



”Jämställdhet är ... en alldeles för stor fråga”

Barnmorskors uppfattningar om unga mäns ansvarstagande, delaktighet och möjlighet till råd och stöd, vid oönskade eller oplanerade graviditeter.

Mirjam Abrahamsson & Helena Furufalk

VT 2016

Självständigt arbete med inriktning mot sexuell och reproduktiv hälsa

Examensarbete 15 hp

Barnmorskeprogrammet 90 hp

Handledare: Monica Christianson

”Jämställdhet är... en alldeles för stor fråga”

- Barnmorskors uppfattningar om unga mäns ansvarstagande, delaktighet och möjlighet till råd och stöd, vid önskade eller oplanerade graviditeter.

Helena Furufalk & Mirjam Abrahamsson

Umeå Universitet

Institutionen för Omvårdnad

Abstrakt

Syftet: med studien var att undersöka barnmorskors uppfattningar om unga mäns ansvarstagande och delaktighet vid önskade eller oplanerade graviditeter samt deras föreställningar om stöd riktat till män ur ett jämställdhetsperspektiv.

Metod: Semistrukturerade intervjuer med sju barnmorskor i norra Sverige. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys och kritiskt teori perspektiv. Analysen resulterade i elva subkategorier, fyra kategorier och ett övergripande tema.

Resultat: Den första kategorin, *De exkluderade unga männen*: visar barnmorskors inställning rörande att unga kvinnor, samhället och sexuell och reproduktiv- hälsovård tenderade att utestänga unga män när det handlar om mäns frågor. *Det är en kvinnovärld*: Barnmorskorna såg att deras primära arbete handlade om kvinnorna, där graviditet och preventivmedel överlag var en kvinnosak som bara kvinnor bestämde över. *Unga män handlar efter samhällets maskulinitetsnormer*: De unga männen uppfattades sällan söka stöd och hjälp kring sin reproduktiva och sexuella hälsa och uppfattades ofta ha ett omoget förhållningssätt till sex. *Lång väg kvar innan den sexuella och reproduktiva hälsan är jämställd*: Sexualundervisning till unga män skedde i stora grupper och fokuserade ofta på fel saker enligt barnmorskorna. Sexualundervisning borde starta tidigt och gärna med stöd av föräldrar. Barnmorskorna ägde den kunskap de unga männen behövde men delade inte med sig av den rutinmässigt. Temat *Jämställt reproduktionsansvar ingen verklighet i praktiken* inkluderar samtliga kategorier.

Slutsats: Unga män ses som viktiga i teorin men inte i praktiken. De unga männen upplevs frånvarande vid oplanerade graviditeter. Med sin stora kunskap inom sexuell och reproduktiv hälsa ses dock barnmorskorna som idealiska i arbetet med denna grupp.

Nyckelord: Barnmorska, unga män, oplanerade graviditeter, stöd, sexuell och reproduktiv hälsa, jämställdhet, kritisk teori.

Uppsatsen är utformad enligt tidskriften Sexual and Reproductive HealthCare.

”Equality is... a way too large a question”

-Midwives perceptions about the responsibility, participation and the opportunity for counseling and support of young men, in case of unwanted and unplanned pregnancies.

Helena Furufalk & Mirjam Abrahamsson

Umeå University

Department of Nursing

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate midwives perceptions about young men’s responsibility and participation in case of unwanted and unplanned pregnancies and their ideas of support aimed at men, from an equality standpoint.

Design: Semi-structured interviews with seven midwives in the north of Sweden. The interviews were analyzed with a qualitative content-analysis and from a Critical theory-perspective. It resulted in eleven sub-categories, four categories and one theme.

Result: Four categories as follows, *The excluded young men*, shows midwives attitudes regarding that young women, the society and sexual and reproductive healthcare tends to exclude young men when it comes to men’s issues. *It is a woman’s world:* The midwives saw that their primary work was all about the women, where pregnancy and contraceptives overall was a woman’s matter, in which only women made the decisions. *Young men acts according to the masculinity norms of the society:* The young men were perceived as rarely looking for support and help with their reproductive and sexual health and were often perceived as having an immature approach to sex. *Long way until the sexual and reproductive health is equal:* Sex education for young men took place in large groups and was - according to the midwives, often focusing on the wrong things. Sex education needs to start early on and preferably with the support of parents. The midwives had the knowledge requested by young men, but were not routinely sharing it. The theme: *Equal responsibility for reproduction no reality in practice* includes all categories.

Conclusion: Young men are considered important in theory but not in practice. The young men are perceived as absent from unplanned pregnancies. With their great knowledge within sexual and reproductive healthcare, midwives are considered ideal working with this group.

Keywords: Midwife, young men, unplanned pregnancies, support, sexual and reproductive health, equality, critical theory

The paper is adapted to the journal: Sexual and Reproductive HealthCare

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Jämställdhet som teoretisk utgångspunkt	4
Syfte.....	5
Metod	6
Kritisk teori	6
Deltagare	7
Material	7
Procedur, datainsamling	8
Analys.....	8
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Tema: Jämställt reproduktionsansvar, ingen verklighet i praktiken	11
De exkluderade unga männen	11
Det är en kvinnovärld.....	13
Unga män agerar i enlighet med samhällets maskulinitetsnormer	15
Lång väg kvar innan den sexuella och reproduktiva hälsan är jämställd	18
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	25
Slutsats.....	27
Kliniska implikationer.....	28
Acknowledgement	28

Referenser	29
Bilaga 1, Informationsbrev	
Bilaga 2, Intervjuguide	
Bilaga 3, Barnmorskornas återkoppling	

Inledning

Under hösten 2015 gjorde vi praktik på ungdomsmottagningar under några dagar, på två orter i norra Sverige. Under vår tid där fick vi höra att barnmorskor upplevde att det var ett problem med unga män som var inblandade i oplanerade graviditeter. Det framkom åsikter kring att unga män inte tog ansvar för det som de ”ställt till med”, det vill säga att kvinnorna fick ta allt ansvar för den oplanerade graviditeten; den unga kvinnan fick själv gå igenom beslutsfattandet av graviditet eller abort och de unga männen kunde välja att vara delaktiga eller inte. Det framkom även att barnmorskor kände en frustration över att ansvaret för preventivmedel i hög grad ligger på unga kvinnor och att det många gånger är svårt för unga kvinnor att ställa krav på sina partners att använda kondom vid samlag. Utifrån detta började vi fundera på hur barnmorskor ser på unga män som är inblandade i oplanerade graviditeter och vi kom även att börja begrunda kring att detta fenomen som är en jämställdhetsfråga inte adresserats i någon vidare utsträckning i samhället. Det väckte vår nyfikenhet, vi ville veta mer och genom detta förhoppningsvis bidra till en reflektion och kunskapsökning inom detta utforskade fält.

Bakgrund

Sverige har en lång tradition av sexualundervisning i skolan, vars ursprung bottnar i folkhälsoarbetet kring både sexualitetens positiva och negativa aspekter [1]. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för barnmorskor [2] är ett av tre huvudområden barnmorskans arbete för sexuell och reproduktiv hälsa. I detta område ingår sexualitet och samlevnad i ett genus- och livscykelperspektiv, information och undervisning om sexualitet och samlevnad i ett livscykelperspektiv och arbete hälsofrämjande på individ-, grupp- och samhällsnivå och idag deltar också barnmorskor i stor utsträckning i skolans sexualundervisning. De allra flesta ungdomar har frågor om kroppsutveckling, identitet och sexualitet. Därför ingår sexualundervisningen i läroplanen redan i grundskolan och eleverna får möjlighet att reflektera över sina värderingar och tankar gällande sexualitet, samtidigt som vikten av säkert sex och sexuellt ansvar betonas. Undervisningen har dock kritiserats för att vara heteronormativ, vilket innebär att den anses förmedla en schablonmässig bild av hur män och kvinnor förväntas bete sig, vad gäller sexuellt beteende och lust, till exempel att kvinnor anses vara mer styrda av kärlek och relationer, medan män styrs av sina drifter [1]. Unga kvinnor söker råd om preventivmedel, sexuellt överförbara infektioner (STI) och fysiologin bakom graviditeten i sexualundervisningen, medan unga män tenderar att fokusera mer på den sexuella relationen

och hur sex fungerar i praktiken. De unga männens behov i sexualundervisningen verkar vara rotad i en traditionell maskulin kultur där män förväntas vara starka, osårbara och sexuellt omätliga, vilket leder till att män inte söker vård eller ägnar sig åt hälsobefrämjande aktiviteter i samma utsträckning som kvinnor [3]. Detta bottnar i en så kallad hegemonisk kultur, det vill säga idéer om mäns makt och överlägsenhet mot kvinnor, mäns dominans – att män är starkare än kvinnor och att det är omanligt att söka vård [4]. Elmerstig et al. [5] tar i sin studie upp hur unga män gärna stoltserar inför andra unga män om sina sexuella erövringar i enlighet med stereotypa maskulinitets ideal. Tillika ifrågasätter hon om prevention mot STI och graviditet glöms bort när den unga mannen utifrån normerna istället fokuserar på den egna sexuella prestationen. I en amerikansk studie av Berglas et al. [6] genomförd i låginkomstområden i Los Angeles, med primärt latinamerikanska och afroamerikanska ungdomar, där syftet var att undersöka attityder och perspektiv på jämställdhet och sexuella rättigheter och intima relationer, indikerar att unga män socialiseras in i en maskulinitetsnorm av både samhälle och föräldrar. Det innebär att de förväntas vara dominanta, inte ge uttryck för känslor, ”alltid vilja ha sex” även om så inte är fallet och att underlåta att skydda sig vid sex, eftersom de annars kan få sin manlighet ifrågasatt. Marcell, Raine och Eyre [7] undersökte unga mäns syn på sexuell och reproduktiv hälsa, som ett led i att utveckla interventioner för att främja unga mäns ansvarstagande. Genom intervjuer med fokusgrupper framkom teman som maskulinitet, livs- och hälsoaspekter, relationer, graviditet och benägenhet att söka hälso-och sjukvård. Studien bekräftade att unga mäns syn på mansrollen förknippas med styrka, såväl mental som fysisk, ”att vara en man” - det vill säga att ha sex, slåss och ha en flickvän. Det framkom även att det var svårt att söka hjälp hos hälso-och sjukvård, eftersom män i högre grad ville ”ta hand om sina problem” ensamma – utan inblandning av andra [7].

Häggström-Nordin et al. [8] pekar på att nationellt sett i Sverige, ses minskade klyftor mellan flickor och pojkar. Åldern för sexdebuten är så gott som densamma men kan skilja sig mellan ungdomar i olika typer av gymnasieprogram och även med skillnad i benägenhet att utsätta sig för risker så som samlag utan kondom [8]. Samlagsdebuten sker oftast med en flicka som pojken känner, men som han inte nödvändigtvis har en kärleksrelation med. Anledningar till att ha samlag uttrycks som: motivation att förlora oskulden, ”alla andra har ju gjort det” och ökad status [9].

