

UNGE KVINDERS OPLEVELSER MED HORMONEL PRÆVENTION OG SEKSUALITET

Et kvalitativt interviewstudie



Ritzau, 1970

Antal tegn: 155.444

Vejleder: Birgitte Schantz Laursen

Marie Wittorff Rusbjerg
Anna Petra Ljung
Jette Kirketerp

studienummer 20232001
studienummer 20232002
studienummer 20232004

Resumé

I dette projekt undersøges hvordan unge kvinder oplever, at hormonel prævention (HP) påvirker deres seksualitet, samt hvordan de oplever den sundhedsprofessionelles vejledning om mulige seksuelle bivirkninger forud for opstart. Projektet tager afsæt i en bio-psyko-social forståelsesramme for seksualitet og bygger på både eksisterende litteratur og seks kvalitative, semistrukturerede interviews med kvinder i alderen 22–28 år, der har anvendt p-piller eller hormonspiral. Resultaterne viser, at flere af kvinderne oplevede nedsat lyst, ændringer i følelsesmæssig tilstand og påvirkning i deres relationer som følge af HP. Samtidig peger informanterne på en oplevelse af mangelfuld vejledning og manglende fokus på seksualitet ved mødet med sundhedsprofessionelle. Projektet diskuterer betydningen af informeret samtykke, fælles beslutningstagning og behovet for et øget fokus på seksuel sundhed i præventionsrådgivning. Konklusionen understreger nødvendigheden af at inkludere viden om potentielle seksuelle bivirkninger i rådgivning om HP for at sikre patientinddragelse og et oplyst valg.

Abstract

This thesis explores how young women experience the effects of hormonal contraception (HC) on their sexuality, and how they perceive the guidance provided by healthcare professionals regarding potential sexual side effects. The study applies a bio-psycho-social approach of sexuality and is based on existing literature as well as six qualitative, semi-structured interviews with women aged 22–28 who have used either birth control pills or hormonal intrauterine devices. Findings indicate that several women report decreased sexual desire, emotional changes, and impacts on their relationships due to HC use. Moreover, participants often experience a lack of adequate guidance and limited focus on sexuality during consultations with healthcare providers. The project discusses the importance of informed consent, shared decision-making, and the need for increased attention to sexual health in contraceptive counseling. The conclusion highlights the necessity of including information on potential sexual side effects in order to support informed choices and patient-centered care.

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Initierende problem	5
Baggrundsafsnit	6
Seksualitetens betydning	6
Påvirkning af kvinders seksualitet	8
Seksualitet og hormonel prævention i et samfundsperspektiv	9
Fælles beslutningstagen og informeret samtykke	11
Kvinders reproduktive biologi	12
Kønsorganerne	12
Menstruationscyklus	12
Follikelfasen/proliferationsfasen	12
Ovulationen	13
Lutealfasen/sekretionsfasen	13
Menstruationsblødningen	13
Kvindens kønshormoner	14
Hormonel præventions virkningsmetoder	15
P-piller	15
Hormonspiral	16
Hormonspiral og p-pillers indflydelse på seksualitet	17
Seksuel lyst	17
Lystfremmende signalstoffer	20
Lysthæmmende signalstoffer	21
Menstruationscyklus og lyst	21
Hormonel præventions biologiske indvirken på det seksuelle respons	21
Tilgængelig information om hormonel prævention	22
Problemafgrænsning	25
Problemformulering	25
Begrebsafklaring	25
Metodeafsnit	26
Videnskabsteoretisk ståsted	26
Litteratursøgning	28
In-og eksklusionskriterier	29
Søgning i PubMed	29
Søgning i Scopus	29
Kvalitativ forskningsmetode - Semistrukturerede interviews	29
Interviewguide	30

Præsentation af informanter	30
Etiske overvejelser	31
Afvikling af interview	31
Analysestrategi	32
Resultater	33
Seksualitetens betydning	34
Fysiske forandringer	36
Psykiske forandringer	39
Humørændringer	39
At føle sig forkert	40
Relationel påvirkning	42
Oplevede forventninger fra partner	45
Tiltrækning	47
Forandringer efter ophør på HP	48
Eksterne påvirkninger	51
Information om HP fra familie, venner og sociale medier	53
Information og vejledning fra den sundhedsprofessionelle	54
Oplevet vejledning fra den sundhedsprofessionelle	54
Ønsket vejledning fra den sundhedsprofessionelle	56
Diskussion	58
Forandringer og bivirkninger	59
Vejledning og information	65
Metodekritik	68
Konklusion	69
Perspektivering	70
Taksigelse	72
Litteraturliste	73
Bilag	79

Initierende problem

I disse år ses en tendens til et faldende antal af kvinder, der anvender hormonel prævention (HP). Der er kommet øget opmærksomhed blandt brugerne på evt. bivirkninger ved brugen af HP; vi har oplevet, at flere og flere kvinder er nysgerrige på, hvordan det er at have en naturlig cyklus og generelt er nysgerrige på alternative præventionsformer. Et forskningsprojekts resultater præsenteret i 2024, påviser øget risiko for brystkræft ved brug af hormonspiral, og bringer yderligere fokus på at forholde sig kritisk til eventuelle bivirkninger ved brugen af HP (Weber, 2024). På trods af dette er der stadig ca. 380.000 danske kvinder, der anvender HP, og Danmark er det land i Norden, hvor flest kvinder anvender HP (Sex & Samfund, 2023).

Vi, tre kvindelige jordemødre, har fulgt samfundsudviklingen og diskursen om HP løbende, såvel som oplevet bivirkninger på egen krop og det at anvende prævention, især HP, har fyldt på forskellige måder igennem vores og vores omgangskreds' seksuelt aktive liv. Som jordemødre er interessen for fertilitet og seksuel sundhed grundlæggende iboende i os. Flere og flere jordemødre arbejder med seksuel sundhed, ikke kun i forbindelse med graviditet og fødsel, men også i lægepraksisser og i ungdomsmodtagelser. I Sverige er det jordemødre, der udskriver prævention og fx oplægger spiraler. Vi er nysgerrige på, hvordan kvinders seksualitet kan blive påvirket under brug af HP og hvad den nyeste forskning på området konkluderer. Samtidigt synes det vigtigt for os, i kraft af vores virke som sundhedsprofessionelle, at blive klogere på, hvordan kvinder oplever den vejledning de får om prævention, forud for brug. Vores forforståelse siger os, at vejledningen ofte er mangelfuld, især når det drejer sig om information om eventuelle seksuelle bivirkninger. Derfor er det interessant at undersøge, hvad kvinder har oplevet i præventionsvejledningen af en sundhedsprofessionel.

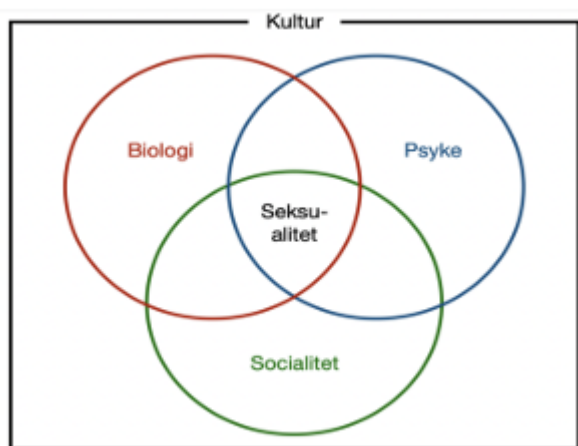
Baggrundsafsnit

Seksualitetens betydning

WHO definerer seksualitet som et centralt aspekt af at være menneske:

“...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors.” (WHO, 2006).

Seksualitet er et dynamisk, foranderligt samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale kræfter, som også er kontekstafhængig. Af denne grund må seksualitet ses i et bio-psyko-socialt perspektiv (Graugaard et al., 2019) .



Figur 1 - Den bio-psyko-sociale model (Graugaard et al., 2019).

I ovenstående model ses hvordan seksualitet defineres af samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold, og omringes af kulturen (Ibid).

Dette betyder, at seksualitet kan defineres afhængig af individets forhold og kultur, samt at seksualiteten kan påvirkes, hvis et eller flere af de bio-psyko-sociale forhold ændres (Ibid). Biologiske forhold kan fx være genetik, hormoner, sygdom eller KRAM-faktorer, der kan påvirke kroppens

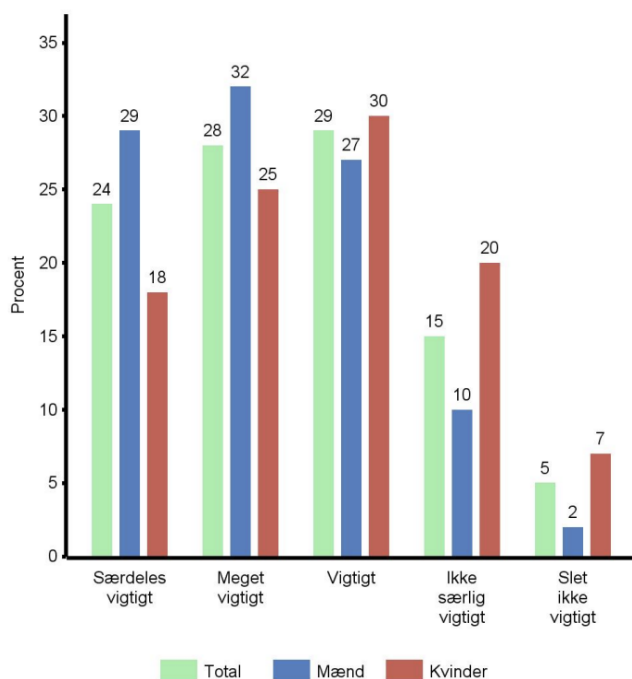
funktioner, og dermed seksualiteten. Psykologiske forhold kan fx være tanker, følelser, psykiske sygdomme eller personlige præferencer. Eksempler på sociale forhold kan være venskaber, parforhold, familie eller ensomhed, der kan have indflydelse på seksualitet. Kulturen og normer er med til at sætte rammerne for, hvad der defineres som “normalt” eller “acceptabelt”, og har dermed også betydning for seksualiteten, det kan fx være i form af kulturel skam, gruppepres, idealer og minoritetsstres. Dette er blot nogle eksempler på hvordan seksualitet kan anskues bio-psyko-socialt. Disse forhold overlapper og påvirker hinanden på tværs, og kan påvirke seksualiteten både positivt og negativt.

Konteksten omkring en intim situation har betydning for, om individer opfatter en situation som seksuel (Ibid). Derfor må seksualitet ses som kontekstuel, og kan ændres, påvirkes og udspille sig forskelligt, afhængig af konteksten, man oplever den i.

For at belyse seksualitetens forskellige motiver og funktioner, refererer man til “Seksualitetens seks R’er”, der står for *Reproduktion, Relation, Respekt, Rehabilitering, Rekreation og Relaksation* (Graugaard et al., 2019). Her tydeliggøres også hvordan seksualitet kan betyde forskellige ting, og kan have både biologiske, psykologiske og sociale motiver.

Det første R, *reproduktion*, har tidligere været set som seksualitetens primære formål. I den vestlige verden har udviklingen af pålidelige præventionsmidler gjort det muligt at adskille seksuel lyst fra evnen til at få børn (Ibid). Det andet R, *relation*, refererer til det faktum, at seksuelle møder altid involverer en relation mellem mennesker. Her er kommunikation, positionering og forhandling afgørende. Dette leder videre til det tredje R, *respekt*. Det fjerde R, *rehabilitering*, understreger seksualitetens evne til at bearbejde og afhjælpe personlige eller relationelle udfordringer. Det femte R, *rekreation*, er forbundet med nydelse, livsglæde, velvære og social anerkendelse. Det sjette R, *relaksation* betyder stresshåndtering. Seksualiteten anses nu for at være en central del af ens liv og ses som en kilde til leg, personlig udvikling, afslapning og tidsfordriv (ibid.).

Mens betydningen af seksualitet er individuel og under konstant påvirkning af både biologi, psyke, relationer, samfund og kultur, er seksualitet og seksuel trivsel vigtige livstemaer for langt de fleste mennesker (Graugaard et al., 2019). I alt angiver en andel på 80,4 % af danskere at “*Det er vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv*” i en større spørgeskemaundersøgelse foretaget af Projekt SEXUS (Frisch et al., 2019).



Figur 2 - "Vigtigheden af at have et godt sexliv" (Frisch et al., 2019).

I tallene fra Projekt SEXUS ses også en forskel i køn og alder. 87,7% af alle adspurgte mænd og 73% af alle adspurgte kvinder angiver at sexlivet har stor betydning. Andelen er over 90% af mænd i alderen 25-54 år, mens det for kvinder mellem 25-34 år er 90% der angiver, at sexlivet har stor betydning, hvorefter andelen falder med alderen (Frisch et al., 2019). Et velfungerende sexliv er af stor betydning for almenbefolkningens selvrapporterede trivsel, og er af betydning for at et menneske oplever sit liv som sundt, godt og meningsfuldt (Graugaard et al., 2019).

Påvirkning af kvinders seksualitet

Et velfungerende sexliv er dermed af stor betydning for langt de fleste mennesker, men flere forskellige faktorer kan påvirke menneskers seksualitet. I nedenstående afsnit vil kort redegøres for, hvad der kan påvirke kvinders seksualitet bio-psyko-socialt.

Flere forskellige faktorer kan påvirke kvinders seksualitet. Det kan være biologiske faktorer, som fx kroniske sygdomme, smerter eller overgange som menopausen, hvor studier viser øget forekomst af lubrikationsproblemer ved kvinder (Giraldi, 2019). Hormonelle forandringer, som fx ved graviditet eller brug af HP kan også påvirke kvinders seksualitet. Også psykologiske faktorer kan have indflydelse på seksualiteten, såsom følger efter fysiske, psykiske eller seksuelle overgreb, depression,

body image disorder, nedsat selvværd eller stress. På samme måde kan sociale faktorer som fx kulturel udskammelse af seksualitet, minoritetsstress, ensomhed eller parforholdsproblemer have en påvirkning på kvinders seksualitet. Hermed tydeliggøres det, at kvinders seksualitet kan blive påvirket af forskellige bio-psyko-sociale faktorer. De nævnte eksempler er faktorer der kan påvirke kvinders seksualitet, men hvordan kvinders seksualitet faktisk opleves påvirket kan være mangeartet. Det kan opleves som lystproblemer, ophidselsesproblemer eller lubrikationsproblemer, problemer med at få orgasmer, dyspareuni eller vaginisme (Giraldi, 2019).

I dette projekt vil der være fokus på den hormonelle påvirkning af kvinders seksualitet ifm. brug af HP, og dermed hvordan den kommer til udtryk bio-psyko-socialt. Som tidligere nævnt kan kultur, normer og adgang til prævention have indflydelse på seksualitet, hvorfor seksualitet og brug af HP vil opridses herunder.

Seksualitet og hormonel prævention i et samfundsperspektiv

I det følgende vil det blive beskrevet, hvordan synet på kvinders seksualitet har udviklet sig i takt med samfundet, præventionens indtog, og slutvis præventionsmetoder der anvendes i dag.

Som tidligere nævnt har kulturen også indflydelse på hvordan seksualitet anskues. Forskellige kulturer og tidsaldre har opfattet kvinders seksualitet forskelligt (Giraldi et al., 2019). Seksualiteten hos kvinder har skiftet perspektiv fra gamle traditionelle vejledninger, hvor kvinden skulle befrugtes og erobres, til tider, hvor kvinders sexlyst blev betragtet med mistro og diagnosticeret som “nymfomani” og “erotisk forrykthed”, til senmoderniteten hvor kvinders seksualitet i høj grad er blevet friset, og er præget af selvbestemmelse (Ibid).

I forbindelse med kvindernes frigørelse i 1960'erne, retten til fri abort indførtes og sikre, billige præventionspræparater blev tilgængelige, har kvinder i langt højere grad end tidligere kunne bestemme over deres egen seksualitet (Ibid). I 1966 kom p-pillen på markedet i Danmark og gav danske kvinder adgang til et bekvemt præventionsmiddel med meget høj beskyttelse mod uønsket graviditet i forhold til tidligere metoder. Dette blev afgørende for kvindernes seksuelle frigørelse (Ipsen, 2011). Muligheden for at kunne adskille sex fra reproduktion gjorde, at der kunne fokuseres på andre dele af seksualiteten, fx selvudvikling, nydelse og lyst (Giraldi et al., 2019).

I dag lever vi i et senmoderne velfærdssamfund, præget af destabilisering og pluralisering af normer, autoriteter, hierarkier og sociale spilleregler. Det betyder, at vores intime relationer kan være langt mere flydende og foranderlige end i tidligere historiske epoker. For senmoderne mennesker er seksualiteten et livsaspekt som til stadighed kan opfindes og genopfindes, på tværs af krop, psyke, relationer og kultur. I takt med at lyst og forplantningsevne er blevet adskilt, er det erotiske nu sit eget erfaringsfelt, der eksisterer for sin egen skyld og på egne præmisser (Graugaard et al., 2019). I dag opfatter de fleste kvinder seksuel lyst som noget positivt og berigende, både personligt og i parforhold (Giraldi et al., 2019). I den vestlige verden, kobles sexlyst ofte til “det gode liv” og nedsat eller manglende lyst kan derfor for nogle give en følelse af utilstrækkelighed og bekymring (Ibid).

I de seneste årtier har flere forskellige præventionsmetoder set dagens lys, og kvinder kan nu vælge den mulighed, der synes at passe bedst til lige præcis det nuværende behov, der kan ændre sig i løbet af et reproduktivt liv (Both et al., 2019). Metoderne har udviklet sig sådan, at der er kommet øget fokus på brugervenlighed og reduktion af bivirkninger (Graugaard et al., 2019). Disse vil senere oplistes, og virkningen ved p-pillen og hormonspiralen vil uddybes.

At anvende prævention med kunstige hormoner kan generelt have en positiv effekt på en kvindes seksualitet, idet hun kan føle sig mere fri og uden bekymring for en uønsket graviditet ved brug. Underforstået, at kvinders seksuelle frigørelse delvist affødt af HP vejer op for de mulige fysiske og psykiske bivirkninger HP kan medføre (Le Guen et al., 2021). Udover at ønske at beskytte sig mod en eventuel uønsket graviditet, kan andre grunde til at benytte HP fx være at mindske smerter ved gynækologiske lidelser, som endometriose, dysmenoré, menoragi, samt forbedring af body image for kvinder med acne eller øget hårvækst (Both et al., 2019).

Der er i de seneste år opstået en bevægelse af kvinder, der vælger at ophøre på hormonelle præventionspræparater. Man kan se, at perspektivet på HP for nogle kvinder har ændret sig i det seneste årti, og kvinder søger og deler nu i højere grad information blandt ligesindede på sociale medier (Krapf & Goldstein, 2024). I et systematisk review af Le Guen et al. (2021) ses grundene til at vælge at ophøre med HP opdelt i otte kategorier, en af dem værende “*negative impact on sexuality*”. I 10 ud af 42 studier fandt man, at kvinder medgav, at HP påvirkede deres seksualitet, primært oplevet som nedsat lyst. I tre ud af 42 studier drejede det sig om smerter ved samleje eller manglende lubrikation. Et andet tema var “*The importance given to nature*” - at vælge at være hormonfri, fx fordi nogle af kvinderne

synes hormoner kan “ødelægge” deres krops naturlige cyklus og influere på deres hormonspejl og naturlige menstruationer.

Fælles beslutningstagen og informeret samtykke

I reviewet af Le Guen et al. (2021) påpeges det, at bekymringer om ens egen sundhed, såsom frygt for mulige skadelige virkninger af nye teknologier, samt øget ønske om naturlighed, har fået større betydning. Disse faktorer påvirker forbrugernes adfærd, og kan endda ændre forholdet mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Selvom disse bekymringer er blevet stærkt kritiseret, bør de tages i betragtning ved præventionsrådgivning for at sikre en patientcentreret tilgang. Det understreges desuden, at kvinders præferencer med hensyn til hormonbrug bør inddrages som et vigtigt kriterium i præventionsvalget (Le Guen et al., 2021).

Skiftet fra paternalistisk medicin til *fælles beslutningstagen* nødvendiggør således viden om, hvordan det ordinerede præparat kan påvirke ens seksualitet og generelle velvære (Krapf & Goldstein, 2024). Iflg. Center for Patientinddragelse foregår fællesbeslutningstagen “...når patient og kliniker i forening træffer beslutning om udredning, behandling, pleje og opfølgning på en måde og i et omfang, som patienten foretrækker.” (Center for Patientinddragelse, 2025). I fælles beslutningstagen er der to eksperter; patienten, der deler viden om sit eget liv, sine behov, erfaringer med sygdom og behandling, præferencer og holdning til risici. Overfor er den sundhedsprofessionelle, der deler evidensbaseret viden om valgmuligheder, fordele, ulemper, usikkerheder og risici (ibid.). Fælles beslutningstagen er derfor i spil i situationer hvor en sundhedsprofessionel skal vejlede om præventionspræparater.

I samspil med fælles beslutningstagen findes et andet vigtigt begreb for vejledningen om prævention generelt: *informeret samtykke*. Dette indebærer, at patienter har ret til selvbestemmelse. Kravet om informeret samtykke består af to komponenter - informationen og selve samtykket (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021). Informationen skal rumme patientens helbredstilstand, behandlingsmuligheder og fordele eller ulemper ved denne. Det vigtigste er, at patienten kender virkning og bivirkning ved behandlingen. Patienten samtykker vanligvis mundtligt, og den sundhedsprofessionelle har herefter pligt til at journalføre det informerede samtykke (Ibid.).

Kvinders reproduktive biologi

Inden HP's virkningsmetoder specifikt gennemgås, er det nødvendigt at udfolde hvordan en kvindes naturlige menstruationscyklus forløber, samt hvilke hormoner der har indflydelse på en kvindes reproduktivitet og seksualitet.

Kønsorganerne

De ydre kønsorganer hos kvinden består af de indre og ydre labia, samt klitoris. Disse dele omgiver introitus. Vagina er et knapt 10 cm langt muskelrør, der strækker sig fra de ydre kønsorganer til cervix, der leder op til uterus, der er et hult, muskuløst organ på størrelse med en pære. Livmoderhulen har tre åbninger - en til cervix og to i toppen, hvor salpinges kommer ind. Uterus' væg består af tre lag: endometriet (slimhinde) inderst, myometriet (muskellag) i midten og perimetriet (en del af bughinden) yderst. I endometriet er der mange kirtler, og deres sekretion afhænger af ovariernes hormonproduktion. Det er i denne et eventuelt befrugtet æg vil sætte sig fast. For enden af salpinges, der er 10 cm lange rør, sidder ovarierne på bughulens bagvæg. De er todelte organer og består af en marv og bark. Blodkar og nerver går ind i marven og fordeler sig derfra ud i barken. Her findes de follikler, der indeholder ægceller og de celler, der producerer kønshormoner til blodet (Sand et al., 2008).

Menstruationscyklus

Ved fødslen fødes en pige med ca. 1-2 millioner umodne ægceller i sine ovarier, oocytter. Ved puberteten er dette tal faldet til ca. 300.000. I løbet af en kvindes fertile alder gennemgår 400-500 af disse en modningsproces, oogenesen, der omdanner dem til befrugtningdygtige oocytter. Denne fase er en ovarie cyklus, også kaldet menstruationscyklus, der varer ml. 21-35 dage (Sand et al., 2008). Menstruationscyklusens faser beskrives i det følgende.

Follikelfasen/proliferationsfasen

Er perioden fra menstruationsblødningens første dag til ovulationen. Her modnes 5-10 primærfollikler, hvorefter der som regel efter 5-7 dage er én tilbage. Efter 10-14 dage er den færdigudviklet. Modningen af folliklerne gør, at østradiolkoncentrationen i blodet gradvist stiger. Østradiol stimulerer cellerne i de tilbageværende dele af endometriet til forøget celledeling (proliferation). Nye blodkar vokser ind fra blodkar i myometriet samtidigt med at nye endometrie kirtler vokser frem. Lige inden ovulationen er endometriet fuldt genopbygget (Sand et al., 2008).

