig av kondom ändå skall finnas nära tillhands.

Genans & viljan att behaga sin partnern

Ingen av ”killarna” som deltog i vår enkätstudie nämnde något om pinsamhet kring kondomanvändning. En av ”Tjejerna” tyckte dock att det var pinsamt att säga till om

att kondom skulle användas då det kunde uppstå en obekväm situation. I flera studier påvisas att genans är en vanlig orsak till att kondom inte används vid sexuell kontakt (Bondestam & Darj, Christiansson et al, 2003; Ekstrand 2005; 2007). I Bondestam och Darjs studie (2003) framkom dock att det pinsamma inte var att föra kondom på tal och använda den, utan det pinsamma låg i att inhandla dem. Något som togs upp i studien av Hammarlund (2008) var att det kan upplevas genant att hamna i den obekväma situationen att bli ifrågasatt eller där ena parten måste motivera varför kondom ska användas.

En annan orsak till att inte insistera på att använda kondom kan vara en oro att det inte blir något sex om kondom tas upp. Valet blir att hellre ta en risk än att utsättas för en obekväm situation med följden att det sexuella mötet inte blir av (Marston & King, 2006).

En ”tjej” i vår studie nämner att hon hört att ”killar” gillar att komma i ”tjejen” och att hon tänker på det när det gäller att använda kondom eller inte. Viljan att behaga sin partner genom att inte använda kondom är något som beskrivs i flera studier (Bondestam & Darj, 2003; Larsson m.fl., 2007; Marston & King, 2006).

I andras liksom i vår studie beskrivs önskan om att behaga sin partner bara av ”tjejerna”. Detta tyder på en ojämlikhet mellan könen, där ”tjejerna” utsätter sig för en risk för att göra sin partner nöjd. Orsaken till att ”tjejerna” tar risken kan bygga på att det finns en uttalad skepsis mot kondom hos deras partner eller att de tror sig veta att partnern inte vill använda sig av kondom. Hwang & Nilsson (2003) beskriver att det visat sig att ”tjejer” har en snedvriden uppfattning om vilka ideal ”killar” har för ”tjejer”. ”Tjejerna” försöker leva upp till vad de tror är ”killarnas” önskemål utan att egentligen veta hur de verkligen ser ut. Att det sedan är så att det till större delen är ”tjejer” som önskar leva upp till ”killarnas” önskemål och åsidosätter sig själva visar på en stark ojämlikhet mellan könen. Uppkomsten av denna ojämlikhet, kräver djupgående analys, för en utredning om vad detta beteende grundar sig i. Det handlar säkerligen till stor del om ett socialt nedärvt könsrollsmönster.

Då en tydlig ojämlikhet kan ses mellan könen, är det en viktig uppgift för personer som arbetar med ungdomar, och på något vis undervisar och vägleder i ämnet sex

och samlevnad, att lyfta förväntningar som finns på motsatta könet. Strävan efter jämställdhet mellan ”tjejer” och ”killar” är nödvändig för att motarbeta tendensen att ”tjejerna” prioriterar någon annans önskningar före sin egen säkerhet.

Medvetenhet & Chansning sida vid sida

När det gällde risken att bli oönskat gravid uttrycktes av både ”killar” och ”tjejer” att de inte tänkt så mycket på det, särskilt inte i ”stundens hetta”. ”Tjejerna” hade dock betänkt risken att bli oönskat gravid i högre grad än ”killarna”. Större delen av de ”tjejer” som deltog i denna studie var väl medvetna om att p-piller minimerar risken för att bli gravid och angav att p-piller var en orsak till att de inte använde kondom vid en sexuell kontakt. Detta tas upp även i andra studier (Abel & Bruntons, 2005; Hammarlunds studie, 2008) där också ”killarna” nämner att de inte använt kondom för att de visste eller trodde att ”tjejen” använde till exempel p-piller. Dessa studier har också påvisat att det just är oönskad graviditet som ungdomar är mest rädda för och att STI-sjukdomar inte anses vara ett lika stort hot. I föreliggande studie kan resultatet också tolkas så att det är oönskad graviditet som upplevs som det största hotet, eftersom det även här beskrivs att kondom ej använts på grund av att skydd redan fanns mot graviditet. De som svarat detta belyser indirekt att de inte tar risken att smittas av en STI-sjukdom lika allvarligt. Det är ett komplext problem att när ett preventivmedel som endast skyddar mot graviditet används infinner sig en känsla av att man är fullgott skyddad, det blir en förmodad trygghet. Det visar på en medvetenhet kring ett område (kring graviditetsprevention), men den sviktar på ett annat (att risken också utgörs av STI-smitta).