Studier visar att unga män som grupp har generellt sämre kunskaper än unga kvinnor kring sexualfrågor. Unga män med lägre utbildningsnivå får mindre stöd hemifrån av föräldrar, har mindre sexualkunskap och utsätter sig för mer risker i sin livsföring såsom oskyddat sex,

alkohol, droger och nikotinanvändning jämfört unga män med högre utbildning. Det har även visat sig att ovanstående faktorer – tillsammans med arbetslöshet, långtidssjukskrivning och att ha varit utsatt för psykisk, fysiskt eller sexuellt våld, var vanligt förekommande riskfaktorer bland unga män som varit inblandade i fler än en abort. [10, 11, 12].

En brasiliansk studie av ungdomars utbildningsnivå kontra ett ”ärfeligt” mönster av graviditet inom familjen, det vill säga att deras egen mor fått barn som ung [13] – konstaterar att ungdomars utbildningsnivå har ett starkt samband med förekomsten och utfallet av tonårsgraviditeter. För ungdomar med låg utbildningsnivå finns en ökad risk för att bli inblandade i oplanerade graviditeter och dessa ungdomar väljer också att fullfölja graviditeter i högre utsträckning än ungdomar med högre utbildning. Vidare förekommer också en högre frekvens av tonårsgraviditeter bland unga från lägre socialgrupper, som tidigt får ta ansvar i hemmet, som börjar arbeta innan 20 års ålder och de vars föräldrar separerat [13].

Tsutsumi et al. [14] bekräftar att det finns ett starkt samband mellan sexuella övergrepp, droganvändning, brottslighet, psykiskt välbefinnande och sexuellt riskbeteende hos både unga män och kvinnor, såsom tidig sexdebut, underlåtenhet, att använda preventivmedel och att ha många sexpartners. Å andra sidan ses i en studie av Wulff och Lalos [15] att kondomanvändning ökade om samlaget skedde under inverkan av alkohol. Utifrån vad forskningen visat kan det alltså antas att unga män, involverade i oplanerad graviditet, löper högre risk hälsomässigt, än andra i samma ålder: de riskerar att smittas av könssjukdomar i högre utsträckning, löper högre risk att begå självmord och har oftare varit utsatta för sexuella övergrepp än andra jämnåriga [12]. Därför kan det vara rimligt att anta att det stöd unga män behöver i samband med oplanerad graviditet, kan vara ganska komplext och handla om fler saker än enbart graviditeten i sig. I en australiensisk studie av Wilkes, Mannix och Jackson [16], på unga män inblandade i graviditeter och deras upplevelser och förväntningar inför att bli pappa, framkom det att de generellt kände sig dåligt förberedda på föräldraskapet. Trots att de var beredda på att ta sitt ansvar och vara delaktiga, kände de flesta blandade känslor – både chock, rädsla men också upphetsning inför att bli pappor. De hade önskat mer utbildning och stöd av samhället - i såväl sex och samlevnad, som barnavård. Enligt Anglely et al. [17] finns ett starkt samband mellan sociala stödinsatser under graviditet och upplevelsen av ett förbättrat föräldraskap hos unga. De nämner också vikten av att erbjuda unga pappor socialt stöd, då det visade sig ha stor betydelse för fädernas syn på sig själva som kompetenta föräldrar, att de allt som oftast är en bortglömd grupp när det gäller stödinsatser och att de ofta känner sig dåligt förberedda på föräldraskapet. Genom att stötta och hjälpa unga, blivande föräldrar socialt och med familjerelationer, kunde

risk för depression efter förlossningen, låg självkänsla och dåligt utvecklat föräldraskap -hos både män och kvinnor förebyggas [17].

Jämställdhet som teoretisk utgångspunkt

Jämlikhet mellan människor är att utgå från att alla har samma skyldigheter, rättigheter och att alla ska ha ett lika värde oavsett kön, etnicitet, ålder, hudfärg, klass, sexuell identitet etcetera. I folkmun syftar jämställdhet på jämlikhet mellan könen, men kan även ingripa klass, etnicitet, sexuell identitet etcetera. Innebörden av detta är att alla ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter. Jämställdhet är således politiskt och utgör ett av många mål inom politiken [18]. Målsättningen för den nuvarande regeringens jämställdhetspolitiska arbete är att Sverige ska sträva efter att män och kvinnor ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv och att kvinnor och män ges samma villkor [19]. Det kvalitativa jämställdhetsperspektivet avser granska de stereotypa föreställningar som finns omkring könen, hur samhällsföreställningarna formar oss till de vi är genom hur vi förväntas vara och tänka och hur det påverkar våra val [18]. Skev jämställdhet påverkar i allra högsta grad hur ungdomar skapar sin sexuella identitet där normer i samhället skapar förväntningar på det maskulina kontra det feminina beteendet [20]. När det gäller sexuell och reproduktiv hälsa, har kvinnor ett uppenbart försprång gentemot män, genom att det finns lagar som reglerar kvinnors rätt till sina kroppar [21] men också en tradition och förväntan att kvinnorna tar huvudansvar för reproduktiva frågor [22]. Det innebär att kvinnor har tillgång till rådgivning och stöd i sexuella och reproduktiva frågor i hög utsträckning, från det de kommer in i puberteten och börjar vara sexuellt aktiva och därefter genom hela livet, via ungdomsmottagningar, mödrahälsovård och gynekologiska mottagningar. Män har inte samma tillgång till den typen av rådgivning, annat än under ungdomen med ungdomsmottagningarna och traditioner och förväntningar i samhället gör att de inte heller söker denna typ av hälso-och sjukvård i samma utsträckning [7]. Vi kan tycka att eftersom män – ur ett sociokulturellt perspektiv, inte förväntas ta samma ansvar, läggs heller inte lika stor vikt vid deras ansvar för sin egen reproduktion och sexuella hälsa, som för kvinnor. Det – enligt vår mening, gör att ansvaret för den gemensamma sexuella och reproduktiva hälsan blir snedvriden, det vill säga kvinnors huvudansvar betonas och männen negligeras. Utfallet av vaginalt samlag är för unga kvinnor en större risk än för männen och därför är det viktigt att unga kvinnor har kontroll över sitt eget preventivmedel och de sexuella aktiviteter som de deltar i [20]. Däremot så ska det inte förväntas att det bara är kvinnans ansvar att tillhandahålla preventivmedel. Även

unga män måste ta ansvar över sin sexuella hälsa, trots att detta kan skapa konflikter i de normativa samhällets föreställningar om mäns sexualitet [20].

Samtalsbehovet vid oplanerade graviditeter ses lika stort hos män som hos kvinnor. De unga männen kan känna chock, ambivalens inför partnerns abort, oro för flickvännen och känna en önskan att få vara mer involverad [23]. Många unga män får dock inte möjlighet att prata om sex och samlevnadsfrågor alls. Enligt Häggström-Nordin et al [8] så hade bara 18 % av de unga männen mödrar pratat om sex med dem tillika 8 % för papporna. Enligt Wilkes et al. [16] ses barnmorskor som ett idealt stöd till unga män som är inblandade i oplanerade graviditeter eftersom barnmorskan – genom sitt yrkesområde, har verktygen att stärka dem i den kommande rollen som unga pappor [16].

Utifrån den forskning som finns, väcks frågan om unga män har samma tillgång till råd och stöd som unga kvinnor när det gäller oplanerade graviditeter oavsett graviditetsutfall, det vill säga om graviditeten fullföljs eller avbryts? Dessutom kan man undra om det stöd som finns tillgängligt är utformat utifrån den problematik som ofta är kopplad till unga män och oplanerad graviditet, samt verkligen tillmötesgår de behov som dessa unga män faktiskt har? Enligt Abortlagen [21] finns en skyldighet hos hälso- och sjukvården att tillhandahålla rådgivning och stöd till unga kvinnor som blir oplanerat gravida, men de unga männen i samma situation står inte omnämnda.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka barnmorskors uppfattningar om unga mäns ansvarstagande och delaktighet vid oönskade eller oplanerade graviditeter, samt deras erfarenheter av stödjande insatser riktat till män ur ett jämställdhetsperspektiv.

Metod

Kvalitativ metod valdes för att på en djupare nivå kunna beskriva barnmorskors egna tankar om arbetet med unga män, samt barnmorskornas tankar om den eventuella frånvaron av unga män vid ungdomsgraviditeter. Vår önskan var att fånga in en mindre grupp barnmorskors sanningar och verkligheter om unga mäns sexuella och reproduktiva hälsa. Genom intervjuer ville vi få fram barnmorskornas egna reflektioner, för att med kvalitativ metod kunna fånga en djupare förståelse utifrån de enskilda erfarenheterna som samlades in. Det belysta fenomenet kunde beröras från många olika infallsvinklar. Varje individ skapar sin egen sanning där verkligheten är sammansatt av oändligt med erfarenheter enligt Polit & Beck [24].

Kritisk teori

I Kinchelore och McLaren's [25] bok informeras hur kritisk teori utvecklades framförallt inom sociologi i Frankfurt under 1930-talet av Horkheimer, M, Adorno, T och Marcuse, H. I skuggan av första världskriget med den utsatta politiska status som rådde fokuserade de på orättvisorna och det förtryckande samhället. I nutid har kritisk teori utvecklats till att fokusera på hur samhällets förändringar och dess påverkan på individens självbild ur ett historisk och socialt perspektiv, interagerar i samklang med varandra i större utsträckning än vad forskning tidigare har kunnat påvisa [25]. Under senare år har metoden även använts inom omvårdnadsforskning för att kunskapsutveckling inom fältet skulle kunna ske [26]. Metodens användbarhet inom barnmorskeforskning tenderar att vara relativt osynlig men borde vara användbar för att belysa frågor om mäns och kvinnors jämställdhet inom området sexuell och reproduktiv hälsa. Kritisk teori har visat sig vara användbart i forskning som rör jämställdhet och jämlikhet, genom ett grundläggande ifrågasättande av normer, hierarkier och politiska agendor. Dock är metoden stundtals kontroversiell eftersom den ofta leder till motsägande resultat, i förhållande till de synsätt som dominerar. Anledningen till detta tycks vara att den tvingar fram ett förändrat tankemönster som kan vara främmande och svårt att ta till sig, eftersom det då också innebär att strukturer och orättvisor som inte är önskvärda att se, erkänns [27]. Enligt Polit och Beck [28] lämpar sig kritisk teori för denna typ av forskningsanalys, där forskaren ur ett samhällskritiskt perspektiv söker möjligheter till förändring av förtryckande och ojämlika strukturer. Målet med metoden är att göra deltagaren medveten om sina tankar och föreställningar och att uppmuntra till självreflektion och förändring. När studien byggs upp analyseras och kritiseras olika aspekter av problemet där deltagaren genom sina erfarenheter

ger utrymme för multipla perspektiv och därmed en mängd tolkningar. Enligt Jung [28] skall de bakomliggande orsakerna till fenomenet belysas och lyftas fram. Metoden är användbar för att studera de förutsättningar som ligger till grund för att ett visst fenomen existerar. Den metodologiska ansatsen innebär att vi analyserade hur barnmorskor uppfattade unga män och deras delaktighet och ansvar i samband med oplanerad graviditet.