Ovulationen

Er ikke en selvstændig fase, men snarere en begivenhed der adskiller follikel- og lutealfasen. Ved ovulationen er østradiolniveauet højt, og progesteronniveauet lavt. Stigningen i østradiol er ovarierne signal til hypofysen om, at follikelmodningen er fuldført. Hypofysehormonet luteiniserende hormon (LH) er betydningsfuldt for ovulationen, idet koncentrationen topper 10-15 timer før, men er ellers stabilt gennem resten af cyklus. Frigørelsen af LH udløser, at folliklen brister og oocytten skyldes ud. Efter ovulationen stimulerer LH omdannelsen af de tilbageværende follikelceller til progesteronproducerende lutealceller (Sand et al., 2008).

Lutealfasen/sekretionsfasen

Er den periode, der går fra ovulationen til menstruationen begynder. Denne fase varer helt præcist 14 dage. Efter ovulationen deler forskellige celler i follikelvæggen sig og danner en hormonproducerende kirtel, corpus luteum. Denne kirtel producerer store mængder østradiol og progesteron. Ovarierne producerer i samme periode øgede mængder progesteron, der stimulerer kirtlerne i endometriet til sekretion. Sammen med østradiol stimulerer progesteron også stadig til vækst af endometriet. Dette er vigtigt ift. at kunne nære et eventuelt foster. Hvis ægcellen ikke befrugtes, tilbagedannes corpus luteum efter 10-12 dage, og dermed ophører dets hormonproduktion (Sand et al., 2008).

Et vigtigt hormon i denne fase er det follikelstimulerende hormon (FSH). Det bliver produceret i hypofysen og samarbejder med kønshormonerne. Et par dage inden menstruationen begynder, vil FSH-koncentrationen stige, og østradiol- og progesteronproduktionen i corpus luteum falder. FSH stimulerer til at modningsprocessen af de 5-10 primærfollikler begynder. Efterhånden som de vokser, stiger østrogenproduktionen, og FSH-niveauet holder sig lavt gennem resten af cyklus, bortset fra en kortvarig stigning ifm. selve ovulationen (Sand et al., 2008).

Menstruationsblødningen

Varer almindeligvis 5-7 dage. Såfremt ægcellen ikke befrugtes, afstødes de yderste to tredjedele af endometriet ca. 14 dage efter ovulationen. Dette sker, da corpus luteum ophører sin produktion af progesteron og østradiol. Faldet i blodets progesteronkoncentration gør, at arterierne der forsyner endometriet med blod kontraherer, således at dets ydre dele dør. Arterievæggene brister herefter, og der opstår en blødning, hvor det bristede væv løsriver sig. Resten af slimhinden udskilles med blod og sekret som en del af menstruationsblødningen (Sand et al., 2008).

Kvindens kønshormoner

Ovarierne producerer kønshormoner, dvs. østrogener, progesteron og testosteron.

Østrogener dækker over hormonerne østradiol, østron og østriol. Koncentrationen i blodet varierer meget over en cyklus; den stiger kraftigt i løbet af follikelfasen og toppe ca. 10-15 timer inden ovulationen. Efter ovulationen falder koncentrationen af østradiol, men den er som regel højere i lutealfasen end i første del af follikelfasen. Østrogener stimulerer de kvindelige kønsorganers vækst og udvikling, brystvækst og "kvindelige kropsformer". Progesteronproduktionen finder først og fremmest sted i corpus luteum, og derfor er koncentrationen i blodet højest i lutealfasen og lav i follikelfasen (Sand et al., 2008).

Androgener er en fælles betegnelse for en række steroidhormoner, hvor det mest potente er testosteron. Disse dækker over de vigtigste kønshormoner for en mand, men spiller også en vigtig rolle i en kvindes hormonsystem, især når det gælder seksualitet, idet de er forbundet med seksuel lyst. Testosteron produceres i kvindens ovarier og binyrer (Ibid).

Flere forskellige hormoner og neurotransmittere er involveret i seksuelle reaktioner, og man skelner overordnet mellem vandopløselige peptidhormoner med hurtig effekt og kort halveringstid (prolaktin og oxytocin), og fedtopløselige steroidhormoner, hvis effekt indtræder langsommere, men varer længere (østradiol, progesteron og testosteron). Steroidhormonerne udgør en kolesterol baseret biokemisk familie, og i mange tilfælde kan hormonerne omdannes til hinanden ved enzymaktivitet, hvorfor deres fysiologiske egenskaber derved ændres (Sand et al., 2008).

Historisk set har østrogen og progesteron været de primære kønshormoner i fokus, når det kommer til kvinders seksualitet, og testosteron for mandens (Krapf & Goldstein, 2024). Men dette skal tages med forbehold idet hormonerne løbende omdannes af enzymer og frigives hos begge køn, dog i forskellig mængde. Hos kvinder er blodets koncentration af androgener i gennemsnit højere end koncentrationen af østradiol (Graugaard et al., 2019).

Peptidhormonerne er aktive med det samme, de bliver frigivet til blodbanen, mens steroidhormonerne er bundet til proteiner i blodet. Op til 97% af det cirkulerende testosteron hos en kvinde er bundet til sex hormone-binding globulin (SHBG) og albumin, hvilket gør det inaktivt, og altså til en slags hormonlager (Ibid).

Hormonel præventions virkningsmetoder

Præventionsmetoder kan opdeles i hormonelle og ikke-hormonelle typer. Af de hormonelle findes fx p-piller, hormonspiral, p-ring, p-stav, minipiller eller p-sprøjte. Blandt de ikke-hormonelle metoder findes fx kondom, pessar, kobberspiral, afbrudt samleje eller sikre perioder. Prævention anvendes også til at beskytte sig mod kønssygdomme, dog er det overvejende kondomet og slikkelappen, der sikrer mod overførsel af mikroorganismer ifm. samleje (Graugaard et al, 2019). For at få udskrevet HP eller få lagt en hormonspiral op skal man konsultere sin praktiserende læge, eller en præventions- og rådgivningsklinik, fx Sex & Samfund. Læger er som udgangspunkt den eneste faggruppe der kan udskrive en recept på HP (Retsinformation, 2023).

Antallet af kvinder, der anvender HP, er steget globalt (United Nations, 2019). I 2019 brugte i alt 248 millioner kvinder verden over en form for HP (Ibid). Omkring 40% af alle danske kvinder i alderen 15-49 år anvender HP (Lidegaard, 2024). Kombinations p-piller var det mest anvendte præparat fra 2010-2019, men fra 2020 har det mest anvendte været rene gestagenpræparater, herunder især hormonspiral (Ibid).

Dette projekt forholder sig til p-piller og hormonspiral, da dette er de to hyppigst anvendte præparater i Danmark. Virkningsmekanismer ved disse præparater gennemgås derfor herunder. Efterfølgende gennemgås præparaternes mulige biologiske påvirkning på seksualiteten.

P-piller

I Danmark bruger ca. en tredjedel af fertile kvinder aktuelt p-piller. P-pillen indeholder syntetiske versioner af østrogener, som minder om østrogen samt gestagener som minder om progesteron (Graugaard et al., 2019). De virker ved at forhindre graviditet gennem tre mekanismer; hæmning af ovulation, ændring af endometriet samt ændring af livmoderhalssekretet (Andreasen et al., 2015). P-piller hæmmer udskillelse af gonadotropiner (FSH og LH) fra hypofyse og hypothalamus, således at der ikke udvikles follikler i ovarierne, hvorved ovulationen forhindres (Graugaard et al., 2019). Gestagen påvirker endometriet i uterus til at være mindre modtageligt for et befrugtet æg. Ydermere påvirker gestagen sekretet i cervix, så gennemtrængeligheden for sædceller mindskes (Ibid). Nogle gestagener i p-piller har en anti-androgen virkning, hvilket betyder, at det har en hæmmende effekt på testosteron (Ibid).

Der findes to typer p-piller, kombinations p-piller/monofasiske p-piller og flerfase p-piller, der sjældent anvendes i Danmark (Graugaard et al., 2019). Kombinations p-piller betyder at alle p-pillerne indeholder samme mængde hormon, oftest 100-150 µg levonorgestrel, modsat flerefase p-piller, som ofte indeholder forskellige hormonmængder, fx 50, 75 eller 125 µg levonorgestrel pr. tablet, som justeres i løbet af cyklus (Sundhedsstyrelsen, 2022). Der findes forskellige generationer af p-piller, som afgør den syntetiske hormontype og mængde. Aktuelt anbefales i Danmark andengenerations p-piller, som indeholder levonorgestrel eller norgestimat og 30-40 µg ethinylestradiol (EE), da der her ses lavest risiko for blodpropper (Graugaard et al., 2019). De syntetiske kønshormoners mulige indflydelse på unge kvinders hjerne er videnskabeligt uafklaret. Flere studier har vist en korrelation mellem androgenniveau og kvindernes seksuelle livskvalitet, overordnet er resultaterne dog modsætningsfyldte (ibid.).

Hormonspiral

En hormonspiral fungerer ved at indføre en spiral i livmoderhulen, som her frigiver gestagen, som tidligere nævnt også bruges i p-piller (Vestgaard, 2015). I hormonspiraler bruges gestagenet levonorgestrel, som også bruges i nogle p-piller. Mængden af levonorgestrel afhænger af spiraltypen. Der findes nedenstående typer (Vestgaard, 2015):

- **Mirena:** 52 mg levonorgestrel, frigiver ca. 20 µg/dag
- **Kyleena:** 19,5 mg levonorgestrel, frigiver ca. 17,5 µg/dag
- **Jaydess:** 13,5 mg levonorgestrel, frigiver ca. 14 µg/dag.

Disse hormonspiraler virker i 3-5 år afhængigt af type, og opsættes samt fjernes af sundhedsprofessionelle. Hormonspiralen beskytter mod graviditet gennem flere mekanismer: gestagenet i hormonspiralen gør livmoderhalssekretet tykt, og dermed besværliggøres det at sædceller kan trænge op i uterus samt medfører nedsat bevægelse for sædceller i uterus (Sundhedsstyrelsen, 2022). Spiralen ændrer også endometriet, som bliver tyndere og uegnet til implantation af et eventuelt befrugtet æg. Nogle kvinder, primært dem der har hormonspiral med højere dosis af levonorgestrel, fx Mirena, kan opleve delvis hæmning af ovulationen, men det er ikke hormonspiralens primære virkningsmekanisme (Ibid).

Hormonspiral og p-pillers indflydelse på seksualitet

Som tidligere nævnt er der modsætningsfyldte påstande om HP's indflydelse på seksualitet, og afhænger også af hvilken hormonel præventionsmetode der anvendes (Graugaard et al., 2019). Der er registreret både positiv virkning på kvinders seksualitet ved brug af p-piller i forhold til mulighed for samleje uden kondom, kontrol over menstruationstidspunkt, nedsat bekymring for graviditet og højere frekvens af samleje, men også en negativ virkning på seksualitet, hvor nogle brugere beskriver nedsat sexlyst, vaginal tørhed, manglende orgasmer eller ophidselse samt samlejesmerter (Ibid). Generelt er sammenhængen mellem p-pilleforbrug og mindsket lyst velbeskrevet, samtidig skal man være opmærksom på, at seksuelle problemer hos p-pillebrugere kan skyldes andre forhold og kan forstærkes, hvis kvinden ikke bryder sig om at anvende præventionsformen (Ibid).

Et svensk studie undersøgte brugen af HP's sammenhæng med lyst ved en spørgeskemaundersøgelse, hvor 3740 svenske kvinder i alderen 22, 25 og 28 år deltog (Malmberg et al., 2016). Her fandt man, at 27% af dem, der brugte HP, rapporterede om nedsat lyst, mens kun 12%, der brugte hormonfri prævention, rapporterede det samme (Ibid). I dette studie fandt man at kvinder, der brugte gestagen-baserede præventionsmetoder, herunder hormonspiral, oplevede nedsat lyst i samme grad som de, der brugte kombinerede p-piller (Ibid).

I et dansk tværsnitstudie hvor man undersøgte testosteronniveau, seksuel funktion, depression og generel livskvalitet blandt kvinder i alderen 18-35 år, fandt man at de, der anvendte prævention med gestagen havde signifikant flere seksuelle problemer og frustrationer sammenlignet med kvinder, der anvendte andre præventionsmetoder (Læssøe et al., 2014).

Begge studier konkluderer, at der bør undersøges yderligere for at kunne konkludere på hvorvidt der findes en direkte kausal sammenhæng mellem HP og nedsat lyst og seksualfunktion. I det nedenstående afsnit vil fænomenet seksuel lyst blive beskrevet, idet flere studier finder at det er en hyppig bivirkning ved brug af HP.

Seksuel lyst

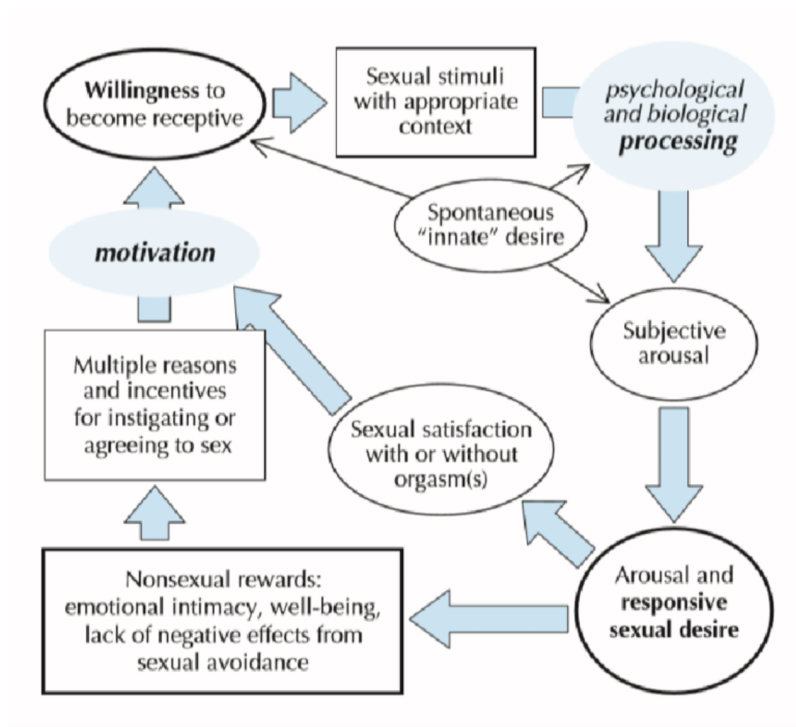
Det er bredt anerkendt, at det seksuelle respons er et resultat af et komplekst samspil mellem biologiske, psykologiske, relationelle og sociale faktorer. Kønshormoner kan fremkalde et respons fra både centralnervesystemet og genitalt væv, og er vigtige for mekanismerne i lyst, ophidselse og

orgasme (Both et al., 2019). Da androgener, som tidligere beskrevet, har en positiv indvirkning på seksuel lyst, og nogle HP præparater har en anti-androgen effekt, kan den naturlige og spontane lyst blive påvirket heraf. Hertil kommer også, at lystproblemer blandt kvinder har vist sig at være det hyppigst fremsatte seksuelle problem (Graugaard et al., 2019). Derfor beskrives i nedenstående begrebet seksuel lyst, signalstoffer der kan virke fremmende eller hæmmende på lyst, hvordan lyst kan blive påvirket gennem en menstruationscyklus og afslutningsvis hvordan HP's virkning rent biologisk kan have en effekt på det seksuelle respons.

Der findes mange beskrivelser af begrebet "seksuel lyst", men der er bred enighed om at definere det som "*en subjektiv følelse af seksuel motivation med eller uden ledsagende seksuel adfærd*" (Graugaard et al., 2019). Lystoplevelsen kan have karakter af seksuelle fantasier, tanker, drømme, følelsen af at være seksuelt opstemt eller et konkret ønske om seksuel aktivitet (Ibid).

Fornemmelsen af lyst kan komme i mange afskygninger; i et kvalitativt studie fra 2014 oplevede størstedelen af de kvindelige deltagere, at lyst altid kommer før ophidselse. Generelt blev lyst beskrevet som noget, der foregik i tankerne, mens ophidselse primært var noget, der foregik i kroppen. Mange havde generelt svært ved at adskille de to fænomener (Graugaard et al., 2019).

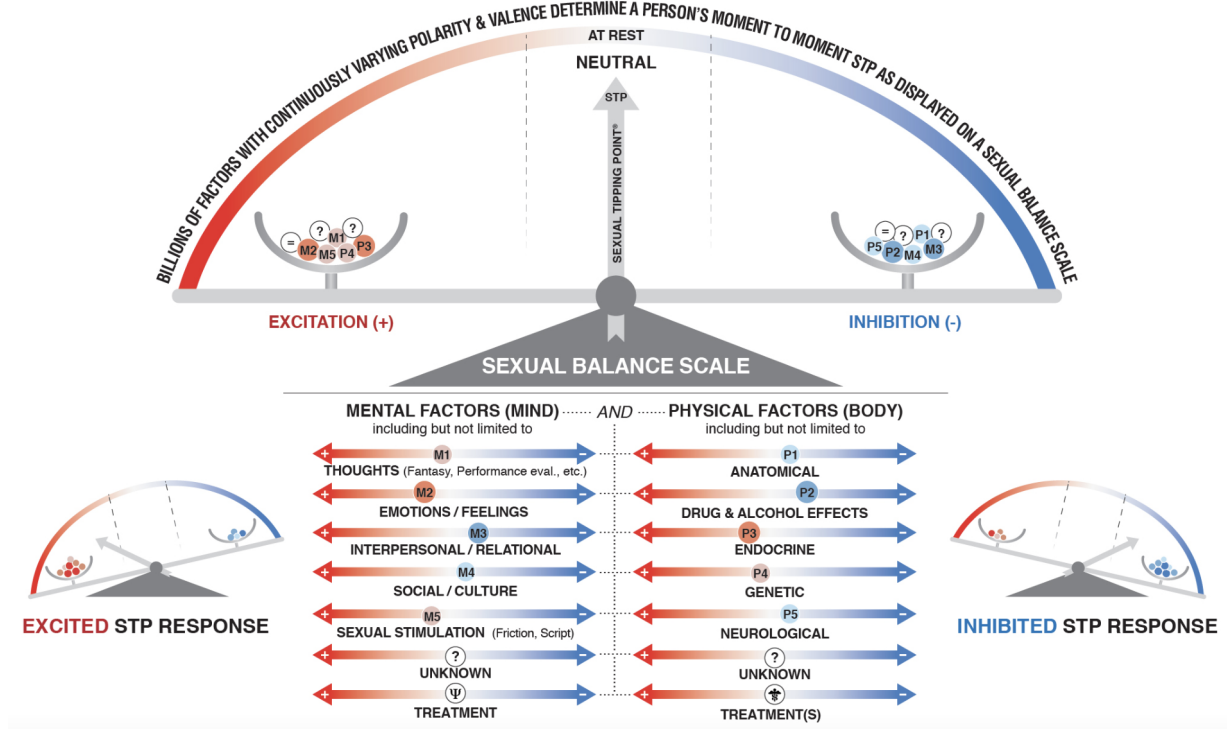
Selvom lyst måske blandt mange opfattes som udslagsgivende for seksuelle handlinger, viser undersøgelser også, at mange mennesker engagerer sig i seksuel aktivitet af andre grunde, fx ønsket om intimitet, behov for afstresning, eller længslen efter at blive begæret og bekræftet. Disse motiver kan uden forudgående lyst føre til ophidselse og eventuelt orgasme, ligesom de i sig selv kan udløse seksuel lyst (Ibid). Den canadiske psykiater Rosemary Basson har introduceret begrebet receptiv lyst, der refererer til en form for seksuel lyst, hvor en person ikke nødvendigvis initierer seksuel aktivitet, men er åben for at modtage eller deltage i den, når den opstår, i modsætning til den spontane lyst, der opstår uden forudgående seksuel stimulation (Ibid). Basson har udviklet nedenstående lystmodel, der bl.a. beskriver den lyst der opstår efter seksuel stimulation og ophidselse. Modellen blev oprindeligt udviklet på baggrund af kvinder i længerevarende parforhold, og har især fokus på ønsket om intimitet som motivation for seksuel aktivitet (Ibid).



Figur 3 - Bassons cirkulære lystmodel (Graugaard et al., 2019).

Da lyst som sagt er et bio-psyko-socialt fænomen, kan det også anskues i *Sexual tipping point*-modellen (Perelman, 2018) herunder, der viser hvordan seksuel lyst er et resultat af diverse hæmmende og fremmende faktorer, der kan være både biologiske og psykosociale. Den viser at seksuel lyst er resultatet af en balance mellem lystfremmende- og hæmmende impulser i krop, psyke, relationer og samfund (Graugaard et al., 2019). Herunder vil lystfremmende- og hæmmende signalstoffer af betydning for seksualiteten gennemgås.

THE SEXUAL TIPPING POINT® A BIOMEDICAL-PSYCHOSOCIAL & CULTURAL MODEL



Figur 4 - The sexual tipping point model (Graugaard et al., 2019).

Lystfremmende signalstoffer

- Dopamin antages for at være den vigtigste neurotransmitter i seksuel lyst. En gruppe neuroner i bunden af midthjernen (VTA) er den primære kilde til dopamin, og spiller en vigtig rolle for motivation, orgasme og følelser relateret til kærlighed og tiltrækning (Ibid).
- Noradrenalin spiller en rolle i forbindelse med ophidselse, og i kontrollen af det autonome respons ved orgasme. Frigivet i mindre mængder vil det stimulere følelsen af seksuel ophidselse, i højere mængder vil det hæmme det seksuelle respons.
- Steroidhormoner har som tidligere beskrevet en vigtig rolle ift. det seksuelle respons. De forbereder hjernen til at reagere på det seksuelle stimuli. Testosteron (hos begge køn) og østradiol (hos kvinder) er de primære hormoner der indvirker på lyst. Det sker formentlig ved at testosteron fremmer syntesen af nitrogenoxid (NO), der så fremmer dopaminfrigørelsen. Denne fremmes også af østradiol hos kvinder. Pga. den øgede frigivelse af dopamin forårsaget af steroidhormonerne, skabes der et neurokemisk miljø, hvor seksuel stimuli er mere tilbøjeligt til at starte et seksuelt respons. Nedsat testosteronniveau hos både kvinder og mænd kan påvirke sexlysten ved at skabe mindre receptivitet over for seksuelle stimuli og færre spontane seksuelle tanker (Graugaard et al., 2019).

Lysthæmmende signalstoffer

- Serotonin hæmmer effekten af dopamin på den seksuelle lyst via diverse mekanismer. Dyreforsøg viser, at serotonin ikke alene hæmmer den seksuelle lyst, men også medfører en slags “mæthedsfornemmelse”, som fjerner grunde til at have sex.
- Prolaktin hæmmer den seksuelle lyst, og kan ofte påvises i høje mængder i blodet ved nedsat lyst. Dette sker grundet en undertrykkelse af testosteronproduktionen samt en negativ indvirkning på det dopaminerge system. Hormonet øges især under graviditet og amning.
- Endogene opioider som fx endorfiner spiller en rolle for den subjektive oplevelse af nydelse og adfærdsbelønning, og modulerer intensiteten af den seksuelle lyst. Opioidsystemet indgår i forskellige processer relateret til lyst og orgasme, og kan både have stimulerende og hæmmende effekter på den seksuelle adfærd hos begge køn (Graugaard et al., 2019).

Menstruationscyklus og lyst

Der har gennem tiden været spekulationer om, hvornår i cyklus den fertile kvindes lystniveau er højest. Biologisk giver det bedst mening, at den seksuelle modtagelighed er højest omkring ovulationen, og dette understøttes af flere studier (Graugaard et al., 2019). Man så fx i en undersøgelse, at seksuel aktivitet steg omkring ovulationen hos kvinder med og uden en partner, og lyststigningen korrelerede med en stigning i det totale testosteronniveau i blodet. Den seksuelle aktivitet steg mere hos kvinder uden en fast partner, hvilket muligvis kan forklares af psykosociale faktorer, fx øget selvtillid og følelsen af seksuel attraktivitet, der kan tiltage i ovulationsperioden, forårsaget af stigningen i frit testosteron. Flere evolutionsbiologiske studier har undersøgt ændringer i heteroseksuelle kvinders tiltrækning til mænd ved ovulationstidspunktet. Det blev påvist, at ovulerende kvinder er mere tiltrukket af mænd med “maskuline” træk, mens de er mere kritiske overfor “omsorgsfulde” typer af mænd, inklusiv deres egen partner (Ibid).

