



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Hormonell prevensjon for menn – UiT-studenters holdninger

En spørreundersøkelse

Lillian Onstad Sævareid

Masteroppgave i profesjonsstudiet medisin MED-3950 juni 2022

Forord

Med denne oppgaven ønsker jeg å rette et søkelys på hormonell prevensjon for menn og UiT-studenters holdninger til dette. Dette er et tema som engasjerer mange, inkludert meg selv. Hormonell prevensjon for menn har fått økende oppmerksomhet de siste årene, men er ikke tilgjengelig for bruk enda. Reproduktiv helse er et felt som interesserer meg, så dette ville jeg finne ut mer av!

En stor takk til min hovedveileder Anne Elise Eggen, professor ved Institutt for samfunnsmedisin, som har veiledet meg gjennom store deler av prosjektet, og til min biveileder Purusotam Basnet, professor ved Institutt for klinisk medisin, som hjalp meg med å komme i gang. Tusen takk til Trond-Eirik Strand, lege og epidemiolog ved Institutt for samfunnsmedisin, som på kort varsel hjalp meg med å ferdigstille oppgaven. Takk til Maria Fredriksen Kvammen som har gitt råd for distribusjon, og til Tormod Brenn som har svart på spørsmål relatert til statistikk. Takk til alle som har svart på spørreundersøkelsen, både den endelige og de i utprøvingsfasen. Jeg må også takke de flinke MSO-erne som har kommet med innspill til spørreundersøkelsen; Eirik Steffensen Ose, Håvard Qvist Søndena, Knut Heidrik Flornes Rustad og Pia Bondø. En stor takk til medstudenter Henrik Lykke Joakimsen, som har hjulpet meg med statistikken, og Sigurd Andreas Windfeldt, som har bidratt med korrekturlesing. Til slutt vil jeg takke venner og familie – spesielt min søster Signe Onstad Sævareid, som har bidratt med støtte, humor og gode innspill.

27.05.2022 Tromsø

Lillian O. Sævareid

Innhold

Forord	1
1 Sammenheng	4
1.1 Forkortelser	5
2 Bakgrunn	6
2.1 Prevensjon i et historisk perspektiv	6
2.2 Studenter og prevensjon	7
2.3 Prevensjon for kvinner	7
2.3.1 Sikkerhet	8
2.3.2 Fordeler og ulemper	9
2.4 Prevensjon for menn	9
2.4.1 Kondom og sterilisering	9
2.4.2 Mannlig hormonell prevensjon – hvordan virker det?	10
2.4.3 Forskning på mannlig hormonell prevensjon	10
2.4.4 Hvorfor finnes ikke hormonell prevensjon for menn ennå?	12
2.5 Problemstilling	12
3 Materiale og metode	13
3.1 Litteratursøk	13
3.2 Spørreundersøkelse	13
3.3 Analysering av data	14
4 Resultater	17
4.1.1 Demografi	17
4.1.2 Er prevensjon aktuelt for studentene?	18
4.1.3 Ansvarsfordeling – ideelt sett og i praksis	21
4.1.4 Interesse for mannlig hormonell prevensjon	24
4.1.5 Tillit	28

5	Diskusjon.....	31
5.1	Sterke og svake sider ved metoden.....	31
5.2	Interesse for mannlig hormonell prevensjon	33
5.3	Ansvar og tillit	37
6	Konklusjon	39
7	Referanser.....	40
8	Tabeller.....	46
9	Figurer	46
10	Vedlegg 1: Tabeller.....	48
10.1	Variabeloversikt.....	48
10.2	Frekvenstabeller	51
10.2.1	Generelle spørsmål.....	51
10.2.2	Aktuelt med prevensjon	53
10.3	Regresjonsanalyser	56
	Multipel regresjon 1	56
	Multipel regresjon 2	57
11	Vedlegg 2: Spørreundersøkelse.....	58

1 Sammendrag

Bakgrunn

Utsiktet graviditet kan ha en rekke negative konsekvenser, og bør unngås. Flere prevensjonsalternativer til menn kan bidra til dette. Menn kan per i dag kun velge mellom kondom, som relativt ofte svikter, og sterilisering, som er invasivt og med usikker reversibilitet. Det forskes på hormonell prevensjon for menn, og resultatene er lovende.

Metode

Formålet med denne oppgaven var å utforske holdninger til hormonell prevensjon for menn hos studenter ved Universitetet i Tromsø (UiT), delvis gjennom et litteratursøk om forskning på dette feltet gjort til nå, men hovedsakelig gjennom en anonym spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble distribuert til studenter ved UiT via epost og sosiale media, og svardata (n=673) ble analysert i SPSS ved hjelp av deskriptiv statistikk, multipl regressjon og kjikvadrattester med Cramers V-tall.

Resultater

Resultatene viste at prevensjon var meget aktuelt for studentene – mange var seksuelt interessert i personer de kunne få barn med og uten barneønske for øyeblikket. Nesten alle syntes prevensjonsansvaret bør deles likt mellom kvinner og menn (92%), men trodde også at kvinnen tar mest ansvar i praksis (89,7%). Flere kvinner enn menn mente at ansvaret for prevensjon faller for mye på kvinner. Menn hadde større tillit til kvinners korrekte prevensjonsbruk en motsatt. Nesten alle studentene var interessert i et nytt prevensjonsalternativ for menn (90,5%), kvinnene noe mer enn mennene. Holdninger om hvilket kjønn som ideelt sett har ansvar for prevensjon, påvirket både interesse for hormonell prevensjon for menn og menns villighet til å prøve.

Konklusjon

Mange kvinner tynges av ansvarsfølelse og opplever et forventningspress til å bruke prevensjon. Mange menn ønsker større mulighet til å styre egen fruktbarhet. Det å ha flere enkle, trygge og effektive måter å unngå utsiktet graviditet, er noe mange kan ha nytte av, uavhengig av kjønn. Det bør gjøres flere store kliniske utprøvinger slik at hormonell prevensjon for menn kan bli en realitet.

1.1 Forkortelser

- CONRAD – Contraception Research and Development
- FHI - Folkehelseinstituttet
- FSH – Follikkelstimulerende hormon
- GnRH – Gonadotropin releasing hormone
- HDL – High density lipoprotein, «sunt kolesterol»
- LDL – Low density lipoprotein, «dårlig kolesterol»
- LH – Luteiniserende hormon
- MSO - Medisinernes seksualopplysning
- OR – Odds ratio
- PI - Pearl index
- PID – Pelvic inflammatory disease, bekkeninfeksjon
- RCT – Randomised control trial, randomisert klinisk studie
- UiT – Universitetet i Tromsø
- WHO – World Health Organisation

2 Bakgrunn

Gir det ikke mer mening å ta kulene ut av magasinet enn å skyte på en skuddsikker vest?

Dette fascinerende spørsmålet har fått meg til å lure på hvorfor det ikke finnes prevensjon for menn på samme måte som hos kvinner. Mens menn teknisk sett kan gjøre kvinner gravide 365 dager i året, kan kvinner kun bære fram barn én gang i løpet av et år. Likevel har det blitt sånn at de aller fleste prevensjonspreparater er utviklet for kvinner. I 2016 brukte én av tre norske kvinner mellom 15-44 år et hormonelt prevensjonsmiddel (1). Kvinner kan velge mellom et arsenal av piller, plaster, implantater og injeksjoner, mens fertile menn i grunnen kun har kondom å stille opp med, med mindre de velger å sterilisere seg (2).

Rundt 40 % av alle graviditeter i verden er uplanlagte (3;4), og økt tilgjengelighet til prevensjon kan redusere denne forekomsten (5). Utsiktet graviditet kan i noen tilfeller være positivt, men kan også ha flere negative og livsomveltende konsekvenser for de involverte. Mannen har i Norge ingen juridisk medbestemmelsesrett når det kommer til induisert abort, og kan risikere uønsket farskap. Kvinnen har derimot rett til selvbestemt abort inntil uke 12 (og kan søke til en nemd om abort inntil uke 18) (6). Hun må dermed velge mellom risiko ved og konsekvenser av svangerskap og fødsel, eller den mentale og/eller fysiske belastningen en kan oppleve ved abort. Selv om abortraten har vært dalende blant alle aldersgrupper de siste 14 årene, ble det i 2021 utført snaut 11 000 aborter i Norge (7). Graviditet og fødsel øker kvinners risiko for sykdom og død, blant annet på grunn av svangerskapsrelatert hypertensjon, kvalme og oppkast, svangerskapsforgiftning og -diabetes, økt risiko for blodpropp, blødning under fødsel og post partum-depresjon og -psykose (8;9).

2.1 Prevensjon i et historisk perspektiv

Kondomet har eksistert i ulike varianter i hundrevis av år. I det gamle Romerriket ble dyretarmer og -blærer brukt for å unngå seksuelt overførbare infeksjoner og graviditet (10;11). Mye har skjedd siden da. I mellomkrigstiden ble prevensjon ansett som oppmuntring til umoral og en trussel mot ekteskapet, men på 60-tallet førte ny prevensjonsteknologi og større åpenhet om sex til et kulturelt skifte i den vestlige verden (12;13). P-pillen for kvinner ble tilgjengelig på markedet i Norge i 1967, og i etterkant av dette sank forekomsten av uplanlagte svangerskap (12). I en artikkel om prevensjon sett i sammenheng med

verdenshistorien, beskrives moderne prevensjonsteknologi som en sosial revolusjon. Kvinner som har frihet til å kunne prioritere utdanning, karriere og egen inntekt over barn (dersom de ønsker), blir mindre avhengige av mannen og samfunnet forøvrig (14). Prevensjon har derfor vært viktig for likestilling og kvinnefrigjøring (12;15), og det har redusert behovet for induisert abort (14). I tillegg er mennesket en av få arter som har samleie for nytelsens skyld, ikke utelukkende med reproduksjon som mål (16). Kondomer og prevensjonspreparater har gjort dette enklere (12). Forskning på p-piller for menn begynte på 70-tallet, men intet legemiddel finnes på markedet per dags dato, 50 år senere (17).

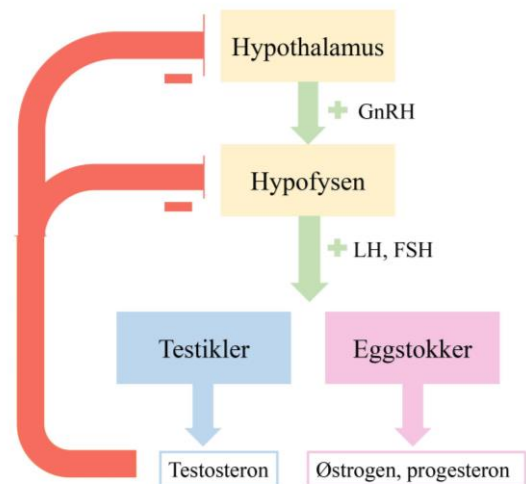
2.2 Studenter og prevensjon

Familieplanlegging og prevensjon er i stor grad relevant for studenter, da mange er seksuelt aktive og involvert i kortvarige og langvarige forhold i 20-årene (18). Det er en økende trend at kvinner venter lengre og lengre med å stifte familie. I 2021 passerte gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende i Norge 30 år (19). Dette kan skyldes at mange vil fullføre et studieløp, og kanskje også begynne i jobb med stabilt god inntekt, før de får barn. Høyere alder hos førstegangsfødende er assosiert med høy utdanning og inntekt (20). Studenter som gruppe har generelt lav inntekt, og lever faktisk under fattigdomsgrensen i Norge dersom de studerer på fulltid uten deltidsjobb (21). Derfor er det også relevant hvor mye prevensjon koster – og hvem som betaler for det.

2.3 Prevensjon for kvinner

Det finnes et bredt utvalg prevensjonsmetoder for kvinner, både hormonelle, og ikke hormonelle. Ikke-hormonelle metoder inkluderer sterilisering, kobberspiral og pessar. Hormonell prevensjon for kvinner inneholder enten både østrogen og progesteron, eller kun progesteron, og finnes i form av blant annet piller, implantater og plaster. Hormonene er en

eksogen tilførsel av kroppens egne kjønns hormoner, og har en negativ tilbakekoblingseffekt på gonadotropin releasing hormone (GnRH) fra hypothalamus (se Figur 1). Dermed senkes også utskillelsen av folikkelstimulerende hormon (FSH) og luteiniserende hormon (LH) fra hypofysen. Dette fører til flere midlertidige forandringer i de kvinnelige kjønnsorganene som gjør sjansen for å bli gravid veldig liten. De ulike preparatene virker litt forskjellig, men vil i større eller mindre grad 1) hindre eggløsning, 2) gjøre slimet i cervix tykkere og mindre gjennomtrengelig for sædceller og 3) påvirke endometriet slik at eventuelle befruktede egg har vanskeligere for å feste seg (22). Unge kvinner i Norge mellom 16-21 år får økonomisk støtte til prevensjon (23).



Figur 1: Hypothalamus-hypofyse-aksen: GnRH fra hypothalamus stimulerer hypofysen til å skille ut LH og FSH. Disse hormonene stimulerer de mannlige og kvinnelige gonadene til å produsere hhv. testosteron og østrogen/progesteron, som bremser sin videre produksjon ved å hemme hypothalamus og hypofysen. Slik opprettholdes en god balanse av kjønns hormoner i blodet. (69)

2.3.1 Sikkerhet

Selv om hormonelle preparater beskytter relativt godt mot graviditet, er ingen prevensjonsmetoder 100 % sikre. For å beskrive hvor effektivt prevensjonsmiddelet er, brukes Pearl Index; antallet graviditeter per 100 kvinner i løpet av ett år med et gitt preparat. En lav PI tilsier effektiv prevensjon. Langtidspreparatene p-stav og p-spiral er veldig sikre, og har en PI på hhv 0,05 og 0,2 ved perfekt bruk (24). Dette tilsier altså at eksempelvis 2 av 1000 kvinner med hormonspiral vil kunne oppleve å bli utilsiktet gravid hvert år, selv ved korrekt bruk. Med piller, ring og plaster er rommet for brukerfeil mye større, med en PI på omtrent 0,3 ved perfekt bruk, og 9 ved «vanlig» bruk. Det vil si at kvinne som av og til glemmer å ta p-pillen til riktig tid, har ganske mye større sjanse for å bli gravid, enn en som tar p-pillen nøyaktig som foreskrevet. Til sammenligning er PI på 22 dersom man «hopper av i svingen» og ikke beskytter seg på andre måter (24).

2.3.2 Fordeler og ulemper

De mest opplagte fordelene med hormonell prevensjon for kvinner er at man unngår uønsket graviditet, og kan få bedre blødnings- og smertekontroll under menstruasjon. I tillegg får man økt beskyttelse mot sykdommer som bekkeninfeksjon (PID), endometrie- og ovarialkreft (25) (26). Alle legemidler har imidlertid bivirkninger, og vanlige eksempler på plager fra hormonell prevensjon er kvalme, blødningsforstyrrelser, humørendringer, nedsatt sexlyst, hodepine og smerter i brystene (27;28). Det er også vist en assosiasjon mellom bruk av hormonell prevensjon og depresjon, men her hersker det noe usikkerhet, og ingen signifikant kausalitet er bevist (29;30). Det er imidlertid godt kjent at østrogenpreparater kan gi økt risiko for venøs tromboembolisme og annen hjerte- og karsykdom (31;32), bryst- og cervikalkreft (26), og kombinasjonspreparater er derfor kontraindisert hos noen kvinner.