Vidare nämner en ”tjej” också att hon tänkt att p-piller skyddar mot könssjukdomar, fast hon egentligen vet att det inte gör det. Det blir då en falsk trygghet som gränsar till en förträngning av problemet. Den förmodade tryggheten innebär att ungdomarna tror sig veta att de är skyddade mot riskerna medan den falska tryggheten innebär att de egentligen känner till riskerna, men de förtränger dem. Många unga ”tjejer” idag har ett preventivmedel som skyddar mot oönskad graviditet och förlitar sig då på det. Det är av stor vikt, att den som förskriver preventivmedel, trycker på att det bör kompletteras med kondom vid risk för smitta av STI-sjukdomar.

Vidare framkom av en ”tjej” i vår enkätstudie att hon efter oskyddad sexuell kontakt förlitade sig på dagen-efter-piller. En annan ”tjej” framhöll att hon skulle göra abort om hon blev gravid. Det tycks som om många väljer att chansa trots att det finns en medvetenhet om riskerna och flera tycks våga chansa för att de har en plan om något händer. Det kan inte negligeras att detta påvisar att en medvetenhet finns och kunskap om lösningar för ett eventuellt problem efter en sexuellkontakt. Hur denna medvetenhet och kunskap används ser väldigt olika ut och belyser problemet att trots kännedom om risker och god kunskap om preventivmedel handlar många mot bättre vetande och sin egen säkerhet.

En del av svaren från ungdomarna i vår studie visade på ett chanstagande där de lät bli att skydda sig, oavsett om de var medvetna/omedvetna om riskerna eller ej. I studien av Ekstrand et al. (2007) beskriver ungdomarna samma sak; att de visste om riskerna de utsatte sig för, när de inte skyddade sig med kondom, men att de negligerade dem och chansade. Flertalet studier (Christianson m.fl., 2003; Ekstrand et al, 2005; Hammarlund, 2008; Larsson, Eurenus, Westerling & Tydén 2006) bekräftar att många unga är medvetna om riskerna vid oskyddad sexuell kontakt och att de har en hel del kunskap om preventivmedel, men också att de ändå utsätter sig för risker. Chansningen kan ses i ljuset av att unga är inne i en process där de experimenterar och testar sig fram för att utveckla sin identitet. Chansande kan översättas till *testande*, då den unga personen helt enkelt prövar sig fram för att utforska sina möjligheter och risker (Hwang & Nilsson, 2003).

Vid frågan, i vår enkät, om tankar kring riskerna för att smittas med STI-sjukdomar vid någon form av oskyddad sexuell kontakt framkom att ”tjejerna” litade på att partnern inte hade någon sjukdom och förtroendet grundade sig på att båda var oskulder. En annan ”tjej” framhöll att hon bara hade en partner, vilket resulterade i att de uteslöt att risken fanns och att de kunde bli smittade. En del gick och testade sig med jämna mellanrum och krävde även att den andra parten skulle testa sig och på så vis skapades en viss förvisning om att de var friska. Några av ”killarna” angav att de var säkra på att ”tjejen” inte hade någon sjukdom som anledning till att de inte använde kondom. I vår studie beskrev flertalet ungdomar att de trodde att de var säkra på att inte någon risk förelåg. Det är en förmodad trygghet då man tror sig vara utom risk men ingen garanti för det finns egentligen.