Hormonel præventions biologiske indvirken på det seksuelle respons

På grund af deres primære virkningsmekanisme ved at undertrykke ovulationen, regulerer de fleste p-piller alle kønshormoner, så de endogene niveauer konstant forbliver lig de fysiologiske niveauer i den tidlige follikulære fase hos kvinder med en naturlig cyklus (Both et al., 2019).

Det er i nogle studier påvist, at man ved brug af p-piller reducerer sit niveau af frit testosteron med op til 60%, og at niveauet af androgenerne DHEA og DHEA-S tilsvarende falder. Denne effekt er et

resultat af en øget produktion af SHBG, og undertrykkelse af androgensyntesen i ovarierne og binyrerne. EE i p-piller stimulerer til produktionen af SHBG i leveren, hvilket fører til mere testosteron bundet til SHBG, som dermed gør det inaktivt (Krapf & Goldstein, 2024). På denne måde kan man få et lavere niveau af frit testosteron, hvilket kan resultere i nedsat lyst og dårligt humør (Both et al., 2019).

Ovenstående proces kan delvist modvirkes af androgent progestin; i p-piller der indeholder levonorgestrel, ses der en mindre udtalt stigning af SHBG i blodet sammenlignet med mindre androgene gestagener som fx cyproteronacetat (Krapf & Goldstein, 2024).

Modsat p-piller hæmmer en hormonspiral som udgangspunkt ikke ovulationen og i princippet ovarierne produktion af kønshormoner. Et nyt studie peger på, at hormonspiraler øger risikoen for labilitet (Krapf & Goldstein, 2024). De fleste kvinder vil opleve uregelmæssige blødningsmønstre i løbet af det første år på en hormonspiral, selvom denne uregelmæssighed aftager over tid. Ligesom andre bivirkninger som acne eller ømhed i brysterne, kan dette have en indvirkning på seksuel adfærd (Both et al., 2019).

Tilgængelig information om hormonal prævention

I dette afsnit gennemgås i hvilket omfang seksuelle bivirkninger ved HP er nævnt i vejledninger til brugere såvel som sundhedsprofessionelle.

Som patient såvel som sundhedsprofessionel findes information om hormonspiraler og p-piller forskellige steder, bl.a. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), Sundhedsstyrelsen (SST), Sex & Samfund og Komiteen for Sundhedsoplysning, som giver forskellige information om bivirkninger afhængig af informationskilde. Set i et sexologisk perspektiv, er det forskelligt om der nævnes seksuelle bivirkninger eller om seksualitet nævnes generelt ved brug af hormonspiral eller p-piller. Dette kan skyldes, at der er modsatrettede studier med hensyn til HP's effekt på seksualitet (Laursen & Højgaard, 2019). I dette afsnit bliver det gennemgået, i hvilken grad seksuelle bivirkninger ved HP bliver inddraget i diverse tilgængeligt informationsmateriale til sundhedsprofessionelle og brugere. Desuden gennemgås betydningen af vejledning om HP fra sundhedsprofessionelle til kvinder, der ønsker HP.

På internationalt plan ses det, at WHO og *The U.S. Centers for Disease Control and Prevention guidelines on contraceptive use* grundigt beskriver fordele og risici ved HP og ikke-hormonel prævention, men deres informationsmateriale nævner hverken HP's potentielle indvirken på seksualitet eller seksuel funktion (Krapf & Goldstein, 2024).

I DSOG har man udarbejdet information til fagprofessionelle omkring p-piller (Andreasen et al., 2015). Herunder står beskrevet hvordan p-piller fungerer, samt at p-piller ikke bør bruges til kvinder i risikogrupper for leversygdomme, blodpropper mm. (Ibid). Derudover bør kvinden, ifølge DSOG, informeres om p-piller har en høj beskyttelse, hvis brugt korrekt, at det ikke beskytter mod seksuelt overførte sygdomme og derfor er velegnet i stabile monogame forhold samt at p-piller i sjældne tilfælde kan give hovedpine, kvalme, brystspænding, pletblødninger, udeblivelse af menstruation, forstyrrelser i appetitregulationen, humørsvingninger og nedsat libido (Andreasen et al., 2015). I lægehåndbogen fremgår det desuden, at kvinden bør informeres om ulemper og alternativ prævention samt indkaldes til en opfølgende samtale ca. tre måneder efter opstart mhp. tilfredshed, bivirkninger o.l. (Sundhed.dk, 2023).

DSOG har ydermere udarbejdet en vejledning om hormonspiral til fagprofessionelle (Vestgaard, 2015). Heri står beskrevet høj tilfredshed ved brugen af hormonspiral, hvor man i et større internationalt studie fandt at 95% af førstegangsbrugere af hormonspiralen Mirena var tilfredse, samt at tilfredsheden afhænger af informationen givet forud for oplægningen af spiral (Vestgaard, 2015). Der er beskrevet følgende bivirkninger ved hormonspiral: Blødningsforstyrrelser, underlivsbetændelse, smerter, udflåd samt hormonelle bivirkninger bl.a. depression, acne, hovedpine, vægtøgning og brystspændinger (Vestgaard, 2015). I lægehåndbogen fremgår det, at der skal informeres om en øget risiko for pletblødninger og uregelmæssige blødninger de første 3-6 måneder efter oplægningen, men at den aftager herefter. Der kan herudover være systemiske bivirkninger især i de første måneder, såsom brystspænding, humørforandringer og uren hud. Nogle sundhedsprofessionelle vælger at kontrollere spiralen efter 2-3 menstruationer, for at evaluere brugen og kontrollere at spiralen sidder, som den skal. Hvis kvinden selv er fortrolig med spiralen og trådene, er kontrol ikke nødvendig (Sundhed.dk, 2023).

Der står ikke direkte beskrevet noget vedrørende seksualitet og brugen af hormonspiral i DSOG's guidelines. SST har udarbejdet en rekommandationsliste, som kan bruges ved HP (Sundhedsstyrelsen, 2022). Her står beskrevet forskellige bivirkninger ved p-piller, bl.a. humørsvingninger, depression,

brystspændinger, hovedpine, forhøjet blodtryk, blødningsforstyrrelse mm. (Sundhedsstyrelsen, 2022). Der står ikke beskrevet seksuelle bivirkninger eller andet omkring seksualitet ved brugen af HP.

DSOG har yderligere en vejledning kaldet *"Sexologi"* (Geiker et al., 2017). I denne undersøges *"Hvorledes påvirker kombinations p-piller, mini-piller og hormonspiral seksualiteten?"* ved at gennemgå studier med relevans herfor. Det konkluderes, at det generelt tyder på, at alle tre præventionsmetoder vil mindske risikoen for seksuelle dysfunktioner. Samtidigt beskrives det dog, at der *"generelt er få studier af god kvalitet, der undersøger sammenhængen mellem p-piller, mini-piller og hormonspiral og seksuel dysfunktion"* og at der ikke findes én præventionsform der er god for alle. Hvis en patient oplever nedsat seksuel funktion af en bestemt præventionsform, er det ikke ensbetydende med, at alle typer medfører samme problem (Geiker et al., 2017).

Ser man på tilgængelig information til brugere af HP, er der fra *Komiteen for Sundhedsoplysning* udarbejdet en e-bog med hensigt at informere om præventionsmetoder. Den informerer om kondom, femidom, p-piller, p-ring, p-plaster, mini-piller, p-stav, p-sprøjte, kobberspiral, hormonspiral, pessar, sterilisation, sikre perioder, afbrudt samleje samt nødprævention (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2018). Heri er kort beskrevet bivirkninger, hvor der ved p-piller nævnes nedsat lyst samt tørre slimhinder (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2018). SST henviser til information om prævention ved Sex & Samfunds hjemmeside (SST, 2023). Ved Sex & Samfund finder man information om fx p-piller og hormonspiral, hvor det deles op i fordele og ulemper. Her nævnes bivirkninger ved p-piller som fx kvalme, brystspænding, hovedpine, pletblødninger og humørsvingninger og ved hormonspiral nævnes depression og selvmordstanker (Sex & Samfund, 2022). Der nævnes ingen seksuelle bivirkninger.

Flere studier, der undersøger europæiske og amerikanske gynækologer, urologer og praktiserende læger, indikerer at kun få sundhedsprofessionelle rutinemæssigt spørger deres patienter ind til seksuel funktion, eller taler om seksualitet overhovedet (Krapf & Goldstein, 2024). I reviewet af Le Guen et al. (2021) fremgår det, at nogle kvinder, der oplevede bivirkninger ved HP, følte sig delegitimeret af den sundhedsprofessionelle, hvis de delte deres symptomer eller bekymringer, hvilket kunne føre til angst.

Trods de modsatrettede forskningsresultater viser studier at kvinder bør præsenteres for mulige seksuelle bivirkninger og eventuelle dysfunktioner (Bitzer, 2024). Dette er essentielt for fælles beslutningstagen, informeret samtykke og at sikre pålideligt præventions valg (Ibid). Kvinder, der får recept på p-piller, skal have mulighed for tjek og monitorering af udvikling eller nyopståede

psykosociale bivirkninger (Ibid). Vigtigheden heraf kan ses ved, at flere studier tyder på, at 8% skifter metode eller helt ophører med HP alene på baggrund af seksuelle bivirkninger (Krapf & Goldstein, 2024).

Ifølge DSOG har kvinder, der modtager rådgivning om bivirkninger og har mulighed for at diskutere dem med sundhedsprofessionelle større sandsynlighed for at fortsætte med HP, og medgiver også at en kontrolsamtale, hvor bivirkninger diskuteres kan øge compliance (Andreasen et al., 2015).

Problemafgrænsning

Vi har fundet det nødvendigt at afgrænse projektets formål til at omhandle unge kvinder. Vi er opmærksomme på, at kvinder over 30 år også kan have relevante oplevelser med HP. Dog har vi ønsket at få indsigt i oplevelserne hos kvinder under 30 år, for at andre overgange i livet, som kan påvirke seksualitet, fx overgangsalder eller graviditet/fødsel ikke kommer til at påvirke vores empiri. HP er dækkende for et stort område af præventionsformer. Vi har i projektets dataindsamling valgt at koncentrere os om informanter, der har brugt p-piller eller hormonspiral; dels grundet at disse er de hyppigst anvendte former for HP, dels grundet omfanget af projektet. Dette har ledt os til nedenstående problemformulering.

Problemformulering

Hvordan oplever kvinder hormonel prævention påvirker deres seksualitet, og hvordan oplever de vejledningen om mulige seksuelle bivirkninger fra sundhedsprofessionelle?

Begrebsafklaring

Hormonel prævention (HP) Refererer til en paraplybetegnelse for al hormonel prævention, dvs. hormonspiral, p-piller, mini-piller, p-stav, p-ring og p-sprøjte. I projektet henfører betegnelsen til at dække over p-piller og hormonspiral, idet disse er fokus.

Bivirkninger betyder utilsigtet virkning ved medicin. Bivirkninger er ikke et negativt eller positivt ladet ord, men kan subjektivt opleves negativt eller positivt for brugeren af et præparat.

Patienter bruges i projektet om brugerne af hormonel prævention. Ofte forstås patienter som en “sygdomsgruppe”, men kan også forstås som “brugergruppe”, i dette tilfælde brugere af HP.

Sundhedsprofessionelle henviser til både læger, sygeplejersker, jordemødre mm.

Seksuelle dysfunktioner skal i udgangspunktet have været tilbagevendende eller vedvarende over flere måneder, forekomme ofte og være til væsentlig personlig gene (Giraldi, 2019).

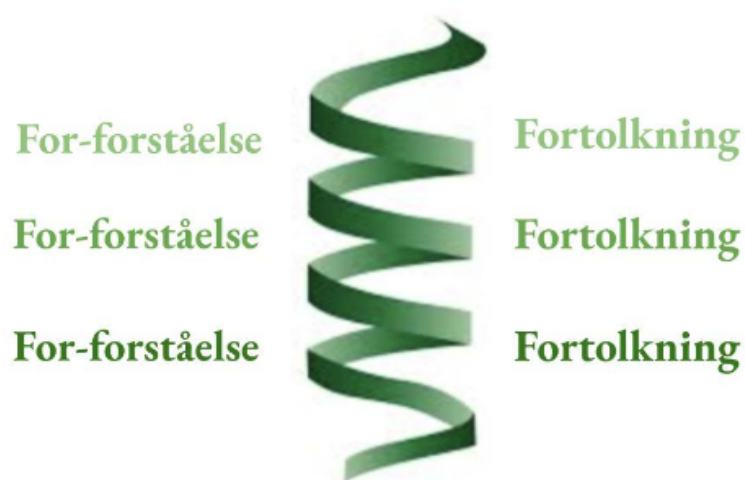
Metodeafsnit

I kommende afsnit vil der redegøres for metoder anvendt i projektet, herunder videnskabsteoretisk ståsted, systematisk litteratursøgning, kvalitativ forskningsmetode, semistrukturerede interviews samt præsentation af informanter. Desuden præsenteres etiske overvejelser, rekruttering samt analysestrategi.

Videnskabsteoretisk ståsted

De videnskabsteoretiske overvejelser har taget udgangspunkt i ønsket om en forståelse af, åbenhed for og nysgerrighed på informanternes oplevelser og erfaringer. Med hensyntagen til dette, anvendes hermeneutikken og fænomenologien som videnskabsteoretisk ståsted. Hermeneutikken bruges i projektets analyse og fænomenologien bruges som fundament i interviewsituationen. Nedenfor redegøres kort for disse videnskabelige tilgange.

Hermeneutisk metode kan ses som en refleksion over, hvordan et udtryk kan overføres fra en verden til en anden (Birkler, 2021). Hermeneutik betyder læren om forståelse, fokus er dermed på forståelsen og fortolkningen (Ibid). Med den hermeneutiske tilgang til fortolkning af empirien må man være opmærksom på ens forforståelse i tilknytning til forståelsen (Ibid). Man vil på forhånd altid have en forforståelse, som ligger før selve forståelsen. Det kan fx udspille sig som en mening, forventning eller fordom forud for, i dette tilfælde fortolkningen af projektets empiri (Ibid). Forfatterens forforståelse er beskrevet tidligere i afsnittet "Initierende problem". I hermeneutikken er det derfor vigtigt at være bevidst om, hvad ens forforståelse er, således at den kan anvendes, sættes i spil, be- eller afkræftes og til sidst være med til en dybere forståelse eller fortolkning af empirien. Den hermeneutiske spiral i figur 5 afspejler hvordan forforståelsen sættes i spil, danner grundlag for fortolkning, og vender tilbage til en ny forforståelse. Et andet hermeneutisk begreb er horisontsammensmeltning, der understreger vigtigheden af dialogen som vejen til ny viden, at finde ny viden og mening i det, der tidligere var uforståeligt (Ibid). Der er gjort brug af både forforståelse, den hermeneutiske spiral og horisontsammensmeltning i analysen.



Figur 5 - Den hermeneutiske spiral (Birkler, 2021).

Ved at anvende den fænomenologiske metode ønsker man at skabe viden om de bevidsthedsfænomener, den anden er medvidende om, samt oplevelser og erfaringer (Birkler, 2021). Dette er en forskel fra hermeneutikken, idet fænomenologien ved en fordomsfri og rent deskriptiv tilgang søger at sætte parentes om egen forforståelse (Graugaard et al., 2019).

Helt overordnet kan man sige, at et interview i princippet er fænomenologisk i selve interviewsituationen, da det ønsker at undersøge oplevelsen (Ibid). Interviewet er foretaget med fokus på informanternes oplevelser, erfaringer og livsverden. Under interviewet forsøges der at undersøge oplevelsen ved at stille åbne spørgsmål, og alle interviews blev afsluttet ved at spørge informanterne om de havde mere, de havde lyst til at sige. Dette kan opfattes som fænomenologisk, da forforståelse, meninger og holdninger om hvad der vigtigt at tale om, tages ud af ligningen, og informanterne får lov til at dele åbent, hvad de oplever og hvad de synes er vigtigt at dele. På denne måde danner både den fænomenologiske og den hermeneutiske tilgang baggrund ikke alene for udarbejdelsen af interviewguiden, men også efterfølgende analyse af og videre arbejde med de seks interviews.

Litteratursøgning

I dette afsnit redegøres for projektets litteratursøgning. Den fundne litteratur anvendes i baggrundsafsnittet og diskussionsafsnittet.

For at afdække relevant litteratur og forskning, blev der anvendt litteratursøgning med bloksøgning. Dette med henblik på at finde relevante nøgleord for at gøre søgningen mere strategisk og med udgangspunkt i problemformuleringen opstilledes følgende bloksøgning:

	Blok 1	Blok 2	Blok 3
<i>Hvert ord i hver blok kombineres med OR</i>	Kontrolleret søgeord/MeSH-termer: “hormonal contraception” Contraception Fritekst: IUD “Long-acting reversible contraceptive” “Short-acting reversible contraceptive”	Kontrolleret søgeord/MeSH-termer: Sexuality Fritekst: Sexuality	Fritekst: Influence Potential Impact effects*
<i>Blokkene i mellem kombineres med AND</i>			

Figur 6 - Oversigt over bloksøgning

Der er gjort brug af booleske operatorer; AND og OR. Ydermere er der gjort brug af thesaurus-termer, også kaldet kontrollerede søgeord eller i PubMed kaldet MeSH-termer, samt fritekstord som ses i figur 6.

Der er valgt følgende databaser: PubMed og Scopus. PubMed er en stor medicinsk database, som dækker alle typer litteratur. Derudover er der søgt i Scopus, som emnemæssigt dækker bredere, og ikke kun sundhedsfagligt. Begge er anerkendte databaser. For at finde relevante nøgleord, er der suppleret med søgninger i Google Scholar.

In-og eksklusionskriterier

Forud for litteratursøgningen blev der opsat in-og eksklusionskriterier, for at undgå at irrelevante resultater. Følgende kriterier blev opstillet:

Sprog: Engelsk, Dansk, Norsk og Svensk.

Udgivelsesdato: Fra år 2000 og frem.

Alder: Det ønskes at undersøge unge kvinder, derfor er der valgt at søge efter informanter mellem 19-30 år. Der er ikke mulighed for præcis samme filtrering af alder i PubMed, hvorfor resultaterne fra litteratursøgning er aldersgruppen 19-44 år (forhåndsbestemt af PubMed) .

Køn: Det ønskes at undersøge kvinder, og dermed ekskluderes mænd samt non-binære.

Søgning i PubMed

Første søgning i PubMed gav 1739 fund. Søgstrengen for PubMed er vedlagt i bilag. Efter filtrering af in-og eksklusionskriterier forekom der 359 fund i PubMed.

Efter gennemlæsning af titler fandtes 15 relevante fund og efter gennemlæsning af abstract 11, hvorefter seks blev udvalgt som relevante for besvarelse af projektets problemformulering.

Søgning i Scopus

Søgstrengen i Scopus er udført ved bloksøgning. Denne er vedlagt i bilag. Første resultat i Scopus gav 2080 fund efter filtrering.

Efter læsning af titler fandtes 18 relevante fund og efter læsning af abstract 16 relevante. Der blev fundet tre dubletter mellem Scopus og PubMed, hvilket gav i alt 13 relevante fund samt et ekstra relevant fund ved kædesøgning. De 14 fund blev gennemlæst og herefter blev ni udvalgt som relevant empiri.

Kvalitativ forskningsmetode - Semistrukturerede interviews

Til besvarelse af projektets problemformulering blev der gjort brug af kvalitative forskningsmetoder. Der er brugt kvalitativ forskningsmetode, da den muliggør en dybere forståelse af menneskets oplevelse, i dette tilfælde kvinders oplevelse af HP i et sexologisk perspektiv. En af fordelene ved at bruge kvalitativ metode er, at man kan få fyldestgørende og uddybende svar fra informanter, som kan hjælpe til en ny indsigt i deres oplevelser (Kvale & Brinkmann, 2014). For at få denne indsigt, er der gjort brug af semistrukturerede interviews. Det kvalitative interview søger viden udtrykt i

hverdagssprog og det søger nuancerede redegørelser for forskellige aspekter af den interviewedes livsverden. Det arbejder med ord, ikke med kvantificering eller tal, hvilket vurderes passende som metode til besvarelse af projektets problemformulering (Kvale & Brinkmann, 2014). Der er valgt at gøre brug af semistrukturerede interviews, for nysgerrigt og åbent at undersøge kvindernes oplevelser, men samtidig være strukturerede nok til ikke at køre ud på et sidespor, hvor interviewet kan risikere at omhandle andre ting end relevant for problemstillingen. Et semistruktureret interview er fokuseret på bestemte temaer, dvs. det er ikke stramt struktureret med standardspørgsmål eller totalt “ikke-styrende” (Ibid). Det stiller åbne spørgsmål, så det er op til interviewpersonen at få vigtige dimensioner frem.

Interviewguide

Med udgangspunkt i problemformuleringen, formulerede vi nogle forskningsspørgsmål, som var grundlag for interviewspørgsmål og endelig interviewguiden. En interviewguide er en spørgeguide, der kan hjælpe interviewer med at komme struktureret rundt om formål og forskningsspørgsmål under et interview. Dette kan være et vigtigt redskab for at kunne indhente nuanceret og varieret information (Kvale & Brinkmann, 2014).

Derudover har projektets forfattere alle ageret interviewere, også kaldet forskere. Interviewguiden har sikret et overblik over interviewspørgsmål, således at der har været en struktur, selvom interviewene har været foretaget af forskellige forskere. Dog skal man være opmærksom på, at forskeren er sit eget forskningsredskab, da det er dennes evne til at fornemme hvad et svar umiddelbart betyder, og dermed også at stille opfølgende spørgsmål (Ibid). Interviewguiden i det semistrukturerede interview sikrer, at man som forsker kan bevæge sig væk fra konkrete spørgsmål, men også hele tiden vender tilbage til besvarelsen af problemformuleringen.

Interviewguiden er blevet til med afsæt i problemformuleringen. For at sætte rammen for interviewet, startede forskeren med kort at præsentere projektet, formålet og rammerne for projektet. Derefter begrebsafklaring af projektets anskuelse af seksualitet, hvad en sundhedsprofessionel er samt definition af begrebet bivirkninger. Herefter blev de respektive interviews udført med afsæt i interviewguiden, som er vedlagt i bilag.

Præsentation af informanter

Projektets informanter er fundet ved brug af sociale medier, Facebook og Instagram, hvor vi søgte efter informanter, der havde haft en oplevelse med HP og seksuelle bivirkninger. Informanterne henvendte sig selv efter at have set opslaget. Der kom flere henvendelser end nødvendigt, men projektets omfang

begrænsede det til seks informanter. De seks informanter er udvalgt med fokus på repræsentation af forskellige aldersgrupper indenfor målgruppen 18-30 år. Derudover er projektets primære fokus p-piller og hormonspiral, og derfor ekskluderedes mulige informanter, der ikke havde anvendt disse former for HP. Informanterne vil blive yderligere præsenteret i afsnittet "Resultater".

Etiske overvejelser

Inden afholdelsen af interviewet fik alle informanter tilsendt en samtykkeerklæring, som er vedlagt i bilag. Det blev både skriftligt og mundtligt tydeliggjort for informanterne, at det var frivilligt at deltage, og at de både før, under og efter kunne trække deres samtykke tilbage. Alle informanter blev skriftligt introduceret til formål, begrebsafklaring samt rammerne for interviewet. Dermed sikrede vi frivilligt informeret samtykke.

Da projektets formål er at undersøge informanternes oplevelse med HP og seksuelle bivirkninger, har der været fokus på anonymitet, for at værne om de private og intime informationer, informanterne muligvis ville dele. Det betyder at al lydoptagelse eller mulighed for identificering af informanterne er slettet ved tidspunkt for udgivelse af projektet. Vi har forsøgt at være tro mod informanternes selvforståelse ved loyal kondensering i projektets analyse, dvs. at tolkningen af informanternes udsagn er forsøgt gengivet så tæt på interviewet som muligt (Olsen, 2002). Der kan være etiske overvejelser forbundet med magtbalancen mellem informant og interviewer (Ibid). Dette kan fx komme til udtryk ved bivirkninger, hvor informanter kan have brug for rådgivning fra sundhedsprofessionelle. Det udspecificeredes for informanterne inden afholdelse af interview, at på trods af at forskerne er sundhedsprofessionelle, var vi i denne ramme netop forsker/interviewer, og derfor ikke i stand til at vejlede eller rådgive om HP, seksualitet eller bivirkninger.