Deltagare

För att få fram relevant data så intervjuades barnmorskor på ungdomsmottagningar och barnmorskemottagningar i norra Sverige. Inklusionskriterier var att informanten skulle arbeta som barnmorska på ungdomsmottagning, barnmorskemottagning eller kvinnoklinik. Barnmorskorna skulle ha insyn i arbetet med unga män och oplanerade graviditeter. De barnmorskor som inkluderades i studien hade arbetat i verksamheten mellan 3 – 19 år. Via e-post skickades informationsbrev (se bilaga 1) ut till tolv ungdomsmottagningar samt en barnmorskemottagning och en kvinnoklinik i norra Sverige. Verksamhetscheferna på de olika enheterna informerades om studien genom att de också fick ett informationsbrev. De barnmorskor som önskade delta i studien uppmanades kontakta författarna på mejl eller telefon. Tre ungdomsmottagningar svarade varken på mejl eller telefonsamtal trots påminnelse. Fyra ungdomsmottagningar avböjde deltagande. Barnmorskor på fyra ungdomsmottagningar valde att delta, samt en barnmorska på kvinnoklinik. På en barnmorskemottagning tackade fyra barnmorskor nej och en ja och på en annan svarade en barnmorska ja. Sammanlagt gav det ett deltagande på sju barnmorskor. Skäl att inte delta i studien angavs bero på: otillräcklig insyn i ämnet, tidsbrist och i vissa fall vet vi inte då barnmorskan inte svarade.

Material

Intervjuguiden utarbetades gemensamt av författarna (se bilaga 2). I början av intervjuerna ställdes fyra bakgrundsfrågor för att få en uppfattning om informantens arbetslivserfarenhet och kompetens i ämnet, samt om mottagningen som barnmorskan arbetade på. Därefter följde nio öppna intervjufrågor som skulle belysa syftet i studien. Frågorna berörde: Barnmorskans syn på unga män och oplanerad graviditet, besöksfrekvens av män, svårigheter och möjligheter i att nå män samt syn på jämställdhet.

Procedur, datainsamling

Semistrukturerade intervjuer användes så att informanterna fick friheten att prata runt deras egna erfarenheter inom området unga mäns sexuella och reproduktiva hälsa. Sex informanter intervjuades på sina arbetsplatser i samband med ett personligt möte med någon av oss författare och en intervju skedde genom telefonsamtal. Valet att utföra en telefonintervju berodde på stort avstånd mellan intervjuare och informant. Varje intervju tog i snitt femton till trettio minuter. Intervjuerna spelades in med ljudupptagning och transkriberades ordagrant av författarna. Inget exkluderades under transkriberingen. Sinnesyttringar och pauser inkluderades i transkriberingen, detta för att få fram nyanser i intervjuerna [28]. Informanterna informerades om att de skulle komma att kontaktas igen i ett uppföljande samtal och att detta skulle ske när den preliminära analysen var genomförd. Samtliga informanter gav sitt samtycke till det och alla kontaktades igen då resultatet var färdigt och skickades ut via e-post för återkoppling.

Analys

De transkriberade texterna lästes flertalet gånger för att sammanhang skulle växa fram. Istället för att få fram varför fenomenet existerar och ter sig som det gör valde vi att utgå ifrån ett kritiskt teoriperspektiv där vi fokuserade på vilka förutsättningar som låg till grund för varför fenomenet är på ett visst sätt [29]. På så vis kunde vi få en förståelse för hur bakgrundsfaktorer som exempelvis barnmorskors syn på unga män, unga mäns beteende och så vidare, spelade in i förandet av fenomenet. Eftersom det var svårt att hitta artiklar som beskrev hur metoden skulle användas stegvis under den konkreta analysfasen så utgick vi från innehållsanalys för att få fram subkategorier, kategorier och slutligen ett tema [30]. Den kritiska vinklingen i kritisk teori användes i analysprocessen för att problematisera jämställdhetsaspekterna. Genom att läsa texterna flera gånger växte domäner fram som i sin tur omvandlades till meningsenheter. Meningsenheterna kondenserades till koder där själva kärnan bibehölls, och abstraherades för att sedan generera subkategorier och kategorier [30] (se tabell 2). Genom de kategorier som uppkom kunde vi få en djupare förståelse av bakgrunden till fenomenets konstruktion [29]. Utifrån de kategorierna som hade växt fram tolkade vi att den övergripande meningen var att jämställt reproduktionsansvar, inte var någon verklighet i praktiken. Detta fick således bli vårt övergripande tema ”*Jämställt reproduktionsansvar, ingen verklighet i praktiken*”.

Tabell 1. Exempel i analysprocessen

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
”dom tycker inte att det är deras sak, dom har inte varit delaktiga i beslutet att bli pappa”	Tycker inte det är deras sak... har inte fått vara delaktiga i beslut.	Ovilliga att ta ansvar.	Vid oplanerade graviditeter är de unga männen osynliga.	Det är en kvinnovärld.
”lite är det ju så att tjejerna får ju allt i alla fall... dom har ju sin givna plats här”	Tjejer får allt... given plats.	Kvinnors behov prioriteras.	Barnmorskorna fokuserar på de unga kvinnorna.	Det är en kvinnovärld.
”På [ungdomsmottagningen] det kan vara lika mycket vårdpersonalen och unga tjejer som inte vill, inte välkomnar dom [killarna] riktigt på samma sätt. Vad ska dom göra?”	Både vårdpersonal och tjejerna kanske inte vill välkomna killarna.	Unga män utestängs.	Omgivningen tenderar att stänga de unga männen ute.	De exkluderade unga männen.

Etiska överväganden

Barnmorskan arbetar utifrån offentlighets - och sekretesslagen [31] med innebörd av tystnadsplikt jämt mot den enskilda individen. Barnmorskornas åsikter byggdes därför på helheten av deras erfarenheter och upplevelser. På så vis blev aldrig någon av de ungdomar barnmorskorna träffat offentliggjorda. Barnmorskorna tillfrågades om studiedeltagande via mejl. Deltagandet var frivilligt, samtycke att delta i studien var av högsta vikt och val att avbryta studiedeltagande kunde göras när som helst under arbetets gång. Barnmorskornas arbetsplatser samt personidentiteter hölls konfidentiella. De ljudinspelade intervjuerna har hanterats i enlighet med hantering av datamaterial och har från inspelningsapparaturen raderats efter att ljudfilerna överförts till dator. På så vis har vi minimerat risken att obehöriga fått tillgång till intervjuerna [32]. Vid transkribering av data har alla namn och kliniker avidentifierats för att hålla materialet konfidentiellt. Enbart författarna och handledaren har haft tillgång till intervjumaterialet. I val av plats och tid fick barnmorskorna bestämma när intervjuerna skulle ske. På så sätt ökade vi känslan av kontroll och trygghet hos informanterna. I samband med intervjun hade alla informanter blivit informerade om att uppföljning skulle ske och att vi skulle

ta kontakt med dem, för att följa upp datatolkningen. De påpekanden som barnmorskorna gjorde avseende resultatet, togs i beaktande och det gjordes ändringar i texten där det ansågs befogat.

Vi har således agerat i enlighet med Helsingforsdeklarationen [33] genom att vidta åtgärder för att undvika att någon skulle komma till skada. Detta har vi gjort genom en noggrann genomgång av potentiella risker, men också nyttor med vårt arbete. Vi har därigenom försökt minimera eventuella risker för obehag hos de barnmorskor vi intervjuat, genom att låta dem få god förhandsinformation samt låta dem bestämma villkor för tid och plats för intervjuerna. Den risk vi fann med vårt arbete var att barnmorskorna kanske skulle kunna känna sig obekväma med våra frågor, särskilt om de upplevde att deras erfarenheter var ringa eller obefintliga. Majoriteten av de intervjuade barnmorskorna hade dock värdefulla erfarenheter som vi fick ta del av. Eftersom vi är barnmorskestudenter och de var barnmorskor torde maktobalansen mellan intervjuare och informant vara försumbar. Däremot tyckte vi att nyttan med att belysa ämnet – framförallt för de unga männen det handlar om, var stor.

Resultat

I detta avsnitt presenteras resultatet som består av ett huvudtema ”*Jämställt reproduktionsansvar, ingen verklighet i praktiken*” och fyra kategorier som i sin tur är uppbyggda av elva subkategorier, se tabell 2. Dessa kommer att presenteras i kronologisk ordning utifrån tabellen. Resultatet kommer även att innehålla ordagranna citat från barnmorskorna.

Tabell 2. Resultat. Subkategorier, kategorier & Tema

Subkategorier	Kategorier	Tema
<ul style="list-style-type: none"> • Unga män tenderar att utestängas • Barnmorskans rotade föreställningar om unga män. • De unga männen får ju komma om de vill. 	De exkluderade unga männen.	
<ul style="list-style-type: none"> • De unga kvinnorna bestämmer • Barnmorskorna fokuserar på kvinnorna. • De unga männen är osynliga. 	Det är en kvinnovärld.	
<ul style="list-style-type: none"> • Unga män söker inte stöd. • Unga mäns omogna förhållningssätt till sex. 	Unga män agerar i enlighet med	

<ul style="list-style-type: none"> • Parrelation och livserfarenhet underlättar ansvarstagande. 	samhällets maskulinitetsnormer.	Jämställt reproduktionsansvar,
<ul style="list-style-type: none"> • Unga mäns sexualundervisning är otillräcklig. • Unga män har ett stort behov av stöd 	Lång väg kvar innan den sexuella och reproduktiva hälsan är jämställd.	ingen verklighet i praktiken.

Tema: Jämställt reproduktionsansvar, ingen verklighet i praktiken.

I samtliga intervjuer var det tydligt att ungdomshälsa och graviditeter primärt handlade om de unga kvinnorna. De unga kvinnorna ordnade med preventivmedel, ägde graviditeten och det var hennes val att fullfölja eller avsluta graviditeten och besluta huruvida hon önskade involvera den unge mannen eller inte. De unga männen uteslöts, ofta på ett omedvetet sätt, utifrån tankar och normer om unga män. Otillräcklig seksualkunskap bidrog till att unga män hade dålig kunskap om eget ansvarstagande i sexuella frågor.