Sena tankar

Flertalet av både ”killarna” och ”tjejerna” i vår studie tänkte inte alls på risken för könssjukdomar när de hade en oskyddad sexuell kontakt. En respondent svarar att hon tänker att risken för att smittas av en STI-sjukdom är väldigt liten och en annan ställer en fråga istället för att ge ett svar: Hur stor är risken? Dessa två respondenter påvisar att de faktiskt inte har kunskap om riskerna. De övriga respondenterna uttryckte att de varit rädda och oroat sig för oönskad graviditet och/eller att ha fått en könssjukdom, först *efter* de redan haft en oskyddad sexuell kontakt. De har så att säga ”handlat först och tänkt sedan”. Kanske kan det en respondent beskriver ge något av ett svar kring varför det blir så, denne skriver att tanken på att göra en tjej gravid fanns men att ”det tänker man inte på när man håller på”. Fler svar tar upp att riskerna glöms bort i ”stundens hetta”.

Att riskerna betänktes först efteråt leder till frågan: Påverkas beslutet om eventuell kondomanvändning vid nästa sexuella kontakt? I vår studie fanns ingen fråga angående hur många gånger en oskyddad sexuell kontakt ägt rum. Ovanstående fråga kan dock användas i den större studien och då undersöka om oron efter den oskyddade kontakten påverkat kondom- användningen i efterföljande sexuella kontakter.

Ansvar

I föreliggande pilotstudie framkom att merparten av både ”tjejerna” och ”killarna” ansåg att det är bådars ansvar att skydda sig med kondom vid sexuell kontakt. Någon tyckte att det var ens eget ansvar och någon annan ansåg att det var ”killens” ansvar. I merparten av de studier vi tittat på tycker ungdomarna att det är ”tjejens” ansvar att skydd används, vilket pekar på motsatsen till ovanstående. Flera studier har ett genusperspektiv och påvisar att användandet av preventivmedel/kondom är påverkat av genusfaktorer och att det finns tydliga förväntningar av rollprestationer mellan könen (Christianson et al., 2003; Hammarlund 2008; Marston & King, 2006). Vems ansvar det är att skydda sig påvisar tydligt olika förväntningar som knutna till könsroller. Vår studie visar att de allra flesta tycker det är bådars ansvar. Frågan är om

ansvaret i praktiken verkligen speglar detta eller om det är så att de unga ändå styrs av förväntningar och föreställningar om vad som vilar på ”tjejer” och ”killar”?

Implementering av resultatet

Kategorierna vi funnit kan väl användas av personal, till exempel barnmorskor, som arbetar med ungdomar, sexualitet och reproduktiv hälsa. De kan vara bra utgångspunkter för arbete i skolan, i ungdomsmottagningens verksamhet och på övriga mottagningar/instanser som ungdomar vänder sig till för råd och stöd i sex och samlevnads frågor. De kan dels användas som grund när det gäller att försöka förstå vad som påverkar om en ung människa väljer att skydda sig med kondom eller inte och på så vis vara vägledande i vad information kan innefatta för att beröra de unga. På så vis kan information, råd och stöd riktas direkt mot de beröringspunkter som visat sig vara aktuella för ungdomar när det gäller kondomanvändning och preventivmedel över huvudtaget. Att se till detta resultat kan alltså ge en hänvisning om hur de ungas livsvärld ser ut och vad som är aktuellt för dem när det gäller att skydda sig. Kategorierna kan också ge kunskap som kan användas genom att barnmorskan kan inleda en diskussion kring sex och prevention genom att säga till exempel ”En del tycker det är pinsamt att föreslå kondom, vad tycker du?” Det kan vara en start i samtalet och en öppning för att samtala vidare, det lyfter ämnet direkt och effektivt. Vidare kan i detta resultat finnas ämnen som med fördel bör lyftas tillsammans med ungdomar för att skapa möjligheter till diskussion, utveckling och förändring av inställning. Några av dessa ämnen rör exempelvis alkohol och sex, förväntningar på de olika könen och de reella riskerna med STI-sjukdomar. Till exempel bör frågan ställas: om många känner ”det händer inte mig”, när det gäller STI-sjukdomar och oönskad graviditet, vilka är det då som drabbas?

REFERENSLISTA

Abel G, Brunton C. (2005). Young people's use of condoms and their perceived vulnerability to sexually transmitted infections. *Australia and New Zealand Journal of public health*, 29:3:254–260.