Afvikling af interview

Fem ud af seks interviews blev afholdt online på Teams, og det sidste ved fysisk fremmøde. Informanterne fik mulighed for at vælge fysisk eller online interview med fokus på at interviewrummet var trygt for den enkelte informant. Der har også været geografiske overvejelser, som kan have ligget til grund for afholdelsen af interviewet online. Alle interviews blev optaget på en telefon og efterfølgende transskriberet. Derefter blev lydfilerne slettet, og transskriberingen blev anonymiseret. Transskriberingen blev foretaget kort tid efter interviewet, dette for at sikre at forskeren bedst muligt kunne huske interviewet og tilføje relevante nuancer og formuleringer.

Analysestrategi

Der er gjort brug af meningskategorisering og meningskondensering i projektets analyse. Der er først anvendt meningskategorisering, som er en kategoriel kodning. Den bidrager til at reducere og strukturere omfattende interviews (Olsen, 2002). Kategorierne, også kaldet temaerne, er i projektet ikke udarbejdet på forhånd, men fundet under selve analysen. Dette kaldes åben kodning (Ibid). Temaerne er fundet ved brug af hermeneutikken, hvor der blev fortolket og fundet relevante temaer. Efterfølgende blev der gjort brug af meningskondensering, der betyder at informanternes udtrykte meninger sammenfattes, kondenseres, til kortere udsagn (Ibid). Efter meningskondenseringen blev der afslutningsvis tolket, om de tematikker der blev fundet, kunne besvare problemformuleringen (Mottelson, 2024).

Vi er opmærksomme på, at subjektivitet er uundgåelig i kvalitativ forskning, men vil forsøge at undgå ensidig subjektivitet, hvor forskeren kun bemærker det, der støtter egen opfattelse (Olsen, 2002). Vi har forsøgt at være åbne i vores analyse af den indsamlede empiri, hvorfor der er valgt at lave åben kodning, hvor der findes tematikker under selve analysen. Kategorierne er lavet ved at gennemlæse alle transskriberingerne, og kode dem efter farver. Efterfølgende er farvekoderne sammenholdt og der er fundet kategorier, der går igen, som er blevet til tematikker for analysen. For så vidt muligt at undgå fejlfortolkning af informanternes udsagn vil forfatterne agere forskere og kode samt fortolke interviews i fællesskab (Ibid).

Forud for analysen blev der gjort brug af meningskondensering, i figur 7 ses to eksempler på meningskondensering.

Mening	Kondensering	Tema
Jeg synes godt, at man kunne få at vide mere omkring eventuelle bivirkninger. Jeg ved godt, at vi kan godt gå ind og læse om hele bivirkningssedlen, men det gør man... eller jeg gjorde i hvert fald ikke, det er de ikke mange, der gør, tror jeg, som 15-årig.	At informanten har oplevet manglende information fra sundhedsprofessionelle omkring bivirkninger	Vejledning af den sundhedsprofessionelle
Så det gjorde jo, at jeg blev ked af det over, at jeg ikke kunne, fordi jeg følte mig forkert og især, altså meget i forhold til min partner	At informanten oplevede at seksuelle bivirkninger påvirkede selvbilledet og relationen til sin partner	Relationel påvirkning

Figur 7 - Eksempel på meningskondensering

Resultater

I nedenstående skema præsenteres projektets informanter og potentiel relevant baggrundsinformation. Ingen af informanterne havde børn, ydermere var alle informanter raske og uden sygdomme ved interviewtidspunktet. Alle informanterne på nær en, var på tidspunktet for interviewene i et fast parforhold. Da informanternes identitet er anonymiseret, er der brugt tal fremfor navne.

Informant	Alder	Uddannelsesniveau	Alder ved og årsag til opstart på HP	Seksuelle bivirkninger	Præventions historik	Aktuel prævention
1	23 år	Mellemlang videregående uddannelse	13 år Kraftige menstruationssmerter og blødning	Nedsat lyst	P-piller i ca. 7 år Hormonspiral 1 år	Hormonspiral
2	22 år	I gang med en lang videregående uddannelse	13 år Acne	Nedsat lyst, manglende lubrikation, smerter ved samleje	P-piller i 7-8 år	Kondom
3	26 år	I gang med en mellemlang videregående uddannelse	15 år Får fast partner	Humørændringer, nedsat lyst, smerter ved samleje	P-piller i 4 år, hormonspiral i 7 år	Kondom
4	28 år	Lang videregående uddannelse	15 år Får fast partner	Nedsat lyst, en oplevelse af ikke at mærke sin krop og humørændringer	P-piller i sammenlagt 8 år, hormonspiral i 10 mdr., minipiller i 1 år	Sikre perioder/ afbrudt samleje
5	28 år	I gang med en lang videregående uddannelse	16 år Kraftige menstruationssmerter	Nedsat lyst, manglende lubrikation, humørændringer	P-piller 7 år, mini-piller ½ år, P-piller ½ år, Hormonspiral 2½ år	Hormonspiral
6	26 år	Mellemlang videregående uddannelse	15 år Er lige blevet seksuelt aktiv	Humørændringer, body-image, smerter, nedsat lyst	P-piller 7 år, Mini-piller ca. ½ år Hormonspiral ½ år	Sikre perioder

Figur 8 - Præsentation af informanter

Samtlige informanter oplevede at have eller at have haft bivirkninger på HP. Nogle med direkte indvirkning på seksualiteten i form af nedsat lyst, nedsat eller manglende lubrikation og smerter under samleje. Andre oplevede bivirkninger med mere indirekte påvirkning af seksualiteten såsom

humørsvingninger og påvirkning af relationen til partneren. Ved analysen af informanternes interviews opstod der temaer i relation til de oplevede bivirkninger. I følgende afsnit tematiseres de oplevelser, bivirkninger, effekter på seksualitet og øvrige temaer, der fremgår af empirien. Efter gennemlæsning af transskriberingerne fandt vi frem til følgende temaer, der var gennemgående for informanterne:

Seksualitetens betydning
Fysiske forandringer
Psykiske forandringer Humørændringer At føle sig forkert
Relationel påvirkning Oplevet forventninger fra partner Tiltrækning
Forandringer ved ophør på HP
Eksterne påvirkninger
Information om HP fra familie, venner og sociale medier
Information og vejledning fra den sundhedsprofessionelle Oplevet vejledning fra den sundhedsprofessionelle Ønsket vejledning fra den sundhedsprofessionelle

Figur 9 - Temaer

Seksualitetens betydning

Samtlige informanter blev stillet spørgsmålet: *“Hvilken betydning har seksualitet for dig?”* Dette med henblik på at udforske deres for forståelse forud for interviewet. Det fik desuden informanterne til at reflektere over betydningen af deres egen seksualitet. Overordnet var svaret, at det havde stor betydning for dem, hvilket fremgår af disse to citater:

“Det betyder da en del for mig.” (3)

“Ja, jeg tror, at seksualitet har en meget, meget stor betydning for mig, faktisk.” (6)

En af informanterne tilføjer bredde i definitionen af seksualitet, der ellers godt kan forstås som blot samleje med partner, idet hun beskrev intimitet som en del af seksualiteten:

”Jeg kan godt lide at være intim med min kæreste, om det er sex, eller om det er, at man ligger og holder om hinanden og putter.”(3)

Her italesættes intimitet som en positiv faktor for parforholdet. Informanten beskriver seksualitet ikke blot som samleje, men at intimiteten også har en væsentlig indflydelse på definitionen og oplevelsen af seksualitet. Man kan derfor udlede, at intimitet kan ses som en vigtig og positiv indflydelse på den seksuelle relation. Intimitet opleves som en essentiel del af seksualiteten, hvor fysisk nærhed spiller en væsentlig rolle. Dette beskriver en bredere forståelse af seksualitet, hvor følelsesmæssig og fysisk nærhed er forbundet. En anden informant beskrev seksualiteten således:

“Jeg tror, at seksualitet er mange ting. Det er både helt basic sex med en partner, men jeg føler også, at man kan have en stærk seksualitet i sig selv, uden at være fysisk sammen med en partner. Altså en hvilen i hvem man er, kende sin krop, turde onanere, at lære sit underliv at kende alene. Det er en kæmpe seksualitet, tænker jeg. [...]Også for at kunne guide en partner og få en bedre intimitet med dem.”(6)

Så ud over “basic sex med en partner” udvider denne informant også seksualitetsbegrebet til at seksualitet er noget man også “har selv”. Dette ser hun som en del af at have et godt sexliv med sin partner. Det kan tolkes ud fra citatet at individuel seksuel tryghed har en betydning for hvordan seksualitet udspiller sig med en partner. Det antyder, at seksuel autonomi har en betydning for, hvordan man kommunikerer og får en “bedre intimitet” med sin partner.

Flere informanter beskrev seksualitet ikke blot som en fysisk handling, men som noget, der hang sammen med selvforståelse og identitet. Informant 6 nævner vigtigheden af at "hvile i hvem man er", hvilket kan tolkes som et udtryk for seksuel selvtillid og en erkendelse af, at seksualitet er en integreret del af ens identitet. Det peger på at kendskab til og fortrolighed med egen krop har stor betydning for seksualiteten. Ydermere antyder flere af informanterne at seksuel erfaring udvikles med tiden. Dette beskrives i nedenstående citat:

“Også stadig den dag i dag, hvor jeg føler, at seksualitet er noget, man aldrig nødvendigvis bliver færdig med at eksplorere og hvile i.” (1)

Dette antyder, at seksualitet ikke er en konstant, den udvikles i den kontekst, man befinder sig i. Alder, livssituation, erfaring og øvrige bio-psyko-sociale faktorer er med til at udvikle og definere seksualiteten. Ovenstående citat fra informant 1 peger på netop dette; en forståelse af, at seksualitet er dynamisk og foranderlig.

Samlet set beskriver informanterne seksualitet som en vigtig faktor i deres liv. Forståelsen og betydningen af seksualiteten nuanceres og defineres af informanterne ikke blot som samleje med partner, men også som sex med sig selv, som intimitet og som noget, der udvikles over tid. De kommende resultater afspejler, at seksualitet kan have forskellige betydninger for informanterne, og at begrebet i sig selv er nuanceret, dynamisk og komplekst.

Fysiske forandringer

Af fysiske forandringer oplevede alle seks informanter at få nedsat eller manglende lyst som følge af brug af p-piller. En informant fortalte:

“... Så en bivirkning for mig har i hvert fald på p-piller været, at jeg havde mistet eller nedsat sexlyst. Og på en måde, hvor det også gik ud over mit jeg og min seksualitet.” (1)

Citatet beskriver, hvordan informanten oplevede, at den nedsatte eller manglende lyst havde indflydelse på jeg'et, identiteten og hendes seksualitet. Det kan tyde på, at det at have ændret lyst ikke kun er en fysisk bivirkning, men også har en psykisk betydning, og dermed kan påvirke kvindens identitet. Identitet og seksualitet hænger altså sammen, og kan påvirke hinanden gensidigt.

Flere af informanterne oplevede noget lignende, hvor de beskrev, at nedsat lyst havde indflydelse på, hvordan de så sig selv. Det viser, at en biologisk faktor som påvirker seksualiteten, altså nedsat lyst pga. p-piller, også påvirker psykiske faktorer, dvs. hvordan informanterne oplever sig selv, og i nogle tilfælde også kan påvirke relationen til deres partner.

En anden informant oplevede, at manglende lyst gjorde, at hun ikke havde sexfantasier og sagde: *“... jeg tænkte aldrig på sex, da jeg var på p-piller” (2)*. Samme informant fortalte, at efter at være stoppet på HP oplevede hun pludseligt at tænke på sex i “sin fritid”. Den manglende lyst var dermed ikke kun

medvirkende til en manglende fysisk reaktion, men også til manglende seksuel motivation. Det kan betyde, at lyst ikke kun er en fysisk reaktion, men også en psykisk mekanisme.

Flere af informanterne oplevede desuden at have manglende lubrikation på HP:

“For eksempel, når vi kyssede og krammede, jeg kunne ikke blive våd. Det var nærmest den der glidecreme, der var fast inventar [...] Men det her med vores måde at dyrke sex på, det blev bare med den der, enten med rigtig meget spyt, eller med rigtig meget glidecreme, fordi jeg bare ikke kunne blive våd. Og det var sådan noget, jeg lidt skulle tvinge frem på en eller anden måde, fordi det kom bare ikke af sig selv.” (4)

Informanten oplevede at skulle “tvinge” lubrikationen frem, hvilket indikerer en frustration over at det “ikke bare kom af sig selv”. Dette kunne tyde på, at den manglende lubrikation har haft en negativ indvirkning på hendes seksuelle trivsel og nydelse.

En anden informant oplevede, at der trods brug af glidecreme, ikke var nok lubrikation til samleje:

“Det var faktisk også som om, at glidecreme også, altså det var ikke nok. Altså det var ikke nok.” (2).

Informanten gentager, at det ikke var nok med glidecreme, hvilket indikerer frustration hos informanten. Det bidrager til en forståelse af, at HP ikke kun kan påvirke lubrikation, men også potentielt kan give anledning til negative seksuelle oplevelser. De af informanterne, der oplevede manglende lubrikation, oplevede også, at det havde en negativ effekt på deres lyst. De beskriver at have smerter ved samleje, måske grundet manglende lubrikation.

“...med min første kæreste, der ender vi med at købe noget glidecreme eller sådan et eller andet, fordi jeg kan ikke blive våd nok, og så er der ikke glidning nok, og så gjorde det ondt... “ (5)

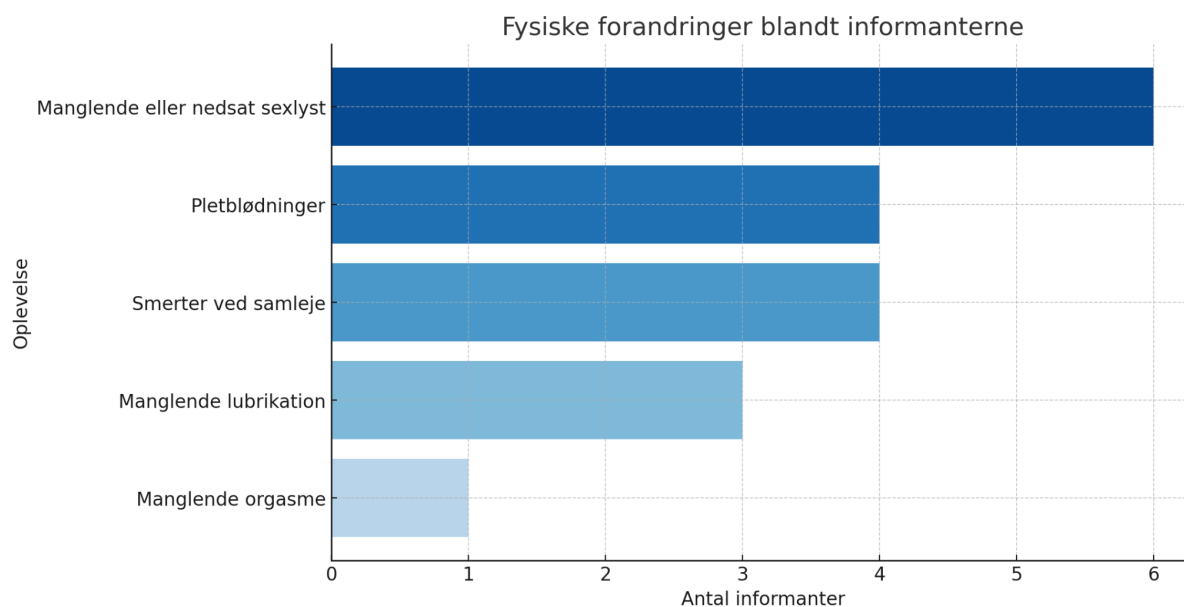
Fire af informanterne oplevede smerter ved samleje på HP, både på p-piller og hormonspiral. Informant 6 oplevede på hormonspiral at have smerter ved samleje og ved bestemte siddende og oprejste positioner. Samme informant oplevede også at have blødninger og nedsat lyst på hormonspiralen. Hun fortæller, hvordan det er svært at adskille, om smerterne gjorde, at hun ikke havde lyst til at have sex, eller om det var HP i sig selv. Informant 2 oplevede noget lignende på p-piller, og fortæller følgende:

“...og det ved jeg jo ikke, om var påvirket af, at jeg ikke kunne blive våd i min skede, eller om det var fordi, jeg kunne komme i humør, der gjorde, at jeg ikke kunne blive [våd]. Så det var svært at sige, men det endte jo selvfølgelig i, at jeg havde ondt, når jeg havde sex. “ (2)

Det kan være svært at kende den præcise årsag til informanternes oplevelser, men oplevelsen har i hvert fald for flere af informanterne været at have smerter under samleje på HP. Citatet fra Informant 3 beskriver, at hun har haft en oplevelse af, at manglende lubrikation og lyst og smerter under samleje påvirkedes indbyrdes. Det kan opleves forvirrende og frustrerende for informanterne, når de ikke kender årsagen til de fysiske forandringer, hvorfor det kan være svært at skelne mellem, hvorvidt det skyldes en bivirkning ved HP eller andre faktorer. En kvindes lubrikation er en af de fysiske indikatorer på, at hun er tændt, så det kan tænkes, at det kan opleves frustrerende, at man potentielt kan føle sig opstemt, uden at det kommer til udtryk på den ønskede fysiske måde - at man lubrikerer.

Fire informanter oplevede derudover at have pletblødninger på HP. Pletblødninger kan opfattes som en seksuel bivirkning, da det kan skabe anledning til frustration og patologisering af ens krop, hvilket kan mindske lysten til at have sex.

I nedenstående tabel ses en oversigt over de fysiske forandringer, som informanterne oplevede på HP samt antallet af informanter, der oplevede den pågældende forandring.



Figur 10 - Overblik over informanternes oplevelser med fysiske forandringer på HP.

Samlet set viser det, at alle informanter havde en oplevelse af fysiske forandringer ved brug af HP. Man kan i ovenstående figur se, at alle informanter oplevede manglende eller nedsat lyst, mens de fleste af informanterne oplevede pletblødninger og/eller smerter ved samleje. Halvdelen af informanterne oplevede manglende lubrikation, mens en enkelt oplevede ikke at kunne få orgasme.

Psykkiske forandringer

Humørændringer

En del af informanterne oplevede, at deres humør blev påvirket under brug af HP. Det kunne vise sig ved, at deres humør var utilregneligt, og at de hurtigt blev grådlabile. Fx sagde en informant:

“Ja, og Kyleenaen [hormonspiral] fungerede heller ikke for mig. Øhm fordi at der fik jeg så mange, altså... når jeg skulle have min menstruation, op til, altså sådan jeg græd, jeg har grædt ude på arbejdet, jeg har grædt alle mulige steder, jeg blev vildt sur [...] jeg havde nogle rigtige udsving i mit temperament.” (3)

Humørændringerne kom også til udtryk som en form for apati hos nogle af informanterne - at de blev “mellow” eller “monoton”; ord informanterne brugte om de sindstilstande, de vænnede sig til at være i, indtil de ophørte på HP og oplevede en bedring på deres humør. Disse begreber indikerer en fladhed i følelseslivet, hvor de ikke oplevede de naturlige følelsesmæssige udsving, de før havde haft:

“Og noget helt andet, det var også helt generelt, at jeg følte mig slukket. Jeg har ikke en risiko for at blive deprimeret [...] Men jeg kan huske, at jeg aldrig havde de der udsving, som man har. Hvor man nogle gange er helt hyper, og andre gange er man helt nede i kulkælderen. Det havde jeg ikke. Jeg var bare sådan altid monoton.” (6)

Citatet rummer et paradoks: på den ene side beskyttede HP informanten muligvis mod store følelsesmæssige udsving, men på den anden side fratog den hende også de spontane emotionelle reaktioner, der gør, at man kan føle sig levende og autentisk. Ved at bruge ord som “slukket” og “monoton” indikerer hun en oplevelse af at være afkoblet fra sit naturlige følelsesliv – en følelse af at være distanceret fra sit autentiske jeg.

Citaterne ovenfor viser, at det kan være meget forskelligt, hvordan HP kan påvirke ens humør. Uanset hvilken ende af skalaen informanterne har været i, kan det tænkes, at det har været invaliderende for dem at blive frataget muligheden for regulering af eget humør, hvilket potentielt må kunne påvirke ens livskvalitet og selvopfattelse. Følelsen af, måske at blive frataget at være sit "rigtige" selv, og føle sig ved siden af sig selv, kan have indvirkning på alle aspekter af ens liv, ikke blot ens seksualitet. Når humør ikke længere føles som noget, man selv regulerer, men som en tilstand, der bliver påvirket af HP, kan det have konsekvenser for selvopfattelsen.

Udover generelle humørændringer har halvdelen af informanterne haft en oplevelse af, ikke at føle sig som sig selv under brug af HP. Et par af informanterne reflekterer over, at dét, ikke at kunne mærke sit eget hormonspejl og cyklus, kan have haft en indvirkning på dem. En informant sagde:

"Men jeg tror, overordnet har min oplevelse været, at jeg ikke rigtig har været mig selv på en eller anden måde. Jeg har ikke rigtig kunne mærke min krop og mærke dens signaler, fordi man jo bare er i en eller anden konstant tilstand og mærker ikke ens cyklus. Og det erfarede jeg ved, at jeg havde tendens til at være rigtig, rigtig ked af det. Øhm... meget selvkritisk og meget lavt selvværd." (4)

Dette citat er i tråd med ovenstående, og taler ind i, at det har haft en negativ effekt på informanten ikke at have haft muligheden for at mærke, i hvor høj grad HP har påvirket hende og hendes selvværd, og hvad der er "normalt" for hende.

At føle sig forkert

At have oplevet fysiske såvel som psykiske forandringer ved brug af HP har haft store konsekvenser for informanternes liv og selvopfattelse, og især dét at have følt sig forkert er noget, næsten alle informanter nævner. Som om, der er noget galt med ens seksuelle jeg, uden at man ved hvorfor i situationen. Det kom både til udtryk ved manglende lubrikation, manglende lyst og udeblivende orgasme. Informant 6 sagde:

"Og jeg kan huske, at nogle af mine venner de sagde sådan "Ej, de fik orgasme hele tiden", og jeg tænkte bare "Ej, hvordan gør I det? Hvad er der galt [med mig]?"(6)

Foruden at have følt sig forkert fremgår det, at en del af informanterne har vendt det indad, og antaget, at de var de eneste, der havde det sådan. Mange har således ikke vendt deres problemer med

sundhedsprofessionelle, forældre, venner eller andre. Et par af informanterne har spekuleret på, om de mon var aseksuelle, fordi lysten til sex udeblev, da de var startet på p-piller inden deres seksuelle debut. Informant 1 sagde:

“Så jeg havde sådan et anstrengt forhold til min seksualitet på en eller anden måde, fra da jeg var de der 15 år gammel. Jeg tror rigtigt, at fra 15, og det skred frem til, at jeg var sådan 16-17 år, at jeg prøvede ligesom at gøre op med mig selv, og nærmest lave sådan en checkliste oppe i hovedet; Er det fordi, at jeg så ikke er til det, som mine veninder er til? Er det, fordi jeg enten er til piger, eller er det, fordi jeg er aseksuel? Eller er det, fordi jeg bare ikke er klar, men det tror jeg, at jeg er? Og gik ligesom i gang med sådan en indre konflikt, men det var ikke noget, jeg talte med nogen om, for jeg føler heller ikke, at det var mere forfærdeligt end det. Jeg tror også, jeg var med, eller er i en virkelig god vennekreds og et miljø, der ikke gjorde, at det var sådan en stressfaktor. Men det var stadig noget med mig selv, jeg synes, jeg kæmpede med.” (1)

Denne beskrivelse illustrerer, hvordan HP muligvis kan påvirke mere end blot lysten – den kan også skabe en usikkerhed omkring ens seksuelle identitet. Når en teenager, der endnu ikke har et etableret forhold til egen seksualitet, oplever fraværet af lyst, kan det lede til en række eksistentielle spørgsmål om, hvem man er, og hvad der føles rigtigt for en, som informanten beskriver. I stedet for at overveje, om HP kunne spille en rolle, har informanten rettet blikket mod sig selv og forsøgt at finde en forklaring i sin seksuelle orientering eller modenhed.