De exkluderade unga männen

Unga män tenderar att utestängas

Gemensamt för de barnmorskor vi intervjuade var, att de hade en erfarenhet av att unga kvinnor sökte vården själva i samband med graviditet. Många gånger fanns det ingen partner och ibland ville den unga kvinnan inte att mannen skulle veta att hon var gravid. En barnmorska sade: 7

”För det är ju jättevanligt, det har jag många gånger frågat tjejen om att ”men känner du killen?” ”ja, jo, men, eh, jo men det” ”vet han om det” ”nä, jag tror inte jag ska säga nått, det är som onödigt”. Vad ska man då, dom har inte ens fått veta”

Även barnmorskorna kände att de omedvetet kunde agera mindre välkomnande mot unga män än mot unga kvinnor. En barnmorska påpekade att unga kvinnor alltid erbjuds kuratorskontakt i samband med abort. Detta var dock ingenting som erbjöds de unga männen såvida de inte bjöds med via den gravida kvinnan. Återkommande var hur barnmorskorna såg att unga mäns situation inte diskuterades i tillräcklig utsträckning och fick det fokus i arbetet som det borde. Vissa barnmorskor pekade på att det råder en utestängande kultur mot unga män som är inblandade i oplanerade graviditeter, som en av dem uttryckte det:

”Ja det är utanförskapet. Jag tänker att vi i vården ... jag tycker det finns en kultur hos barnmorskor ... det här ... att man tänker att killarna måste ta mer ansvar och dom finns inte ... närvarande ... Det är sant många gånger. Men det är stor skillnad när man är på mödravården. För man ser att ... då är man ett par”

Barnmorskors rotade föreställningar om unga män

Enligt barnmorskornas uppfattningar växte de unga gravida kvinnorna in i rollen som blivande föräldrar allt eftersom graviditeten fortlöpte. Återkommande såg de å andra sidan hur unga män hade svårt att acklimatisera sig till det nya livet: svårighet med att mogna med det nya ansvaret, släppa den livsstil de hade haft som fria ungdomar och generellt svårt att bryta mönster och attityder. En barnmorska menade, gällande personlig utveckling under graviditeten:

”Där kanske den blivande pappan mognar något ... mindre ... Lite på efterkälken redan från början.

Alla barnmorskorna upplevde att unga män inblandade i graviditeter var olika, hade olika uppväxter och att det inte fanns några särskilda särdrag hos dem. Samtidigt nämndes att de unga männen kunde upplevas orädda och spontana. Både faktorer som att unga män var okomplicerade och komplicerade framkom.

De unga männen får ju komma om de vill

Något som samtliga barnmorskor uttryckte, var en vilja att ta emot unga män på sina mottagningar och de menade att unga män var välkomna om de själva önskade. På några mottagningar hade det genomförts förändringar för att få unga män att komma i högre utsträckning än de gjorde, exempelvis att män anställdes för att ta hand om unga män, eller att en skolsköterska på mottagningen hade fokus på unga män specifikt. Det kunde också handla om att öka utrymmet för mottagande av unga män, genom att förändra upplägget på mottagningarnas arbete och därigenom frigöra tid:

”alltså vi har ju fokus på att ... få hit killarna ... dom [tjejerna] får inte söka för prevfrågor på öppenmottagningstid... .. nu har vi ju [plats] för killarna. Vi har även vikt onsdagseftermiddagarna bara för provtagning ... inte ens gravtester ... bara ... för provtagning och ... där kommer också mer killar.”

Barnmorskorna menade att de gärna skulle ge unga män stöd i samband med oplanerade graviditeter genom att försöka bjuda in även dem till rådgivningssamtal. De försökte också förmedla att unga män var välkomna att delta vid besök på mottagningen så länge kvinnorna accepterade det. Några barnmorskor såg denna strategi som ett sätt att göra det mer jämställt. Däremot upplevde barnmorskor att unga män inte sökte för råd och stöd de gånger de kom till mottagningen, utan snarare handlade det om fysiska besvär eller frågeställningar som dom ville åtgärda där och då. De gånger de unga männen tog ansvar synliggjordes det inte alltid. På en del ungdomsmottagningar var det inte rutin att journalföra när unga män hämtade kondomer eller när dom kom i grupp via skolan för information.

Det är en kvinnovärld

De unga kvinnorna bestämmer

Samtliga barnmorskor ansåg att det var kvinnans kropp och därmed hennes rätt att få bestämma vad som skulle göras med graviditeten. Dock så nämndes det snedfördelade jämställdhetsperspektivet som preventivmedel utgör - att unga kvinnor kunde, om de ville bestämma över att bli gravid och om de unga männen då inte tog eget ansvar att använda kondom fick de skylla sig själv:

”Om hon nu behållit barnet, vet du om att du inte kunnat välja. ... Då hade du blivit pappa ... då hade du inte haft något val”

Återkommande åsikter var att det aldrig kommer att bli helt jämställt, utifrån abortlagen som ger kvinnor ensamrätt att fatta beslut om sina kroppar, vilket sågs som något positivt. Fanns en ung man med i bilden så erbjöd barnmorskorna alltid kvinnan att ta med honom vid samtal eller abortrådgivning. En barnmorska påpekade att hon tyckte det var viktigt att de unga männen skulle känna sig välkomna vid sådana här frågor, men att beslutet att ta med honom i slutänden var kvinnans. Ibland upplevde barnmorskorna att det blev ett dilemma när den ena parten ville göra abort och den andra inte ville det. En barnmorska sade:

”Ibland är det ju så att hon bestämmer över att bli gravid ... eller inte ... Att behålla graviditeten. ... då är ju inte det helt jämställt för killen som inte vill kanske. Å andra sidan kan hon ju göra en abort och killen inte vill det”

Barnmorskorna fokuserar på kvinnorna

De gånger barnmorskorna jobbade med unga män vid oplanerade graviditeter verkade det ofta röra sig om att agera samordnare och förmedla kontakter till andra instanser och till andra yrkeskategorier. Flera barnmorskor ansåg att deras jobb handlade mer om kvinnors hälsa:

”För mig är det inte så konstigt... Jag tycker ändå att min största arbetsuppgift handlar om ... att skriva ut p-piller, sätta in spiraler ... och det är så mycket tjejen”

Ingen av barnmorskorna hade några generella verktyg för att nå ut till de unga männen och få hade ens reflekterat över hur denna grupp skulle kunna nås. Den övergripande uppfattningen var att stöd runt ungdomsgraviditeter inte var jämställt. Detta utifrån att arbetet primärt handlade om kvinnans kropp. Dock så verkade den övergripande uppfattningen vara att det inte var ett problem.

De unga männen är osynliga

I samtal med samtliga barnmorskor framkom det ganska tydligt att de upplevde de unga männen som osynliga i samband med oplanerade graviditeter. Med termen *osynlig* avsågs att barnmorskorna nästan aldrig träffade de unga männen när deras flickvänner/ partners kom till mottagningarna för att göra graviditetstester, gå på graviditetskontroller och så vidare. De unga kvinnorna kom oftast ensamma eller tillsammans med vänner eller en förälder. I vissa fall hände det att barnmorskan hörde att den unga kvinnan kontaktade mannen efter ett besök och att det då kunde tänkas att han fanns i periferin, men barnmorskan själv träffade honom inte. En barnmorska menade att när den unge mannen inte ville bli pappa och var osams med kvinnan, följde han heller aldrig med till barnmorskan och involverade sig inte alls i graviditeten. En barnmorska menade:

”... dom är osynliga ... vill dom inte så vill dom inte ... det är jättesvårt att få med dom om dom inte vill då ser vi dom inte alls på MVC ... inte så mycket på BVC heller.”

Unga mäns egen benägenhet att själva söka rådgivning och stöd vid oplanerad graviditet, hade de allra flesta av de intervjuade barnmorskorna, liten eller ingen erfarenhet av. En av barnmorskorna talade om att det någon gång hänt att unga män, ibland i samband med besök för annat, kunnat nämna att de tidigare varit inblandade i en oplanerad graviditet månader eller år tidigare. Barnmorskorna uttryckte att de hade liten kunskap om hur unga män upplever oplanerade graviditeter och visste inte heller huruvida det fanns studier kring det. De allra flesta av barnmorskorna önskade att de visste mer om unga män och deras upplevelser än de gjorde.

Unga män agerar i enlighet med samhällets maskulinitetsnormer

Unga män söker inte stöd

Ett återkommande tema bland barnmorskorna var att unga män sällan söker sig till deras mottagningar för stöd och rådgivning. Flera av barnmorskorna tog upp att de faktiskt inte vet vart unga män vänder sig i de fall de behöver rådgivning och stöd, däremot hade de flera olika teorier, så som att de unga männen talade med flickvänner, kompisar, föräldrar etcetera. Unga mäns förmåga att undersöka sig själva angavs också vara en trolig anledning till att unga män inte söker hjälp av barnmorska. Det fanns också en uppfattning om att unga kvinnor hjälper de

unga männen att slippa komma till en mottagning för STI - test, genom att kvinnorna testar sig åt dem. Anledningen till detta angavs vara att unga män tycker att det är så pinsamt.

En barnmorska menade att det fanns ett samband med att unga män inte sökte stöd och att de traditionellt sett utelämnats från den sexuella och reproduktiva hälsosfären:

”... kanske killar som grupp ... historiskt ... varit lite exkluderade... att det är kvinnans sak... Killar har ju inte bara ansvar... dom har ju känslor också ... och att ... ge killarna rätt att ha känslorna då och ... komma hit eller på något ställe med dom känslorna... det tror jag är viktigt.”

Det framkom också teorier om att det har med könsroller och normer i samhället att göra. En barnmorska talade om könskonstruktioner och att hon trodde avsaknaden av unga män inom sexuella och reproduktiva frågor, hade att göra med hur könsbildandet började redan under barndomen för att sedan följa in i ungdomen. Unga kvinnor ska ha preventivmedel och göra gynekologisk undersökning och unga män ska enligt normer inte söka hjälp.

Det sågs som problematiskt att unga män kommer till mottagningen i mindre utsträckning än unga kvinnor. En barnmorska talade om att det gav henne och hennes kollegor, en snedvriden uppfattning om ungdomar. Det framkom också funderingar kring huruvida det handlade om att unga män inte behövde stöd – eller om det handlade om att inte känna sig välkommen till barnmorskor med frågor och funderingar. Barnmorskorna upplevde att det överlag var svårt att göra något åt att det ser ut som det gör och att deras egen makt att påverka besöksfrekvensen för unga män var liten. Samhällets syn och vuxnas fördömande attityd mot unga män påverkade de unga männens vilja att söka hjälp enligt en barnmorska:

”Killar under 23 ... man ser dom ju inte så ofta men ser man dom kanske svårigheterna är ... blyghet och skräck för oss ... inte alltid så bra erfarenheter. Att man mött kanske ... hela vuxenvärlden som kan vara lite dömande mot ungdomar överlag. Och har man ... gjort en tjej gravid så är ... det kanske någonting man känner att man skäms över ändå.”

Unga mäns omogna förhållningssätt till sex

Det framkom i flera av intervjuerna att barnmorskorna upplevde att unga män har ett omoget förhållningssätt till sex, med innebörden att unga män sällan insåg konsekvenserna av oskyddat

samlag eller sex utan kondom. Enligt flera barnmorskor så blev unga män många gånger förvånade över att de kunnat bidra till en graviditet och för många hade tanken inte ens föresvävat dem när de haft samlag utan kondom.

”Ibland är killar naiva också... Mycket killar kommer ju hit för testning av klamydia och en del är oroliga för att de ska ha klamydia för de har haft oskyddat sex och då brukar jag ofta säga att jamen klamydia är ju inte det värsta... Du kan ju ha gjort en tjej gravid och så vill du inte bli pappa och det kommer du ju inte undan. Då brukar de bli ganska rädda... alltså de har inte tänkt på det”

Barnmorskor upplevde att unga män sällan tar ansvar för att använda preventivmedel utan lägger över ansvaret på de unga kvinnor som de har sex med, vilket de ansåg utgöra ett stort problem. I de fall som unga män följde med sina flickvänner till barnmorskan för preventivmedelsrådgivning var det ofta svårt att få dem delaktiga i samtalet. En barnmorska sade:

”Sedan tycker jag att de gångerna när tjejer tar med sin kille för preventivmedelsrådgivning, det ska vara en ganska mogen kille för att han ska... vara engagerad i den här träffen här. Många känner sig väldigt osäkra och sitter liksom litegrann med blicken i golvet. Det är svårt att dra in honom då, han måste ju liksom vara redo på något sätt.”