2.4 Prevensjon for menn

2.4.1 Kondom og sterilisering

Menn har i dag kun de ikke-hormonelle alternativene kondom eller sterilisering å velge mellom for å unngå graviditet hos sin kvinnelige seksualpartner. Kondomet har så godt som ingen medisinske bivirkninger, og er det eneste prevensjonsmiddelet som også beskytter mot seksuelt overførbare infeksjoner (11;33). I tillegg deles de ofte ut gratis på helsestasjoner og utdanningsinstitusjoner, eller fra gratiskondomer.no. Dessverre er de ikke alltid så lett å bruke, og har en PI på hele 18 ved vanlig bruk (11;24). Det kan gli av eller sprekke under samleie, og mange synes det er ubehagelig å ha på (34). Sterilisering virker mer effektivt mot graviditet (PI 0,15 (24)), men mange vegrer seg mot å gjøre et invasivt inngrep som er usikkert reversibelt (35). Ved sterilisering kuttet sædlederen, og de to endene separeres og lukkes gjennom blant annet brenning eller ligering (36). Mens dette er et relativt enkelt inngrep, er reversering mye mer teknisk krevende, og suksessraten blir lavere jo mer tid som har gått siden man ble sterilisert (35;37). Tall fra England viste at ca. 75 % av reverseringsinngrepene lyktes dersom de ble gjort innen 3 år, mens under 10% lyktes hvis det var mer enn 20 år siden man ble sterilisert (35).

2.4.2 Mannlig hormonell prevensjon – hvordan virker det?

Selv om mannlig hormonell prevensjon ikke har kommet på markedet ennå, etter 50 år med forskning, ser det nå lovende ut ifølge flere av de nyere forskningsartiklene (4;38-41).

Preparatene har i forsøk vist seg å hindre graviditet omtrent like effektivt som kvinnelig hormonell prevensjon ved «perfekt bruk» (17). Det har blitt forsket på tabletter, kremer, sprøyter og implantater, og kombinasjoner av disse (41). Virkningsmekanismen er ganske lik som for kvinner – eksogene hormoner, ofte et progesteron og et androgen, undertrykker gonadotropinproduksjonen i hypofysen gjennom negativ tilbakekobling (se Figur 1). I dette tilfellet er det ikke eggøsning som hindres av de lave nivåene av FSH og LH, men spermatogenesisen i testiklene, og når sædcelle-antallet kommer under en viss terskel, blir man midlertidig infertil (17). Spermproduksjonen kommer tilbake til normalen 3-6 måneder etter seponering av prevensjonsmiddelet (42). Androgenet (oftest testosteron) er viktig for å opprettholde mannlige karakteristika og androgene effekter ellers i kroppen, som libido, ereksjon, ejakulasjon og økt muskelmasse (17;41). Bivirkninger som er blitt kartlagt ved forsøkene så langt inkluderer akne, humørforandringer, smerte ved eventuelt injeksjonssted, vektendring, økt hematokrit, nedsatt HDL, LDL og totalt kolesterol og endringer i sexlyst (17;40;43;44).

2.4.3 Forskning på mannlig hormonell prevensjon

Forskning på mannlig hormonell prevensjon har gått relativt tregt sammenlignet med fremstillingen av hormonell prevensjon for kvinner (45;46). På 90-tallet publiserte Verdens Helseorganisasjon (WHO) den første av to studier som bekreftet at steroidhormoner kunne fungere som prevensjon for menn, da det ble oppdaget at testosteron midlertidig kunne undertrykke sædcelleproduksjonen (47). I årene som fulgte har titalls studier blitt gjennomført, der man har eksperimentert med et androgen alene eller i tillegg til ulike typer progesteron, GnRH-antagonister og -agonister (17). Noen av disse presenteres kort i de følgende avsnittene.

I 2008 startet en større, dobbelt blindet, placebo-kontrollert klinisk utprøving med 354 deltakere (48). Her testet man testosteroninjeksjon i kombinasjon med et progesteron-implantat. Dette var den første studien som var finansiert hovedsakelig av

legemiddelindustrien (NV Organon og Bayer Schering Pharma AG), og hvor man kunne sammenligne bivirkninger ved behandling versus placebo.

I 2011 begynte WHO og Contraception Research and Development (CONRAD) på et stort forsøk med 266 mannlige forsøkspersoner i faste forhold (44). Prevensjonseffekten til en kombinasjon av langtidsvirkende testosteron og progesteron i sprøyteform ble testet. I løpet av 56 uker ble 4 partnere gravide, som tilsvarer en rate på kun 1,57 per 100 brukere. Rundt 80 % av mennene sa de var fornøyde med prevensjonsmetoden, og var villige til å bruke den. Dessverre ble forsøket avsluttet tidlig, på grunn av bivirkninger av mer eller mindre alvorlig grad hos forsøkspersonene (17;46). Humørendringer, depresjon, smerte ved injeksjonsstedet og økt libido forekom hos hhv. 4,7, 2,8, 23,1 og 38,1 % av testdeltakerne (44).

Flere nye orale og transdermale preparater er under utvikling, med lovende resultater (38;46). En dobbelblindet randomisert studie fra 2019 testet en daglig androgen/progesteron-pille på 100 friske menn (49). Resultatene viste at doser over en viss mengde undertrykte hormonnivåene og dermed sædcelleproduksjonen tilfredsstillende, uten å gi alvorlige eller uventede bivirkninger. Et annet preparat i utvikling er en gel med testosteron og progesteronet Nestorone® som påføres daglig på huden (50). Over halvparten av deltakerne rapporterte at de var fornøyde eller ekstremt fornøyde med denne metoden, og testing av preparatets effekt mot graviditet er i gang (41;51).

I tillegg testes flere nye ikke-hormonelle prevensjonsmetoder som på ulike måter påvirker spermproduksjon, -funksjon eller -transport (41). Et forsøk som har fått mye oppmerksomhet i mediene den siste tiden, er en hittil upublisert studie fra USA gjort på hannmus (52). Forskerne har utviklet en ikke-hormonell reseptorblokker som har vist seg å være 99% effektivt mot musedrektighet, og dette uten observerbare bivirkninger. Siden denne oppgaven handler om hormonelle midler, går jeg ikke nærmere inn på dette.

I en systematisk review-artikkel som oppsummerer alle RCT-studier for mannlig hormonell prevensjon opp til 2012, konkluderes det at studiene hittil har vært for små, og resultatene upresise (53). En liknende artikkel fra 2019 stadfester at flere store, kliniske utprøvinger er nødvendig for å undersøke bivirkninger og effektivitet nærmere (46). I en artikkel som oppsummerer fremgangen til mannlig hormonell prevensjon opp til 2021 estimeres det at det første legemiddelet mest sannsynlig ikke vil bli godkjent før tidligst 2030 (41).

2.4.4 Hvorfor finnes ikke hormonell prevensjon for menn ennå?

En internasjonal spørreundersøkelse fra 2004 om holdninger til mannlig hormonell prevensjon begynner med en spådom om at hormonell prevensjon for menn da kunne være tilgjengelig innen omtrent fem år (34). Hvorfor er ikke da mannlig hormonell prevensjon på markedet ennå? Det kan skyldes blant annet kjønnsroller, skepsis til bivirkninger og en motvillig legemiddelindustri:

Tradisjonelt sett har reproduktiv kontroll blitt ansett som en «kvinneoppgave», og det har vært en motvilje i samfunnet til å overføre deler av dette ansvaret til mannen (17;54).

Fertilitet, heller enn infertilitet, sees på som maskulint (54;55). Selv om mange menn er positive til mannlig hormonell prevensjon, er mange også ganske skeptiske til mulige bivirkninger (4;34;56). Det største hinderet er nok allikevel mangelfull investering fra legemiddelindustrien, trolig på grunn av usikkerhet på eventuell økonomisk gevinst (4;57).

Det hjelper heller ikke at uventede bivirkninger for kvinnelig hormonell prevensjon har ført til søksmål mot legemiddelfirmaene (17). En annen stor utfordring er at mannlig hormonell prevensjon har vist seg å virke mer effektivt i noen etniske grupper, uten at den fysiologiske mekanismen bak dette har blitt oppklart (57).

2.5 Problemstilling

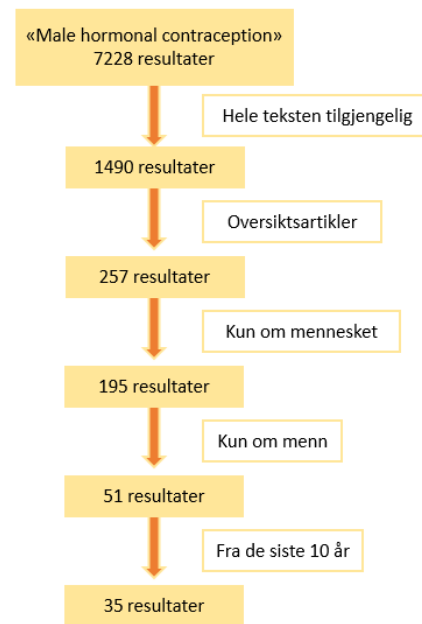
Formålet med studien er å utforske hvilke holdninger kvinnelige og mannlige UiT-studenter har til prevensjon, og da spesielt hormonell prevensjon for menn. Er prevensjon aktuelt for studentene? Hvordan fungerer ansvarsfordelingen mellom kjønnene i praksis, og hvordan mener de den bør være? Er det interesse blant studentene for et nytt prevensjonsalternativ for menn, og hadde mennene vært villige til å prøve? Har kvinnene tillit til at også menn kan bruke hormonell prevensjon – og motsatt? Disse er hovedspørsmålene som vil stilles – og forhåpentligvis besvares, i oppgaven. I denne oppgaven regnes prevensjon kun som et middel for å unngå graviditet - seksuelt overførbare infeksjoner er utelatt for å avgrense problemstillingen. Nye ikke-hormonelle prevensjonspreparater for menn utelates også i samme øyemed.

3 Materiale og metode

Oppgaven er basert på et litteratursøk om mannlig hormonell prevensjon, samt en spørreundersøkelse som ble distribuert til studenter ved Universitetet i Tromsø.

3.1 Litteratursøk

For å kartlegge det eksisterende kunnskapsgrunnlaget ble det gjennomført et litteratursøk. Den 30.09.2020 ble det gjort et søk i PubMed på «male hormonal contraception», som ga 7228 resultater. Ved å bruke inklusjonskriteriene i Figur 2 ble søket avgrenset til kun 35 artikler. Titlene på samtlige artikler ble lest, og teksten i sin helhet der artikkelen ble vurdert som relevant for oppgaven. I tillegg ble det funnet flere andre relevante kilder ved andre søk, både på PubMed og i offentlige registre og plattformer som Sex og Samfunn, FHI og Statistisk Sentralbyrå.



Figur 2: Inklusjonskriterier ved litteratursøk

3.2 Spørreundersøkelse

UiT-studentenes holdninger til mannlig hormonell prevensjon ble undersøkt gjennom en frivillig, anonym og digital spørreundersøkelse (se Vedlegg 2) i perioden 25. mars til 15. april 2022. Spørreskjemaet ble laget på Nettskjema, en sikker løsning for datainnsamling via nett som sikrer kryptert og anonymisert data (58). Populasjonen var studenter ved UiT, som totalt utgjør en gruppe på rundt 15 000 personer. Studentene ble kontaktet hovedsakelig gjennom student-e-posten, med en direktelenke til undersøkelsen. Det lot seg ikke gjøre å sende epost til alle studentene, siden hver student kun har tilgang til et begrenset antall studieprogrammer gjennom distribusjonslister på UiT-e-posten. Epost ble derfor sendt til omtrent 4000 studenter, først en gang, deretter en gang til som en påminnelse. I tillegg ble det reklamert for undersøkelsen på det sosiale mediet Facebook, både på min og andre studenters private side, og i studentgrupper, på Tavla (nyheter fra UiT på Canvas), infoskjermer rundt om på

helsefakultetet, og det ble hengt opp plakater med QR-kode som ledet til undersøkelsen på de ulike fakultetene. Det var frivillig å delta i undersøkelsen, samtidig som målet var å få så mange unike respondenter som mulig. Fordi innlogging på nettskjema med Feide krever tofaktorautentisering, og mange ikke har passordet til Feidebrukeren lagret automatisk på mobilen, ble det vurdert at det ikke skulle kreves innlogging for å kunne svare på spørsmålene.

Spørreskjemaet ble testet i et panel for å sikre at 1) spørsmålene og svaralternativene var akseptable, forståelige og gjensidig utelukkende 2) spørsmålene som ble stilt gjenspeilet formålet med prosjektet og 3) at svar-data var håndterlig på SPSS. Medlemmer i MSO Tromsø – medisinerens seksualopplysning på universitetet i Tromsø, ble involvert for innspill til innhold og spørsmålsformulering. Noen av spørsmålene var inspirert av lignende undersøkelser, se kilde (34;45;59). Skjemaet innebar demografiske variabler som alder, utdanningsnivå, kjønn, landsdel og sivilstatus, samt spørsmål som skulle gi svar på problemstillingens fire hovedpunkter:

- 1) I hvilken grad prevensjon er aktuelt for bruk hos studentene
- 2) Ansvarsfordelingen mellom kjønnene når det kommer til prevensjonsbruk
- 3) Interesse for mannlig hormonell prevensjon
- 4) Tillit mellom kjønnene når det kommer til prevensjonsbruk

3.3 Analysering av data

All data fra spørreundersøkelsen ble overført til SPSS for analysering. Av 732 respondenter svarte 93% (681 personer) at de er UiT-studenter. Svar fra ikke-UiT-studenter ble slettet og er ikke inkludert i noen analyser. For å enklest mulig kunne undersøke for kjønnsforskjell, ble kun de som svarte enten «kvinne» eller «mann» under biologisk kjønn, inkludert i analysene (seleksjonsfilter på SPSS: $2 \geq \text{kjonn} \geq 1 \ \& \ \text{NMISS}(\text{kjonn}) < 1$). 5 personer som svarte «annet», og 3 personer som ikke svarte på spørsmålet om kjønn, ble dermed utelatt. Dermed ble totalt 673 inkludert, og totalt 59 respondenter ekskludert fra analysene. For et sett med spørsmål ble svarene i tillegg til kjønn selektert på seksuell legning og fravær av barneønske (seleksjonsfilter på SPSS: $\text{enkel_legning}=1 \ \& \ \text{NMISS}(\text{enkel_legning}) < 1 \ \& \ \text{enkel_barneonske}=2 \ \& \ \text{NMISS}(\text{enkel_barneonske}) < 1$). Svardata fra denne gruppen (Tabell

4), og for de generelle spørsmålene (Tabell 3) finnes i Kapittel 10.2. Det ble kodet nye og forenklete variabler der det var hensiktsmessig, for eksempel ble «helt enig» og «litt enig» slått sammen til enig, og «verken eller», «helt uenig» og «litt uenig» til «alt annet enn enig» for å blant annet gjøre regresjonsanalysene enklere. Landsdelene ble også slått sammen til Nord- og Sør-Norge, alternativene for sivilstatus til «enslig» og «ikke enslig», og så videre. De forenklete variablene fikk navn enkel_variabel, for eksempel enkel_landsdel. Oversikt over samtlige variabler og hvordan de er kodet i datasettet finnes i Tabell 2, Kapittel 10.1, og variablene er notert i klammer ellers i teksten.