At være teenager og skulle lære sig selv og sin seksuelle identitet at kende, og samtidigt navigere i at føle sig forkert og forskellig fra sine jævnaldrende kan givetvis være svært. Ydermere kan fraværet af samtale om disse udfordringer have haft en konsekvens for informanternes selvværd og sociale liv. Den oplevelse af at “kæmpe med noget med sig selv,” som informanten beskriver, understreger en ensomhed og et følelsesmæssigt arbejde, hun har været ladt alene med. At kunne reflektere over, hvorvidt det var bivirkninger af HP eller andre omstændigheder, der kunne være årsag til problemerne, kan have været vanskeligt for informanterne at vurdere, da de var teenagere.

Især når man er ung og ikke har en stor seksuel erfaring, kan det være svært at vide, hvordan forskellige seksuelle fænomener kan føles - hvad der er “normalt” for en, kan være svært at vide, når man ikke har et sammenligningsgrundlag. Dette gjorde sig gældende for en informant:

“Og når det er udgangspunktet, altså det bliver jo ens udgangspunkt, tænker jeg. Fordi det er jo dér puberteten starter - eller den er jo startet for nogle tidligere - men det er dér seksualiteten er startet for mange, tænker jeg. Og så får man det dér [HP]. Og så er det dén krop, man kender. Så kender man ikke sin seksuelle krop på den måde, tænker jeg.” (6)

Det kan tænkes, at informanterne har undladt at dele deres oplevelser, fordi de ikke vidste, at deres følelser kunne skyldes fx bivirkninger ved brug af HP. Når man ikke har erfaring med seksuel lyst og respons uden brug af HP, kan det være svært at identificere, hvad der er “normalt,” og hvad der eventuelt er påvirket af andre faktorer.

Samlet set viser det, at alle informanterne har haft psykiske forandringer ved brug af HP, dette er kommet til udtryk ved humørændringer i form af en monoton følelse eller labilitet. Samtidigt har en del af informanterne ikke følt sig som dem selv. Herudover har de fysiske forandringer ved HP medført, at langt de fleste informanter har følt sig forkerte. De har gået med problemerne alene, hvilket muligvis har medført en følelse af ensomhed.

Relationel påvirkning

En del af informanterne oplevede, at brugen af HP havde en påvirkning på deres parforhold. Dette kunne komme til udtryk bl.a. pga. oplevede bivirkninger som humørsvingninger. En informant sagde:

“Jeg synes jo, det påvirkede vores forhold, at jeg i hvert fald op til min menstruation, var meget sur og var meget ked af det. Han skulle virkelig ikke trække vejret forkert. Så altså... det var jo bare alt, der kunne gøre mig irriteret.” (3)

Hendes oplevelse antyder, at humørsvingningerne var intense, men også at de var svære at kontrollere og forudse. Når hun nævner, at selv små ting kunne irritere hende, kan det tolkes at hendes emotionelle reaktioner ikke nødvendigvis afspejlede de faktiske situationer, men snarere var styret af de hormonelle påvirkninger. Det kan skabe gnidninger i relationen, hvor både kvinden og partneren kan have svært ved at forstå de reelle følelser. Ydermere fortæller hun, at det har påvirket deres forhold, og at lysten til sex mere eller mindre kunne forsvinde i en uge op til menstruationen, fordi de gik og var uvenner:

“Så på den måde kan man jo sige, at det også påvirkede lidt, at man jo ikke havde så meget lyst til hinanden, når man gik og var uvenner en uge om måneden.” (3)

Det, at ens humør kan være negativt påvirket af HP, må derfor siges at kunne have en indvirkning på lysten til hinanden i et parforhold. Citatet peger på, at den følelsesmæssige afstand, der opstår pga. humørsvingninger, også har konsekvenser for det seksuelle. At gå og være irriteret på sin partner uden nogen oplagt grund, kan være ubehageligt rent psykisk og måske resultere i en skyldfølelse og dermed uligevægt i forholdet, som også kan påvirke ens seksuelle samvær. Dette kan forstås i en generel relationel kontekst; når humørsvingninger skaber konflikter og misforståelser, kan det føre til en oplevelse af følelsesmæssig distance. Informantens oplevelse beskriver, hvordan den seksuelle lyst er knyttet til relationen og hvordan konflikter og misforståelser kan påvirke lyst og omvendt, altså at lyst og relationelle faktorer er påvirkelige ift. hinanden.

Det, at have mindre lyst til sex, har også haft en indvirkning på flere af informanternes forhold til deres partner. For informant 2 kom det til udtryk således:

“...og jeg var især bange for, at han følte, at jeg ikke tændte på ham. Fordi det var jo så nemt for ham at få rejsning. Og sådan, hvorfor kan det ikke være lige så nemt for mig [at blive tændt]? Så det har påvirket mig virkelig meget, og måske lidt... Jeg har ikke tvunget mig selv til at have sex, men jeg har lige sådan tænkt, tag dig nu lige sammen, fordi nu er det også ved at være lang tid siden [vi har haft samleje], og du vil også godt være en god kæreste, og ja.”

Citatet antyder en følelse af utilstrækkelighed for informanten, der ikke kun handler om egen lyst, men også om sin rolle i parforholdet. Når hun sammenligner sig med sin partner og undrer sig over, hvorfor det er så "nemt" for ham at opnå lyst, kan det tolkes som et udtryk for et samfundsmæssigt forventningspres om, at kvinders lyst bør være på samme niveau som mænds. Dette kan skabe en følelse af forkerthed, der ikke kun er individuel, men også kulturel. Det kan være grundet en kulturel fortælling om seksualitet, hvor mænds lyst ofte ses som konstant og umiddelbar, mens kvinders lyst kan være mere kompleks og påvirket af andre faktorer, såsom HP. Informantens udsagn "Jeg har ikke tvunget mig selv til at have det, men jeg har lige sådan tænkt, tag dig nu lige sammen" peger på en internaliseret opfattelse af, at sex er en nødvendig del af at være en "god kæreste". Dette kan indikere en form for underbevidst pres, hvor sex ikke blot er et udtryk for lyst, men også kan være en forpligtelse i relationen.

Især oplevelsen af at informanterne følte sig forkerte, og at der var en ubalance i parforholdet, gik igen. En af informanterne synes, det seksuelle foregik meget på partnerens præmisser, mere eller mindre ubevidst. En anden at det var tydeligt for hende, at hendes partner nød deres seksuelle samvær mere end hun. En informant sagde:

“Så det gjorde jo, at jeg blev ked af det over, at jeg ikke kunne [have sex grundet manglende lyst], fordi jeg følte mig forkert og især, altså meget i forhold til min partner.” (6)

Begge informanter følte en ubalance i deres parforhold, da de ikke kunne matche deres partners lyst, hvilket kan resultere i en påvirkning på deres parforhold generelt. Dette understreger, hvordan seksualitet i et parforhold ofte ikke kun handler om individuel lyst, men også om relationelle faktorer, hvor forventninger og normer spiller en central rolle. Når en part i forholdet føler sig utilstrækkelig på grund af manglende lyst, kan det skabe en skævvridning i magtbalancen – ikke nødvendigvis i form af direkte pres fra partneren, men i form af en indgroet opfattelse af, at sex er noget, man "bør" have for at bevare et godt parforhold.

For informant 2 udviklede dette sig til en regulær angst for, at hendes partner ville finde en anden, der kunne give ham det, han ønskede seksuelt. Det kan medføre et stort pres for at have sex, selvom man ikke har lyst og kan også skabe en misforstået hensyntagen til relationen, hvor lysten kommer til at fylde mere end den følelsesmæssige forbindelse.

En informant fortalte, at det ikke kun var hende, der kunne føle sig forkert i sin seksuelle relation til sin partner - det kunne også have en negativ indvirkning på ham:

“Men jeg kan huske, at han også har sagt, dengang hvor jeg så stoppede på præventionen, at han virkelig også kunne mærke en forskel på min sexlyst. Så det var noget, han var opmærksom på. Også fordi at jeg ved, at han også følte sig forkert. Det der med, at “jeg kan ikke gøre sådan, så min kæreste får lyst til at have sex med mig”. Det sætter sig også på hans selvtillid på en eller anden måde.” (4)

Dette udsagn peger på, at konsekvenserne af brug af HP ikke kun er begrænset til den person, der anvender den, men også kan påvirke partneren og dynamikken i parforholdet. Partnerens følelse af forkerthed tyder på, at den seksuelle relation ikke kun handler om biologiske reaktioner, men også om

relationelle reaktioner, såsom bekræftelse og anerkendelse. Når han oplevede, ikke at kunne vække hendes lyst, tolkede han det ikke nødvendigvis som en bivirkning ved HP, men snarere som personlig utilstrækkelighed. Informant 6 havde en lignende problematik med sin partner, da partneren gerne ville have hende til at føle sig opstemt, lubrikere og få orgasme, hvilket ikke indtraf. Dette påvirkede relationen og gjorde hende usikker.

I et bredere perspektiv antyder dette, at seksuel lyst og tilfredsstillelse ofte ses som et fælles ansvar i et parforhold, samt at negative forandringer kan føre til selvbebrejdelse og tvivl for begge parter. Manglende eller nedsat lyst bliver ikke blot en individuel oplevelse, men et relationelt problem, der kan påvirke både intimitet, selvforståelse og selvtillid i parforholdet.

Der var to informanter, der kort tid efter ophør med HP afsluttede forholdet med deres partnere. En informant sagde:

“Der gik ikke så lang tid, efter at jeg stoppede på p-piller, at jeg faktisk slog op med ham. Lige pludselig kunne jeg mærke mig selv, og så fandt jeg ud af, der er selvfølgelig meget mere til den historie, men jeg har i hvert fald været i en proces der.” (4)

En anden informant havde en lignende oplevelse:

“...Og så går det samtidig op for mig, at jeg overhovedet ikke tænder på den kæreste, jeg er sammen med, selvom jeg jo elsker ham. Det var virkelig mærkeligt. Og så ender jeg med at gå fra ham.” (5)

Det kan tyde på, at ophør med HP kan have en indvirkning på kvindernes seksualitet, måske fordi deres præference for partnere ændrer sig, måske fordi det relationelle har lidt under kvindernes fysiske og psykiske forandringer, og skævvredet parrets seksuelle forhold, hvilket kan have en betydning for parforholdet generelt.

Oplevede forventninger fra partner

Nogle af informanterne oplevede, at deres partner mere eller mindre forventede, at det var dem, der skulle tage det største ansvar for, at parret var beskyttet mod en potentiel uønsket graviditet. En informant skulle have taget sin hormonspiral ud, da den nærmede sig udløbsdatoen. Hun overvejede, hvorvidt hun skulle have sat en ny op, og tøvede. Hun sagde:

“Men der blev jeg enig med min daværende kæreste om, at vi ville jo ikke have et barn lige på det tidspunkt og... det var jo også lidt nederen med kondomer, synes han jo nok, og så endte jeg med at gå med til at få den skiftet... Jeg vil nok ønske, at jeg havde holdt lidt mere fast i, at ikke have fået sat en ny op.” (3)

Informanten tog her ansvaret for præventionen på sig, og fik foretaget et indgreb, der muligvis kan have påvirket forholdet til partneren. At føle sig presset af sin partner kan have en negativ effekt på ens parforhold, og nogle vil måske ikke kunne lægge det fra sig, hvis ikke man kan kommunikere hensigtsmæssigt om det.

Flere af de andre informanter fortalte, at de syntes, det var en gængs regel, at det var kvinderne, der skulle have styr på præventionen. En informant sagde:

“Jeg synes også, at de fleste fyre bare forventer, og bliver helt overrasket over, hvis man som kvinde ikke er på p-piller... men jeg tror faktisk aldrig, at jeg har haft en snak med min kæreste om, hvorfor er jeg egentlig på p-piller, og hvorfor finder vi ikke en anden løsning. Så det har været en uskreven regel på en eller anden måde i et parforhold. Selvom jeg har været meget vred over alle de bivirkninger, jeg har vidst, man kunne få. Den lange, lange seddel, der står på p-piller, og jeg har brokket mig over det. Så tror jeg alligevel bare, det er som om, så bliver man alligevel bare blind for det selv. Altså, når man er i det.” (2)

Informanten beskriver, at hun har været ked af selv at skulle tage et valg om præventionsform. Hun syntes, det var et stort ansvar, der hvilede på hendes skuldre. Hendes bemærkning om, at hun aldrig har haft en reel samtale med sin partner om præventionsvalg, peger på en usynlig arbejdsfordeling, hvor ansvaret bliver taget for givet snarere end fordelt. Det kan tyde på en kulturel dynamik, hvor kvinder ofte forventes at tage ansvar for prævention. Formuleringen “så bliver man alligevel bare blind for det selv” vidner om en tilstand, hvor hun har tilegnet sig ansvaret i en sådan grad, at hun ikke længere sætter spørgsmålstegn ved det. Dette kan tolkes som et eksempel på, hvordan sociale normer kan forme individers handlinger og valg – selv når de er kritiske over for dem. Man kan fornemme den magtesløshed, hun virker til at have stået i; at der ikke findes et “godt” alternativ, når man gerne vil beskytte sig mod en uønsket graviditet. Barrieremetoder som alternativ til HP var altså ikke nødvendigvis et bedre alternativ for informanten:

“Men noget, der fyldte meget, var især omkring, at vi skulle huske at bruge kondom. Fordi det ville ikke være verdens undergang for mig, hvis jeg blev gravid. Og det vidste han udmærket godt, og han har ikke lyst til at være far lige nu. Så det var en rigtig stor del, der fyldte meget i forhold til, at vi skulle huske at bruge kondom, og at det ikke var mig, der skulle huske at sige, at vi skulle bruge det, fordi det er min krop, det går ud over.” (2)

Informantens udsagn indikerer, at man som kvinde kan føle et stort ansvar for at beskytte sig mod en uønsket graviditet, og at det ikke synes let at dele det ansvar ligeværdigt med sin partner. Det er i sidste ende kun en kvinde der kan få foretaget en abort, hvis hun bliver uønsket gravid, og dermed mærke konsekvenserne heraf på egen krop. Det kan tænkes, at denne ulighed muligvis kan sætte sig i et parforhold, og påvirke lysten til hinanden, hvis man som kvinde ikke føler, at ansvaret bliver delt eller taget alvorligt af den anden part.

En informant benytter nu metoden “sikre perioder” som præventionsform, og har været glad for den positive indvirkning det har i hendes parforhold. For dette par har brug af en naturlig præventionsform øjensynligt gjort deres relation mere ligeværdig, idet hendes partner tager del i at sikre sig, at de ikke har ubeskyttet samleje omkring ovulationen, hvilket lader til at have haft en positiv indvirkning på deres parforhold:

“...Og han er også meget mere opmærksom på min cyklus og værne om min krop. Det synes jeg er mega fedt, at det kan åbne op for, på den måde. Og det her med, at man er to om det, at det ikke bare kun er kvindens ansvar at skulle være på noget prævention.” (4)

Tiltrækning

Flere af informanterne oplevede sig selv som mere seksuelle efter ophør på HP. En informant sagde:

“Jeg tror måske, at jeg føler, at jeg er blevet et lidt mere seksuelt væsen efter jeg er stoppet på p-piller end jeg var før, at man har kunnet opleve en anden lyst [...] jeg synes, at muskler er virkelig, altså det er som om, jeg føler faktisk, at jeg er blevet lidt mere et dyr. Det har jeg faktisk snakket med mine venner om, at jeg føler lidt, at jeg er blevet sådan en abe, og så ser jeg min kærestes muskler, og så kan jeg bare mærke, at jeg har lyst til ham. [...] det er som om, jeg har fået anderledes øjne næsten, efter jeg har stoppet på p-piller.” (2)

Citatet viser, at informantens selvopfattelse blev påvirket positivt efter ophør på HP. Derudover oplevede hun at blive fysisk tiltrukket af andre karakteristika, end da hun var på HP. Hun beskriver sig selv som "lidt mere et dyr" eller en "abe", som antyder en mere instinktiv, kropslig og naturlig seksuel tiltrækning efter ophør på HP. Det kan tyde på, at hun under brug af HP har oplevet at hendes tiltrækning og impulser har været mere dæmpede. Endelig understreger hendes kommentar om at have fået "anderledes øjne" en oplevelse af, at hendes måde at opfatte tiltrækning og begær på er ændret markant efter ophør på HP. Det tyder på at tiltrækning og lyst kan ændres efter ophør på HP, samt at tiltrækning kan have en indflydelse på ens seksuelle identitetsfølelse, og for nogen give en følelse af at være et mere seksuelt væsen, på et fysisk og psykisk plan. En informant havde en lignende oplevelse:

"Og der lægger jeg mærke til, at jeg går og begynder at se på mænd på en anden måde. Jeg ser mænd ude i verden, hvor jeg er sådan "okay, han er faktisk ret lækker". Og sådan har jeg ikke rigtig tænkt før [...] Jeg har aldrig nogensinde tænkt, "åh okay, jeg kan godt forstå, hvad folk mener, når de siger, at det kilder alle de rigtige steder."(5)

Informanterne oplevede, at de i højere grad blev seksuelt tiltrukket efter ophør på HP. Dette tyder på, at HP kan have haft en indflydelse på deres seksuelle selvforståelse, deres måde at opleve lyst på og hvad de bliver tiltrukket af. I det store hele peger det på, at seksualiteten påvirkes, samt at der kan ligge en identitetsfølelse i, hvordan man oplever lyst og hvad man tiltrækkes af.

Samlet set viser det, at de fysiske og psykiske bivirkninger ved HP kan have en relationel påvirkning for begge parter - for informanterne følelsen af usikkerhed og forkerthed, for partneren sandsynligvis de samme følelser, hvis han ikke formår at tilfredsstille sin partner seksuelt eller vække hendes lyst. Dette kan skabe en ond cirkel, hvor begge parter internaliserer problemet som noget, der handler om dem selv, snarere end som en konsekvens af hormonelle ændringer. Ydermere tyder det på at nogle oplevede et pres for at tage ansvar for præventionsvalg, hvilket kan påvirke parforholdet negativt. For nogle informanter sås en ændring i seksuel tiltrækning efter ophør på HP, hvor nogle oplevede at præferencer for partner og lyst ændrede sig.

Forandringer efter ophør på HP

Alle informanterne oplevede en forandring efter ophør på HP. De oplevede ændringer på flere parametre, men alle tilkendegav at de oplevede at have mere lyst efter ophør på HP. En informant sagde således:

“Jeg følte sådan, at jeg kunne mærke mig selv igen. Det lyder så skørt, men jeg følte virkelig, at min krop vågnede op igen.” (6)

Når informanten oplever at “kunne mærke sig selv igen” tyder det på, at hun tidligere har følt sig frakoblet sin egen krop eller sine følelser og lyster. Citatet antyder en oplevelse af at genfinde sin naturlige fornemmelse af lyst. Det kan handle om en fysisk forandring, såsom øget lyst, men det kan også være en dybere oplevelse af at genfinde sin identitet og seksualitet. Sætningen “Det lyder så skørt” viser at informanten måske også selv overraskes over, hvor markant denne forandring har føltes. En anden informant uddyber:

“Jeg tror, at seksualitet, det er lidt dybere, tror jeg nærmest jeg vil sige. Det, at jeg har kunnet grave mere ned i at finde ud af deciderede lyster, og hvad kan jeg lide. Og turde hvile og stole på, at det også er rigtigt nok, fordi jeg nu også kan mærke, at den er god nok i min krop [...] Jeg følte bare, at jeg nåede en stopklods, der hed, at det er jo så, hvad det er: Du kan ikke grave dybere i seksualitet end det. Og så kom jeg så af p-piller, hvor jeg følte, at det var en hel verden.” (1)

Citatet vidner om, hvordan seksualitet kan have en stor betydning for følelsen af identitet, og hvordan det for mange mennesker opleves som meningsfuldt at have et godt sexliv. Da seksualitet nu føles "dybere", antyder det at hun tidligere har følt sig begrænset i sin forståelse og fornemmelse af lyst. Derudover angiver informanten at opleve en lyst til at udforske præferencer, samt at stole på at hendes krops signaler er autentiske. Det kan tolkes som en rejse fra begrænsning til mere frihed, hvor hun føler sig i kontakt med sin lyst, seksualitet og sine præferencer.

Flere af informanterne nævner, at de efter ophør på HP fik en følelse af mere lyst og en følelse af at være mere sig selv. Nogle af dem beskriver følelsen af at have mere energi og oftere sex, mens to af informanterne nævner at føle sig mere som sig selv:

“Det var fantastisk. Jeg stoppede jo helt med at bløde, jeg havde ikke ondt længere, jeg fik min krop tilbage, følte jeg. Og mit humør tilbage. Samme libido. Samme mig-fornemmelse igen. Og nu har jeg besluttet, at jeg aldrig skal på hormonel prævention igen.” (6)

Ovenstående citat tegner igen et billede af, hvordan flere af informanterne har oplevet, at deres identitet og seksuelle trivsel har været forbundet. Når Informant 6 oplever at have genfundet sin "mig-fornemmelse" understreger det, hvor dybdegående ophøret på HP har været for hendes identitet. Alle informanter er ophørt på p-piller, og er enten stoppet helt på HP eller har skiftet hormonelt præparat. Af de seks informanter er fire ikke på HP længere, og to af dem har aktuelt hormonspiral. På samme måde som informant 6 oplevede at få samme mig-fornemmelse efter ophør, brugte andre informanter begrebet at "være i balance igen". Flere af informanterne oplevede at få mere bevidsthed om egen cyklus:

"...Også i forhold til det her med at kende sin krop, hvor man er i cyklussen. Altså det synes jeg også er en form for seksualitet. Det indgår i hvert fald i en seksualitet, fordi man godt kan føle sig rigtig høj og lækker og kan det hele i en periode af sin cyklus.

Og den anden, så føler man sig træt og tung, og så skal man ikke tænke, at det er fordi man ikke duer. Men måske tænke: det er fordi jeg er det her sted i min cyklus, hvor jeg måske ikke lige skal udleve den her seksualitet, eller ikke finder mig helt tilpas i det." (6)

Informanten oplever, at ophøret på HP har givet en dybere forståelse af sammenhængen mellem cyklus og seksualitet. Hun understreger, hvordan seksualitet kan forandres gennem den naturlige menstruationscyklus, og det kan tolkes fra udsagnet, at det har været givende for informanten at få en selv-accepterende tilgang til seksualitet og respekt for den naturlige cyklus. Informant 4 fortæller også, at antallet af gange, hun onanerer følger hendes cyklus, og at hun oplever det som naturligt. Dette taler også ind i, at man muligvis efter ophør på HP har større bevidsthed om kroppens signaler og egen cyklus:

"Hvorfor mærker jeg ikke noget? Hvad sker der i min krop? Eller hvorfor sker der ikke noget i min krop? Og så var det så først, da jeg stoppede på dem, at jeg kunne mærke, okay, det er nok bare p-pillerne, der har gjort det." (6)

Samlet set oplevede informanterne efter ophør på HP en øget lyst, en stærkere forbindelse til deres krop og en dybere forståelse af deres seksualitet. Flere beskrev en genfundet identitet, hvor de følte sig mere som sig selv og blev mere bevidste om deres naturlige cyklus og lyster.

Eksterne påvirkninger

Ens seksuelle trivsel, psykisk såvel som fysisk kan være påvirket af mange forskellige faktorer, hvorfor den anskues med den bio-psyko-sociale tilgang.

Når informanterne havde oplevelser med, at forandringer ved HP indvirkede på deres liv på forskellige måder, fremhævede de selv, at der kunne have været andre faktorer, der havde spillet ind på deres velbefindende.