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

Berg Kelly, K. (1998). *Ungdomsmedicin*. Stockholm: Liber

Berglund M. (2007). *Det känns som en gummikuk - Kondomanvändning bland unga vuxna vid tillfälliga sexuella kontakter*. Medicinska fakulteten, Umeå Universitet, Läkarprogrammet termin 6. Opublicerad uppsats 10p.

Bondestam K, Darj E. (2003). Ungdomars syn på kondomanvändning. *Läkartidningen*, 44: 100:3510–3516.

Christianson M, Johansson E, Emmelin M, Westman G.(2003). “One - night stands” – risky trips between lust and trust: Qualitative interviews with Chlamydia thracomatis infected youth in North Sweden. *Scand. J Public Health*, 31(1):44-50.

Dahlberg K, Segesten K, Nyström M, Suserud B-O, Fagerberg, I. *Att förstå vårdvetenskap*.(2003). Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson G. *Enkäten i praktiken*. (2005). Lund: Studentlitteratur

Ekstrand M, Larsson M, Von Essen L, Tydén T. (2005). Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behaviour, and contraceptive habits – a focus group study among 17-year-old female high-school students. *Acta Obstet Gynecol Scand* 84, 84:980-986.

Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. (2007). Preventing pregnancy: a girl's issue. Seventeen-year- old Swedish boys' perceptions on abortion, reproduction and use of contraception. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* June, 12(2):111-118.

Ekstrand M, Larsson M, Darj E, Tydén T. (2008). Advanced provision of emergency contraceptive pills reduces treatment delay: a randomised controlled trial among Swedish teenage girls. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 87: 354-359.

Fakta om etik I sjukvården./www.ettamneomlivet.nu/pdf/etik.pdf. 2008-11-24

Faxelid E, Hogg B, Kaplan A, Nissen E. *Lärobok för barnmorskor* (2001). 2uppl. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg M.(2007). *Ungdomars sexuella hälsa, internationella kunskapssammansättningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/CE22C3DEA1D3-405A-835F538EC463DA77/8694/200712335.pdf>

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. I Granskär & Höglund-Nielsen. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. (s.159-172). Lund: Studentlitteratur

Hagström. *När självkänslan växer*. (2001). Folkhälsoinstitutet. Rapport 2000:19.

Hammarlund K. (2008). In the heat of the night it is difficult to get it right – teenager's attitudes and values towards risk taking. *International Journal of Qualitative Studies of Health & Wellbeing*.

Herlitz, C (2004). *Allmänheten och hiv/aids. Kunskaper, attityder och beteenden 1987–2003*. Rapport 2004:7. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

Hulter B. *Sexuell hälsa*. (2004). Lund: Studentlitteratur

Hwang, P. & Nilsson, B. *Utvecklingspsykologi*. (2003). Natur och kultur. Stockholm

Kierkegaard S. I Hagström. *När självkänslan växer*. (2001). I Folkhälsoinstitutet. Rapport 2000:19. s. 53.

Larsson M, Tydén T, Hanson U, Häggström-Nordin E. (2007). Preventivt arbete behövs för att främja ungdomars sexuella hälsa. *Läkartidningen*, 104:26-27: 1992-1995

Lundgren P.O. *Sexologi*. (2002). Liber: Stockholm

Marston C, King E. (2006). Factors that shape young people's behaviour: a systematic review. *Lancet*, 2006; 368:1581-86.

Nyberg R.(2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Odlind V, Bygdeman M, Milsom I. (2008). *Familjeplanering, preventivmetoder, aborter och rådgivning*. Studentlitteratur.

Polit D, Beck Tatano C. (2006). *Essentials of Nursing research, Methods Appraisal and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Socialstyrelsen. (2008). *Sveriges officiella statistik/Hälsa och sjukdomar/Aborter 2007*. (2008:4). www.socialstyrelsen.se

Svensk författningssamling (SFS). *Smittskyddslagen (2004:168)*.
Stockholm: Socialdepartementet. www.riksdagen.se

Svensk författningssamling (SFS). *Smittskyddsförordningen (2004:255)*.
Stockholm: Socialdepartementet. www.riksdagen.se

Swedin, G., Näslund, G., Evetorp, K. (1994) Stora förändringar av ungdomars
sexualvanor. *Läkartidningen* vol. 91 nr 11 1994.