Deskriptiv statistikk, kjikvadratter og multippel regresjonsanalyser ble gjort i SPSS, noe av databehandlingen ble også gjort i Excel. Statistisk terminologi i tabellene fra SPSS ble ikke forsøkt oversatt fra engelsk, dette for å unngå misforståelser og uklarheter. Assosiasjon mellom to nominale variabler ble undersøkt med kjikvadrattest, og assosiasjonens styrke ble vurdert med Cramer V's tall, som er basert på Pearsons korrelasjon.

Multippel regresjon ble brukt for å undersøke korrelasjon mellom én avhengig nominal variabel og flere uavhengige variabler. Korrelasjonens grad angis med odds ratio (OR, $\text{Exp}(B)$ i tabell). Variablene som ble inkludert i modellen var variabler som kunne tenkes å ha en innvirkning på utfallet. På grunn av måten alternativene var kodet på, er noen OR-verdier angitt som et tall mellom 0 og 1, der korrelasjonen blir sterkere når OR går mot null. Disse ble regnet om slik at de lettere kan sees i sammenheng med de andre OR-verdiene, og den omregnede verdien ble satt i parentes under $\text{Exp}(B)$ i Tabell 5 og 6. Regresjonsanalysene (se Kapittel 10.3) ble gjort på to ulike variabler/spørsmål – henholdsvis 1) interesse for nytt mannlige prevensjonsalternativ og 2) menns villighet til å prøve hormonell prevensjon for menn.

- 1) Modellen predikerer hvilke faktorer som var assosiert med det å synes at det er behov for et nytt prevensjonsalternativ til menn (se Tabell 5). Omtrent 40% av variasjonen i utfallet kunne forklares med regresjonsmodellen (Nagelkerke 0,401). Modellen kunne korrekt predikere 91,8% av de observerte utfallene, og den var mye bedre på å predikere hvem som *synes* det var behov, enn de som *ikke* synes det var behov for et nytt prevensjonsmiddel for menn.

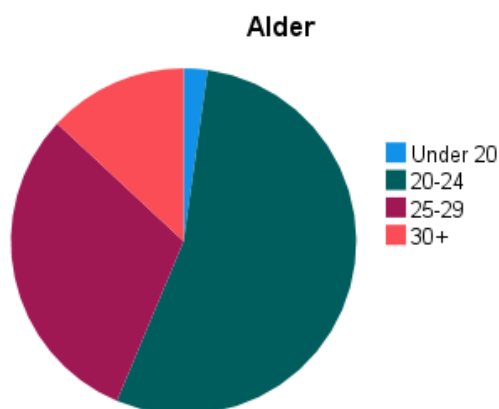
2) Modellen predikerer hvilke faktorer som var assosiert med det å være villig til å prøve mannlig hormonell prevensjon (se Tabell 6). Under analysen var kun de som prevensjon var aktuelt for selektert. Siden det var en del færre menn enn kvinner i studien, ble noen av gruppene i denne analysen små. Derfor ble variabelen [ansvar_ideal] ikke inkludert i analysen. 53,8% av variasjonen i utfallet kunne forklares med regresjonsmodellen (Nagelkerke 0,538). Modellen kunne korrekt predikere 84,5% av de observerte utfallene, og den var litt bedre på å predikere hvem som var villige, enn de som var «alt annet enn villige» til å prøve mannlig hormonell prevensjon.

4 Resultater

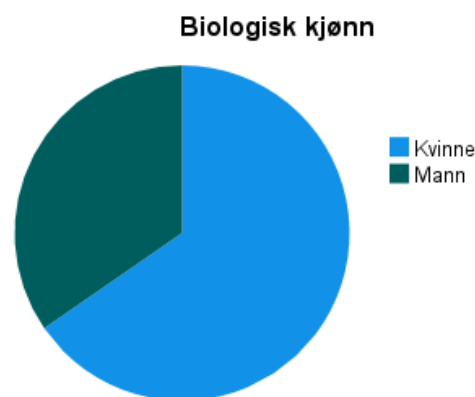
Vedlegg 1 presenterer svarfrekvenstabeller (kapittel 10.2) og regresjonsanalyser (kapittel 10.3) fra analysing av data. Kapittel 4 presenterer hovedfunnene gjort gjennom spørreundersøkelsen. Først gis et overblikk over demografien blant respondentene. Deretter presenteres resultater som belyser om prevensjon er aktuelt for studentene, ansvarsfordeling mellom menn og kvinner ideelt sett og i praksis, interessen for mannlig hormonell prevensjon, og til slutt tillit mellom kjønnene. Resultatene fra regresjonsanalysene er beskrevet i kapittel 4.1.4. Median svartid var i overkant av 4 minutter.

4.1.1 Demografi

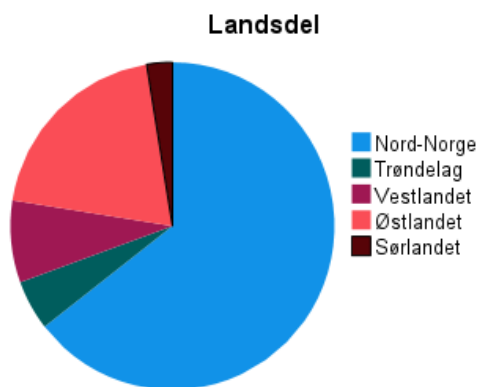
Resultater relatert til demografi er presentert i Figur 3 til Figur 8, ellers finnes svarfrekvenser i Tabell 3. Over 80% av respondentene var mellom 20 og 29 år, de fleste fra Nord-Norge. Nesten dobbelt så mange kvinner som menn svarte. Flest respondenter holdt på med en utdanning på over 5 år, og et knapt flertall studerte noe relatert til helse, Omtrent 60 % av respondentene hadde fast partner, mens de resterende var enslige. 83,5 % hadde hørt om konseptet “mannlig hormonell prevensjon” før de svarte på undersøkelsen.



Figur 3: Aldersfordeling [alder]



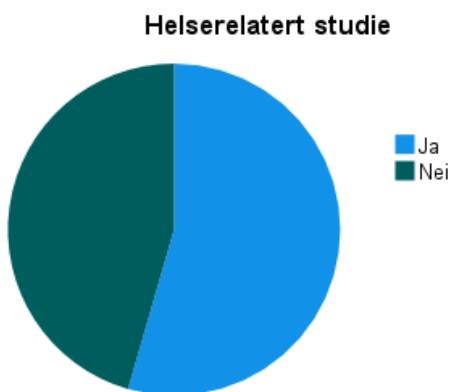
Figur 4: Kjønnfordeling [kjønn]



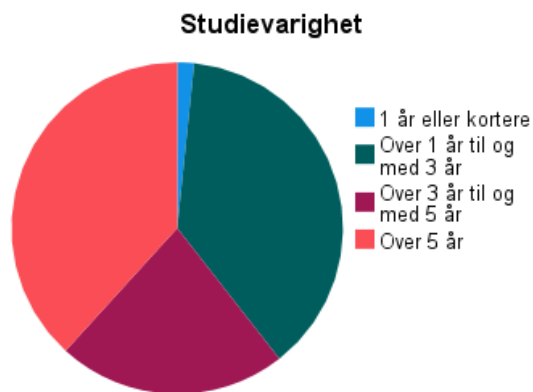
Figur 5: Fordeling i landet [landsdel]



Figur 6: Fordeling sivilstatus [sivilstatus]



Figur 7: Fordeling helsefag [helse]



Figur 8: Fordeling studievarighet [utdanning]

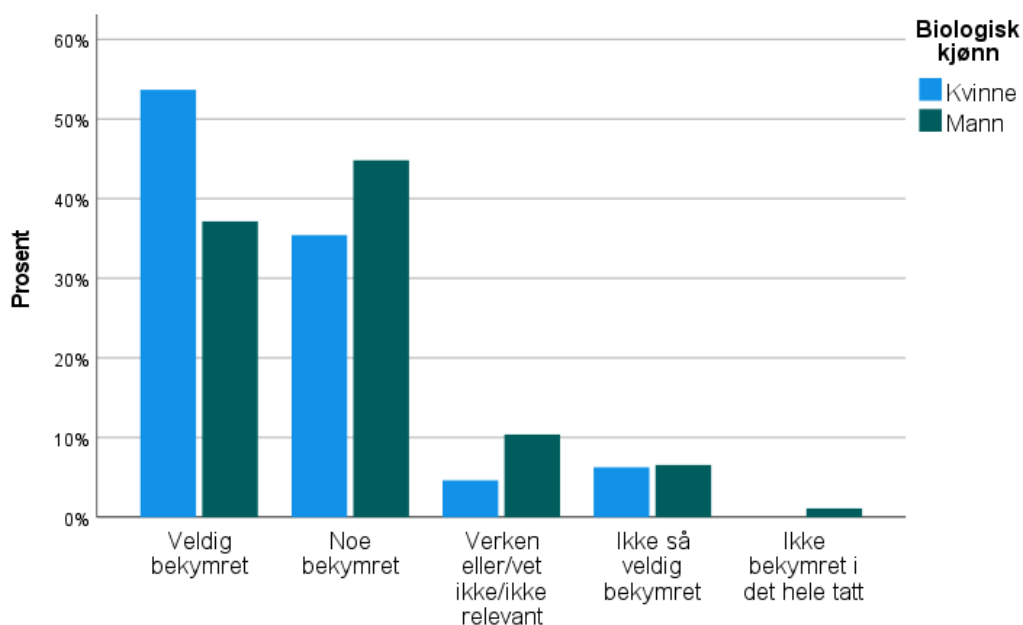
4.1.2 Er prevensjon aktuelt for studentene?

Prevensjon kan forenklet sett være aktuelt for de som svarte at de er seksuelt interesserte i personer de kan få barn med, samtidig som det ikke var aktuelt for dem å få barn for øyeblikket. I spørreundersøkelsen gjaldt dette 551 av 673 respondenter (81,9%, se Tabell 1). Svarene til denne selekterte gruppen finnes i Tabell 4, kapittel 10.2.

Tabell 1: Krysstabell med seksuell legning og barneønske

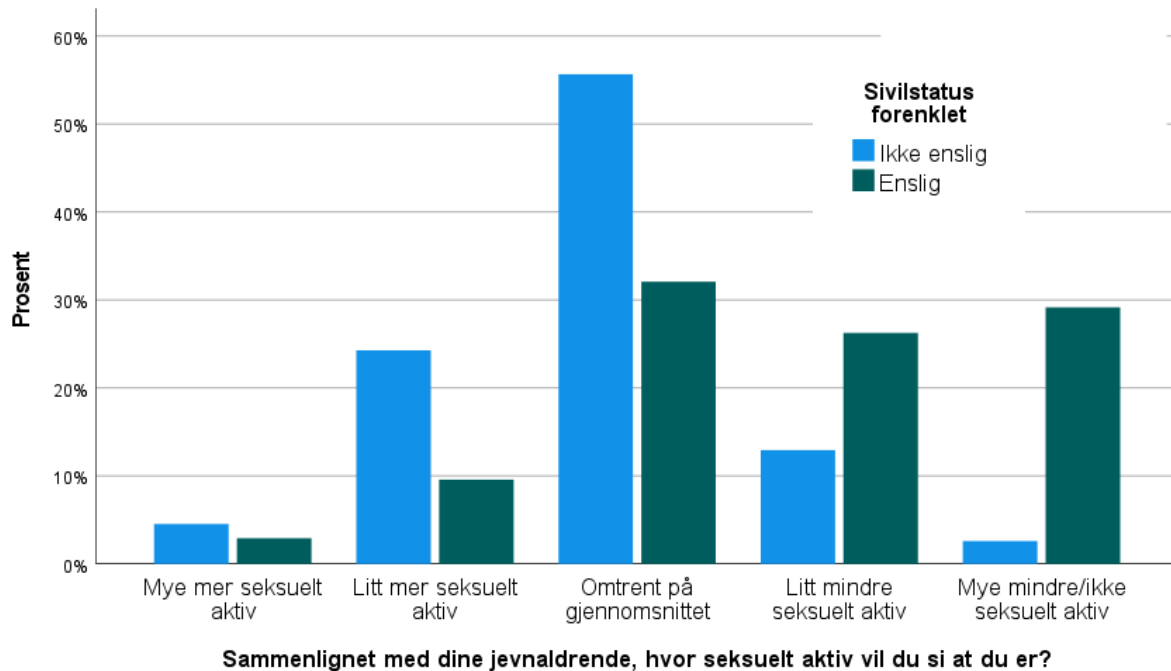
		Er du seksuelt interessert i personer du kan få barn med?			
		Ja	Nei	Vet ikke/ikke relevant	Total
Har du barneønske nå?	Ja, jeg prøver aktivt å få barn	13	0	0	13
	Jeg prøver ikke aktivt, men det hadde gått greit å få barn nå	64	1	1	66
	Nei, det er ikke aktuelt for meg å få barn nå	551	23	14	588
	Vet ikke	5	0	0	5
	Total	633	24	15	672

Flesteparten av disse ville vente 3-5 år med å få barn (38,5%), tett etterfulgt av de som ville vente mer enn 5 år (35,6%) (se Tabell 4). Det store flertallet (86,7%) ville blitt veldig eller noe bekymret dersom prevensjonen skulle svikte i et tenkt scenario (se Tabell 4). På det sistnevnte spørsmålet svarte 53,7 % av kvinnene at de hadde blitt «veldig bekymret», mens 37,2 % av mennene gjorde det samme – de fleste mennene svarte «noe bekymret» (se Figur 9). Det var en signifikant, liten til moderat assosiasjon mellom kjønn [kjønn] og bekymringsgrad [bekymring] blant de personene som prevensjon var aktuelt for (Pearsons $\chi^2=19,904$ $p<0,001$ Cramers $V=0,190$).



**Se for deg en situasjon der prevensjonen har sviktet.
Hvordan reagerer du umiddelbart?**

Figur 9: Grad av bekymring ved prevensjonssvikt [bekymring], kjønnsfordelt [kjønn]



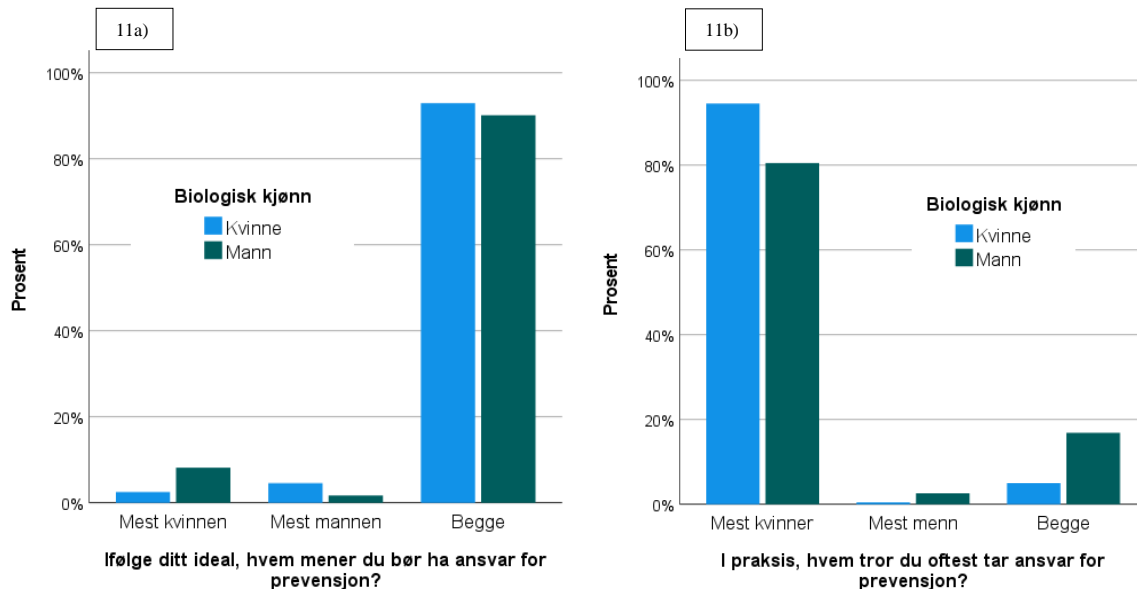
Figur 10: Selvestimert seksuelt aktivitetsnivå [seksuelt_aktiv], fordelt på sivilstatus [enkel_sivilstatus]

Av de som prevensjon er aktuelt for anså flesteparten seg selv som omtrent gjennomsnittlig seksuelt aktiv, ellers estimerer litt flere at de er under gjennomsnittet enn over (se Tabell 4). Ikke overraskende var gruppen som anså seg selv som under snittet seksuelt aktive dominert av enslige (se Figur 10). Når det gjaldt selvestimert seksuelt aktivitetsnivå var det ingen signifikant forskjell verken mellom kjønnene [kjønn] (Pearson kjikvadrat=3,813 p=0,432) eller Nord- og Sør-Norge [enkel_landsdel] (Pearsons kjikvadrat=5,175 p=0,270). Bare 17,9 % (av de som prevensjon er aktuelt for) oppga at de *alltid* bruker kondom med nye seksualpartnere, uavhengig av hormonell prevensjon-bruk (se Tabell 4). Det var ingen signifikant kjønnsforskjell [kjønn] knyttet til kondombruk [kondom] (Pearsons kjikvadrat=1,875 p=0,759).