En del af informanterne synes, det var forvirrende at skelne imellem HP's eventuelle bivirkninger og det at være teenager og finde ud af, hvem man er. En informant fortalte:

“Er man overhovedet kommet ud på den anden side, bare fordi jeg er 23 i dag? Det ved jeg ikke. Men jeg kan da forestille mig, at kontra da jeg var 15, 16, 17 og var på det [p-piller] og så kommer jeg af det, men er også på det tidspunkt 19 år og er lige flyttet hjemmefra og har et sabbatårsarbejde, jeg er enormt glad for og føler måske en eller anden ny frihed, og det er måske også en eller anden seksuel frihed, jeg lidt trækker ind i det liv på en eller anden måde. Om det så er, at det også bare er de omstændigheder, jeg er i, og miljøet, jeg er i, eller om det faktisk også er fordi, at jeg er kommet af p-piller, eller omvendt, er det p-piller, eller er det miljøet, det ved jeg ikke.” (1)

Informanten reflekterer over, at hun ikke ved, hvad der har bidraget til hendes følelse af frihed. Mange mennesker oplever det som svært at skille faktorer ad, der påvirker deres liv – især når flere af dem sker samtidigt og er tæt forbundet med ens identitetsdannelse. Der er også en erkendelse af, at de omstændigheder, hun er i (flyttet hjemmefra, sabbatår, nyt arbejde), spiller en rolle i hendes udvikling. Dette tyder på, at miljøet er en vigtig faktor i hendes personlige vækst. Om det dermed er ophør på p-piller eller andre livsomstændigheder, der gør, at hun føler sig mere seksuelt frigjort, kan være svært at skelne imellem.

En anden informant tænkte også over, at hendes seksuelle relation til sin partner og hendes alder kunne hænge sammen:

“Jeg synes nu, og det er måske også noget med alderen, altså jeg er blevet ældre, og jeg har fundet mere ud af, hvad det betyder at have en fast partner, hvad det betyder at have ligestilling i forhold til sex.” (4)

Citatet antyder, at med alder og livserfaring kommer en dybere forståelse af, hvad et parforhold kan betyde, og hvordan det kan formes af gensidig respekt, tillid og ligestilling. Det kan altså tænkes, at informanten har haft et mere ulige seksuelt forhold til sine tidligere partnere, hvilket muligvis kan have spillet en rolle i, hvordan informanten har opfattet sig selv og sin seksualitet. Igen kan dette have influeret på, hvordan informanten har opfattet HP's indvirkning på sin seksualitet; at der har været andre faktorer, som fx alder, der kan have spillet en rolle. Dette kommer til udtryk hos en informant der reflekterer over, hvad det vil sige at opstarte tidligt på HP:

“Og når man så starter på prævention, bare får det anbefalet, starter på det som 15-årig, så... det er jo tit dér folk begynder at være seksuelt aktive og have en seksualitet også.” (6)

Lyst og fortrolighed med egen krop og seksualitet er noget, der opbygges over tid og sammenligningsgrundlaget kan derfor være sparsomt for teenagere, hvilket citaterne ovenfor bekræfter. Dermed kan tidlig opstart på HP også være en indirekte påvirkning for oplevelsen af seksuelle bivirkninger.

En informant skiftede præparat, fra p-piller til hormonspiral. I mellemtiden havde hun haft ca. tre år uden HP. Hun havde haft bivirkninger som manglende lyst og humørændringer på p-piller, og var nervøs for, om samme bivirkninger ville indtræffe på hormonspiralen:

“...og jeg tror, at det psykologiske [humørændringer] måske også nærmest bare mere sådan var en placeboeffekt, jeg puttede i mit eget hoved, fordi jeg var lidt stresset over, kunne hormonerne måske komme til at gå ind og påvirke mig igen [som da hun var på p-piller]. Og nu har jeg været på det [hormonspiral] et år, og er faktisk super afklaret med, at den ikke er inde og gør noget andet, end det den skal for mig.” (1)

Her beskriver informanten, at hun muligvis har oplevet en form for placebo-effekt på sit humør, idet hun er nervøs for, om hendes nye hormonspiral vil give hende samme humørændringer, som hun oplevede p-piller medførte. At være bevidst om, eller forvente en vis effekt på et præparat, kan muligvis gøre, at man netop vil opleve en placebo-effekt, der kan opleves selvforstærkende, hvis man forventer en bestemt bivirkning. Ingen af informanterne havde sandsynligvis regnet med, at de ville

opleve fysiske eller psykiske bivirkninger af HP, og for nogle tog det flere år at indse, at forandringerne kunne skyldes HP.

Samlet set kan der have været andre faktorer såsom miljø og alder, der har influeret på informanternes seksualitet, både negativt og positivt, sideløbende med HP.

Information om HP fra familie, venner og sociale medier

Flere af informanterne har opsøgt viden om HP ved familie, venner og sociale medier. En informant fortalte således om hvordan hun fik information, bl.a. fra det sociale medie TikTok og veninder:

“Jeg ophørte med det, fordi jeg var begyndt på sociale medier, og jeg tror også bare generelt at tale med andre kvinder og veninder. Jeg havde hørt, at der var flere og flere, der gik af p-piller, og jeg tror på det tidspunkt, var jeg enormt uvidende om min egen krop og hormoner, og havde slet ikke sat mig ind i særlig meget, og fik så en forståelse på det tidspunkt, og en følelse af, at hormoner er virkelig dårlige for dig, og hvis det ikke er fordi du har brug for at være på det, i forhold til at du har en partner, du har fast sex og sådan noget, så lad dog jo være med at være på det. Det var den konklusion, jeg dragede. Når jeg siger på sociale medier, så er det jo personer, som ikke er fagpersoner, typisk, der har fortalt om det.” (1)

Flere af informanterne fortalte om lignende oplevelser, hvor en informant fx fortalte om at have brugt Google meget og en anden oplevede at finde meget information om naturlig prævention, dvs. sikre perioder/cyklus orienteret information på Instagram. Beslutningen om at ophøre på HP var for flere af informanterne påvirket af sociale medier og samtaler med veninder. Informant 1 fortalte om en tendens på sociale medier, hvor opfattelsen af HP og kunstige hormoner er “dårlige” for kroppen. Det vidner om, hvordan informanterne oplevede at være påvirket af lægmænd og personlige beretninger fra veninder. En af informanterne fortalte også, at hun var bevidst om, at informationen primært kom fra lægmænd, hvilket kan tolkes som en refleksion over, hvorvidt beslutningen er baseret på evidens eller andres personlige oplevelser. Det tyder på, at valget om HP for informanterne ikke udelukkende handlede om eller baserede sig på sundhedsfaglig rådgivning, men også blev påvirket af kontekster som sociale medier, veninder og forældre.

Flere af informanterne fortalte, at deres første erfaring med HP var sammen med deres mødre; de havde hende med til lægen for at få udskrevet HP:

“Øh... Det var ikke engang mig, det var min mor, som syntes, at nu skulle jeg på p-piller. Fordi at øh... ja, jeg var gået over tid med min menstruation, og så var jeg jo nødt til at gå lidt til bekendelse. I hvert fald spørger jeg hende til råds, om hvad jeg skulle gøre. Og så fik jeg ikke rigtig nogen informationer [...] beslutningen, tror jeg, blev lidt taget imellem min mor og lægen.” (3)

Det kan tolkes ud fra følgende citat at opstart på HP ikke har været et selvstændigt valg, men snarere et valg i samråd med informantens mor og læge. Dette kan antyde en oplevelse af manglende autonomi i forhold til egen krop og seksualitet, hvilket man kan forestille sig kan hænge sammen med en tidlig opstart på HP. At beslutningen "blev lidt taget" af andre, tyder på, at hun oplevede en manglende medbestemmelse. Derudover fortalte hun, at hun ikke fik nogen informationer forud for opstart på HP, hvilket kan indikere en følelse af passivitet i beslutningen. Citatet kan tolkes som et eksempel på, hvordan unges opstart på HP ofte sker i en social kontekst, hvor forældre spiller en stor rolle, og hvor unge ikke altid oplever at have fuld kontrol over beslutningen. Det kan også pege på et behov for bedre information og inddragelse af den enkelte i beslutningen om prævention.

Ikke alle informanter havde en oplevelse af, at beslutningen blev taget uden deres involvering, på trods af deres mors tilstedeværelse hos lægen. Flere fortalte også, at de havde deres mor med, fordi de søgte rådgivning hos hende, og hun derfor var med hos lægen som støtte.

Samlet set vidner resultaterne om, at informanternes viden om HP har været påvirket af ydre omstændigheder, såsom sociale medier, veninder og familie. Flere har søgt information uden for sundhedsfaglige kilder, hvor nogle af informanterne har oplevet, at sociale medier og andres personlige erfaringer har haft en stor rolle i deres beslutning om ophør på HP.

Information og vejledning fra den sundhedsprofessionelle

Oplevet vejledning fra den sundhedsprofessionelle

Informanternes oplevelse af information og vejledning fra den sundhedsprofessionelle drejede sig i mange tilfælde om en oplevelse af manglende vejledning om forskellige muligheder for prævention og ikke mindst oplysning om bivirkninger, herunder seksuelle.

“Nej, ikke umiddelbart nej [oplyst omkring bivirkninger]. Men det er selvfølgelig også så mange år siden, at det kan sagtens være, at der har været noget information om nogle bivirkninger. Men jeg synes

også bare, at jeg kan huske, at det gik så hurtigt, at det kan næsten ikke... Jeg kan i hvert fald ikke huske at have fået noget at vide, som... Altså jeg har fundet ud af alle mulige [bivirkninger] senere selv.” (5)

Informanten afviser initialt at have modtaget information om bivirkninger, men viser efterfølgende en usikkerhed og fortæller, at det er mange år siden. Denne refleksion antyder en erkendelse af, at information omkring bivirkninger kan være givet, men at den enten ikke var tilstrækkeligt tydelig eller ikke efterlod et varigt indtryk hos informanten. Formuleringen "det gik så hurtigt" peger på, at beslutningsprocessen måske var præget af en hurtig gennemgang, hvor der ikke var tid til eller fokus på at tale om potentielle bivirkninger dybdegående. Derudover kan det tolkes, at informanten ikke har oplevet vejledningen tilstrækkelig, da hun fortæller at hun selv har fundet ud af forskellige bivirkninger senere. Hvis informationen ikke er blevet præsenteret klart eller er blevet husket, kan det rejse et spørgsmål om, hvorvidt beslutningen blev truffet på et tilstrækkeligt oplyst grundlag, og om der i sådanne tilfælde har været informeret samtykke. Citatet tyder derudover på en skævvridning eller misforståelse mellem informanten og den sundhedsprofessionelle, da det kan være forskellige informationer, de hver især finder vigtige.

Som tidligere nævnt havde flere af informanterne deres mor med til lægen ved opstart på HP. En informant udtalte følgende om besøget ved lægen:

“...Fordi jeg synes ikke, at der var så meget vejledning. Fordi jeg tog til læge med menstruationssmerter, havde min mor med naturligtvis. Og så fik jeg foreslået p-piller, og så var det bare det, vi gjorde.” (5)

Sidste sætning i citatet indikerer ikke blot, at der ikke blev vejledt om flere præventionsmuligheder, men ordet “vi” indikerer desuden, at det ikke var en beslutning, informanten tog med en følelse af selvbestemmelse, men noget der blev besluttet i fællesskab, i dette tilfælde med moderen og lægen. Dette signalerer en passiv beslutningsproces, hvor opstart af HP ikke fremstår som en bevidst eller reflekteret beslutning for informanten. Det kan afspejle en dybere problematik i unges møde med sundhedssystemet, hvor beslutninger om HP sker i en kontekst præget af en forælders eller læges anbefalinger, snarere end en informeret og selvstændig beslutning. Denne informant startede på HP inden sin seksuelle debut, hvilket desuden kan have været årsag til, at der hverken fra informantens side blev spurgt til, ej heller fra den sundhedsprofessionelle informeret om eventuelle seksuelle bivirkninger. Seksualitet har med andre ord højst sandsynligt ikke været på dagsordenen. Dette italesætter en anden informant desuden:

“Nok ikke super meget [fyldestgørende rådgivning ift. hendes behov]. Nej. Og jeg tror også helt tilbage til at starte med, der var det jo bare p-piller, og jeg var 13-14 år, der var ikke nogen snak om, der helt tilbage, at der var nogen som helst andre muligheder.” (2)

Informanten oplevede ikke at blive præsenteret for andre muligheder end p-piller, hvilket kan have givet en følelse af manglende medbestemmelse. Hvis hun havde fået oplyst hvilke andre præventionsformer der fandtes, ville det med stor sandsynlighed have hjulpet hende til at få en følelse af, hun havde truffet et valg og at hun kunne have været med til at vurdere, hvilken præventionsform, der var den rigtige for hende. Dette kan pege på en generel forståelse af, at p-piller er den “bedste” prævention, som kan føre til en konsensus om, at valget om p-piller er det “normale” og ikke kræver at man undersøger alternativer. Om lægens rolle ift. vejledning sagde en informant:

“... for jeg tror også, at lægen kan jo også kun være... Altså, de kan jo kun være vejledende. De kan jo ikke fortælle dig, hvad du skal gøre. Det er jo dig selv, der skal ville det.” (2)

Det, der her gives udtryk for, er en forventning til den sundhedsprofessionelle om at tilbyde information og vejledning, samtidig fornemmer man hos denne informant også bevidsthed om eget ansvar ift. at træffe valg om den rette præventionsform for hende.

Ønsket vejledning fra den sundhedsprofessionelle

Flere af informanterne havde forslag til, hvad de kunne have haft brug for og havde ønsket sig af vejledningen fra den sundhedsprofessionelle:

“Eller jo det kunne godt have hjulpet at få at vide at det er normalt og rigtigt det man oplever [de seksuelle bivirkninger]. At få det normaliseret; at det ikke er noget man har skabt i hovedet, men reelle bivirkninger, man oplever fra præventionen.” (2)

Her fornemmes en tvivl om, hvorvidt de oplevede forandringer stammede fra bivirkninger ved HP eller relationelle forhold. Man kan formode, at hun havde været klædt bedre på i vurderingen af dette, hvis hun havde fået “normaliseret” eller havde kendskab til mulige bivirkninger ved HP. Samtidig fortæller det noget om en følelse af forkerthed, som flere af informanterne har oplevet. “At det ikke er noget man har skabt i hovedet” tegner et billede af hvordan informanten kan have påtaget sig ansvaret for

oplevelsen, og dermed følt sig forkert, fordi hun ikke har vidst, at det kunne være reelle bivirkninger. Dette antyder, at den sundhedsprofessionelles vejledning om HP og bivirkninger, kan have en betydning for den unge kvindes selvbillede og anskuelse af sin seksualitet. Det kan tolkes, at det vigtigste ikke nødvendigvis er at undgå bivirkninger, men derimod at blive informeret om dem. På den måde vil man, hvis man oplever bivirkninger, forstå, at de ikke skyldes noget, man selv har fremkaldt, men kan være en konsekvens af et præparat. Om lægens ansvar siger en informant:

“Jeg synes jo, at lægen har et ansvar for at tilbyde information, men man har også selv et ansvar for at spørge efter den information, man har brug for. Og så synes jeg... men den ligger mest hos egen læge, synes jeg. Det er dem, der har viden. Du kan ikke forvente, at en på 15 år, lige ved, hvad de skal spørge om[...] Det er lægen, der udskriver et præparat til nogen, som faktisk har nogle ret kraftige bivirkninger nogle gange. Så skal de give den information, synes jeg. [...] Jeg ved godt, at vi kan godt gå ind og læse om hele bivirkningssedlen, men det gør man... eller jeg gjorde i hvert fald ikke. Det er der ikke mange, der gør, tror jeg, som 15-årig.” (3)

Dette citat italesætter lægens skærpede ansvar for at oplyse om eventuelle bivirkninger ved et præparat. Informanten er bevidst om eget ansvar for at spørge, læse, søge viden, men italesætter desuden det problematiske i at være blot 15 år og dermed have svært ved at vide, hvad der er relevant at spørge om, fordi man ofte endnu ikke fortrolig med og erfaren i sin seksualitet.

“Det første præparat jeg fik, der dengang tænkte jeg jo ikke noget videre over det [at spørge ind til seksuelle bivirkninger]. Altså sådan med den her sexlyst fx.” (3)

Det kan være vanskeligt i situationen at spørge ind til seksuelle bivirkninger, og det har tydeligvis ikke været et fokus for informanten. Derfor kan der ligge en større opgave hos den sundhedsprofessionelle i at informere teenagere om bivirkninger, da de muligvis ikke har samme erfaringer og overvejelser som voksne.

For flere af informanternes vedkommende var deres mor med hos lægen ved udskrivelse af HP, hvilket muligvis yderligere har forstærket tovejs-tabuet og forsigtigheden ved dét at tale om seksualitet. Flere informanter havde ingen seksuelle erfaringer, før de begyndte på p-piller:

“Nej, [til at have haft noget seksuelt med en partner] fordi det kommer mere eller mindre samtidigt det hele. Og der er jeg på p-piller allerede. Så alt hvad der hedder seksuelt, både med og uden partner, det kommer først efter jeg er begyndt på p-piller.” (5)

Det antyder, at vurderingen af, hvorvidt der er seksuelle bivirkninger, kan være vanskelig, når teenagerens seksualitet udvikles sideløbende med brug af HP. De har sandsynligvis knapt nået at blive fortrolige med deres naturlige cyklus uden tilførsel af hormoner. Citaterne antyder, at seksualitet er noget, der udforskes og udvikles med alderen.

Det peger generelt på et fælles ansvar for beslutningstagen, hvor den sundhedsprofessionelle har pligt til at inddrage patienten og individualisere vejledningen, fx efter alder og seksuel erfaring, således at man sammen finder frem til den bedst mulige behandling for patienten, i dette tilfælde, præventionsform.

Samlet set peger informanternes udsagn på en oplevelse af manglende vejledning og information i mødet med den sundhedsprofessionelle, særligt ift. præventionsvalg og eventuelle bivirkninger. Beslutningsprocessen omkring prævention synes i flere tilfælde at have været præget af en autoritetsbaseret tilgang, hvor moderen og lægen spillede en central rolle, hvilket kan have begrænset informanternes følelse af medbestemmelse. Ydermere tyder flere udsagn på, at manglende viden om bivirkninger, særligt de seksuelle, har påvirket informanternes selvopfattelse og evne til at forstå deres egne oplevelser. Dette peger på en vigtighed af en mere inddragende dialog i vejledningen om prævention, så unge kvinder i højere grad kan træffe informerede valg baseret på en forståelse af både virkning og eventuelle bivirkninger.

Diskussion

Resultaterne fra analysen illustrerer, hvordan informanternes oplevelser med HP ikke blot kan forstås som biologiske reaktioner og bivirkninger, men som komplekse faktorer, der er forbundet med deres identitet, relationer og selvopfattelse. Gennem informanternes oplevelser og fortællinger er resultaterne ikke kun en afdækning af bivirkninger, men også et billede på, hvordan brug af HP kan influere på følelsen af at være sig selv – følelsesmæssigt, seksuelt og relationelt. Resultaterne peger dermed ikke kun på konsekvenserne af og oplevelserne med at være på HP, men også på behovet for en velinformeret, grundig og individualiseret vejledning og rådgivning fra den sundhedsprofessionelle. I nedenstående diskussion vil de fundne resultater diskuteres op mod relevant empiri og teori.

Diskussionen er todelt, og vil først belyse de forandringer, fysiske såvel som psykiske og relationelle der kan opstå ved brug af HP, og dernæst vejledning fra den sundhedsprofessionelle.

Forandringer og bivirkninger

Informanterne i projektet oplevede flere forskellige fysiske forandringer som en konsekvens af at anvende HP, herunder oftest nedsat lyst, manglende lubrikation og smerter under samleje. I et studie af Gassen et al. (2024) findes det, at seksualiteten hos kvinder der anvendte HP kunne blive negativt påvirket på parametre som lyst og at nyde seksuelle akter, sammenlignet med kvinder der havde en naturlig cyklus eller anvendte hormonfri prævention. Ligeledes fremhæver samme studie en randomiseret undersøgelse, der bekræfter tesen; informanterne heri havde enten fået kombinerede p-piller eller placebo. De, der modtog behandlingen, rapporterede efter tre måneder *“less sexual interest”*, selvom forskellen i grupperne var lille (Ibid). Disse negative forandringer kan have konsekvenser for kvinders seksualitet. For eksempel er det også undersøgt, at kvinder der anvendte kombinerede p-piller tenderede til at have lavere frekvens af seksuelle interaktioner sammenlignet med kvinder der anvendte anden eller ingen prævention. Samtidigt rapporterede disse kvinder i nogle studier om højere grad af ubehag og smerter under samleje, end de der ikke anvendte HP (Gassen et al., 2024).

I et andet studie ses det til gengæld, at mange kvinder ikke oplever ændringer i lyst eller på deres seksualitet generelt under brug af HP (Malmborg et al., 2016). I en svensk tværsnitsundersøgelse havde 85% af de adspurgte kvinder én eller flere positive effekter af brug af HP, fx nedsat angst for en uønsket graviditet, mere regelmæssig og nedsat blødning og færre menstruationssmerter. Til gengæld var de positive effekter på lyst og humør lavere, hhv. 3 og 8% (Malmborg et al., 2016). I et større review konkluderes det, at den tilgængelige forskning på området indikerer at kun en lille andel af kvinder der anvender HP oplever seksuelle bivirkninger, fx manglende lyst, lubrikation, orgasme og parforholds tilfredshed (Both et al., 2019). Der forekommer altså modstridende tendenser i den gældende forskning på området. Det synes klart, at det tydeligvis ikke er alle kvinder på HP, der oplever seksuelle bivirkninger - samtidigt er det rapporteret, at en ud af fem kvinder på HP oplever seksuelle bivirkninger (Gassen et al., 2024) og at den hyppigste årsag til at ophøre på HP er pga. bivirkninger, især seksuelle (Le Guen et al., 2021).

I projektets resultater fremgår det, at samtlige informanter oplevede at have nedsat lyst på HP. I flere studier ses en tydelig sammenhæng mellem brugen af HP og oplevelsen af nedsat lyst (Gassen et al., 2024). Studier peger på, at HP – og især kombinerede p-piller – reducerer niveauet af frit testosteron og androgener, hvilket kan påvirke den spontane lyst negativt (Krapf & Goldstein, 2024). Dette kan forklares med *The Sexual Tipping Point-modellen*, hvor biologiske hæmmende faktorer som lavt testosteron-, højt SHBG- og ændret prolaktinniveau kan tippe balancen (Graugaard et al., 2019).

Dog viste et studie, at på trods af at frit testosteron reduceres ifm. brug af p-piller, oplevede langt størstedelen af brugerne ingen ændring eller endda en forbedring af lysten (Krapf & Goldstein, 2024). Det var kun omkring en femtedel, der oplevede en egentlig reduktion i lyst, hvilket antyder, at individuelle forskelle i følsomhed over for hormonelle ændringer kan spille en væsentlig rolle (Ibid). I reviewet af Both et al. (2019) peger studierne på, at nogle kvinder muligvis er mere påvirkelige over for hormonelle ændringer end andre, og at det kan være relevant med yderligere forskning på emnet.

Ifølge samme review oplevede kun et mindretal af kvinder således markante ændringer i lyst og seksuel funktion (Ibid). Ligeledes fremhæver et andet studie, at p-piller i nogle tilfælde kan øge lysten ved at fjerne angsten for graviditet eller forbedre symptomer på endometriose, blødningsforstyrrelser eller acne (Krapf & Goldstein, 2024). Disse resultater illustrerer kompleksiteten i seksuel lyst, som netop anerkendes i *The Sexual Tipping Point-modellen*, hvor lyst er et resultat af summen af fremmende og hæmmende faktorer. For nogle kvinder kan HP måske virke som en fremmende faktor ved at reducere bekymringer, mens det for andre kan være hæmmende med fysiske og psykiske forandringer. Et tredje studie fandt, at kvinder generelt oplevede en stigning i lyst og tiltrækning efter ophør på HP, og at denne effekt tiltog over tid, selv efter menstruationscyklussen var genetableret (Gassen et al., 2024). Dette kan antyde, at nogle hormonelle og psykologiske påvirkninger af HP vedvarer og først gradvist normaliseres efter ophør (Ibid). Det taler for et behov for individualiseret vejledning i præventionsvalg, og for at sundhedsprofessionelle er opmærksomme på langsigtede bivirkninger, både i det biologiske, psykologiske og relationelle perspektiv.

Studier viser, at hormonspiraler generelt ikke hæmmer ovulationen i samme grad som p-piller, og derfor teoretisk set burde påvirke den spontane lyst negativt i mindre grad (Both et al., 2019). Alligevel oplevede flere af informanterne i projektet også seksuelle bivirkninger ved brug af hormonspiral, hvilket understreger den komplekse vekselvirkning i seksualitetens bio-psyko-sociale aspekter.