Parrelation och livserfarenhet underlättar ansvarstagande

Tre av barnmorskorna talade om att i de fall som ungdomarna var ett par, var det vanligare att den unga mannen följde med till barnmorskan och var delaktig i graviditeten. Den unge mannens delaktighet berodde också en del på hur långvarig och stabil relationen med flickvännen var. Att vilja vara delaktiga i graviditeten var något som oftare förekom hos män som passerat gymnasieåldern, än hos de som var yngre:

”När jag har upplevt att ... killen verkligen har varit involverad, det har varit två gånger och då har det varit liksom att dom är lite äldre så att säga, att dom kanske är typ mer efter gymnasiet och så. Ung vuxen ... och man kanske haft en längre relation, ett år eller mer ... Man har mera ett ... traditionellt förhållande. Där man är verkligen med varandra och är ett par ... då blir ... graviditeten ... något som

har med paret att göra ... jag tänker att det är ganska åldersbundet... ju mer seriös relationen är desto mer involverad är killen.”

När de unga var i en parrelation upplevdes också den unge mannen vara mer stöttande gentemot kvinnan i hennes beslut, än om det handlade om en tillfällig sexuell kontakt.

Lång väg kvar innan den sexuella och reproduktiva hälsan är jämställd

Unga mäns sexualundervisning är otillräcklig

Samtliga barnmorskor upplevde att unga mäns tillgång till information och undervisning kring sexualfrågor, många gånger var otillfredsställande. De allra flesta menade att undervisningen för unga män var hänvisad till skolmiljön och ofta i stora grupper, till exempel helklass, där fokus ofta blev mer praktisk kunskap som hur kondom används. Barnmorskorna återkom ofta till att det var svårt att nå ut till unga män med information på annat sätt än att gå just via skolan och informationsträffarna där.

En av barnmorskorna menade också att unga män inte heller alltid har tillgång till samtal om sex och samlevnad hemma, utan det beror på föräldrarnas inställning och att många föräldrar inte pratar om sådana saker med sina söner. Barnmorskan brukade också ta upp detta på föräldramöten för att få föräldrar att förstå sin viktiga roll:

”precis som... föräldrar lär sina barn använda cykelhjälm ... när dom blir äldre, det här ska du göra. Kondomer... Att man får höra det ifrån ... sin pappa eller någon vuxen som förebild ... tror jag skulle göra mycket.”

Barnmorskorna såg också att det finns ett behov av att arbeta mer med unga män och sexualundervisning och att det är något som behöver göras i rätt tid i livet, gärna redan på högstadiet.

Unga män har ett stort behov av stöd

Barnmorskorna talade om att unga män har ett stort behov av stöd vid oplanerad graviditet och vad det stödet kunde innefatta berodde på utfallet av beslutet kring graviditeten, det vill säga huruvida graviditeten avbryts eller fullföljs. Det kunde också finnas svåra motsättningar mellan den unge mannen och den unga kvinnan gällande beslutet kring graviditetens fortsättning, som unga män kunde behöva stöd med. Unga män som hamnat i situationer av oplanerad graviditet,

där utgången blev en abort kunde erbjudas stöd genom samtal i de fall de själva önskade. En barnmorska talade om att hon erbjöd dem att återkomma oavsett hur lång tid efter det gått sedan aborten, om samtalsbehov fanns:

”Man talar om givetvis att det ... kommer finnas stöd ... i framtiden också. För många ... bara vill lösa det här ... men du vet, om det kommer känslor efteråt eller om du funderar... då finns det hjälp att få. ... Man kan prata om sådant här tio år senare. Det funkar ... Man behöver inte ... gå till botten med allting just nu ... Ibland är det så att man får pausa litegrann och så tar man det sen när man är redo Jag har varit med om killar som har sagt ... när ... dom har hämtat kondomer ... att jamen dom har gjort en tjej gravid och att dom varit med om det. Då frågar man ju och pratar om det och så.”

De unga män som skulle bli fäder kunde ofta behöva både stöd i att utvecklas i sin föräldraroll men också i att praktiskt få vardagen att gå ihop, med skola kontra delaktighet i föräldraträffar, besök hos barnmorskan och så vidare. Då kunde barnmorskorna hjälpa till med samordningsträffar för de unga männen. De unga männen ansågs inte sällan behöva omfattande stödinsatser från sina egna nätverk av familjemedlemmar, för att kunna lyckas med det väntande föräldraskapet. Även där kunde barnmorskorna hjälpa med samordning så länge det var okej för de blivande föräldrarna. Ofta hade barnmorskorna ingen plan för specifikt riktat stöd till unga män utan det utformades från fall till fall. Barnmorskor såg det som problematiskt att kunna erbjuda särskilt stöd till unga män i grupp, eftersom gruppunderlaget var litet. En barnmorska talade om att det fanns utrymme och möjlighet för henne att stötta en ung man i att bli mer delaktig och att hjälpa honom i att känna sig likvärdig i föräldraskapet, men att det samtidigt var omöjligt som barnmorska att göra parets föräldraskap jämställt. Barnmorskan menade att hon kunde tala om vikten av jämställdhet, att båda föräldrarna är lika viktiga och kan göra ett lika bra jobb om utrymme ges, men att hennes möjlighet att påverka parets relation till att bli jämställd, är väldigt begränsad. Hon uttryckte det:

”Jämställdhet är ... en alldeles för stor fråga ... jämställdhet i föräldraskapet ... i närheten till sitt barn ... omvårdnad och omsorg ... tid med sitt barn... det är ju upp till föräldrarna. Dom [måste ha]ett samarbete där ... man är tillåtande och ... ger varandra plats och utrymme.”

Däremot såg hon sin egen insats som vägledare från graviditet till föräldraskap som viktig. Hon talade om vikten av att få unga män att fokusera på föräldraskapet, på barnet som skulle födas och på att få dem att se vilka brister och därigenom - behov av stöd de hade. Överlag betonades att det behövdes ett mer riktat arbete till att få unga män att förstå sin egen roll, delaktighet och sitt ansvar.

Barnmorskor såg också att det fanns en risk för att unga mäns känslor och behov inte alltid blev synliggjorda och att de också hade en viktig roll i att förhindra det. Barnmorskorna var även medvetna om vikten av att ge de unga män som kommer till mottagningen ett gott bemötande, för att få dem att vilja återkomma och fortsätta ta del i ansvaret kring sex och samlevnad. Som en barnmorska uttryckte det:

”Och sätter vi oss och ... frågar fel frågor eller spänner ögonen i folk och ... är förmanande... det blir ju en svårighet för oss ... att mötas en gång till. Hur ska vi tro att den killen ska vilja komma tillbaka? Och få förtroende för oss ... och tycka att vi samarbetar. Det är ju ... en svårighet i ... att bevara bra relationer. Tycker jag.”

Resultatdiskussion

Vår studie resulterade i ett övergripande tema: *Jämställt reproduktionsansvar ingen verklighet i praktiken*, som bestod av fyra kategorier: *De exkluderade unga männen*, lyfter fram att unga män riskerade att stängas ute på grund av normer och föreställningar om hur män bör vara. *Det är en kvinnovärld*, visar att eftersom ansvaret traditionellt legat på kvinnor är arbetssätt och strukturer anpassade efter det. *Unga män agerar i enlighet med samhällets maskulinitetsnormer*, innebär att unga män inte söker stöd och tar inte samma ansvar som kvinnor för sexuell och reproduktiv hälsa. *Lång väg kvar innan den sexuella och reproduktiva hälsan är jämställd*, visar på att unga mäns sexualundervisning behöver förbättras och att unga män behöver stort stöd i samband med en graviditet.

Barnmorskorna menade att graviditeten i första hand var kvinnans angelägenhet eftersom det handlade om hennes kropp och att alla beslut kopplade till graviditeten var hennes. Det innebar att i de fall kvinnan inte ville låta den unge mannen vara delaktig, hade han inget att säga till

om. Få av de unga männen sökte själva stöd hos barnmorskorna. Det finns en stark korrelation mellan kvinnors vilja att dela föräldraskapet och släppa in männen och mäns engagemang i sina barn. I de fall där män utestängs från föräldraskapet och inte tillåts vara delaktiga, blir männen också mindre engagerade i sina barns liv [34-35].

Bristande fokus på jämställdhet inom sexuell och reproduktiv hälsa kan bidra till att unga män mer eller mindre riskerar att fastna i en stereotyp roll som omogna, oansvariga, problematiska och osynliga. Hälso- och sjukvårdens arbetssätt kan i själva verket vara strukturer som bidrar till detta, genom att inte släppa in unga män i en traditionellt kvinnlig sfär. De unga kvinnorna får därigenom, fortsatt bära det huvudsakliga ansvaret för sexuella och reproduktiva frågor [4, 20, 35]. Enligt Christianson et al [36] ses ordet ”mödravårdscentral” ha en specifik genuskodad inriktning mot kvinnor, vilket skiljer sig markant från andra vårdinstanser. Männen riskerar således att hamna utanför då de inte är delaktiga som ”patienter”. I samma studie visas på att män i regel inte har en naturlig väg in i graviditetsrelaterad vård. När barnmorskan involverar den unge mannen i samtalet vid graviditetskontrollerna och belyser hans roll som blivande förälder hjälper det honom att ta större ansvar, förbereda sig och utvecklas i takt med graviditeten. Men på samma sätt kan ett dåligt bemötande som exempelvis: ignoreras helt eller delvis, känna sig som en ”dålig” person i vårdgivarens ögon, leda till raka motsatsen [37]. Några av barnmorskorna talade om att unga kvinnor inte alltid berättar om graviditeten för den unga mannen, utan väljer att göra en abort utan att han vet något om det som hänt. I en studie av Sharp, Richter och Rutherford [38] om unga mäns syn på oplanerad graviditet, ville de flesta unga männen få veta om de gjort en ung kvinna gravid. De ville få möjlighet till delaktighet i beslutet att behålla graviditeten eller inte. De flesta unga männen ansåg att lämnas utanför, fick dem att känna sig betydelselösa. Kero, et al. [39] visade i en studie gällande partners vid abort, att män kunde ha känslor som skam, skuld, oro och ansvar inför aborten, samtidigt som de såg aborten som en nödvändighet. Vi kan anta att utifrån detta skulle involvering av unga män ge dem en bättre förståelse för vad kvinnan går igenom i samband med en abort och därigenom också få en tankeställare kring sitt eget ansvar att förhindra graviditeter. Men när unga män inte konfronteras med detta kan de fortsätta leva i ovetskap. En barnmorska talade om att hon trodde det fanns en faktor av skam och skuldkänslor, samt en rädsla för att bli negativt bemött, som också påverkade unga mäns benägenhet att följa med till barnmorskan i samband med en oplanerad graviditet.