Av alle studentene (også de med barneønske og annen seksuell legning) hadde 40 personer (6%) opplevd prevensjonssvikt som førte til utilsiktet graviditet (se Tabell 3). I underkant av 70 % av de kvinnelige studentene svarte at de går på hormonell prevensjon (se Tabell 3)

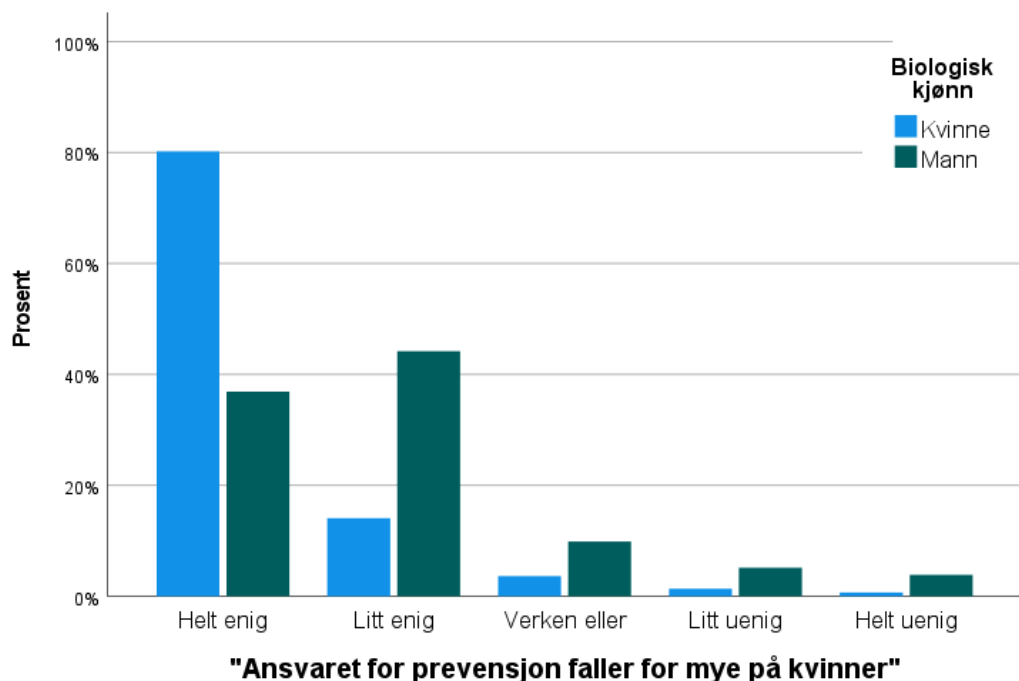
4.1.3 Ansvarsfordeling – ideelt sett og i praksis

Til sammen 92 % mente at kvinnen og mannen ideelt sett bør dele på prevensjonsansvaret, men 89,7 % trodde at det er kvinner som i praksis tar mest ansvar. Spriket mellom ideale og opplevd realitet illustreres i diagrammene i Figur 11.



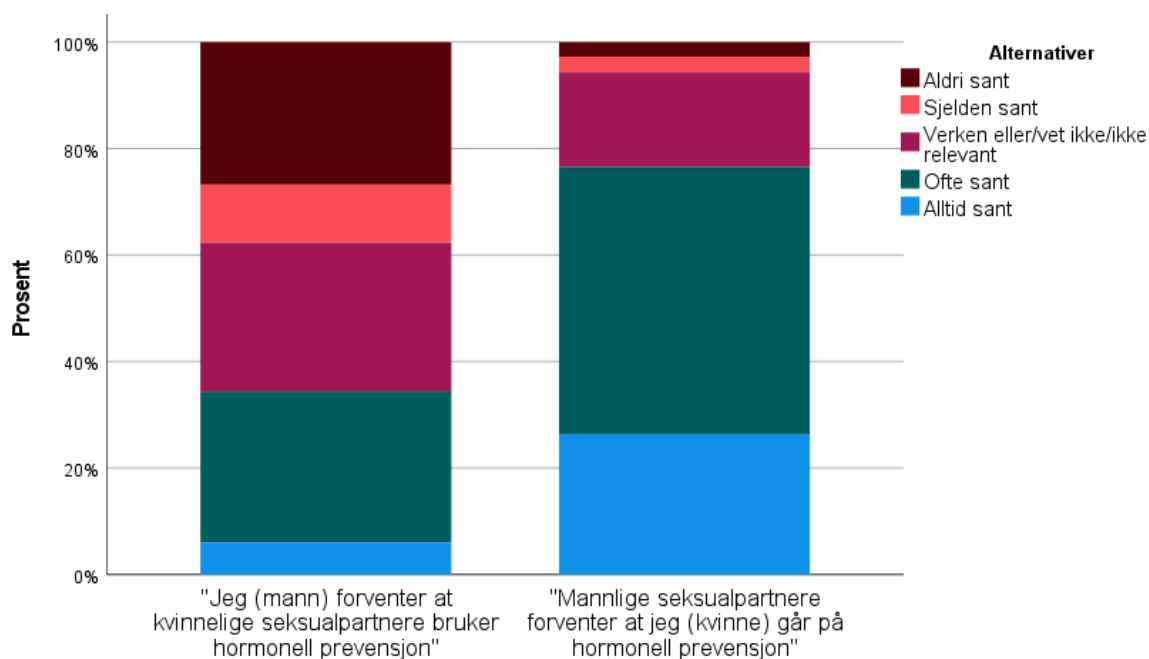
Figur 11: 11a) viser hvem studentene mener bør ha ansvaret for prevensjon ideelt sett [ansvar_ideal], mens 11b) viser hvem studentene tror oftest tar ansvar for prevensjon i praksis [ansvar_praksis]

Totalt 89,7 % var litt eller helt enige i påstanden om at ansvaret for prevensjon faller for mye på kvinner – her svarte omtrent 80 % av kvinnene «helt enig», mens under halvparten av mennene gjorde det samme (se Figur 12). De fleste mennene svarte «litt enig». Når «helt» og «litt» enig slås sammen til «enig», var 81,1% av de mannlige respondentene, og 94,3% av de kvinnelige respondentene enige i påstanden (se Tabell 3).



Figur 12: Figuren viser en oversikt over grad av (u)enighet i påstanden «ansvaret for prevensjon faller for mye på kvinner» [faller], kjønnsfordelt [kjønn]

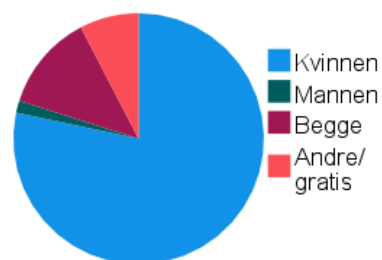
Av de mannlige studentene som prevensjon var aktuelt for, svarte 34,4 % at de ofte eller alltid forventer at deres kvinnelige seksualpartnere bruker hormonell prevensjon (se Tabell 4), mens tilsvarende 76,5 % av kvinnene (som prevensjon var aktuelt for) svarte at de ofte eller alltid opplever denne forventningen (se Tabell 4). Denne diskrepansen er illustrert i Figur 13.



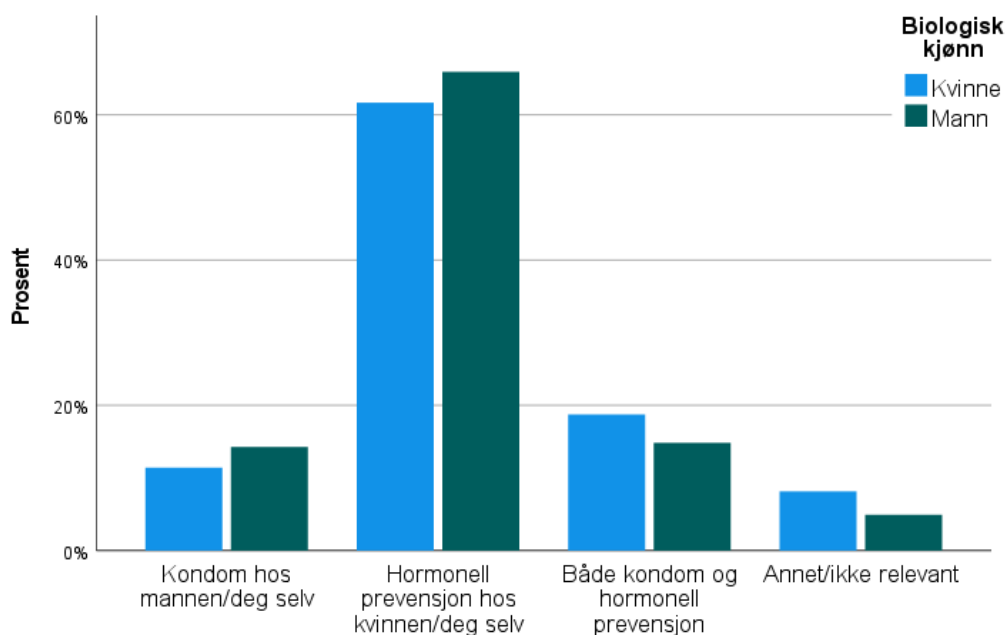
Figur 13: Oppfatning av menns forventning om kvinners prevensjonsbruk [kvinne_forventning] [mann_forventning], kjønnsfordelt [kjønn]

91,4 % mente at både kvinnen og mannen bør dele på kostnaden for nødprevensjon, men 83,8 % av respondentene trodde også at kvinner oftest betaler for dette i praksis (se Tabell 3). På det sistnevnte spørsmålet trodde en større andel kvinner enn menn at kvinner oftest betaler (se Tabell 3). Det viste seg også at kvinner har betalt klart oftest for sin hormonelle prevensjon i faste seksualforhold (se Figur 14). Bare 12 % svarer at mannen har bidratt med deler av eller hele summen.

Dersom du har (hatt) en fast seksualpartner, og en av dere har brukt hormonell prevensjon, hvem har oftest betalt for den?



Figur 14: Hvem som oftest har betalt for hormonell prevensjon i faste seksualforhold [betalt_hp] Alternativet «ikke relevant» er ekskludert fra diagrammet

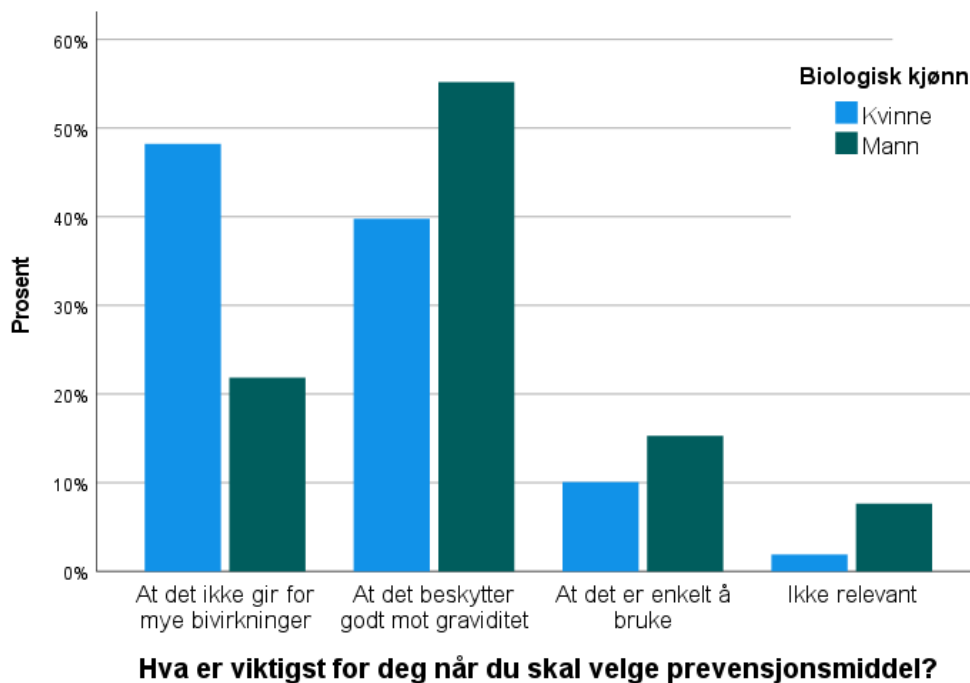


Hva er din foretrukne form for prevensjon?