Vetenskapsrådets forskningsetiska principer. www.codex.uu.se.

WHO. (2002). *Definitions on sexuality*. International WHO Technical Consultation
on Sexual Health (28-31 January). World Health Organization (2002).

WHO. (2004). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe
abortion and associated mortality in 2000*. 4: e upplagan, 2004.

WHO. (2005/2006). *Inequalities in young people's health, HBSC international
report from 2005/2006 survey*.

WHO. (2006). *Preventing HIV/aids in young people. A systematic review of the
evidence from developing countries*. (2006). Ed: David Ross, Bruce Dick, and Jane
Ferguson. WHO Technical Report Series 938. Geneva: World Health Organization

Wulft M, Lalos A (2004). The condom in relation to prevention of sexually
transmitted infections and as a contraceptive method in Sweden. *The European
Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 9:69-77.

BILAGOR

Bilaga 1

3 sep. 2008

Hej Inger,

Vi är två barnmorskestudenter, som läser tredje och sista terminen, vid Göteborgs universitet. Det innebär att vi skriver magisteruppsats. Detta kommer framför allt äga rum den sista delen av denna termin.

Vi hade i början av vår utbildning ett studiebesök hos er och träffade då Lena Sonesson, som också föreläste för oss om ungdomsmottagningen under förra vårterminen. Vi har valt att vända oss till er, med vårt ärende, då Lena gav ett sådant positivt intryck och verkade intresserad av att våra vägar skulle mötas igen.

Nu till saken: Vår uppsats innebär att göra en pilotstudie med testning av enkätfrågor och som syftar till att beskriva och försöka förstå hur unga människor tänker kring att skydda sig/inte skydda sig med kondom vid tillfälliga sexuella förbindelser. Fokus för oss är att beskriva de ungas egna erfarenheter och skapa en förståelse utifrån det.

Vår fråga, till er vid Ungdomsmottagningen Väster, är om Ni kan tänka er att hjälpa oss?

Vad vi ber Dig om, är att fråga barnmorska/or, t ex Lena eller någon annan, hos er om de kan tänka sig dela ut tjugo enkäter till ungdomar att besvara t ex i väntrummet. Enkäten tar ca 5-10 min. att fylla i. Vi försöker göra så att er insats blir så liten som möjligt. Vi skulle uppskatta, mycket, att få nå ut till unga killar och tjejer via Er ungdomsmottagning.

Ytterligare information finns i medföljande material.

Mycket tacksam för svar.

Med vänlig hälsning

Emma Häggmark & Jennie Fjellman

Handledare:

Tone Ahlberg, barnmorska, lektor vid Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet, Tel. 031-786 60 53

Stop in the name of love

Välkommen att delta i vår studie!

Det tar Dig 5 - 10 minuter att delta och du är helt **anonym**.

Syftet med denna studie är att försöka förstå hur du som är ung kan tänka kring att skydda dig/inte skydda dig med kondom vid tillfälliga sexuella kontakter.

Vi är två barnmorskestudenter som gör denna studie och resultatet kommer att presenteras i en uppsats och läsas av våra klasskamrater.

Deltagandet är förstås frivilligt och ingen på ungdomsmottagningen kommer att läsa dina svar i enkäten

När du svarat färdigt på enkäten stoppar du den i kuvertet och lämnar det till barnmorskan eller stoppa den i lådan, som står i väntrummet.

Enkätfrågor

Bilaga 3

1. Är du **Kille** **Tjej**

2. Hur gammal är du? _____ år.

3. Har du haft sex?

a/ oralsex **Ja** **Nej**

b/ vaginalsex **Ja** **Nej**

c/ analsex **Ja** **Nej**

4. Använde du något preventivmedel vid senaste gången du hade sex?

Ja **Nej**

Om ja, vilket preventivmedel?