I intervjuerna med barnmorskorna framkom det tydligt att unga män inte har en självklar plats hos dem, vilket handlade om att unga män många gånger inte får tillgång till samma omhändertagande hos barnmorskan vid oplanerad graviditet som kvinnor. Orsaker till detta kan härledas till såväl barnmorskors egna föreställningar om gruppen ”unga män” som oansvariga och omogna, men också genom att ungdomsmottagningarna är uppbyggda för att rikta sig primärt till unga kvinnor och därmed sällan har någon handlingsplan för unga män och deras behov [40]. Alla menade att unga män var välkomna om de ville, men att det var upp till unga män själva. Barnmorskorna bjöd in männen via kvinnorna, men några riktade insatser gentemot unga män specifikt för att få dem att komma till mottagningen, gjordes i liten utsträckning. När de unga männen besöker ungdomsmottagningarna för att exempelvis hämta kondomer registrerades det oftast inte, vilket också får som följd att unga mäns engagemang i sexuella och reproduktiva frågor, inte heller ses i statistiken på ett rättvisande sätt. Barnmorskorna betraktade omhändertagandet av kvinnan som sitt primära uppdrag och den unge mannens eventuella behov fick därför stå tillbaka om kvinnan inte ville ha honom med. Makenzius et al. [40] fann i sin studie att unga män önskar att ungdomsmottagningar skulle ha ett större fokus på de unga männen i sitt arbetssätt. Det skulle få unga män att i större utsträckning vilja söka sig dit, vilket stöds av Buzi & Smith [41] som också visar på att unga män har behov av stöd och rådgivning i sexuell och reproduktiv hälsa. De unga männen i studien av Makenzius et al. [40] menar att om mottagningarna dit de söker för rådgivning inom sexuell och reproduktiv hälsa, skulle vara vänligt inställda till dem, ha en könsneutral hållning samt bemöta de unga männen med respekt skulle unga män i högra utsträckning välja att söka sig dit.

Barnmorskornas uppfattning var att de unga männen oftast var osynliga när kvinnorna kom för graviditetstest, vilket vi kunde tolka av deras svar – gav en negativ återspeglning på de unga männen. De fick därmed en stämpel på sig som oansvariga och omogna. Dock hade barnmorskorna förståelse för att de unga kvinnorna oftast valde att komma själva, vilket kunde vara en av de största anledningarna till att de unga männen inte deltog. Neale [42] menar att istället för att se unga män som svåra att nå och osynliga, kanske sexuell och reproduktiv hälsovård behöver överväga om den snarare gör sig otillgänglig för de unga männen och deras behov av stöd. Ofta sker arbetet rutinmässigt genom rotade och många gånger självklara förhållningssätt där fokus ligger på de unga kvinnorna. Om verksamheter som möter unga män

i samband med graviditet, istället försöker möta de unga männen halvvägs, genom att närma sig dem i deras värld, på deras villkor – kan grunden läggas för goda relationer mellan hälso- och sjukvården och de unga männen. Därigenom kan de unga männen känna att de också har en plats där [42].

Enligt våra tolkningar upplever barnmorskorna att unga män inte söker stöd i lika stor utsträckning som de unga kvinnorna. Barnmorskorna i vår studie upplevde att unga män överlag ses ha en naiv inställning till sex, framförallt genom att de inte tar samma ansvar för preventivmedelsanvändning, utan ofta överlämnar ansvaret för preventivmedel till de unga kvinnor de har samlag med. De barnmorskor som hade erfarenheter av unga män som varit engagerade vid oplanerade graviditeter pekade på att det rörde sig om unga vuxna män, snarare än om ungdomar och nästan alltid i en stabil parrelation med kvinnan. Detta styrks av Holmberg och Wahlberg [23] som pekar på att graviditetens beslutsprocess influeras av hur seriöst förhållandet är, samt om den unga mannen ska bli involverad eller inte.

Det finns en stark korrelation mellan mäns bristande benägenhet att söka vård och den traditionella mansrollen. En man förväntas ta hand om sina problem på egen hand och inte söka vård om det inte är ett mycket allvarligt hälsotillstånd, annars riskerar han att betraktas som omanlig och fjollig [4-5]. I en studie av Landstedt et al [43] visas det på att unga män traditionellt sett tar mindre ansvar än kvinnor, att de har bättre självförtroende och att de ser sig själv som mer gynnade utifrån att de är män. Många gånger bidrar också samhällsinstitutioner som exempelvis hälso- och sjukvården till att bibehålla och befästa dessa traditionella könsroller, genom att bemötandet sker på olika premisser, beroende på om det är kvinnor eller män som söker vård. Det råder föreställningar att män inte anses behöva känslomässigt stöd i samma utsträckning som kvinnor [4]. Utifrån de intervjuer vi gjort, är vår tolkning att det finns en risk att inte se unga mäns behov av rådgivning lika viktigt som unga kvinnors och de unga männen har därigenom således ett sämre utgångsläge. Ur ett jämställdhetsperspektiv måste hela samhället jobba för att alla ska ha samma möjligheter, i detta fall vid sexuell och reproduktiv hälsa. Annars finns en risk att de unga männen fortsätts negligeras avseende eget ansvar för den sexuella och reproduktiva hälsan och de blir därmed fortsatt osynliga i sammanhanget.

Vår tolkning, enligt aktuell studie, är att unga män anses ha lika stort behov av stöd som kvinnor och att det inte en självklarhet att de får tillgång till det. Barnmorskorna besitter grundläggande kunskaper för att kunna stötta vid frågor rörande reproduktion och sexualitet oavsett vem som ska ta del av stödet. I en studie av Christianson et al [36] visas det på att män tycker att barnmorskor har en naturlig position och ofta ses som en viktig aktör jämt mot dem vid graviditeter. Detta utifrån att männen litar på barnmorskorna, vilket styrks av Wilkes et al. [16]. Vi kan tycka att till viss del riskerar män att exkluderas och tenderar att hållas utanför preventivmedels- och reproduktionsansvaret så även ansvaret vid oplanerade graviditeter. När unga män inte får stöd och rådgivning inför ett stundande föräldraskap utan utelämnas och marginaliseras är det inte bara en otjänst mot dem, utan även mot deras gravida partners och det ofödda barnet. Detta stöds också av Neale [42] som menar att i de fall där speciella program utformats för unga blivande fäder och deras behov, har utfallet varit positivt och den unge mannens identitet som kompetent förälder har kunnat stärkas [42]. Barnmorskorna i vår studie ansåg att unga män, till följd av okunskap och omognad ofta behövde stora stödinsatser för att exempelvis klara av ett stundande föräldraskap. I de allra flesta fall hade barnmorskorna kunskap och möjlighet att erbjuda stöd, men det var inte alltid barnmorskor såg sig själva som självklara aktörer i arbetet med unga män. Dallas [37] menar att vårdgivare som möter unga män som ska bli fäder, har en unik möjlighet i att bidra till ett stärkt föräldraskap om de väljer att se de unga männens behov och göra dem delaktiga.

Unga män ansågs ha otillräckliga kunskaper kring sex och samlevnad och deras sexualundervisning behövde förbättras, den bedrevs ofta i stora grupper, med mer fokus på praktiska saker, som kondomvändning och mindre på reflektioner runt sex- och samlevnadsfrågor [1, 3]. I en svensk rapport från Statens folkhälsoinstitut [44] poängteras vikten av att inkludera de unga männen i det preventiva arbetet för att uppnå en ökad sexuell och reproduktiv hälsa hos kvinnor, genom att ge män samma tillgång till sexuell och reproduktiv rådgivning. När män får en ökad kännedom och kunskap om STI och preventivmetoder, kan de också vara ansvarsfulla partners [36, 45]. I en svensk studie av Novak & Karlsson [46] ses att kondomvanor i allra högsta grad beror på demografiska, sexuella och sociala faktorer till lika personliga preferenser och föreställningar. Således torde en omfattande sexualundervisning tidigt bygga en god grund för de unga männen. Vidare pekar Wulff och Lalos [15] på att kvinnor är det utsatta könet på grund av de negativa konsekvenserna av oskyddat samlag, så som aborter, STI, infertilitetsstigma. Det ska komma ihåg att män är i den

dominanta positionen när det kommer till kondom användning. Utifrån vår analys skulle det gynna såväl män som kvinnor om män kunde tillgodogöra sig en fullgod sexualundervisning samt nyttja stöd vid sexuella och reproduktiva frågor.

Metoddiskussion

För att bäst kunna belysa vårt syfte passade barnmorskor bra som deltagarurval. Graneheim och Lundman [30] föreslår att fullständiga intervjuer eller analysprotokoll bör vara i lagom storleksklass så de kan hållas i tanken under analysprocessen. Detta underlättar när meningsenheter ska plockas ut. Inledningsvis under intervju fasen var det svårt att få barnmorskorna att tala länge, de första intervjuerna var runt 12-15 minuter långa. Sedan lärde vi oss att få ett ökat djup i intervjuerna, genom att ställa följdfrågor, till exempel: *Hur menar du nu? Varför tror du att det är så? Vad kan man göra åt det?* De senare intervjuerna kom att bli cirka 30 minuter långa. Det vi fick fram i våra intervjuer svarade mot syftet och utgjorde ett gott transkriberingsunderlag. Kvalitativ innehållsanalys lämpade sig väl i denna studie för att nå ett resultat. Kritisk teori som perspektiv i forskningsanalysen var också lämpligt, då vi önskade belysa ämnet på ett samhällskritiskt sätt. Det används för att få kunskap om samband mellan individer och den yttre påverkan de utsätts för. Betoning på att uppnå förändring ses i kritisk teori och erfordrar därmed en koppling mellan teori och den praktiska verksamheten [26]. Metoden fungerar väl till denna typ av arbete, som handlar om jämställdhet, eftersom den syftar till att ifrågasätta sociala kontexter, normer och fördomar, och kunna identifiera, medvetandegöra och kritisera dessa. Strävan ska hela tiden vara att ge en rättvisande bild av det studerade fenomenet, genom att ha en kritisk hållning till de normer som styr och dikterar villkor för hur vi uppfattar verkligheten [48], i detta fall – jämställdhet, det vill säga från vems perspektiv vi ser på något som jämställt. Vi använde oss av återkoppling till våra informanter då resultatanalysen var färdig. Kritisk teori bygger på att empirisk forskning och teoretisk forskning knyts samman till en helhet för att en teori skall vara hållbar. Det innebär att en empiriskt knuten utvärdering och revidering ska göras för att stärka resultatet i studien [47]. Detta innebar att barnmorskorna gavs tillfälle att bekräfta, avfärda och ifrågasätta delar av studieresultatet, eftersom återkoppling till informanterna ökar trovärdigheten. Det svarar bra mot den kritiska teorin huvudsakliga syfte, nämligen att väcka eftertanke, visa på orättvisor, icke-jämställda förhållanden och därigenom kunna bidra till förändrade synsätt inom den verksamhet som undersöks [26].