Figur 15: Foretrukne prevensjonsform [foretrukket]

Over halvparten av respondentene (som prevensjon var aktuelt for), både kvinner og menn, foretrakk hormonell prevensjon hos kvinnen som prevensjonsmetode. Etter fulgte

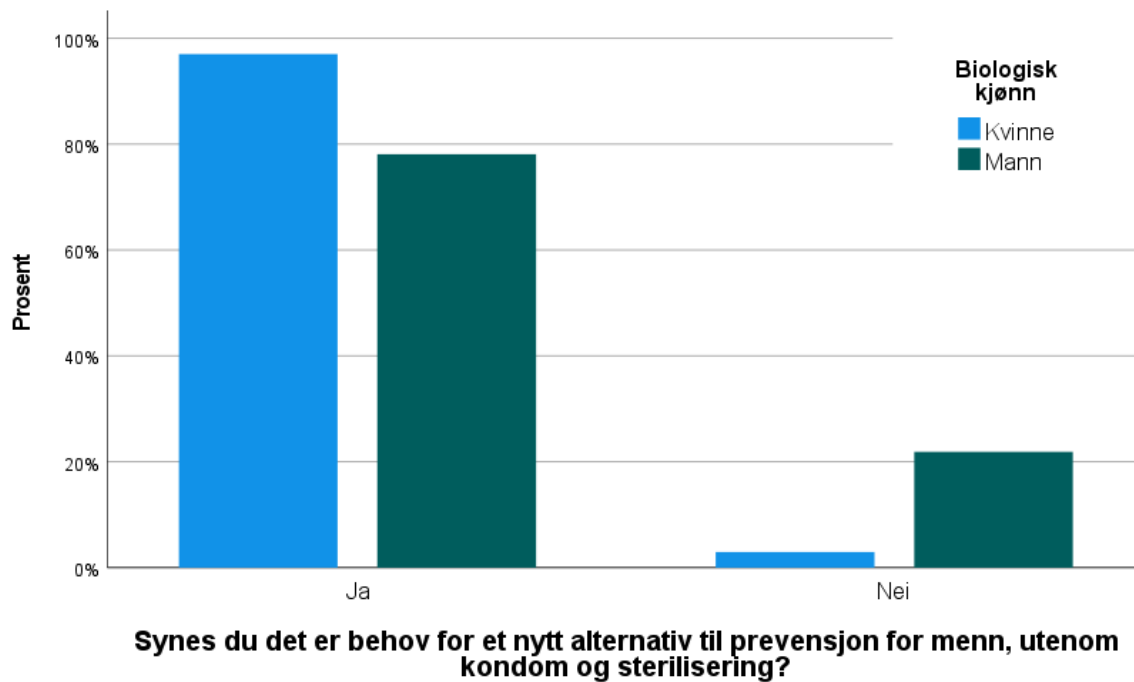
alternativene «både hormonell prevensjon og kondom», deretter «kun kondom», og andre metoder (se Figur 15). Her var det ingen signifikant kjønnsforskjell (Pearsons $\chi^2=3,997$ $p=0,262$). Ved valg av prevensjonsmiddel var det viktigste for de mannlige studentene (som prevensjon var aktuelt for) god beskyttelse mot graviditet, men for de kvinnelige studentene (som prevensjon var aktuelt for) var det viktigste at prevensjonen ikke gir for mye bivirkninger (se Figur 16). Det var viktigere for menn enn kvinner at prevensjonen var enkel å bruke. Her var det en signifikant, knapt moderat assosiasjon mellom viktigste kriterie ved valg av prevensjon [viktigst] og kjønn [kjønn] (Pearsons $\chi^2=41,342$ $p<0,001$ Cramers $V=0,274$).



Figur 16: Viktigste kriterier ved valg av prevensjonsmiddel [viktigst], kjønnsfordelt [kjønn].

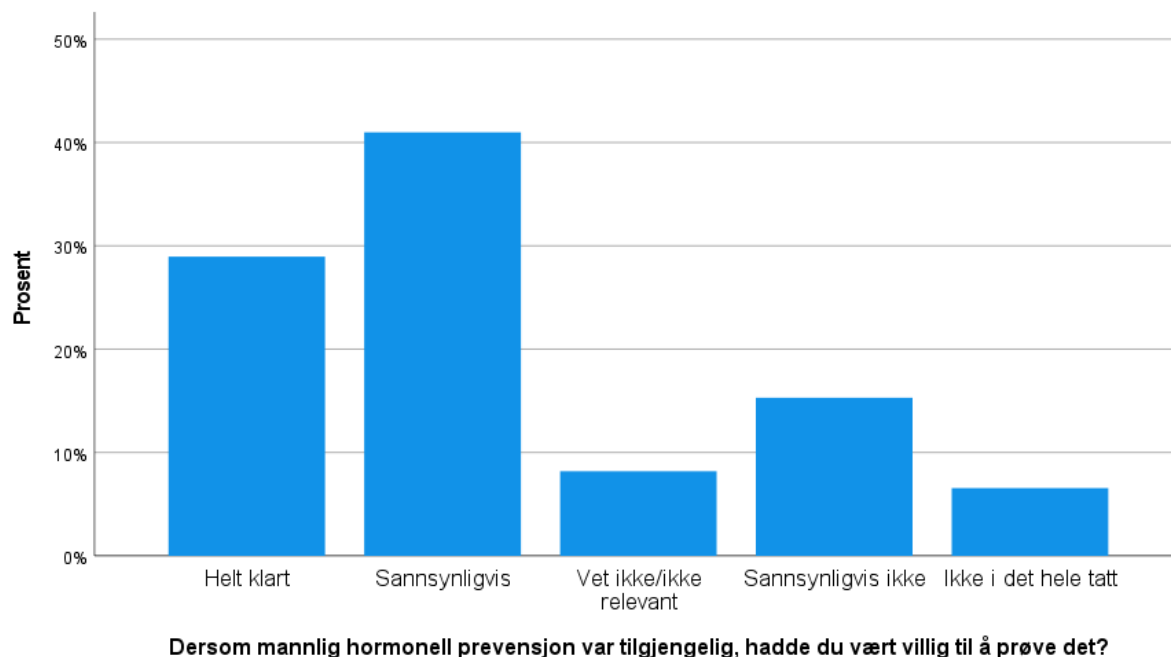
4.1.4 Interesse for mannlig hormonell prevensjon

90,5 % av respondentene mente at det er behov for et nytt prevensjonsalternativ for menn, og her var kvinnene litt mer positive enn mennene (se Figur 17).



Figur 17: Interesse for nytt prevensjonsalternativ for menn [behov], kjønnsfordelt [kjønn]

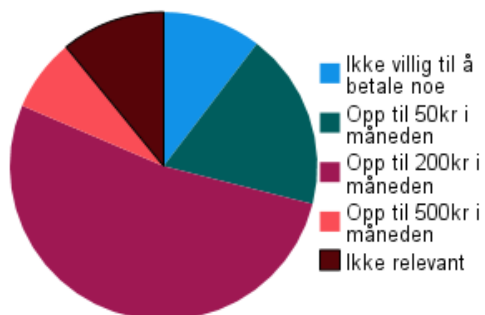
Det ble gjort en multipl regressjonsanalyse for å undersøke om det var noen sammenheng mellom visse variabler i datasettet og det å ha denne meningen. Analysen (se Tabell 5) viste at faktorer som korrelerte signifikant med interesse for et nytt prevensjonsalternativ for menn var kjønn [kjønn] (OR=0,088 KI=0,038-0,203 p<0,001) og holdninger om ansvarsfordeling. En kvinnelig student hadde omtrent 11 ganger større odds for å være interessert i et nytt prevensjonsalternativ for menn, enn en mannlig student. En som var helt eller litt enig i at prevensjonsansvaret faller for mye på kvinner [enkel_faller] hadde snaut tre ganger større odds for å være interessert, enn en som ikke synes dette (OR=0,356 KI=0,160-0,791 p=0,011). Det var også en klar signifikant *negativ* korrelasjon mellom interesse for et nytt prevensjonsalternativ for menn, og det å mene at henholdsvis kvinnen (OR=0,216 KI=0,071-0,660 p=0,007) *eller* mannen (OR=0,065 KI=0,018-0,233 p<0,001) ideelt sett burde ha ansvar for prevensjon, istedenfor at ansvaret burde deles [ansvar_ideal]. Det samme gjaldt de som mente at kvinnen ideelt sett burde betale for nødprevensjon (OR=0,086 KI=0,022-0,332 p<0,001) [angrepille_ideal]. Andre faktorer som økte oddsen for å synes det er et behov for et nytt prevensjonsalternativ for menn, men ikke signifikant, var det å ikke være seksuelt interessert i personer man kan få barn med, og det å synes at menn bør betale for angrepille. Se Tabell 5 for OR og p-verdier.



Figur 18: Menns grad av villighet til å prøve mannlig hormonell prevensjon dersom det var tilgjengelig [villighet]

70 % av de mannlige studentene (som prevensjon var aktuelt for) hadde vært villige («helt klart» 29%, «sannsynligvis» 41%) til å prøve mannlig hormonell prevensjon dersom det var tilgjengelig (se Figur 18). Multippel regresjon (se Tabell 6) viste at faktorer som korrelerte signifikant med villighet var interesse for et nytt prevensjonsalternativ for menn, tidligere kunnskap om mannlig hormonell prevensjon, kondomvaner og holdninger om hvem som bør betale for angrepille. Mennene hadde signifikant større odds for å være villige til å prøve mannlig hormonell prevensjon dersom de også synes det var behov for et nytt prevensjonsalternativ for menn [behov] (OR=0,04 KI=0,01-0,13 p<0,001) og hadde hørt om konseptet hormonell prevensjon for menn før [hort_om] (OR=0,24 KI=0,07-0,80 p=0,020). Mennene hadde signifikant lavere odds for å være villige til å prøve mannlig hormonell prevensjon dersom de også mente at kvinner bør betale for angrepillen [angrepille_ideal] (OR=0,03 KI=0,002-0,37 p=0,006), og dersom de ofte eller alltid bruker kondom med nye seksualpartnere [enkel_kondom] (OR=2,63 KI=1,002-6,913 p=0,05). Faktorer som korrelerte positivt med villighet, men som ikke var signifikante, var å ha bodd mesteparten av livet i Sør-Norge, å ha opplevd prevensjonssvikt, og å ha opplevd/mistenkt at en kvinne har løyet om at hun går på prevensjon. Se Tabell 6 for OR- og p-verdier

19a)

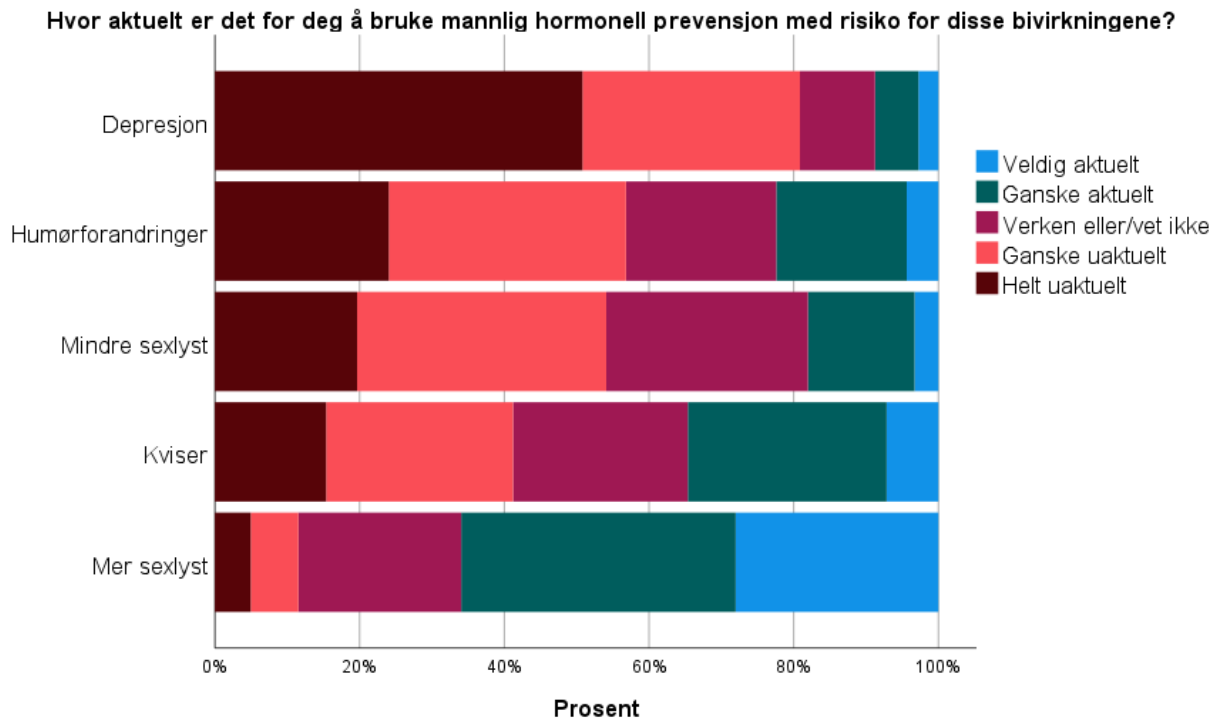
Akseptabel pris

19b)

Foretrukket form

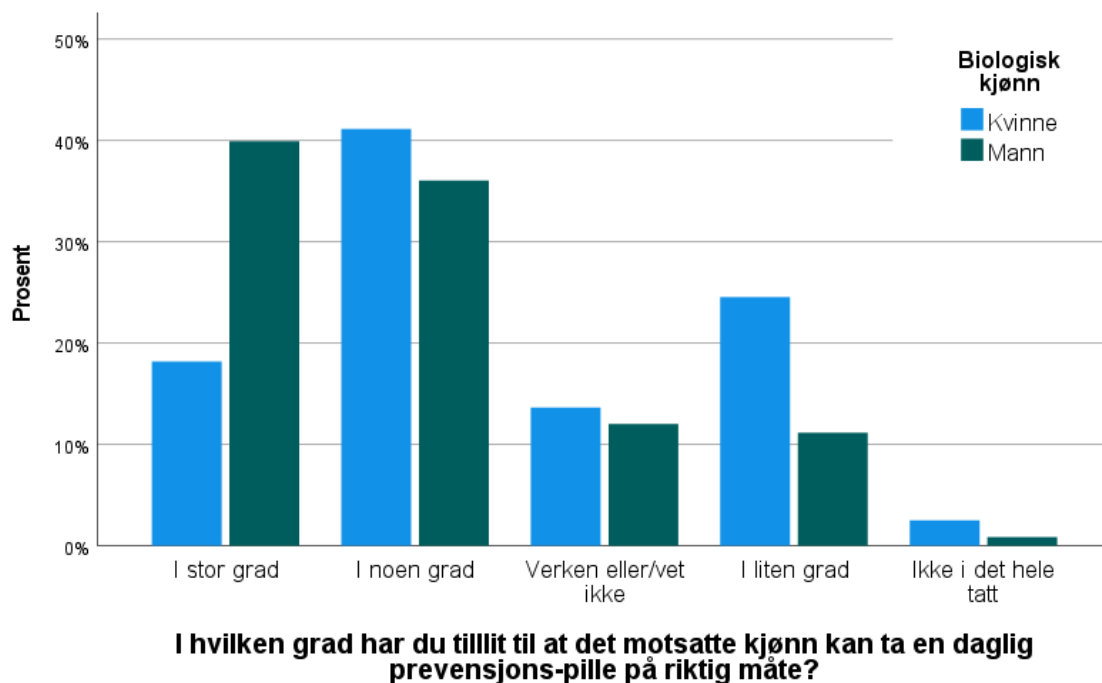
Figur 19: Figurene viser hva menn a) hadde vært villige til å betale for mannlig hormonell prevensjon [pris], og b) hvilken form de hadde foretrukket [form], dersom mannlig hormonell prevensjon var tilgjengelig.

De fleste mennene (som prevensjon var aktuelt for) hadde akseptert en pris på opptil 200 kr per måned (se Figur 19a), og prevensjon i form av å ta en daglig pille var mest populært (39,9%), etterfulgt av et årlig implantat (27,9%, se Figur 19b). Ved spørsmål om mannlig hormonell prevensjon var aktuelt å bruke med risiko for ulike bivirkninger, var risiko for depresjon den klart mest upopulære (80,9% ganske eller helt uaktuelt), etterfulgt av humørendring (56,8% ganske eller helt uaktuelt), minsket sexlyst (54,1% ganske eller helt uaktuelt) og kviser (41,2% ganske eller helt uaktuelt). Svært mange hadde akseptert økt sexlyst som bivirkning – her svarte 65,9% at det var veldig eller ganske aktuelt, og bare 11,5% svarte at det var ganske eller helt uaktuelt. Disse svarene er illustrert i Figur 20.