Flere af projektets informanter har bevidst valgt at ophøre på HP for at genetablere kontakten til deres

krop og menstruationscyklus. Beslutningen var således ikke kun knyttet til uønskede bivirkninger, men også til et ønske om større kropslig autenticitet og for at “mærke egen cyklus”. Fire ud af seks informanter i projektet anvendte ved interviewtidspunktet ikke længere HP, og flere beskrev, hvordan de først efter ophør begyndte at forstå deres cyklus og koble denne til ændringer i deres seksualitet, selvtillid og relationer. Et gennemgående mønster var, at kvinderne efter ophør oplevede en stigning i lyst og en stærkere følelse af at “være sig selv”.

Lignende resultater fandt man i et studie, hvor kvinder, der skiftede fra HP til sikre perioder med brug af Natural Cycles (en app, hvor man kan tracke sin cyklus), rapporterede øget lyst, større seksuel tiltrækning og mere kontakt med deres krop, særligt i takt med at den naturlige cyklus blev genetableret (Gassen et al., 2024). Samtidig viste studiet, at ikke alle kvinder oplevede forbedringer – der var stor variation i, hvordan kvinder fysisk og psykisk reagerede på ophør på HP (Ibid). I et andet studie fandt man, at kvinder, der ikke brugte HP i den follikulære fase samt lige før ovulationen rapporterede om øget lyst og flere erotiske fantasier sammenlignet med kvinder, der anvendte p-piller (Caruso et al., 2004). Dette kan indikere, at HP kan fjerne de cykliske variationer i lyst, som nogle kvinder finder meningsfulde og seksuelt fremmende. I et svenskt kvalitativt studie af Malmberg et al. (2020) fremgår det, at informanterne værdsatte deres øgede seksuelle lyst under ovulationen; øget reaktion på stimuli, flere seksuelle tanker og øget lubrikation i perioden blev italesat som positive faktorer. Sammenligner man disse fund med projektets resultater findes samme tematik, hvor flere af informanterne netop fandt det meningsfuldt at opleve cykliske variationer, og hvor de oplevede, at det havde en positiv effekt på deres seksualitet og relationen til deres partner at have fokus på den naturlige cyklus.

I reviewet af Le Guen et al. (2021) viste det sig, at mange kvinder ophørte på HP pga. et ønske om at “mærke kroppen igen” og at genetablere en naturlig hormonal balance. Reviewet peger ydermere på, hvordan nogle kvinder oplevede HP som “unaturlig” eller som en forstyrrelse af kroppens balance, hvilket for nogle forbandtes med følelser af fremmedgørelse. Oplevelsen af at være afkoblet fra kroppen eller føle sig “slukket” seksuelt eller følelsesmæssigt kan dermed være en motiverende faktor for at vælge hormonfri prævention.

Disse oplevelser kan også ses i sammenhæng med den samfundsmæssige tendens, som betegnes *healthism*, hvor individets sundhed gøres til et moralsk og personligt ansvar, og hvor der samtidig eksisterer en stigende skepsis over for moderne teknologier og syntetiske hormoner (Le Guen et al., 2021). Dette udtrykker sig ofte i en stærk præference for det “naturlige”, herunder præference for hormonfrie præventionsformer og ønsket om at bevare kroppens naturlige cyklus. I denne optik kan

fravalget af HP være, ikke kun en individuel beslutning, men også en del af en større kulturel bevægelse, hvor tilliden til HP er faldende, og hvor ønsket om en naturlig cyklus og kontrol over egen krop er stigende (Ibid). I reviewet af Le Guen et al. (2021) identificerede 31 ud af 42 studier en gennemgående frygt for HP. I mange tilfælde var denne angst ikke blot baseret på egne erfaringer, men også på nære relationers oplevelser, hvilket indikerer, at sociale netværk og andres fortællinger spiller en afgørende rolle for kvinders beslutningsproces om præventionsform. Dette afspejles i projektets resultater, hvor nogle af informanterne medgav, at de havde hørt om negative erfaringer med HP fra veninder, og hvor flere også fortalte at de havde søgt viden om HP på internettet og sociale medier, bl.a. på TikTok og Instagram. Dette resulterede for nogle informanter i et ophør på HP.

Derudover peger reviewet af Le Guen et al. (2021) på, at usikkerheden og ambivalensen ved HP ofte forstærkes af oplevelser med utilstrækkelig rådgivning og manglende lydhørhed fra sundhedsprofessionelle. Når man som kvinde føler sig afvist eller ikke hørt i mødet med den sundhedsprofessionelle i præventionsrådgivningen, vil flere og flere søge information andetsteds, fx på internettet og sociale medier. Disse platforme kan fungere som rum for erfaringsudveksling, men også som kilde til misinformation, hvilket yderligere kan forstærke frykten for HP (ibid.). Le Guen et al. (2021) pointerer, at det er afgørende for præventionsrådgivning at tage højde for kvinders holdninger til hormoner, både af hensyn til compliance, men også for at understøtte kvindens autonomi og oplevelse af medbestemmelse.

Resultaterne i projektet peger på, at brugen af HP kan have en negativ effekt på humør og følelsesmæssige tilstande generelt. På trods af, at informanterne oplevede forskellig påvirkning af deres humør, beskriver de det overordnet som en negativ påvirkning, hvad end det drejede sig om følelsesmæssig "fladhed" eller udsving i form af fx vrede eller tristhed. Fælles for informanterne var desuden, at de oplevede en positiv forandring i humør og udsving efter ophør på HP. Informanternes beskrivelser stemmer overens med nogle af fundene i reviewet af Le Guen et al. (2021), hvor flere kvinder, der anvendte HP, rapporterede om humørsvingninger, irritabilitet eller vrede som følge af brugen af HP. Et andet studie viser, at kvinder, der brugte HP, oplevede højere grad af symptomer på angst og depression samt en negativ effekt på deres seksualitet sammenlignet med kvinder, der ikke benyttede HP (Déa et al., 2024).

Med udgangspunkt i den bio-psyko-sociale forståelse af seksualitet, kan man argumentere for at et menneskes seksualitet er påvirket af kroppen, psyken, relationerne og samfundet, hvorfor faktorer, der

har en negativ indvirkning på individets psykiske velbefindende, også kan have en negativ indvirkning på individets oplevelse af egen seksualitet (Graugaard et al., 2019). Studiet af Malmborg et al. (2020) viser, at nogle kvinder forbandt nedsat lyst med humørsvingninger som følge af brugen af HP. Studiet beskriver ligeledes, at dårligt humør i forskellige grader for kvinderne vejede langt tungere som årsag til ophør på HP end den oplevede negative effekt på seksualiteten (Ibid). Flere informanter beskrev yderligere, at humørsvingninger havde en indvirkning ikke blot på den følelsesmæssige relation men også den seksuelle, da det at føle sig uforklarligt irriteret ikke nødvendigvis er fordrende for seksuel lyst og samvær. De beskrev desuden, at en bedring i humør og følelsesmæssig stemning efter ophør på HP havde en positiv indvirkning på seksualitet og lyst (ibid).

Flere af informanterne i projektet oplevede, at deres lyst og tiltrækning generelt ændrede sig ifm. at de ophørte på HP. De beskrev, at de pludselig tændte på andre karakteristika end før, fx store muskler. Dette fænomen er beskrevet i reviewet af Both et al. (2019), hvor det fremgår at ændringer i kvinders brug af HP kan ændre deres præference for en partners karakteristika. Det fremgår her, at kvinder foretrak en dominerende partner med maskuline træk på cyklusdage med højt østrogenniveau (ovulationen), hvorimod blødere værdier blev værdsat i mindre fertile perioder. Samtidigt gjorde de hormonelle fluktuationer i en cyklus, at karakteristika som stemme, duft og maskuline ansigtstræk blev prioriteret højere under ovulationen (Ibid) . Når en informant i projektet beskrev, at hendes lyst efter ophør på HP blev mere dyrisk og at hun havde fået “anderledes øjne” kan dette muligvis stemme overens med, at hun oplevede større udsving i sin lyst ifm. genoptagelsen af sin naturlige cyklus. Seksuelle møder opsøges sandsynligvis ikke kun i de relativt korte fertile perioder, og derfor er fertilitetsstatus ikke en forudsætning for seksuel aktivitet, men den hormonelle påvirkning kan sandsynligvis påvirke ens seksuelle adfærd. Det er fx vist at kvinder uden en fast partners seksuelle aktivitet steg under ovulationen, muligvis drevet af hormonelle forandringer - fx den øgede mængde af frit testosteron, hvilket kan få hende til at føle sig mere attraktiv og give øget energi (Graugaard et al., 2019). Informanterne i projektet reflekterede ikke over, hvorvidt deres tiltrækning til en fast partner eller mænd generelt hang sammen med deres cyklus, så hvorvidt det har gjort sig gældende er svært at sige.

Det at have nedsat lyst, hvilket alle informanterne på et tidspunkt oplevede under brug af HP, påvirkede deres respektive parforhold. Informanterne beskrev, at lysten var knyttet til relationen, og flere oplevede en følelse af utilstrækkelighed, fordi der kunne komme en skævvridning i lysten internt i

parforholdet. Nogle beskrev, at de skulle “tage sig sammen” for at kunne mobilisere lyst og have samleje.

Both et al. (2019) fandt, at kvinder der mødte deres partner under brug af kombinerede p-piller versus kvinder der ikke mødte deres partner under brug af disse, scorede lavere på målinger af seksuel tilfredshed og partner attraktion. Herudover oplevede kvinder på p-piller stigende seksuel utilfredshed og var mere tilbøjelige til at være dem, der afsluttede forholdet. I samme review var kvinder, der mødte deres partner under brug af p-piller, dog mere tilfredse med de ikke-seksuelle aspekter af forholdet, og havde dermed forhold der varede længere end kvinder der ikke anvendte p-piller (ibid.). Projektets informanter oplevede ligeledes seksuel utilfredshed under brug af især p-piller, men udtrykte samtidigt at have et velfungerende parforhold på de fleste andre parametre.

I studiet af Malmberg et al. (2016) fremgår det at det at have en fast partner og det at bruge HP var de eneste uafhængige variabler, der var forbundet med lavere seksuel lyst forårsaget af præventionsmetoden. Gassen et al. (2024) konkluderer også at kvinders seksuelle tiltrækning til deres partner mindskes, efterhånden som forholdets varighed øges. Kvinders brug af HP på det tidspunkt, de har valgt deres partner, kan også påvirke seksuel lyst og partner attraktion, især hvis brugen af HP ophører. Specifikt viser denne forskning, at kvinder, der valgte partner under brug af HP, kan have en svækket tilbagevenden af lyst, efter de er stoppet på HP, hvis der er en uoverensstemmelse med deres partner præferencer mens de var på hhv. HP og efter de ophørte (Ibid). Et godt eksempel herpå er en informant, der efter ophør på HP finder ud af, at hun “overhovedet ikke tænder på den kæreste, hun er sammen med”, og derfor kort efter afslutter forholdet.

Selvom det kan antages at en kvindes seksuelle lyst og eventuelle tiltrækning til sin partner vil forbedres når hendes naturlige cyklus genoptages og produktionen af endogene kønshormoner dermed ikke længere undertrykkes, er denne tese ikke blevet testet. Fx viser forskning, at SHBG-niveauer hos tidligere brugere af HP stadig er højere flere måneder efter ophør sammenlignet med hos dem, der aldrig har anvendt HP (Gassen et al., 2024). Det kan altså diskuteres, hvorvidt de to informanter, der afsluttede deres parforhold kort tid efter ophør på HP, har gjort det grundet et ophør af hormonel påvirkning, af følelsesmæssige årsager, men man kan tænke det formentlig skyldes en blanding af flere forskellige faktorer.

En del af informanterne i projektet havde det ambivalent med, at de følte de stod alene med ansvaret

for at vælge præventionsform. Deres partnere var i nogen grad involveret i beslutningen, men i sidste ende hvilede den på informanten. Samtidigt havde deres partnere ofte en holdning til præventionsformen, idet flere af dem beskrev, at barrieremetoder som kondom var en potentiel irritationsfaktor. I studiet af Malmborg et al. (2020) havde de kvindelige informanter lignende oplevelser - de fleste talte med deres partnere om, hvorvidt de skulle anvende HP eller ej, men typisk ikke om præventionsformer. Nogle få kvinder betragtede ansvaret som lige, og de, der gjorde, opfordrede deres mandlige partnere til at bruge kondom som præventionsform. Dette fænomen beskrives også af Le Guen et al. (2021), der beskriver at studierne i reviewet stort set er fraværende af mænd - 32 af de 42 studier interviewede kun kvinder. Målet om delt ansvar eller beslutningstagen mellem parterne optrådte i fire studier, herunder to, der interviewede mænd.

Fordi HP langt hen af vejen ikke har fungeret for mange af projektets informanter, er de fleste af dem nu på et hormonfrit alternativ, fx sikre perioder, mens to fortsat har hormonspiral. De af informanterne der var på hormonfrie alternativer udtrykte en glæde over at kunne tracke deres cykli og dele ansvaret for præventionen mere ligeligt med deres partner. Det samme gør sig gældende i studiet af Malmborg et al. (2020) hvor mere end halvdelen af informanterne ved interviewtidspunktet var på hormonfri prævention. Nogle oplevede dette som det næstbedste valg; selvom det kunne opleves besværligt at bruge kondom, og ens blødning kunne tiltage på en kobberspiral, var de fleste glade for alternativet. De foretrak disse bivirkninger frem for de, HP kunne medføre.

Det kan sandsynligvis ses i lyset af, at bivirkninger som nedsat lyst, manglende lubrikation og udeblivende orgasmer kan opretholde en cyklus af mindre og mindre interesse for sex, hvilket kan resultere i at påvirke ens seksualitet og dermed potentielt ens parforhold. Paradokset må siges at være, at mange kvinder bruger prævention for at kunne udleve sin seksualitet frit og fuldt ud, fri for bekymringen for en eventuel uønsket graviditet. Selvom brugen af HP kan skabe et beskyttet seksuelt møde, kan de potentielle bivirkninger det kan medføre påvirke ens seksuelle funktion så meget, at ens seksuelle samvær med sig selv eller en partner kompromitteres (Smith et al., 2014).

Vejledning og information

I projektets resultater fremgår det, at nogle af informanterne oplevede en psykisk og seksuel påvirkning under brug af HP. Ifølge Antonovskys teori *Sense of coherence* (SOC) bestående af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, kan man som kvinde med høj grad af SOC bedre håndtere eller mestre de seksuelle bivirkninger, der kan opstå ved at anvende HP (Jensen & Johnsen, 2014). Når dette

overføres til projektets resultater, tyder det på, at en central problematik i informanternes oplevelser er en svækkelse af *begribelighed*.

Informanterne oplevede fx forandringer i lyst, lubrikation og seksuel tiltrækning, uden at kunne forstå, hvorfor det skete. Uvisheden kan medføre at deres mulighed for at skabe *begribelighed* svækkes (Jensen & Johnsen, 2014). Ydermere kan man med udgangspunkt i teorien om SOC og projektets resultater argumentere for at informanternes *håndterbarhed*, altså evnen til at mestre og handle på de oplevede udfordringer, blev kompromitteret, da flere af informanterne oplevede manglende viden om bivirkninger, manglende vejledning fra sundhedsprofessionelle og manglende medbestemmelse i præventionsvalg. Flere af projektets informanter beskrev at føle sig “slukkede”, “ikke som sig selv” eller “mindre som et seksuelt væsen”, hvorfor det kan være svært at finde *meningsfuldhed* i brugen af HP.

I reviewet af Le Guen et al. (2021) fremgår det, at kvinders angst for bivirkninger ved HP lader til at bunde i manglende information fra sundhedsprofessionelle, der ikke inddrager dem i beslutningsprocessen og ofte overser eller ignorerer deres bekymringer eller oplevede bivirkninger ved at være på HP. Informanterne i studiet af Malmborg et al. (2020) havde lignende oplevelse; de udtrykte skuffelse over ikke at blive taget alvorligt af sundhedsprofessionelle, og følte de blev mistænkeliggjorte når de delte oplevelser med mulige negative seksuelle eller psykiske bivirkninger. Når det er effekten af et HP præparat, der synes den vigtigste faktor i præventionsvejledningen, står kvinder givetvis overfor et valg uden reelt valg, da de sikreste metoder da vil blive opfattet som det bedste valg, og de mindre effektive (mindre beskyttende mod en uønsket graviditet), vil blive betragtet som et dårligere alternativ (Le Guen et al., 2021).

Dette kan muligvis forklare den mangelfulde vejledning, det viser sig at flere kvinder oplever. En omfattende kvantitativ spørgeskemaundersøgelse, TANCO (The European Thinking About Needs in Contraception) fra 2018, viste, at 60% af de adspurgte kvinder oplevede, at de havde modtaget utilstrækkelig information om prævention i forbindelse med præventionsvejledningen. Undersøgelsen viste desuden, at 7% af kvinderne benyttede naturlige præventionsmetoder, og at denne gruppe var den mest utilfredse med deres præventionsvalg. En mulig forklaring på dette kan være, at mange kvinder har svært ved at finde en hormonel præventionsform, der passer til deres behov, og derfor ender med at vælge en mindre effektiv og mere tidskrævende naturlig metode (Malmborg et al., 2020). Dette er ikke

i overensstemmelse med nogle af projektets informanternes valg om at anvende hormonfri prævention, som flere betragter som et positivt aspekt af deres seksualitet.

Ifølge Antonovsky handler det ikke kun om fokus på sygdom, men også om at sundhedsfremme ved at have fokus på raskhedsfaktorer (Jensen & Johnsen, 2014). Raskhedsfaktorer er faktorer, som hjælper mennesker til at forblive raske, det kan fx være trygge relationer, seksuel åbenhed og oplevelsen af medbestemmelse (Ibid). Selvom resultaterne tyder på, at flere af informanterne har haft en lav grad af SOC, måske grundet manglende vejledning, kan man også vælge at fokusere på de kvinder, som ikke oplever at eventuelle bivirkninger ved HP påvirker deres SOC negativt. Et litteraturstudie foretaget af DSOG antyder at p-piller, mini-piller og hormonspiral kan mindske risikoen for seksuelle dysfunktion (Geiker, 2017). Det taler imod projektets resultater, som viser at informanterne oplevede flere seksuelle bivirkninger under brug af HP, bl.a. nedsat lyst og smerter under samleje. DSOG peger dog også på, at der kan være brug for flere studier for at klarlægge den sexologiske påvirkning ved brug af HP (Ibid). Krapf & Goldstein (2024) fremhæver, at en potentiel uopdaget eller ubehandlet seksuel dysfunktion kan lede til negativ påvirkning på selvopfattelse, relationer og livskvalitet.

Det kan derfor diskuteres, hvorvidt man kan konkludere, om HP kan mindske risikoen for seksuelle dysfunktioner, på samme måde som det kan diskuteres, hvorvidt projektets informanter er repræsentative for alle brugere af HP. DSOG finder, at en opmærksomhed på vejledningen forud for brug af HP er vigtig for tilfredsheden blandt brugerne (Vestergaard, 2015). Ifølge DSOG øger man tilfredshed og sandsynligheden for, at man ønsker at fortsætte på HP med grundig information og vejledning fra sundhedsprofessionelle, samt mulighed for at diskutere og individualisere, hvilken HP der er den bedste for kvinden (Vestergaard, 2015). Samme konklusion drager Krapf & Goldstein (2024) og Malmberg et al. (2016); i betragtning af kvinders tendens til at ophøre på HP grundet seksuelle bivirkninger, vil en tidlig samtale om præventionsmuligheder og seksuel sundhed muliggøre fælles beslutningstagen og sikre informeret samtykke. Samtidigt bør sundhedsprofessionelle informere om mulige seksuelle bivirkninger ved det specifikke HP præparat og skærpe deres opmærksomhed samt være lydhøre, når kvinder under brug af HP rapporterer om fx manglende lyst.

På samme måde kan information givet forud for et præparat, i dette tilfælde HP, medføre en større oplevelse af *begribelighed* og *håndterbarhed*, da brugerne måske nemmere kan håndtere bivirkninger, når de på forhånd er informeret om dem, og dermed bedre kan begribe, kende og forstå dem (Jensen &

Johnson, 2014). Det kan bidrage til en større *meningsfuldhed*, fordi virkningen på forhånd er vurderet vigtigere end de kendte bivirkninger (Ibid).

Alle informanterne i projektet begyndte på HP i en tidlig alder, da de var mellem 13-16 år, og flere af dem uden at være seksuelt aktive. Årsagerne til opstart varierede fra acne og menstruationssmerter til beskyttelse mod uønsket graviditet. I projektets resultater oplevede flere af informanterne ikke at være fortrolige med egen krop og seksualitet forud for opstart af HP, dette kan muligvis skyldes ung alder og/eller manglende seksuel erfaring.

Et studie fra 2014 viste, at det i Danmark er almindeligt, at unge kvinder starter på HP i en tidlig alder (Løkkegaard & Nielsen, 2014). Studiet tager udgangspunkt i cpr-registret, og viser at over halvdelen af alle danske kvinder mellem 14-50 år i perioden 1995-2012 havde fået ordineret HP inden de fyldte 17 år, og omkring 85% inden 20-årsalderen (Ibid). Samtidig viser data fra projekt SEXUS, at den gennemsnitlige debutalder for samleje blandt danske kvinder er 16,1 år, og 16,9 år for mænd (Frisch et al., 2019).

Ydermere viser studiet af Løkkegaard & Nielsen (2014) at start-alderen for HP er faldende, mens data fra projekt SEXUS viser, at debutalderen for samleje har ligget stabilt i mange år. Dette indikerer, at mange unge kvinder begynder på HP før eller omkring deres seksuelle debut, hvor der kan være tvivl om, at de oplever fuld forståelse for deres egen seksualitet. Informanterne i projektet udtrykte et ønske om, at rådgivningen ved opstart af HP havde inkluderet rådgivning om følelser, seksualitet og erfaring. Det samme gør sig gældende for informanterne i studiet af Malmberg et al. (2020), der fremhæver, at de som teenagere havde ønsket det samme fra rådgivningen og i øvrigt også var blevet introduceret for alternative præventionsmuligheder, samt mulige positive og negative bivirkninger, inklusiv om seksualitet. Dette peger på et behov for en differentieret præventionsrådgivning, der tager højde for kvindens alder og seksuelle erfaring.

Metodekritik

I nedenstående afsnit vil der kort redegøres for ulemper, hindringer og fordele ved projektets metode.

Vi har valgt at gøre brug af den kvalitative metode på baggrund af styrkerne heri, men der er også begrænsninger ved metoden, som er vigtig at være opmærksom på (Olsen, 2002). Metoden har givet en

indsigt i informanternes oplevelse med HP samt hvordan de har oplevet vejledning fra sundhedsprofessionelle, hvilket har været relevant for besvarelsen af problemformuleringen. Modsat den kvantitative metode, som arbejder med tal og kvantificering af data, kan det være udfordrende at generalisere og konkludere på kvalitativ forskning (Ibid). Vi har i projektet forsøgt at opnå et måtningspunkt i vores empiri, hvilket lykkes, da der i empirien blev fundet gentagne tematikker og lignende citater af informanterne.

Selvom resultaterne ikke kan generaliseres statistisk til alle brugere af HP, vurderer vi, at der er grundlag for analytisk generaliserbarhed (Rienecker og Jørgensen, 2017). Flere gennemgående tematikker og mønstre i informanternes oplevelser giver mulighed for at overføre indsigten/forståelsen fra resultaterne til lignende kontekster og grupper. Projektets omfang har gjort, at vi har begrænset os til seks informanter, selvom vi fik flere henvendelser end de seks, dermed blev flere potentielt relevante informanter valgt fra. Vi har udvalgt efter forskellige aldersgrupper og geografi, men flere af informanterne har lignende socioøkonomisk baggrund/uddannelsesniveau, hvilket kan medføre selektionsbias. Ud fra resultaterne har vi fundet seks informanter tilstrækkeligt til at opnå indsigt i emnet, hvilket styrker troværdigheden i projektet.

De seks informanter har selv henvendt sig på sociale medier på et opslag, hvor vi søgte informanter. I opslaget brugte vi begrebet “*seksuelle bivirkninger*”, som tidligere i begrebsafklaring er redegjort for både kan forstås positivt og negativt. Det er dog vigtigt at bemærke at “bivirkninger” i bred betydning oftest forstås negativt, der kan derfor forekomme en risiko for selvsektion, hvor informanter med negative oplevelser er mere tilbøjelige til at melde sig (Rienecker & Jørgensen, 2017).