Begreppet tillförlitlighet avser att studiens resultat svarar på syftet [49], vilket vi anser att denna studies resultat gör. Ett forskningsresultat bör återge högsta möjliga trovärdighet och varje forskningsstudie bör utvärderas utifrån den procedur som användes för att nå fram till resultatet, genom att se hur väl en studie uppfyller kraven för tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet. Pålitlighet avser vilka faktorer som kan påverka datainsamling och datatolkning över tid, exempelvis val att exkludera vissa delar av materialet och att det sker förändringar i forskarens egna frågeställningar. Överförbarhet innebär till vilken grad möjligheter finns att överföra ett forskningsresultat till andra miljöer eller grupper [30]. Vi använde oss av sju barnmorskor i vårt forskningsunderlag. Trovärdigheten hade kunnat ökas om fler barnmorskor hade inkluderats och på så vis gett en större vidd på innehållet. Visst analysmaterial kan ha gått förlorat, då vi från början fick något korta intervjuer, vilket kan ha påverkat pålitligheten. Vi lärde oss under processens gång och kunde på slutet få mer rikliga intervjuer med djup. Under arbetets gång fördjupade vi oss i de metoder som användes; kvalitativ innehållsanalys och kritisk teori. Genom de valda analysmetoderna, erhöles en djupare förståelse och insikt i ämnet. Vi har under hela processen haft en handledare som kontinuerligt gett feedback på det vi skrivit, vilket också i sig kan öka trovärdigheten, eftersom det gett oss en ökad insikt och kunskap i de analysmetoder vi använt och deras tillämpning.

När resultatet sammanstälts skickades resultatdelen i sin helhet ut till samtliga barnmorskor för att de skulle få ta del av det. Samtliga barnmorskor gavs tillfälle att läsa igenom och återkoppla till oss, gällande såväl forskningsresultat som deras egen upplevelse av intervjusituationen. De uppmanades att tala från hjärtat och lämna kritik oavsett om den var positiv eller negativ, samt ge en återkoppling på huruvida de tyckte vårt resultat överensstämde med deras uppfattningar. Utifrån de svar vi fick, gjorde vi förtydliganden där det behövdes och ändringar, för att det skulle överensstämma med barnmorskornas egna uppfattningar avseende vad de ämnat uttrycka i intervjuerna (Bilaga 3, tabell 3). Av de sju barnmorskor som deltog, valde fem att återkoppla.

I Sverige har barnmorskor en unik ställning inom sitt kompetensområde, på grund av bredden på arbetsfältet; från ungdomar och prevention - till graviditet och förlossning. Det gör att vårt resultat inte med säkerhet kan överföras och appliceras inom barnmorskeprofessionen internationellt. Det är också svårt att göra jämförelser med internationella studieresultat och därigenom säga att vårt resultat är överförbart. Ur ett svenskt perspektiv kan delar av vårt

resultat vara överförbart till ungdomsmottagningarnas arbete. Vårt analysmaterial har varit litet och har därmed behövt stärkas upp med ytterligare intervjuer för att få tillräckligt med djup och bredd, för att vårt resultat ska ses som applicerbart generellt. Hade fler intervjuer gjorts med barnmorskor i andra delar av landet, från ungdomsmottagningar och andra mottagningar som möter unga män i sexuella och reproduktiva frågor, hade vi kanske fått andra svar som kunnat påverka vårt resultat. Barnmorskorna vi mötte, tyckte att de hade liten eller ingen erfarenhet av råd och stöd till unga män specifikt vid oplanerad graviditet men de hade förmåga att reflektera över ämnet på ett värdefullt sätt. Det kan hända att det ser annorlunda ut i andra delar av Sverige, exempelvis i storstadsregionerna, där det kan finnas ett annat utbud av stöd för unga män. Det är vår tes att det är viktigt för fortsatt jämställdhetsarbete att: kvinnor och män har samma tillgång och rätt till rådgivning och stöd utifrån sina specifika behov och eftersom fokus på arbetet idag ligger på kvinnor, exkluderas männen till stor del och ges inte samma möjligheter.

Slutsats

Unga män anses i teorin som en viktig grupp att arbeta med, men inom sexuell och reproduktiv hälsa kan det se annorlunda ut. De anses till största delen vara frånvarande i sammanhanget hos barnmorskorna enligt vår studie, men generellt har det inte gjorts någon djupare analys kring ”varför”. De intervjuade barnmorskorna, tycker att det är svårt att arbeta riktat mot unga män, eftersom de unga männen i så liten skala söker sig till dem och delvis finns det i samhället, en inställning rörande att unga män inte tillhör barnmorskors arbetsfält. De är helt enkelt inte barnmorskors angelägenhet. Barnmorskor har genom sin unika kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa, en mycket god utgångspunkt för att fånga upp och arbeta med unga män och därigenom bidra till ökad jämställdhet i dessa frågor. Om barnmorskorna inte ser sina egna möjligheter att påverka, eller hur de kan arbeta på ett mer ”mansvänligt” sätt, blir det svårt att föra utvecklingen framåt. De allra flesta barnmorskor tyckte att de hade för lite kunskap kring unga män. Kunskap finns, men barnmorskorna har inte kunnat tillgodogöra sig den. Det kan handla om tidsbrist, organisatoriska problem eller att detta ämne inte är något de haft möjlighet att fundera över och fördjupa sig i.

Sammantaget finns det studier – både nationellt och internationellt, som visar på systemets svagheter i att adressera unga mäns behov i samband med oplanerad graviditet. Unga män diskrimineras i stor utsträckning genom att de sällan får tillgång till råd och stöd i samband med

oplanerad graviditet. Samtidigt som det svenska samhället har en önskan om att män och kvinnor ska vara jämställda, finns strukturer på alla samhällsnivåer som konserverar och bevarar gamla synsätt på unga män som inkapabla och omöjliga att lägga ansvar på, så till den grad att de helt enkelt inte ses som en tillgång utan som en belastning, när det kommer till sexuell och reproduktiv hälsa. Följden av denna systematiska exkludering, är att unga män fortsätter att inneha rollen som några det inte går att räkna med, avseende ansvar för sexuell och reproduktiv hälsa och metoder för att ändra mäns beteenden, inte får tillräckligt fokus.

Kliniska implikationer

- Grunden till en jämställd sexuell och reproduktiv hälsa bör starta redan i hemmet eller med stöd av andra vuxna för att sedan byggas på med en sexualkunskap med genusperspektiv i skolan.
- Barnmorskor är utbildade på främst kvinnors anatomi och fysiologi och de preventivmedel som finns riktar sig i regel till kvinnor. Med en omstrukturering i barnmorskeutbildningen, där den inkluderar andrologi och mäns sexuella hälsa, skulle barnmorskorna kunna få nya infallsvinklar i sitt arbete.
- Med fler barnmorskor, mer tid och mer ekonomiska resurser för att stärka barnmorskors position kan samhället börja arbeta för en sexuell och reproduktiv hälsa som gynnar alla i slutänden.

Acknowledgement

Ett stort tack till samtliga barnmorskor som deltog i denna studie. Trots att ni ibland ansågs er sakna tillräcklig erfarenhet i ämnet och att ni har en hög arbetsbelastning, tog ni er tid att reflektera och svara på våra frågor, samt återkoppla resultatet. Vi önskar även tacka vår handledare Monica Christianson, barnmorska, docent i reproduktiv och sexuell hälsa för stöttning och hjälp med detta arbete.

Referenser

- [1] Bäckman, M. Sex- och samlevnads- undervisning i skolan. I Brynolfsson C Redaktörs. Sexologi. 3.uppl. Stockholm: Liber AB; 2012.s. 423-29.
- [2] Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006. [citerad 28 april 2016]. Hämtad från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>. 2016-04-28.
- [3] Hyde B, Howlett, E, Drennan, J, Brady D. Masculinities and young men's sex education needs in Ireland: problematizing client-centered health promotion approaches. Health Promotion International. 2005; 20: s. 334 - 41. DOI: 10.1093/heapro/dai021.
- [4] Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med, 2000; 50(10), s. 1385–401. PMID: 10741575.
- [5] Elmerstig E, Wijma B, Sandell K, Berterö C. Sexual interaction or a solitary action: young Swedish men's ideal images of sexual situations in relationships and in one-night stands. Sex Reprod Healthc. 2014; 5. s. 149-55. DOI:10.1016/j.srhc.2014.06.001.
- [6] Berglas NF, Angulo – Olaiz F, Jerman P, Desai M, Constantine NA. Engaging youth perspectives on sexual rights and gender equality in intimate relationships as a foundation for rights-based sexual education. Sex Res Soc Policy. 2014; 11: s. 63-72. DOI: 10.1007/s13178-014-0148-7.
- [7] Marcell AV, Raine T, Eyre SL. 2003. Where does reproductive health fit in to the lives of adolescent Males? Perspect Sex Reprod Health. 35. s. 180- 6. PMID: 12941651.
- [8] Häggström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. 2002. Sex behavior Among High school students in Sweden: Improvement in Contraceptive use over time. Journal of adolescent health. 30. 288-95. DOI: 10.1016/S1054-139X(01)00401-3.
- [9] Willcox A, Gleeson J. Boys, young men and teenage pregnancies. Primary health care. 2003; 13: s. 27-31.
- [10] Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Risk factors among men who have repeated experience of being the partner of a woman who requests an induced abortion. Scand Journal Publ Health. 2012; 40: s. 211-16. DOI: 10.1177/1403494811435496.

- [11] Makenzius M, Larsson M. Early onset of sexual intercourse is an indicator for hazardous lifestyle and problematic life situation. *Scand J Caring Sci.* 2013; 27; 20-26. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.00989.x.
- [12] Holmberg L, Berg-Kelly K. Health, health compromising behavior, sexuality and involvement in pregnancy among 18-year-old Swedish males: A cross sectional survey. *Acta paediatr.* 2002; 91: s. 838 - 43. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2002.tb03337
- [13] Da Conceição Chagas de Almeida M, Aquino E.M.L. The role of education level in the intergenerational pattern of adolescent pregnancy in Brazil. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2009; 35(3): s. 139 - 46.
- [14] Tsutsumi A, Izutsu T, Matsumoto T. Risky sexual behavior, mental health, and history of childhood abuse among adolescents. *Asian J Psychiatr.* 2012; 5(1): s. 48-52. DOI: [10.1016/j.ajp.2011.12.004](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2011.12.004).
- [15] Wulff M., Lalos A. The condom in relation to prevention of sexually transmitted infections and as a contraceptive method in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2004; 9: s. 69-77. DOI: 10.1080/13625180410001715636.
- [16] Wilkes L, Mannix, J, Jackson D. 'I am going to be a dad': experiences and expectations of adolescent and young adult expectant fathers. *J Clin Nurs.* 2011; 21: s. 180-8. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03715.x.
- [17] Angley M, Divney A, Magriples U, Kershaw T. Social support, Family functioning and parenting competence in Adolescent parents. *Matern Child Health J.* 2014; 19: s. 67-73. DOI: 10.1007/s10995-014-1496-x.
- [18] Mark E. Jämställdhet och jämställdhetsarbete. Jämställdhetsarbetets teori och praktik. Första upplagan. 13-16. Lund: Studentlitteratur; 2007.
- [19] Regeringen. Regeringens jämställdhetspolitik. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2009 [citerad 4 april 2016]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/contentassets/1a40ceaea1704c14ab35da66dcd141e1/regeringens-jamstalldhetspolitik>.
- [20] Pearson J. Personal Control, Self-Efficacy in Sexual Negotiation, and Contraceptive risk among Adolescents: The role of Gender. *Sex roles.* 2006; 54: s. 615 - 25. DOI: 10.1007/s11199-006-9028-9.
- [21] Abortlagen. (SFS 1974:595) Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 14 februari 2016]. Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595.