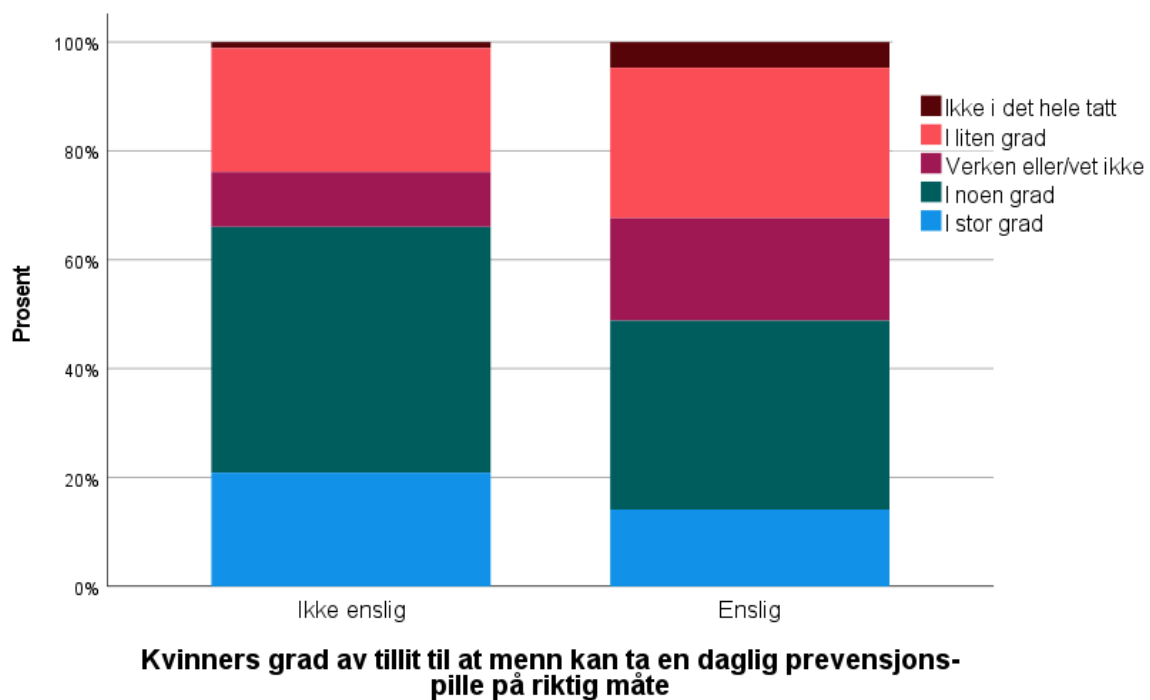
Figur 20: Figuren viser hvor (u)aktuelt det var for menn å bruke hormonell prevensjon med risiko for ulike bivirkninger: [mer_lyst], [kviser], [mindre_lyst], [humor] og [depresjon]

4.1.5 Tillit



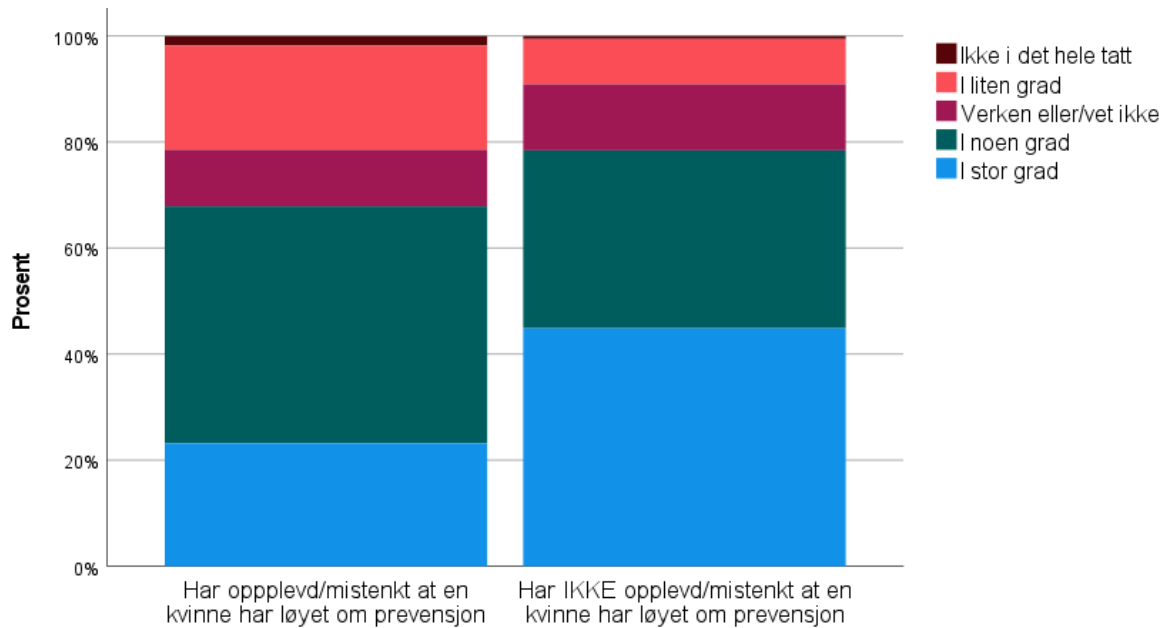
Figur 21: Tillit til det motsatte kjønns korrekte bruk av prevensjon [tillit], kjønnsfordelt [kjønn]

Majoriteten av studentene (65,1%) hadde tillit (i noen eller stor grad) til at det motsatte kjønn kan ta en daglig prevensjons-pille på riktig måte (se Tabell 3). 39,9 % av de mannlige studentene anga *stor* grad av tillit til at kvinner kan huske å ta pillen, mens bare 18,2 % av kvinnene anga like stor grad av tillit til mennene (se Figur 21). Det var en signifikant, liten til moderat assosiasjon mellom kjønn [kjønn] og grad av tillit [tillit] (Pearsons $\chi^2=45,130$ $p<0,001$ Cramers $V=0,259$).



Figur 22: Kvinner tillit til menns prevensjonsbruk [tillit], fordelt på sivilstatus [enkel_sivilstatus]

Blant kvinnene var det en liten til moderat, statistisk signifikant assosiasjon mellom sivilstatus [enkel_sivilstatus] og grad av tillit [tillit] (Pearsons $\chi^2=17,622$ $p=0,001$ Cramers $V=0,201$). Enslige kvinner hadde altså litt mindre tillit til at menn kan bruke daglig prevensjon riktig, enn kvinner i forhold (se Figur 22). Blant mennene var det ingen statistisk assosiasjon mellom sivilstatus [enkel_sivilstatus] og grad av tillit [tillit] (Pearsons $\chi^2=5,539$ $p=0,236$).



Menns grad av tillit til at kvinner kan ta en daglig prevensjons-pille på riktig måte

Figur 23: Menns tillit til kvinners prevensjonsbruk [tillit], fordelt på om de har opplevd/mistenkt at en kvinne har løyet om prevensjon, eller ikke[lyv]

47 av kvinnene (10,7%) hadde opplevd eller hatt en mistanke om at en mannlig seksualpartner har fjernet kondomet under samleie uten samtykke – såkalt «stealththing» (se tabell 3). Det var ingen statistisk signifikant assosiasjon mellom denne opplevelsen/mistanken [stealththing] og grad av tillit [tillit] (Pearsons kjikvadrat=2,281 p=0,684). 56 av mennene (24,1%) hadde opplevd eller hatt en mistanke om at en kvinne har løyet om at de går på prevensjon mens de egentlig ikke gjør det (se Tabell 3). Her var det en liten til moderat, statistisk signifikant assosiasjon mellom denne opplevelsen/mistanken [lyv] og grad av tillit [tillit] (Pearsons kjikvadrat=12,013 p=0,017 Cramers V=0,228, se Figur 23). Tilliten til kvinner var altså lavere hos de mennene som hadde opplevd eller mistenkt å bli løyet til om prevensjon.

5 Diskusjon

Undersøkelsen viste at prevensjon var svært aktuelt for studentene. De fleste trodde kvinner tar mest ansvar for prevensjon i praksis, til tross for at de fleste mente ansvaret ideelt sett bør deles på begge kjønn. Det var stor interesse for et nytt prevensjonsalternativ for menn, særlig hos kvinnene, og høy grad av villighet hos menn til å prøve mannlig hormonell prevensjon. Tilliten til det motsatte kjønns prevensjonsbruk var generelt høy, men høyere hos menn enn hos kvinner. I dette kapittelet drøftes først svakheter med metoden, deretter drøftes resultatene mer inngående.

5.1 Sterke og svake sider ved metoden

Oppgaven ble basert hovedsakelig på en frivillig spørreundersøkelse, og slike undersøkelser som studiedesign har både styrker og svakheter. En styrke ved oppgaven er at undersøkelsen høstet mange svar, selv uten mulighet for belønning. Dette gjorde at det totale antallet respondenter var stort nok til å utføre statistiske analyser selv etter visse respondenter ble ekskludert. Sammenlignet med andre undersøkelser var denne relativt kort, med median svartid på omtrent fire minutter. Dette vil jeg også påstå at er en styrke, da det kan ha bidratt til at flere har fullført undersøkelsen. Andelen svar per spørsmål er også nokså høyt, som vil si at mange har svart på spørsmål selv om de ikke var obligatoriske å svare på. Det kan tyde på at spørsmålene og alternativene var formulert slik at de var enkle å forstå. En annen styrke er at undersøkelsen var anonym, som gir større rom for ærlighet enn ved for eksempel intervjubaserte undersøkelser. Anonymitet er nok spesielt fordelaktig når man undersøker sensitive temaer, som seksualvaner og -preferanser. Andre fordeler med kvantitative undersøkelser som denne, er at man effektivt kan samle inn store mengder data, og at undersøkelsen er reproducerbar.

En svakhet ved spørreundersøkelse som studiedesign er en variant av responsbias som på engelsk kalles «social desirability bias» (60). Dette fenomenet dreier seg om at man gjerne vil fremstå som «bedre» eller mer politisk korrekt enn det man faktisk er, selv når undersøkelsen er helt anonym. Dette ble forsøkt unngått ved en påminnelse om at ærlige svar var ønskelige rett før spørsmålene om holdning i undersøkelsen. Likevel har en av respondentene gitt tilbakemelding på at de svarte det de følte var et forventet «riktig» svar – ikke nødvendigvis

det de mente innerst inne. Sannsynligvis er det nok mer politisk korrekt å mene at både kvinnen og mannen burde dele på ansvaret for prevensjon, enn å synes at kvinnen burde ha ansvaret alene. Trolig finnes det mørketall i de «upopulære» holdningene, og dette bør tas høyde for ved tolkning av resultatene.

Seleksjonsbias, altså en skjevhet i utvalget, er en annen svakhet ved undersøkelsen (61). For det første kan det tenkes at personer som frivillig har deltatt på denne undersøkelsen, deler visse interesser og personlighetstrekk. Mannlig hormonell prevensjon og ansvarsfordeling mellom kjønnene er temaer som kan vekke engasjement og følelser hos potensielle respondenter. Det er nok mer sannsynlig at noen er opptatt av seksuell helse og likestilling svarer på undersøkelsen, enn noen som er likegyldige til dette. Som tidligere nevnt var det en overvekt av kvinner blant respondentene. Dette kan delvis skyldes at det er flere kvinner enn menn i høyere utdanning (62), men også at temaet prevensjon kanskje vekker større interesse hos kvinner enn hos menn. Dette gjenspeilet seg i funnet om at kvinner var mer interessert i et nytt prevensjonsalternativ for menn, enn det mennene selv var. For det andre ble undersøkelsen distribuert via sosiale medier, hvor man i størst grad når venner og bekjente. Dette kan ha vært grunnen til at kvinner, studenter på helsefag, og personer som holdt på med et studie på mer enn 5 år dominerte demografi-statistikken. Det er nærliggende å tro at resultatene i denne undersøkelsen farges noe av at det er nettopp jeg som har laget og distribuert den. Dette reduserer overførbarheten av oppgaven – funnene reflekterer holdningene til den typiske *respondenten*, ikke nødvendigvis den gjennomsnittlige UiT-student eller nordmann.

Måten undersøkelsen ble distribuert på kan problematiseres videre. En annen ulempe ved å distribuere undersøkelsen på sosiale medier, er nemlig at man ikke kan vite hvor stort bortfallet er, altså hvor mange som har hatt mulighet til å svare, men som har valgt å la være. Derfor kan man ikke si noe om forekomsten av nonrespons i denne undersøkelsen. Dette reduserer validiteten av oppgaven. Som tidligere nevnt krevdes det ikke innlogging via Feide for å svare på spørreundersøkelsen. Etersom man bare trenger lenken for å svare, sparer man en del tid. Fordelen med å gjøre det enkelt å svare, er at man sannsynligvis får flere svar (63). Ulempen med å ikke kreve passord er at man ikke kan sikre at respondenten faktisk er student, eller at hver respondent bare svarer en gang. Dette reduserer også validiteten. Det er likevel nærliggende å tro at de fleste som deltar i undersøkelsen kun har svart en gang, siden

man som student svært ofte får tilbudet om å svare på undersøkelser og delta i forskningsprosjekter. I tillegg er det antatt begrenset egeninteresse i å sende flere besvarelser ettersom det ikke er noen belønning for å delta. Å kreve innlogging er heller ikke en garanti for ærlige svar, eller svar som gjenspeiler studiepopulasjonen. På den annen side kunne det kanskje ha ført til økt grad av seleksjonsbias ved at kun superengasjerte respondenter tar seg tid til å svare, og økt «social desirability» bias ved at undersøkelsen føles mindre anonym.

Regresjonsanalysene i denne oppgaven har også noen svakheter. Modellene blir mer nøyaktige dersom man kjører analysene flere ganger og fjerner «støyen» fra de variablene som ikke har en sammenheng med utfallet. Dette valgte jeg å ikke gjøre, fordi jeg ønsket å demonstrere også de variablene som ikke korrelerte med utfallet. Mange av variablene som korrelerte signifikant i modellene var nesten selvforklarende, som at menn som syntes det er behov for et nytt prevensjonsalternativ for menn, hadde større odds for å ville prøve mannlig hormonell prevensjon. Det gir lite interessant tilleggsmasjon. Kanskje kunne man funnet flere meningsfulle sammenhenger med andre variabler, som for eksempel religiøs tilhørighet eller politisk orientering.

Alt i alt er spørreundersøkelse som studiedesign lite robust, og metoden har flere svakheter som gir undersøkelsen begrenset validitet og grad av overførbarhet. Det gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet. Trolig er den reelle interessen for hormonell prevensjon noe lavere enn det som kom fram i undersøkelsen, og andelen likegyldige noe høyere.

5.2 Interesse for mannlig hormonell prevensjon

Undersøkelsen viste at mange studenter var positive til mannlig hormonell prevensjon. Også andre studier har vist at majoriteten er positive til et nytt prevensjonsalternativ for menn (34;45;51;59). Denne undersøkelsen viste at kvinnene var litt mer interesserte i et nytt prevensjonsalternativ for menn, enn det mennene var. En sammenlignbar undersøkelse fra 2009 om holdninger til mannlig hormonell prevensjon viste samme fenomen (45). I denne undersøkelsen var hormonell prevensjon for menn mest populært i form av en daglig pille, det viste også en studie fra 2005 (34).