5. Har du någon gång haft oskyddat sex?

a/ oralsex **Ja** **Nej**

b/ vaginalsex **Ja** **Nej**

c/ analsex **Ja** **Nej**

6. Om du svarat ja på fråga 5. varför tror du att du inte använde kondom?

.....
.....
.....
.....
.....

7. Om du inte använde kondom hur tänkte du kring riskerna för

a/ könssjukdomar

b/ att bli gravid

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Vems ansvar tycker du att det är att skydda sig när man har sex?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Stort tack för din medverkan!

”TJEJER”			
Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Varför använde du inte kondom?			
När man har testat utan så var det mycke´ skönare. Och man har ju hört att killarna gillar att "komma" i tjejen så man tänker på det	Testat utan, var mycket skönare. Hört att killar gillar "komma" i tjejen, tänker på det.	Skönare känsla Förmodat antagande	Känslan Behaga partnern
För att jag använder p-piller regelbundet Och det är skönare utan kondom	Använder p-piller Skönare utan kondom	P-piller Skönare känsla	Förmodad trygghet Känslan
Orkade bara inte avbryta	Orkade inte avbryta	Bekvämlighet	Bekvämlighet
I stundens hetta vill man inte avbryta för att hämta en kondom. Känns som en stämningsdödare	Vill inte avbryta i stundens hetta. Känns som stämningsdödare	Bekvämlighet Känslan	Bekvämlighet Känslan
Jobbigt Bökigt Skönare utan	Jobbigt Bökigt Skönare utan	Bekvämlighet Arbetsamt Skönare känsla	Bekvämlighet Känslan
För att jag använder p-piller regelbundet, och därför använder jag inte kondom	Använder p-piller, därför använder jag inte kondom	P-piller	Förmodad trygghet
Pinsamt att säga till	Pinsamt att ta upp	Obekväm situation	Genans
För att jag var lat, eller rättare sagt båda. Tänkte inte på det förens efteråt	Båda var för lata Tänkte först efteråt	Bekvämlighet Tanklös	Bekvämlighet Tanklöshet
”TJEJER”			
Tankar runt riskerna för könssjukdom vid någon form av oskyddad sexuell kontakt			
Jag har inte tänkt så mycket på det. Vet ju att risken finns. Men jag har tänkt att den risken är väldigt liten.	Har inte tänkte så mycket Vet om risken. Men tänkte att risken är liten	Tänkte inte Medvetenhet Trygghet	Tanklöshet Förträngning Falsk trygghet
Tänkte inte alls. Tills jag fick Klamydia	Tänkte inte. Förrän jag fick klamydia	Tanklös Tänkte sen	Tanklöshet Sen insikt

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Har en partner. Och testat mig	Har partner Testat mig	Känner trygghet	Förmodad trygghet
Inte så mycket tankar kring det. Eftersom jag har p-piller tänker man att det skyddar mot könssjukdomar men just för sekunden, men vilket det ju inte alls gör	Inte tänkt så mycket kring det. Har p-piller, tänker att det skyddar mot könssjukdomar just för stunden, men det gör det inte.	Tänkte inte Trygghet	Tanklöshet Förträngning
Inte så mycket. Visste att han inte hade sjukdomar.	Inte tänkt så mycket Visste han inte hade sjukdomar.	Tänkte inte Känner trygghet	Tanklöshet Förmodad trygghet
Könssjukdomar kollar jag med jämna mellanrum. Kräver också att den jag är med kollar sig	Testar mig med jämna mellanrum. Kräver att partnern testar sig.	Känner trygghet Medvetenhet	Förmodad trygghet
Men klart jag kunde fått könssjukdomar, det var jag väldigt orolig för. Vad skulle jag göra om jag hade fått något dök upp i tankarna direkt efter	Orolig för att jag fått könssjukdomar. Vad gör jag då dök upp i tankarna efteråt?	Rädsla Oro	Rädsla
”TJEJER”			
Tankar kring risken att bli gravid vid oskyddad sexuell kontakt			
Jag tänkte inte på de´ så långt Hur stor är risken!?	Tänkte inte så långt. Hur stor är risken?	Tänkte inte Okunskap	Tanklöshet Okunskap
Eftersom jag går på P-piller så det finns ingen risk att bli gravid. Men självklart är man orolig för sjukdomar	Använder p-piller, så risken för graviditet är liten. Är självklart orolig för sjukdomar.	Känner trygghet Oro	Medvetenhet Rädsla
Tänkte inte på risken att bli gravid. I så fall finns dagen efterpiller, korkat men sant	Tänkte inte på risken för graviditet. I så fall finns dagen-efter-piller, korkat men sant.	Tanklös Lösning finns	Tanklöshet Förmodad trygghet
Använder P-piller chansen är mycket liten. Men skulle det hända att jag blev gravid skulle jag göra abort.	Använder p-piller. Blir jag gravid gör jag abort.	Känner trygghet Strategi	Medvetenhet