- [22] Ekstrand M, Larsson M, von Essen L, Tydén T. Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior and contraceptive habits – a focus group study among 17-year-old female high school students. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005; 4(10): s. 980 – 6. DOI: 18746704.
- [23] Holmberg L-I, Wahlberg V. The process of Decision-Making on Abortion: A Grounded Theory study of Young men in Sweden. *J Adolesc Health.* 2000; 26: s. 230-234. PMID: 10706171.
- [24] Polit DF, Beck CT. Introduction to Nursing research in an Evidence-Based practice Environment. I: Polit DF, Beck CT, redaktörer. *Essentials of Nursing research: Appraising Evidence for Nursing practice.* 8. Uppl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkinson; 2014. s. 9.
- [25] Kinchelore JL, McLaren P. Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. I Seawell MH, redaktörer. *The Landscape of Qualitative Research: Theories and Issues.* 2 uppl. Ca: SAGE: 2003. s. 433-436.
- [26] Mill JE., Allen, MN, Morrow RA. Critical Theory: Critical Methodology to Disciplinary Foundations in Nursing. *Can J Nurs Res.* 2001; 33: s. 109-27. PMID: 11928332.
- [27] Brincat S. On the methods of critical theory: advancing the project of emancipation beyond the early Frankfurt school. *International Relations.* 2011; 26(2): s. 218-45. DOI: 10.1177/0047117811423648.
- [28] Polit DF, Beck CT. Qualitative Designs and Approaches. I Polit DF, Beck CT, redaktörer. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing practice.* 8 uppl. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkinson: 2014. s. 275-84.
- [29] Jung C. Critical theory and Practice: Bridging the Global and the Personal. A Lecture. *Current perspectives in social theory.* 2015; 33: s. 189- 200. DOI: 10.1108/S0278-120420150000033006.
- [30] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today.* 2004; 24: s. 105-12. DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- [31] Offentlighets- och sekretesslagen. (SFS 2009:400). Stockholm: Justitiedepartementet. [citerad 16 maj 2016]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400.

- [32] Personuppgiftslagen. (SFS 1998:204). Stockholm: Justitiedepartementet. [citerad 16 maj 2016]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204.
- [33] The World Medical Association. Helsingforsdeklarationen. [Internet]. Ferney – Voltaire: The World Medical Association, 1964 [citerad 4 maj 2016]. Hämtad från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
- [34] Zvara BJ, Schoppe-Sullivan SJ, Kamp Dush CM. Fathers' Involvement in Child Health Care: Associations with Prenatal Involvement, Parents' Beliefs, and Maternal Gatekeeping. *Fam Relat*, 2013; 62(4): s. 649-61. PMID: 26405366.
- [35] Bunting L, Colette M. Research Review: Teenage pregnancy and parenthood: the role of fathers. *Child and family social work*. 2004; 9: s. 295-303. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2004.00335.x.
- [36] Christianson M, Boman J, Essén B. 'Let me into the pregnancy'-Men's perceptions about being tested for Chlamydia and HIV during pregnancy. *Midwifery*. 2013; 29: s. 351-58. DOI: 10.1016/j.midw.2012.02.001.
- [37] Dallas CM. Interactions between Adolescent Fathers and Health Care Professionals during Pregnancy, Labor and Early Postpartum. *JOGNN*, 2009; 38(3): s. 290-9. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2009.01022.x.
- [38] Sharp E, Richter J, Rutherford A. "Um...I'm pregnant." Young men's attitudes towards their role in abortion decision-making. *Sex Res Soc Policy*, 2015; 12 (2): s. 155 – 62. DOI: 10.1007/s13178-014-0166-5.
- [39] Kero A, Lalos A, Högberg U, Jacobsson L. The male partner involved in legal abortion. *Hum Reprod*. 1999; 14(10): s. 2669 - 75. PMID: 10528006.
- [40] Makenzius M, Gillander-Gådin K, Tydén T, Romild U, Larsson M. Male students' behavior, knowledge, attitudes and needs in sexual and reproductive health matters. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009; 27: s. 268 - 76. DOI: 10.1080/13625180903015871.
- [41] Buzi RS, Smith PB. Access to sexual and reproductive healthcare services: young men's perspectives. *J Sex Marit Ther*. 2013; 40(2): s.149-57. DOI: 10.1080/0092623X.2012.736923.
- [42] Neale B. Introduction: Young Fatherhood: Lived experiences and policy challenges. *Social policy and society*. 2016; 15(1): s. 75–83. DOI: 10.1017/S1474746415000536.

- [43] Landstedt E, Asplund K, Gådin-Gillander K. Understanding adolescent mental health: the influence of social processes, doing gender and gendered power relations. *Sociol. Health Ilon.* 2009; 31: s. 962-78. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2009.01170.x.
- [44] Statens Folkhälsoinstitut. Mäns sexualitet och reproduktiva hälsa – en kunskapsöversikt. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut; 2011.
- [45] The Alan Guttmacher Institute. In their own right: Addressing the sexual and reproductive health needs of American men. [Internet]. New York: The Alan Guttmacher Institute [citerad 10 maj 2016].
Hämtad från <http://www.guttmacher.org/report/their-own-right-addressing-sexual-and-reproductive-health-needs-american-men>.
- [46] Novak DP, Karlsson RB. Gender differed factors affecting male condom use. A population-based study of 18-year-old Swedish adolescents. *Int J Adolesc Med Health.* 2005; 17(4): s. 379- 90. DOI:<http://dx.doi.org.proxy.ub.umu.se/10.1515/IJAMH.2005.17.4.379> .
- [47] Shaw JA, DeForge RT. Qualitative inquiry and the debate between hermeneutics and critical theory. *Qual Health Res.* 2014; 24(11): s. 1567-80. DOI: <http://dx.doi.org.proxy.ub.umu.se/10.1177/1049732314549028> .
- [48] Ruane J, Todd J. The application of Critical theory. *Political Studies*, 1988; 36 (3): s. 533-38.
- [49] Polit DF, Beck CT. Reading and Qritiquing Research Articles. I Polit DF, Beck CT, redaktörer. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing practice.* 8 uppl. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkinson. 2014: s. 71-2.



Förfrågan om att delta i en intervjustudie rörande stöd till unga män vid oplanerad graviditet.

Vi vänder oss till dig som arbetar som barnmorska på ungdomsmottagning och dagligen möter unga människor som söker rådgivning inom reproduktiv och sexuell hälsa.

Vi är två barnmorskestudenter som skriver vår magisteruppsats och önskar studera detta ämne närmare. Syftet med studien är att undersöka hur barnmorskor på Ungdomsmottagningar arbetar med unga män rörande oplanerade graviditeter.

Härmed tillfrågas du om ditt deltagande i denna intervjustudie eftersom du har värdefull kunskap att delge. I början av april avser vi komma ut på mottagningarna för att genomföra intervjuer med barnmorskor. Intervjuerna tar cirka 30 minuter i anspråk och kommer att spelas in. Resultatet sammanställs till en rapport på svenska. Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande. Om du väljer att delta i vår studie garanterar vi att all information kommer att behandlas konfidentiellt och din identitet kommer inte att avslöjas. Alla intervjuer kommer att avidentifieras och ingen obehörig får tillgång till intervjuerna. Alla personuppgifter hanteras enligt Personuppgiftslagen (1998:204) där Umeå Universitet är huvudansvarig. Önskar du delta i studien? Var god kontakta oss på givna telefonnummer. Tid och plats bestämmer ni. Med vänliga hälsningar.

Helena Furufalk (Umeå)	Mirjam Abrahamsson (Skellefteå)	Monica Christianson
Sjuksköterska/ Barnmorskestudent	Sjuksköterska/ Barnmorskestudent	Docent i reproduktiv och
Kontaktperson	Kontaktperson	Sexuell hälsa/ universitets-
Tel: 070-339 18 66	Tel: 070-636 98 66	Lektor och Barnmorska
hetj0001@student.umu.se	mirjam.abrahamsson@gmail.com	Handledare
		Tel: 090-786 9392/ 070-226 77 63
		Monica.christianson@umu.se

Härmed lämnas medgivande att delta i studien

Datum..... Namnteckning:.....

Bilaga 2

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Antal mottagningsbesök per år?
- Könsfördelning på besöken?
- Antal tonårsgraviditeter lokalt?
- Antal arbetade år i verksamheten?

Intervjufrågor

- Vad har ni för uppfattning om gruppen unga män som är inblandade i oplanerade graviditeter? Gemensamma nämnare, olikheter.
- Hur ser det ut i er verksamhet med besöksfrekvens för unga män som är inblandade i en oplanerad graviditet?
- Vad har ni för verktyg att nå ut/ stötta unga killar (jämfört med unga tjejer som har reglerat i lag rätt till stöd/ rådgivning etcetera)?
- Vad upplever ni vara största problemet för unga killar i denna situation?
- Vad ser ni för svårigheter i arbetet med denna grupp?
- Vad ser ni för möjligheter i arbetet med denna grupp?
- Har ni några idéer på hur arbetet skulle kunna se ut?
- Hur tänker du omkring jämställdhet?
- Finns behovet hos barnmorskor att få med killar?

Barnmorskornas återkoppling

Kommentarer från barnmorskorna
<p><i>Ni har gjort det jättebra. Det är väl så här det är tycker jag. Jag jobbar med tjejer/ kvinnor och missar männen, det är så. Bra att ni lyfter upp ämnet och att det här är en fråga som man behöver jobba med</i></p> <p>- Barnmorska 1</p>
<p><i>Jag tycker att det ser bra ut! Det är bra att i text se det som man som barnmorska upplever i situationer i jobbet.</i></p> <p>- Barnmorska 2</p>
<p><i>Jag har inget att anmärka på frågorna... men det kan vara bra att få frågorna i förväg så man hinner tänka igenom dessa. Ibland kommer man inte ihåg allt förrän efteråt.</i></p> <p>- Barnmorska 3</p>
<p><i>Bra skrivet, intressant verkligen. Aktuellt ämne. Jag tyckte att det var en bra intervju, tydlig och smidig. Ämnet är aktuellt som sagt, inget konstigt med det.</i></p> <p>- Barnmorska 4</p>
<p><i>Jag tycker att det är svårt att tycka till kring resultatet då jag inte känner igen mig i delar som skrivits men jag förstå ju att det kommit fram i de intervjuer ni gjorde. Men förstår att det blir så när man plockar från intervjuer vissa företeelser man vill belysa.</i></p> <p>- Barnmorska 5</p>