Det kan være flere grunner til at så mange var interessert i et nytt prevensjonsalternativ for menn. 6% av respondentene i undersøkelsen svarte at de har opplevd prevensjonssvikt som førte til uplanlagt graviditet. I innledningen ble det nevnt at økt tilgjengelighet til prevensjon kan redusere forekomsten av utilsiktede graviditeter, og slik kan mannlig hormonell prevensjon blant annet bidra til å redusere behovet for indusert abort. En annen grunn er at menn i forhold lettere kunne ha delt på prevensjonsansvaret og bivirkningsbyrden med sin partner (46). Omtrent 70 % av kvinnene som prevensjon var aktuelt for, svarte at de bruker hormonell prevensjon. Det kan tenkes at noen av disse lever med bivirkninger som følge av dette som de helst skulle vært foruten. I tillegg kunne et nytt mannlig prevensjonsalternativ gitt menn større grad av kontroll over egen kropp og fruktbarhet (46). Nesten ¼ av de mannlige respondentene hadde opplevd eller mistenkt at en kvinne hadde løyet om at hun gikk på prevensjon, mens hun egentlig ikke gjorde det. I verste fall kan en slik løgn føre til uønsket farskap for den utsatte, da mannen som nevnt ikke kan bestemme om kvinnen skal ta abort eller ikke. Det er forståelig at mange menn ønsker å kunne skru av evnen til reproduksjon og ta del i familieplanlegging på en sikker, trygg og reversibel måte. Sånn sett er det å ha tilgang til flere typer prevensjonsmidler like mye et privilegium som det er et ansvar (46). Har man som mann en partner som man stoler på, ser man kanskje ikke nytten i å kunne forsikre seg med sin egen prevensjon i like stor grad.

Totalt 70% av mennene i undersøkelsen svarte at de hadde vært villige til å prøve mannlig hormonell prevensjon dersom det var tilgjengelig. Også andre studier har vist en generelt positiv holdning hos menn til nye mannlige prevensjonsmetoder, og en ganske høy grad av villighet til å prøve det (64). I en multinasjonal studie fra 2000 var totalt sett 57,3% av mennene i de ulike landene (44-83%) helt eller sannsynligvis villige til å bruke en mannlig prevensjonspille (59), og i en lignende undersøkelse fra 2005 var 58,1 % av de svenske mennene villige (34). Sammenlignet med tidligere studier viser altså denne undersøkelsen noe høyere grad av villighet hos menn til å prøve mannlig hormonell prevensjon. Det kan være flere grunner til dette. Kanskje kan det relateres til tiden vi lever i, da det faktisk har gått omtrent 20 år siden flere av de sammenlignbare undersøkelsene ble gjort. Det kan også være et resultat av seleksjonsbias, altså at menn som kunne tenke seg å prøve et slikt legemiddel har større odds for å svare på en undersøkelse om temaet, enn som er uinteressert. Kanskje er studenter som gruppe mer positive til mannlig hormonell prevensjon enn ikke-studenter, eller kanskje det er mindre rigide kjønnsroller i den norske kulturen sammenlignet med andre

land? Siden det ikke finnes sammenlignbare studier fra Norge om holdninger til mannlig hormonell prevensjon, er det vanskelig å trekke slutninger om årsakssammenheng her. Et annet poeng er at temaet har fått mye oppmerksomhet på sosiale medier de siste månedene. Eksempelvis hadde fredagsprogrammet Nytt på Nytt på NRK et innslag om p-piller for menn denne våren (65). Her ble aspekter som kvinners tillit til menns prevensjonsbruk og bivirkninger av hormonell prevensjon tatt opp. Den brede eksponeringen gjennom mediene har kanskje vært med på å skape eller forsterke en interesse og en aksept for temaet. Over 80% av respondentene hadde hørt om hormonell prevensjon for menn fra før, og menn som hadde hørt om konseptet, hadde signifikant høyere odds for å være villig til å prøve mannlig hormonell prevensjon.

Selv om majoriteten var positive til mannlig hormonell prevensjon, var det noen som ikke så behovet for dette, og ikke var villige til å prøve det. Det kan være flere årsaker til at man ikke er interessert i hormonell prevensjon for menn. Bivirkningsaspektet nevnes allerede i Kapittel 2.4.4. Det kan være vanskelig å vurdere risiko-nytteverdi av et prevensjonsmiddel for menn. Selv risikerer de ingen helsemessige konsekvenser av svangerskap og fødsel, men de risikerer derimot fysiske og psykiske bivirkninger ved å bruke et slikt legemiddel (41). For flere av de potensielle bivirkningene presentert i undersøkelsen, spesielt relatert til psykisk helse, svarte en høy andel menn at det hadde vært uaktuelt å bruke mannlig hormonell prevensjon. I studien fra 2009 sa 70% av respondentene at de ikke hadde tolerert noen potensielle bivirkninger (45). Siden mannlig hormonell prevensjon i dag ikke finnes som et reelt produkt med fastsatt bruksanvisning, kjente langtidsbivirkninger og effektivitetsmål som Pearl Index, kan det være vanskelig for respondentene å ta stilling til om de ville brukt det eller ikke.

Et annet aspekt som også nevnes i Kapittel 2.2.4, er kjønnsroller. Undersøkelsen viste at holdninger om hvem som burde ha ansvar for prevensjon, og hvem som burde betale for angrepille, korrelerte relativt sterkt med interesse for et nytt prevensjonsalternativ for menn. Disse holdningene kan stamme fra blant annet oppfatning av kjønnsroller, og hva som regnes som «kvinneoppgaver» og «manneoppgaver».

Når hormonell prevensjon for kvinner generelt er trygt, velutprøvd og effektivt mot graviditet, hvorfor bruke ressurser på å lage et medikament for menn som potensielt kan gi flere helsemessige bivirkninger enn fordeler? Vil hormonell prevensjon for menn fungere som et

supplement, eller som en erstatning til hormonell prevensjon for kvinner? Som nevnt i innledningen kan hormonell prevensjon være fordelaktig for mange kvinner, blant annet på grunn av økt blødningskontroll og redusert risiko for visse sykdommer (25;26). Trolig vil mange kvinner fortsette bruk av sin hormonelle prevensjon også dersom hormonell prevensjon gjøres tilgjengelig for, og tas i bruk av menn. Dersom man som mann er i et heteroseksuelt forhold der kvinnen bruker hormonell prevensjon uten problemer, ser man kanskje ikke nytten i et lignende preparat for menn.

Også menn utenfor faste forhold kan ha reservasjoner mot mannlig hormonell prevensjon – kanskje fordi man ikke er seksuelt aktiv og prevensjon dermed ikke er aktuelt, eller kanskje fordi man med nye seksualpartnere uansett foretrekker å bruke kondom for å beskytte seg mot seksuelt overførbare sykdommer. Undersøkelsen viste at de som ofte eller alltid brukte kondom med nye seksualpartnere hadde signifikant lavere odds for å være villige til å prøve mannlig hormonell prevensjon. Under 20% av de studentene som prevensjon var aktuelt for, svarte at de alltid brukte kondom med ny seksualpartner, og både kvinner og menn foretrakk hormonell prevensjon hos kvinnen over kondombruk. Det kan tenkes at den allerede nokså lave bruken av kondom med nye seksualpartnere hadde blitt ytterligere redusert dersom menn fikk flere medikamentelle alternativer til prevensjon. Det kunne igjen ført til økt insidens av seksuelt overførbare infeksjoner som klamydia, gonoré, syfilis og HIV.

Det var flere menn som så behovet for et nytt prevensjonsalternativ for menn (78,1%, se Tabell 3), enn menn (som prevensjon var aktuelt for) som var villige til å prøve mannlig hormonell prevensjon (70%, se Tabell 4). Dette skyldes trolig at noen menn ikke hadde kommet til å bruke prevensjon selv om de ser behovet, for eksempel fordi de ikke er seksuelt interessert i personer de kan få barn med, eller fordi de har en partner som allerede bruker prevensjon som de er fornøyd med. Kanskje kan det tenkes at også den «hormonelle» nyansen i spørsmålsformuleringen påvirker dette. «Hormonofobi» beskrives som en overdreven frykt for hormoner basert på overestimert av helserisiko ved bruk av hormonbaserte legemidler. Dette fenomenet skyldes blant annet frykt for potensielle bivirkninger og en holdning om at hormonelle legemidler er unaturlige og skadelige for kroppen og framtidig fertilitet (66). Altså kan det tenkes at noen menn er åpne for å prøve nye ikke-hormonelle prevensjonsalternativer for menn, men ikke hormonbasert prevensjon.

5.3 Ansvar og tillit

Nesten alle studentene, både kvinner og menn, var enige om at kvinner og menn bør dele ansvaret for prevensjon. Likevel trodde nesten alle at det er kvinner som tar mest ansvar i praksis. Det samme gjaldt betaling av nødprevensjon. Når de fleste er enige om hvordan det «bør» være, hvorfor finnes dette gapet mellom ideal og opplevd virkelighet? Og hva vil det egentlig si å ta ansvar? Å ta eller ha «ansvar for prevensjon» er et upresist uttrykk, og hva som menes med dette må tolkes av den individuelle respondenten. Av noen tolkes det kanskje praktisk, for eksempel «hvem tar først opp temaet prevensjon i en situasjon hvor samleie kan være aktuelt?», eller «hvem betaler for prevensjonen i faste forhold?», mens andre kanskje tolker ansvarsbegrepet som noe abstrakt – en følelse man kjenner på.

Svarene i spørreundersøkelsen indikerer at mange kvinner tynges av ansvarsfølelse og opplever forventningspress fra menn om at de går på prevensjon. Nesten 80 % av kvinnene som prevensjon var aktuelt for, svarte at de ofte eller alltid opplever at mannlige seksualpartnere forventer at de går på prevensjon. Andre aspekter som underbygger dette er at kvinner som nevnt var mer positive til et nytt prevensjonsalternativ for menn enn det menn var, og at det viktigste ved valg av prevensjon for kvinner var at det ikke ga for mye bivirkninger. Det sistnevnte kan også tyde på at kvinner har et mer praktisk syn på valg av prevensjon enn menn, siden bruk av hormonell prevensjon er en del av hverdagen for nesten 70% av dem. Omtrent 80% av de mannlige respondentene, og omtrent 95% av de kvinnelige respondentene var enige i påstanden om at prevensjonsansvaret faller for mye på kvinner. Til sammenligning var alt i alt 61,7% (42-90%) av mennene (59), og over 65% av kvinnene (67) enige i samme påstand i to ulike multinasjonale undersøkelser fra år 2000.

Både kvinner og menn foretrakk klart hormonell prevensjon hos kvinnen over kondom hos mannen (eller begge deler) som prevensjonsmetode. Kan menn da klandres for at kvinner tar mest ansvar for prevensjon i praksis? Og har mennene egentlig noe valg? Finnes det ikke hormonell prevensjon for menn fordi menn ikke *vil* ta ansvar for prevensjon, eller er det sånn at menn ikke *kan* ta ansvar for prevensjon fordi det ikke finnes slik prevensjon tilgjengelig for dem? Det er jo ikke de mannlige studentenes feil at p-piller for menn ikke finnes på apoteket. Så lenge menn bare har tilgang til kondom og sterilisering, ser det ut til at prevensjon fortsetter å være et «kvinneansvar», til tross for at veldig mange menn kunne tenkt seg muligheten til å bruke «sin egen» p-pille (46).

For at hormonell prevensjon for menn skal kunne brukes, er kvinners tillit til menns korrekte prevensjonsbruk en viktig forutsetning. Tidligere har det blitt antatt at kvinner stoler for lite på menn til at hormonell prevensjon for menn vil bli en suksess, men undersøkelser har vist at kvinners tillit er såpass høy at dette ikke vil være et stort hinder (64). I en studie fra 2000 om kvinners holdninger til hormonell prevensjon for menn, var det bare 2 % av kvinnene som sa at de ikke ville ha stolt på at partnerne deres kunne ha brukt en p-pille for menn riktig (67). Denne undersøkelsen viste også et relativt høyt nivå av tillit på tvers av kjønnene. Den viste også at kvinner hadde litt mindre tillit til menns riktige prevensjonsbruk enn motsatt. Studien fra 2009 fant samme fenomen (45). Dette henger trolig sammen med at kvinner har større helsemessig risiko ved glemt prevensjon (8;9), og derfor større insentiv til å huske prevensjonen enn det enn menn har. Dette gjenspeilet seg i at de fleste kvinner (som prevensjon var aktuelt for) hadde blitt «veldig bekymret» ved prevensjonssvikt, mens de fleste menn (som prevensjon var aktuelt for) bare hadde blitt «noe bekymret». Kvinners lavere nivå av tillit gjaldt spesielt hos kvinnene som ikke var i et fast forhold. Det skal rett og slett mer til for at en enslig kvinne skal stole på at en tilfeldig mannlig seksualpartner ikke har slurvet med sin daglige pille. Muligens er mannlig hormonell prevensjon mest aktuelt i faste forhold, sett fra et kvinnelig perspektiv. Dette er et paradoks, da mannlig hormonell prevensjon sett fra et mannlig perspektiv, kan tenkes å være mest aktuelt for enslige som vil sikre seg mot uønsket graviditet hos en tilfeldig seksualpartner. Det kan derfor være en utfordring å definere målgruppen for et slikt legemiddel.

6 Konklusjon

Flere prevensjonsalternativer til menn kan bidra til å redusere forekomsten av utilsiktet graviditet og de negative konsekvensene som kan følge av dette. Det forskes på flere typer hormonell prevensjon for menn, med hittil lovende resultater. Virkningsmekanismen, bivirkningene og effekt mot graviditet ved bruk av hormonell prevensjon for menn har vist seg å ligne mye på den kvinnelige motparten. Forskning på hormonell prevensjon for menn har gått tregt, mest sannsynlig på grunn av kjønnsroller i samfunnet, skepsis til bivirkninger og mangelfull investering fra legemiddelfirma. Det trengs flere store kliniske utprøvinger for å faktisk realisere et produkt.

Formålet med studien var å utforske hvilke holdninger kvinnelige og mannlige UiT-studenter har om hormonell prevensjon for menn. Det viste seg at prevensjon var svært aktuelt for studentene, en stor andel (81,9%) var seksuelt interessert i personer de kunne få barn med, uten å ha barneønske. Ansvarsfordelingen mellom kjønnene i praksis var skjev – de fleste trodde kvinner tar mest ansvar i praksis (89,7%) til tross for at de fleste mente ansvaret ideelt sett bør deles likt på begge kjønn (92%). Det var stor interesse for et nytt prevensjonsalternativ for menn, og interessen var noe større hos kvinnene enn hos mennene. Majoriteten av menn (70%) hadde sannsynligvis eller helt klart vært villige til å prøve mannlig hormonell prevensjon dersom det var tilgjengelig. Generelt høy aksept og positiv holdning til mannlig hormonell prevensjon er også beskrevet i andre studier. Holdninger om hvem som burde ha ansvaret for prevensjon påvirket både interesse og villighet. Tilliten til det motsatte kjønns prevensjonsbruk var generelt høy, men høyere hos menn enn hos kvinner.

Det å ha flere enkle, trygge og effektive måter å unngå utilsiktet graviditet på, er noe mange kan ha nytte av, uavhengig av kjønn. Med mannlig hormonell prevensjon kunne menn fått økt kontroll over egen kropp og fertilitet, det kunne redusert antall aborter og uønskede farskap, og ansvars- og bivirkningsbyrden i forhold kunne fordeles mer likt i par. Det finnes et reelt behov og interesse for et nytt prevensjonsalternativ for menn, og denne undersøkelsen understøtter dette. Hormonell prevensjon for menn, så vel som hormonfrie metoder, bør forskes videre på gjennom alle fasene av klinisk testing slik at et produkt etter hvert kan bli kommersielt tilgjengelig.