Konklusion

I nedenstående afsnit vil vi konkludere på projektets resultater med udgangspunkt i problemformuleringen:

Hvordan oplever kvinder hormonal prævention påvirker deres seksualitet, og hvordan oplever de vejledningen omkring mulige seksuelle bivirkninger fra sundhedsprofessionelle?

Projektet har belyst hvordan HP kan påvirke kvinders seksualitet ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv. Resultaterne fra projektets kvalitative interviews peger på, at kvinder oplever, at HP kan påvirke deres seksualitet på en række forskellige områder. Informanterne oplevede både fysiske forandringer, såsom nedsat lyst, smerter under samleje, udeblivende orgasme og manglende lubrikation, psykologiske

forandringer som humørændringer, nedtrykthed og en følelse af ikke at være sig selv og relationelle påvirkninger, fx ændring i partner præferencer og skævvridning i lyst. Seksuel lyst under påvirkning af HP bør ikke forstås som et statisk fænomen, men som et resultat af komplekse og individuelle balancer mellem biologiske og psykosociale faktorer.

Projektet finder, at der mangler forskning til at påvise om der er evidens for hvordan HP påvirker en kvindes seksualitet; nogle kvinder oplever en positiv effekt på deres seksualitet under brug af HP, mens andre oplever seksuelle bivirkninger, der resulterer i en negativ påvirkning på deres seksualitet.

Flere af informanterne i projektet oplevede, at præventionsrådgivningen fra den sundhedsprofessionelle var mangelfuld, idet de oplevede ikke at blive informeret om forskellige muligheder for prævention og ikke mindst oplyst om mulige seksuelle bivirkninger. Dette understreger behovet for en mere nuanceret præventionsrådgivning, hvor kvinders individuelle bekymringer og behov anerkendes, tages alvorligt, og forstås som reaktioner på personlige, sociale og kulturelle erfaringer, herunder alder og seksuel erfaring.

Perspektivering

Som beskrevet i projektet ses det, at flere og flere kvinder ophører på HP, primært pga. bivirkninger og behovet for at tage kontrol over egen krop og cyklus. Der er samfundsmæssigt et stigende fokus på, hvordan HP påvirker kvindekroppen, bio-psyko-socialt, og mange medier tager i højere grad emnet op end tidligere, samtidigt med at kvinder deler deres erfaringer med HP på sociale medier, og inspirerer og influerer dermed hinanden. Bevågenheden på bivirkninger og bølgen af kvinder, der ikke ønsker at bruge hormoner har affødt, at der i det seneste årti er blevet forsket i HP til mænd. Det er endnu ikke lykkedes at udvikle en hormonel præventionsmetode til mænd uden bivirkninger. En af udfordringerne er, at mænd generelt er mindre villige til at acceptere hormonelle bivirkninger sammenlignet med kvinder. Det kulturelle ansvar for prævention har traditionelt ligget hos kvinder, hvilket også afspejles i forskningsprioriteringer og markedets fokus (Svenning, 2020).

Projektets resultater har belyst, at nogle kvinder oplever seksuelle bivirkninger ved at være på HP, hvorfor det er vigtigt at man som sundhedsprofessionel, der rådgiver om prævention, bør informere om forskellige præventionsformer, samt eventuelle bivirkninger, bio-psyko-socialt, ved det specifikke præparat. Dette kunne fx understøttes af et beslutningsværktøj, der kunne gøre det mere overskueligt for begge parter.

Det viser sig, at der i dansk kontekst er kommet øget bevågenhed på emnet. En ny dansk undersøgelse, SafeChoice, der fortsat er under udarbejdelse, skal kortlægge hvilke bivirkninger kvinder oplever ved brug af HP. Foruden fysiske bivirkninger er der ligeledes fokus på sexlyst, humørændringer, vægtøgning mm. Derudover vil undersøgelserne vise, hvordan kvindernes individuelle karakteristika kan påvirke deres risiko for bivirkninger. Det fremgår, at målet med projektet er at udvikle et værktøj, fx en app, der kan tilbyde skræddersyet rådgivning, og dermed kan give kvinder tryghed i valg af præventionsform (Sundhedsdonationer, 2025). En app, der bygger på evidens og ikke information fra fx sociale medier, vil forhåbentligt kunne bidrage til at klæde kvinder bedre på til at tage et informeret valg om prævention, samt bidrage til samtale om HP og seksualitet mellem sundhedsprofessionel og kvinde.

Når en kvinde er begyndt at bruge HP, ville det være ønskværdigt at hun indkaldes til en opfølgende samtale ved samme sundhedsprofessionelle ca. tre måneder efter opstart, hvor bivirkninger og tilfredshed er i fokus. Hvis man opstarter HP inden seksuel debut eller som teenager, bør der være opfølgende tilbud til den unge, ikke blot tre måneder efter, men løbende samtaler fx en gang om året med en rådgiver/sexolog, til snak om bivirkninger og den spirende seksualitet. Hvis man som teenager får grundig og fyldestgørende information og vejledning om eventuelle (seksuelle) bivirkninger, er det ikke sikkert, man er klar til at forholde sig til denne information. Med andre ord et andet og udvidet basistilbud end de tre måneder efter opstart. En sådan tilgang vil muligvis ikke alene kunne styrke tilliden mellem kvinder og sundhedsprofessionelle, men også skabe bedre forudsætninger for informeret samtykke og fælles beslutningstagning.

Det ville være interessant at undersøge nærmere, hvordan unge, der endnu ikke er seksuelt aktive, rådgives om fx p-piller, som det viser sig, at mange danske piger begynder på inden seksuel debut. Herunder også, hvordan den sundhedsprofessionelle navigerer i alternative behandlingsformer mod fx acne eller kraftige menstruationssmerter, og hvordan seksualitet italesættes under præventionsrådgivningen.

Taksigelse

Forfatterne af projektet ønsker at sige en stor tak til de seks modige informanter, der har delt deres fortællinger og givet deres tid, således at dette projekt kunne blive til. Tak for jeres gavmildhed, åbenhed og jeres historier. Vi håber, at det kan bidrage til en udvidelse af andres horisonter, som det har udvidet vores.

Litteraturliste

Andreasen, L., Christensen, L.H. & Skorstengaard, M. (2015). *P-piller – generelt*. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. Tilgængelig på:
<https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/56dac40360b5e9cd548e7215/1457177606537/P-piller+generelt1+Aug+16+2015.pdf> [Tilgået: 25. februar 2025].

Birkler, J. (2021). *Videnskabsteori - En grundbog*. 1. udgave. København. Munksgaard.

Bitzer, J. (2024). *Effects of hormonal contraception on mood and sexuality*. Udgivet i Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Volume 97.

Both, S., Lew-Starowicz, M., Luria, M., Sartorius, G., Maseroli, E., Tripodi, F., Lowenstein, L., Nappi, R.E., Corona, G., Reisman, Y., Vignozzi, L. (2019). *Hormonal Contraception and Female Sexuality: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM)*. The Journal of Sexual Medicine.

Caruso, S., Agnello, C., Intelisano, G., Farina, M., Di Mari, L. & Cianci, A. (2004). *Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg ethinylestradiol/60 microg gestodene*. Contraception Journal, 69 (3).

Center for patientinddragelse. (2025). *Hvad er fælles beslutningstagning?* Region Hovedstaden. Tilgængelig på:
https://www.regionh.dk/patientinddragelse/patientinddragelse/faelles_beslutningstagning/Sider/fokus-faellesbeslutningstagning.aspx?fbclid=IwY2xjawKIJvVleHRuA2FlbQIxMABicmlkETFCeVN1dGNIVIdpcWINWFJPARG6TuFC3Oc73LXX3qRXnIJ2yqCJIqr1y68ZGuhD7p8HUHBNp-cgO1hugDgDr7g_aem_r-jlIHVMivj9sd5wTj00ng [Tilgået: 7. Maj 2025]

Déa, C. A., Moreira, E. C. H. & Zamboti, C. L. (2024). *Sexual function, quality of life, anxiety, and depression in women of reproductive age using hormonal, nonhormonal, and no contraceptive methods*. The Journal of Sexual Medicine.

Frisch, M., Moseholm, E., Andersson, M., Andresen, J. B., & Graugaard, C. (2019). *Sex i Danmark: Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet.

Gassen, J., Mengelkoch, S., Shanmugam, D., Pearson, J.T., van Lamsweerde, A., Benhar, E. & Hill, S.E. (2024). *Longitudinal changes in sexual desire and attraction among women who started using the Natural Cycles app*. Hormones and Behavior.

Geiker, K. W., Hebnes, J. B., Højgaard, A., Hejl, B. L., Trolle, D. (2017). *Sexologi*. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. Tilgængelig på:
<https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/599eaccd9f7456a4e6c4ac07/1503571152918/sexologi+udkast.pdf> [Tilgæet: 20. marts 2025]

Graugaard, C., Giralddi, A. & Möhl, B. (2019). *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet*. Kap. 3: *Seksualitet i et biologisk perspektiv*. 1.udgave. København. Munksgaard.

Graugaard, C., Giralddi, A. & Möhl, B. (2019). *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet*. Kap. 11: *Voksenalderens seksualitet*. 1.udgave. København. Munksgaard.

Graugaard, C., Giralddi, A. & Möhl, B. (2019). *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet*. Kap. 19. Laursen, B. & Højgaard, A.: *Seksualitet og somatisk sygdom*. 1.udgave. København. Munksgaard.

Graugaard, C., Giralddi, A. & Möhl, B. (2019). *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet*. Kap. 2. *Perspektiver på seksualitet*. 1.udgave. København. Munksgaard.

Graugaard, C., Giralddi, A. & Möhl, B. (2019). *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet*. Kap. 28: *Præventionsprincipper og provokeret abort*. 1.udgave. København. Munksgaard.

Graugaard, C., Giralddi, A. & Möhl, B. (2019). *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet*. Kap. 32. Giralddi, A.: *Seksuelle problemer og dysfunktioner - et overblik*. 1.udgave. København. Munksgaard.

Graugaard, C., Giralddi, A. & Möhl, B. (2019). *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet*. Kap. 34. Giralddi og Wählin-Jacobsen: *Manglende lyst hos kvinder*. 1.udgave. København. Munksgaard.

Graugaard, C., Pedersen, B. K. & Frisch, M. (2015). *Seksualitet og sundhed*. 2. udg. København: Vidensråd for Forebyggelse.

Ipsen, M. (2011). *P-pillens historie - siden 1960*. Danmarkshistorien.dk. Tilgængelig på:
<https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/p-pillens-historie-siden-1960> [Tilgået: 2. marts 2025].

Jensen, T. & Johnsen, T. (2014). *Sundhedsfremme i teori og praksis*. 2. udgave. Aarhus. Forlaget Philosophia.

Komiteen for Sundhedsoplysning (2018). *Prævention*. Komiteen for Sundhedsoplysning.

Krapf, J.M., Goldstein, A.T. (2024). *Combined estrogen-progestin oral contraceptives and female sexuality: an updated review*. Sex Med Rev. 2024.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Interview – det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. oplag. København. Hans Reitzels Forlag.

Le Guen, M., Schantz, C., Régnier-Loilier, A., de La Rochebrochard, E. (2021): *Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review*, Social Science & Medicine, Volume 284, 2021

Lidegaard, Ø. (2024). *Hormonel prævention*. Lex.dk. Tilgængelig på:
https://lex.dk/hormonel_pr%C3%A6vention [Tilgået: 2. marts 2025].

Læssøe, N.C., Wåhlin, S., Kristensen, E., Pedersen, A.T. & Giralaldi, A. (2014). *Combined Hormonal Contraception and Women's Sexual Function: A Cross-Sectional Pilot Study in a Cohort of Danish Women*. *Obstetrics & Gynecology: An International Journal*, 2014.

Løkkegaard, E. & Nielsen, A.K. (2014). *Adolescent girls in Denmark use oral contraceptives at an increasingly young age, and with more pauses and shifts*. Danish Medical Journal, 61(10)

Malmborg, A., Persson, E., Brynhildsen, J. & Hammar, M. (2016). Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(2).

Malmborg, A., Brynte, L., Falk, G., Brynhildsen, J., Hammar, M. & Berterö, C. (2020). *Sexual function changes attributed to hormonal contraception use - a qualitative study of women experiencing negative effects*. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 25(3).

Mottelson, M. (2024). *Analysér: vejledning i analyse af kvalitativt empirisk materiale*. 1. udgave. København. Hans-Reitzel.

Olsen, H. (2002). *Kvalitative Kvaler - Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelser kvalitét*. 1. udgave. København. Akademisk Forlag.

Projekt SEXUS. (2019). *Sex i Danmark – Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet. Tilgængelig på:
https://files.projektsexus.dk/2019-10-26_SEXUS-rapport_2017-2018.pdf [Tilgået: 13. april 2025]

Pro.medicin.dk (2024). *Intrauterine kontrceptiva (gestagenholdige)*. Tilgængelig på:
<https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/141012> [Tilgået: 3. april 2025]

Region Hovedstaden (2025). *Fokus: Fælles beslutningstagning*. Tilgængelig på:
https://www.regionh.dk/patientinddragelse/patientinddragelse/faelles_beslutningstagning/Sider/fokus-faellesbeslutningstagning.aspx [Tilgået: 4. marts 2025].

Retsinformation (2023). *Bekendtgørelse om recepter og dosisdispensering af lægemidler*. Tilgængelig på: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2023/661> [Tilgået: 3. april 2025]

Rienecker, L. & Jørgensen, P. (2017). *Den gode opgave - Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 5. udgave. Samfundslitteratur.

Ritzau Scanpix (1970). Rødstrømpedemonstration i København i 1970. Kristeligt Dagblad. Tilgængelig på:
<https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/er-p-piller-kvindefrigoerelse-eller-undertrykkende> [Tilgået: 7. maj. 2025].

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug E. & Bjålie, J. G. (2008), *Menneskets anatomi og fysiologi*, Kap. 18: *Forplantning og seksualfysiologien*.

Sex & Samfund (2022). *Hvad er p-piller?*. Tilgængelig på:
<https://sexogsamfund.dk/krop-sex/viden-om-praevention/hvad-er-p-piller> [Tilgået 25. februar 2025].

Sex & Samfund (2023). *Unges viden om sex, prævention og seks sygdomme.* Tilgængelig på:
https://sexogsamfund.dk/files/media/document/Sex%26Samfund_UgeSex%20rapport%202023%2005_Web%2003.02.pdf [Tilgået 6. maj 2025].

Smith, N. K., Jozkowski K. N. & Sanders S. A. (2014). *Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure.* The Journal of Sexual Medicine.

Styrelsen for Patientsikkerhed (2025). *Værd at vide om informeret samtykke og journalføring heraf.* Tilgængelig på:
<https://stps.dk/Media/638230190583200610/V%C3%A6rd%20at%20vide%20om%20informeret%20samtykke%20og%20journalf%C3%B8ring%20heraf.pdf> [Tilgået: 9. marts 2025].

Sundhedsdonationer (2025). *Bivirkninger ved hormonel prævention.* Tilgængelig på:
<https://sundhedsdonationer.dk/nyheder/bivirkninger-ved-hormonel-praevention/> [Tilgået: 6. maj 2025]

Sundhedsstyrelsen (2022). *Hormonal kontrception – Den Nationale Rekommandationsliste.* Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig på:
https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Hormonal-kontrception/Baggrundsnotat-Hormonal-Kontrception-version-1_1.ashx?sc_lang=da&hash=741137B95C2DDD090171EFC2CE7D1FCE [Tilgået: 25. februar 2025].

Sundhed.dk - lægehåndbogen (2023). *P-piller.* Tilgængelig på:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/gynaekologi/tilstande-og-sygdomme/paevention/p-piller/> [Tilgået: 3. april 2025]

Sundhedsstyrelsen (2023). *Prævention.* Tilgængelig på:
<https://www.sst.dk/da/Borger/Seksuelt-sundhed-seksualitet-og-koensidentitet/Pr%C3%A6vention-og-u%C3%B8nsket-graviditet/Praevention> [Tilgået: 25. februar 2025].

Sundhed.dk - lægehåndbogen (2023). *Spiral, intrauterin.* Tilgængelig på:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kliniske-procedurer/gynaekologi/spiral-intrauterin/> [Tilgået: 3. april 2025]

Svenning, A. (2020) *P-pillens historie.* KØN – Gender Museum Denmark. Tilgængelig på:
<https://konmuseum.dk/p-pillens-historie/> [Tilgået: 7. maj 2025].

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019).

Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/435). New York: United Nations.

Vestgaard, M. (2015). *Gestagenspiral som kontraception*. Dansk Selskab for Obstetrik og

Gynækologi. Tilgængelig på:

<https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/55d4ec2de4b0eddd18e8902b/1440017453466/Gestagenspiral+som+kontraception.pdf> [Tilgået: 25. februar 2025].

Weber, M.V. (2024). *Ny viden om hormonspiral og kræft, Kræftens Bekæmpelse*. Tilgængelig på:

<https://www.cancer.dk/nyheder-og-fortaellinger/2024/ny-viden-om-hormonspiral-og-kræft/> [Tilgået: 6. maj 2025].

World Health Organization (2006). *Defining sexual health*. Tilgængelig på:

<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health> [Tilgået: 2. marts 2025].

Bilag

Bilag 1 - Søgestreng i Pubmed

#9	...	>	Search: (((contraception[MeSH Terms]) OR (((contraception[Title/Abstract]) OR ("Hormonal contraception" [Title/Abstract]))) OR (((IUD[Title/Abstract]) OR ("Long-acting reversible contraceptive"[Title/Abstract]) OR ("Short-acting reversible contraceptive"[Title/Abstract]))) AND ((sexuality[MeSH:NoExp] OR "sexual behavior"[MeSH:Noexp]) OR (Sexuality[Title/Abstract]))) AND (((Influence[Title/Abstract]) OR (Potential[Title/Abstract])) OR (Impact[Title/Abstract])) OR (effects*[Title/Abstract]))	1,739
#8	...	>	Search: (((Influence[Title/Abstract]) OR (Potential[Title/Abstract])) OR (Impact[Title/Abstract])) OR (effects*[Title/Abstract])	8,888,992
#7	...	>	Search: (sexuality[MeSH:NoExp] OR "sexual behavior" [MeSH:Noexp]) OR (Sexuality[Title/Abstract])	86,609
#6	...	>	Search: Sexuality[Title/Abstract]	20,502
#5	...	>	Search: sexuality[MeSH:NoExp] OR "sexual behavior" [MeSH:Noexp]	76,022
#4	...	>	Search: ((contraception[MeSH Terms]) OR (((contraception[Title/Abstract]) OR ("Hormonal contraception" [Title/Abstract]))) OR (((IUD[Title/Abstract]) OR ("Long-acting reversible contraceptive"[Title/Abstract]) OR ("Short-acting reversible contraceptive"[Title/Abstract])))	63,459
#3	...	>	Search: ((IUD[Title/Abstract]) OR ("Long-acting reversible contraceptive"[Title/Abstract])) OR ("Short-acting reversible contraceptive"[Title/Abstract])	10,051
#2	...	>	Search: ((contraception[Title/Abstract]) OR ("Hormonal contraception"[Title/Abstract]))	45,969
#1	...	>	Search: contraception[MeSH Terms]	30,557

Bilag 2 - Søgestreng i Scopus

	("contraception" OR "Hormonal contraception" OR "IUD" OR "Long-acting reversible contraceptive" OR "Short-acting reversible contraceptive")
AND	("sexuality" OR "sexual behavior")
AND	("Influence" OR "Potential" OR "Impact" OR "effects*")

Bilag 3 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg giver hermed min tilladelse til at medvirke i en interviewundersøgelse, der omhandler seksualitet og hormonal prævention. Jeg har modtaget skriftlig og mundtlig information om projektet og mener, at jeg ved tilstrækkeligt om formålet med undersøgelsen, dens metode samt fordele og ulemper ved at deltage i den.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg når som helst og uden begrundelse kan trække mit tilsagn tilbage.

Jeg er informeret om, at den projektansvarlige har tavshedspligt, og at jeg er sikret anonymitet i bearbejdelsen af de indsamlede data.

Jeg er informeret om, at de bandede optagelser bliver slettet, når projektet er afsluttet.

Jeg giver hermed samtykke til at deltage i masterprojektet og får udleveret en kopi af denne samtykkeerklæring.

Informantens navn:

Dato: _____

Underskrift: _____

Den projektansvarliges erklæring:

Jeg erklærer, at der er givet mundtlig og skriftlig information om projektet, og at der foreligger et informeret samtykke til, at informanten kan inkluderes.

Projektansvarliges navn og underskrift:

Bilag 4 - Interviewguide

<i>Præsentation af projektet og formål</i>	Vi er tre masterstuderende i sexologi fra Aalborg Universitet: Marie, Jette og Petra. Vi er alle tre jordemødre og arbejder som dette til daglig. Formålet med at interviewe dig er at blive klogere på, hvilken indflydelse hormonel prævention (HP) har haft eller har på din seksualitet.
<i>Rammerne for interview</i>	Vi forventer at interviewet varer ca. 45-60 min. Vi gør opmærksom på, at interviewet bliver optaget via computer/telefon. Lydfilen bliver slettet efter transskribering, hvor dine udsagn vil være anonymiserede. Hvis der er noget, du er i tvivl om, eller ikke ønsker at svare på, må du meget gerne lade os vide det. Det er frivilligt at deltage, og du kan til hver en tid trække dit samtykke om at medvirke tilbage. Vi gør opmærksom på, at dette er et interview og at vi som interviewere i den forbindelse skal ses som dette og ikke som fagpersoner der vejleder om hormonel prævention.

<i>Præsentation af informant</i>	Kan du præsentere dig selv? (Navn, alder, civilstatus, børn, uddannelsesniveau). Præventionshistorik: tidligere og nuv. præventionsmetode(r). Sygdomshistorie (endokrinologisk/i de kvindelige kønsorganer) (f.eks. endometriose/PCO(S))
<i>Begrebsafklaring</i>	Vi vil i dette interview have fokus på hormonel præventions (HP's) evt. effekt på din seksualitet set i et bio-psyko-socialt perspektiv. Vi ser seksualitet på en måde, hvor disse tre faktorer er tæt forbundne og konstant i vekselvirkning (kom med eksempel herpå). Vi vil, når vi taler om én, der har rådgivet dig om HP, benævne vedkommende som “en sundhedsprofessionel”, dette kan altså f.eks. have været din praktiserende læge, en sygeplejerske, jordemoder el. lign. Når vi i interviewet evt. bruger ordet bivirkning, vil vi mene det betyder en “utilsigtet virkning”, det kan altså både opleves som subjektivt negativt eller positivt, men er blot en ikke-tilsigtet virkning af et lægemiddel.

Tematikker	Interviewspørgsmål
-------------------	---------------------------

<i>Valg af hormonal prævention (HP)</i>	Hvad er dine erfaringer med hormonal prævention - hvilke metoder, varighed af brug? Alder ved opstart? Hvad var/er din primære grund til at anvende hormonal prævention? (<i>beskyttelse mod uønsket graviditet, parforhold, for nemheds skyld, pga. fysiske aspekter, smertefulde menstruationer, svær PMS, akne, endometriose osv.</i>) Var der nogle der påvirkede dig i dit valg om HP? Af hvem/hvor fik du vejledning og information inden opstart af HP? Hvordan har du oplevet den sundhedsprofessionelles vejledning ift. seksuelle bivirkninger?
--	--

<i>Effekt på seksualitet</i>	Hvilken betydning har seksualitet for dig? Hvad var/er din oplevelse ved at bruge hormonel prævention? Hvilken indflydelse havde brugen af HP på din seksualitet? Hvilke konkrete bivirkninger har du oplevet ved brug af HP? - har du oplevet at bivirkningerne har ændret sig over tid? Kan der være andre faktorer i dit liv, der sideløbende kan have påvirket eventuelle bivirkninger ved HP? <i>(Problemer i parforhold, stress, andre eksempler)</i>
<i>Ophør/brug af HP</i>	Hvis du er ophørt med en HP metode, hvorfor gjorde du det? Var der noget du oplevede ændrede sig, da du ophørte på HP? Hvis du er på HP nu, kan du uddybe hvorfor?
<i>Afrunding</i>	Jeg har ikke flere spørgsmål. Er der andet, du har lyst til at sige eller spørge om, før vi afslutter interviewet?