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Tror inte jag kan bli gravid	Tror inte jag kan bli gravid	Osäkerhet	Förträngning
Jag äter som sagt p-piller	Använder p-piller.	Känner trygghet	Medvetenhet
Jag använder ju p-piller	Använder p-piller.	Känner trygghet	Medvetenhet
Att bli gravid tänkte jag inte på eftersom jag har p-piller.	Tänkte inte på att bli gravid, använder p-piller.	Känner trygghet	Medvetenhet

”KILLAR”			
Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Varför använde du inte kondom?			
Jag var skitfull	Var full.	Alkoholberusning	Alkohol
Först använde jag kondom och vid nästa tillfälle var den borta. Jag var full.	Kondom första gången, inte andra. Var full.	Chansning Alkoholberusning	Chansning Alkohol
För att jag var säker på att min tjej inte hade en sjukdom Och jag ville känna hur det kändes utan kondom	Säker på att tjejen inte hade en sjukdom. Ville prova utan kondom	Känner trygghet Nyfikenhet	Förmodad trygghet Känslan
För att det är en skönare känsla utan kondom	Skönare utan kondom	Skönare känsla	Känslan
Jag orka' inte ta på mig	Orkade inte	Bekvämlighet	Bekvämlighet
Det är skönare utan. Och jag orkade inte ta fram kondom. Om inte tjejen säger något så kör jag utan.	Skönare utan. Orkade inte. Säger inte tjejen något, ingen kondom	Känslan Bekvämlighet Inte eget ansvar	Känslan Bekvämlighet Chansning
Ville känna hur det var utan kondom.	Ville prova utan kondom.	Nyfikenhet	Känslan
Var säker på att tjejen inte hade någon könssjukdom	Säker på att tjejen inte hade någon könssjukdom.	Känner trygghet	Förmodad trygghet
”KILLAR”			
Tankar runt riskerna för könssjukdom vid någon form av oskyddad sexuell kontakt			
Tänkte inte så mycket	Tänkte inte	Tanklöst	Tanklöshet

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Om jag kommer få HIV och andra sjukdomar	Tänkte på HIV och andra sjukdomar.	Tanke	Chansning
Är skiträdd för att ha någon könssjukdom	Rädd att ha någon könssjukdom	Känner oro	Rädsla
Tänkte inte alls	Tänkte inte	Tanklöst	Tanklöshet
Könssjukdom tänkte jag inte på	Tänkte inte	Tanklöst	Tanklöshet
Tänkte inte alls	Tänkte inte	Tanklöst	Tanklöshet
Tänkar kring risken att bli gravid vid oskyddad sexuell kontakt			
Tänkte inte på det	Tänkte inte	Tanklöst	Tanklöshet
Och att göra en tjej gravid. Men det tänker man inte på när man "håller på".	Tänkte Men inte precis när man håller på	Medvetenhet Stundens hetta	Chansning Tanklöshet
Tänkte inte alls	Tänkte inte	Tanklöst	Tanklöshet
Att göra någon gravid tänkte jag lite	Tänkte lite på graviditet	Medvetenhet	Chansning
Tänkte mer på det	Tänkte på det	Medvetenhet	Chansning
Tänkte inte alls	Tänkte inte alls	Tanklöst	Tanklöshet