7 Referanser

1. Folkehelseinstituttet. Dobling i bruk av p-stav blant unge kvinner [Internett]. Publisert 20. mar 2017 [oppdatert 21. mar 2017, hentet 23. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2017/dobling-i-bruk-av-p-stav-blant-unge-kvinner/>
2. Sex og samfunn. Prevensjon [Internett]. Hentet 8. okt 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.sexogsamfunn.no/prevensjon/>
3. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*. 2018;6(4):e380-e389. doi:10.1016/S2214-109X(18)30029-9
4. Abbe C, Page S, Thirumalai A. Male Contraception. *Yale J Biol Med*. 2020;93(4):603-613
5. Peipert J, Madden T, Allsworth J, Secura G. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1291-1297. doi:10.1097/aog.0b013e318273eb56
6. Abortloven. 1975. Lov om svangerskapsavbrudd av 1975-06-13 nr 50.
7. Folkehelseinstituttet. Fakta om abort (med 2021-tal) [Internett]. Publisert 8. mar 2017 [oppdatert 1. jun 2021, hentet 23. mar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
8. Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170(5 Pt 2):1489-1494. doi:10.1016/s0002-9378(94)05009-x
9. Folkehelseinstituttet. Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtpperioden [Internett]. Publisert 29. mai 2018 [oppdatert 3. februar 2022, hentet 24. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/#:~:text=F%C3%B8dselsdepresjon%20rammer%20mellom%207%20,kvinner%20utvikler%20f%C3%B8dselsdepresjon%20hvert%20%C3%A5r>
10. Khan F, Mukhtar S, Dickinson IK, Sriprasad S. The story of the condom. *Indian J Urol*. 2013;29(1):12-15. doi:10.4103/0970-1591.109976
11. Kogan P, Wald M. Male Contraception: History and Development. *Urol Clin North Am*. 2014;41(1):145-161. doi:10.1016/j.ucl.2013.08.012

12. Nordberg KH. Prevensjonsrevolusjonen [Internett]. Norgeshistorie. Publisert 25. nov 2015 [hentet 20. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.norgeshistorie.no/velferdsstat-og-vestvending/1821-prevensjonsrevolusjonen.html>
13. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013;27(1):3-12. doi:10.1016/j.beem.2012.11.004
14. Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Contraception: a social revolution. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2007;12(1):3-12. doi:10.1080/13625180601012311
15. Lilleslått M. The contraceptive pill: A story of sexual liberation and dubious research methods. [Internett]. Publisert 7. feb 2018 [hentet 26. feb 2022]. Tilgjengelig fra: <https://kjonnsforskning.no/en/2018/02/contraceptive-pill-story-sexual-liberation-and-dubious-research-methods>
16. Meston CM, Buss DM. Why humans have sex. *Arch Sex Behav.* 2007;36(4):477-507. doi:10.1007/s10508-007-9175-2
17. Roth MY, Page ST, Bremner WJ. Male hormonal contraception: looking back and moving forward. *Andrology.* 2016;4(1):4-12. doi:10.1111/andr.12110
18. Shindel AW, Ferguson GG, Nelson CJ, Brandes SB. The sexual lives of medical students: a single institution survey. *J Sex Med.* 2008;5(4):796-803. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00744.x
19. Andersen E. Økt fruktbarhet for første gang på 12 år. [Internett]. Statistisk sentralbyrå. Publisert 9. mar 2022 [hentet 25. apr 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/okt-fruktbarhet-for-forste-gang-pa-12-ar>
20. Shadyab AH, Gass ML, Stefanick ML, et al. Maternal Age at Childbirth and Parity as Predictors of Longevity Among Women in the United States: The Women's Health Initiative. *Am J Public Health.* 2017;107(1):113-119. doi:10.2105/AJPH.2016.303503
21. Bø JB. Studenter regnes som fattige i Norge: – Umulig å leve av studiestøtten [Internett]. *Samfunnsviteren.* Publisert 17. feb 2022 [hentet 25. apr 2022]. Tilgjengelig fra: <https://samfunnsviteren.no/studenter-regnes-som-fattige-i-norge-umulig-a-leve-av-studiestotten/#:~:text=Fattigdomsgrensen%20i%20Norge%20er%20beregnet,langt%20under%20fattigdomsgrensen%20i%20Norge>

22. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181(5 Pt 1):1263-1269. doi:10.1016/s0002-9378(99)70120-1
23. Sex og samfunn. Statens bidragsordning [Internett]. Hentet 11. jan 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.sexogsamfunn.no/prevensjon/statens-bidragsordning/>
24. Sex og samfunn. Prevensjonsmidler [Internett]. Hentet 30. okt 2021. Tilgjengelig fra: <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>
25. Schindler AE. Non-contraceptive benefits of oral hormonal contraceptives. *Int J Endocrinol Metab.* 2013;11(1):41-47. doi:10.5812/ijem.4158
26. Gast K, Snyder T. Combination oral contraceptives and cancer risk. *Kans Med.* 1990;91(7):201-208.
27. Norsk legemiddelhandbok. Gestagen (antikonsepsjon) [Internett]. Publisert 13. sep 2016 [hentet 11. jan 2021]. Tilgjengelig fra: [https://www.legemiddelhandboka.no/L14.2.2/Gestagen_\(antikonsepsjon\)](https://www.legemiddelhandboka.no/L14.2.2/Gestagen_(antikonsepsjon))
28. Norsk legemiddelhandbok. Østrogen-gestagen (kombinasjons p-midler) [Internett]. Publisert 21 okt 2016 [hentet 11. jan 2021]. Tilgjengelig fra: [https://www.legemiddelhandboka.no/L14.2.1/%C3%98strogen%E2%80%93gestagen_\(kombinasjons_p-midler\)](https://www.legemiddelhandboka.no/L14.2.1/%C3%98strogen%E2%80%93gestagen_(kombinasjons_p-midler))
29. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Depression. 2017 Jul 1;74(7):764]. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(11):1154-1162. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2387
30. Schaffir J, Worly BL, Gur TL. Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016;21(5):347-355. doi:10.1080/13625187.2016.1217327
31. Solymoss S. Risk of venous thromboembolism with oral contraceptives. *CMAJ.* 2011;183(18):E1278-E1279. doi:10.1503/cmaj.111614
32. Kaminski P, Szpotanska-Sikorska M, Wielgos M. Cardiovascular risk and the use of oral contraceptives. *Neuro Endocrinol Lett.* 2013;34(7):587-589.
33. Sex og samfunn. Unngå smitte [Internett]. Hentet 4. mai 2022. Tilgjengelig fra: <https://sexogsamfunn.no/sykdommer/tips-og-rad/unnga-smitte/#:~:text=Kondom%20er%20det%20eneste%20prevensjonsmiddelet,%2C%20gonorr%C3%A9%2C%20hiv%20og%20trikomona>

34. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, White S, Heinemann L. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Hum Reprod.* 2005;20(2):549-556. doi:10.1093/humrep/deh574
35. NHS. Can I get a vasectomy reversed? [Internet]. Oppdatert des 2018 [hentet 11. jan 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nhs.uk/conditions/contraception/vasectomy-reversal-nhs/#:~:text=It's%20estimated%20that%20the%20success,after%209%20to%2014%20years>
36. Dassow P, Bennett JM. Vasectomy: an update. *Am Fam Physician.* 2006;74(12):2069-2074.
37. Patel AP, Smith RP. Vasectomy reversal: a clinical update. *Asian J Androl.* 2016;18(3):365-371. doi:10.4103/1008-682X.175091
38. Dominiak Z, Huras H, Kręcisz P, Krzeszowski W, Szymański P, Czarnecka K. Promising results in development of male contraception. *Bioorg Med Chem Lett.* 2021;41:128005. doi:10.1016/j.bmcl.2021.128005
39. Piotrowska K, Wang C, Swerdloff RS, Liu PY. Male hormonal contraception: hope and promise. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017;5(3):214-223. doi:10.1016/S2213-8587(16)00034-6
40. Thirumalai A, Page ST. Male Hormonal Contraception. *Annu Rev Med.* 2020;71:17-31. doi:10.1146/annurev-med-042418-010947
41. Long JE, Lee MS, Blithe DL. Update on Novel Hormonal and Nonhormonal Male Contraceptive Development. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021;106(6):e2381-e2392. doi:10.1210/clinem/dgab034
42. Amory JK. Development of Novel Male Contraceptives. *Clin Transl Sci.* 2020;13(2):228-237. doi:10.1111/cts.12708
43. Wang C, Festin MP, Swerdloff RS. Male Hormonal Contraception: Where Are We Now?. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 2016;5:38-47. doi:10.1007/s13669-016-0140-8
44. Behre HM, Zitzmann M, Anderson RA, et al. Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(12):4779-4788. doi:10.1210/jc.2016-2141
45. Eberhardt J, van Wersch A, Meikle N. Attitudes towards the male contraceptive pill in men and women in casual and stable sexual relationships. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2009;35(3):161-165. doi:10.1783/147118909788707986

46. Gava G, Meriggiola MC. Update on male hormonal contraception. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2019;10:2042018819834846. Publisert 2019 Mar 14.
doi:10.1177/2042018819834846
47. World Health Organization Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia and oligozoospermia in normal men. *Fertil Steril.* 1996;65(4):821-829.
48. Mommers E, Kersemaekers WM, Elliesen J, et al. Male hormonal contraception: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(7):2572-2580.
doi:10.1210/jc.2008-0265
49. Thirumalai A, Ceponis J, Amory JK, et al. Effects of 28 Days of Oral Dimethandrolone Undecanoate in Healthy Men: A Prototype Male Pill. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104(2):423-432. doi:10.1210/jc.2018-01452
50. Ilani N, Roth MY, Amory JK, et al. A new combination of testosterone and nesterone transdermal gels for male hormonal contraception. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(10):3476-3486. doi:10.1210/jc.2012-1384
51. Roth MY, Shih G, Ilani N, et al. Acceptability of a transdermal gel-based male hormonal contraceptive in a randomized controlled trial. *Contraception.* 2014;90(4):407-412.
doi:10.1016/j.contraception.2014.05.013
52. American Chemical Society. A non-hormonal pill could soon expand men's birth control options [Internett]. Publisert 23. mar 2022 [hentet 25. april 2022]. Tilgjengelig fra:
<https://www.acs.org/content/acs/en/pressroom/newsreleases/2022/march/non-hormonal-pill-could-soon-expand-mens-birth-control-options.html>
53. Grimes DA, Lopez LM, Gallo MF, Halpern V, Nanda K, Schulz KF. Steroid hormones for contraception in men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(3):CD004316. Publisert 2012 Mar 14. doi:10.1002/14651858.CD004316.pub4
54. Oudshoorn N. *The Male Pill: A biography of a Technology in the Making* [Internett]. Durham: Duke University Press. Hentet 25. mars 2022. Tilgjengelig fra:
<https://www.dukeupress.edu/the-male-pill>
55. Figueroa-Perea JG. A Gendered Perspective on Men's Reproductive Health. *Int J Mens Health.* 2003;2(2):111-130 doi: 10.3149/jmh.0202.111

56. Weston GC, Schlipalius ML, Bhuinneain MN, Vollenhoven BJ. Will Australian men use male hormonal contraception? A survey of a postpartum population. *Med J Aust.* 2002;176(5):208-210. doi:10.5694/j.1326-5377.2002.tb04374.x
57. Liu PY, Swerdloff RS, Christenson PD, Handelsman DJ, Wang C; Hormonal Male Contraception Summit Group. Rate, extent, and modifiers of spermatogenic recovery after hormonal male contraception: an integrated analysis. *Lancet.* 2006;367(9520):1412-1420. doi:10.1016/S0140-6736(06)68614-5
58. Universitetet i Oslo. Nettskjema [Internett]. Hentet 15. okt 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
59. Martin CW, Anderson RA, Cheng L, et al. Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations. *Hum Reprod.* 2000;15(3):637-645. doi:10.1093/humrep/15.3.637
60. Vésteinsdóttir V, Joinson A, Reips UD. et al. Questions on honest responding. *Behav Res* 51, 811–825 (2019). <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1121-9>
61. Staff A. Bias [Internett]. Publisert 23. jun 2015 [hentet 25. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
62. Statistisk sentralbyrå. Stort kjønns gap i høyere utdanning blant unge [Internett]. Publisert 12. aug 2020 [hentet 26. apr 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/stort-kjonns-gap-i-hoyere-utdanning-blant-unge>
63. Fan W, Yan Zheng. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Comput Hum Behav.* 2010;26(2):132-139. doi: 10.1016/j.chb.2009.10.015
64. Glasier AF. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception.* 2010;82(5):453-456. doi:10.1016/j.contraception.2010.03.016
65. NRK. Nytt på Nytt [Internett]. Publisert 1. apr 2022 [hentet 25. apr 2022]. Tilgjengelig fra: <https://tv.nrk.no/serie/nytt-paa-nytt/2022/MUHH44001322/avspiller>
66. Le Guen M, Schantz C, Régnier-Loilier A, de La Rochebrochard E. Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2021;284:114247. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114247
67. Glasier AF, Anakwe R, Everington D, et al. Would women trust their partners to use a male pill?. *Hum Reprod.* 2000;15(3):646-649. doi:10.1093/humrep/15.3.646

68. Klein CE. The Hypothalamic-Pituitary-Gonadal Axis [Internett]. I: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al. Holland-Frei Cancer Medicine. 6. utgave. Hamilton (ON): BC Decker; 2003. Hentet 24. mai 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13386/>

8 Tabeller

Tabell 1: Krysstabell med seksuell legning og barneønske	19
Tabell 2: Variabler i datasettet og hvordan alternativene er kodet	48
Tabell 3: Svarfordeling generelle spørsmål	51
Tabell 4: Svarfordeling for de som prevensjon er aktuelt for	53
Tabell 5: Multippel regresjon 1	56
Tabell 6: Multippel regresjon 2	57

9 Figurer

Figur 1: Hypothalamus-hypofyse-aksen: GnRH fra hypothalamus stimulerer hypofysen til å skille ut LH og FSH. Disse hormonene stimulerer de mannlige og kvinnelige gonadene til å produsere hhv. testosteron og østrogen/progesteron, som bremser sin videre produksjon ved å hemme hypothalamus og hypofysen. Slik opprettholdes en god balanse av kjønns hormoner i blodet. (68)	8
Figur 2: Inklusjonskriterier ved litteratursøk	13
Figur 3: Aldersfordeling [alder]	17
Figur 4: Kjønnfordeling [kjønn]	17
Figur 5: Fordeling i landet [landsdel]	18
Figur 6: Fordeling sivilstatus [sivilstatus]	18
Figur 7: Fordeling helsefag [helse]	18
Figur 8: Fordeling studievarighet [utdanning]	18
Figur 9: Grad av bekymring ved prevensjonssvikt [bekymring], kjønnsfordelt [kjønn]	19

Figur 10: Selvestimert seksuelt aktivitetsnivå [seksuelt_aktiv], fordelt på sivilstatus [enkel_sivilstatus].....	20
Figur 11: 11a) viser hvem studentene mener bør ha ansvaret for prevensjon ideelt sett [ansvar_ideal], mens 11b) viser hvem studentene tror oftest tar ansvar for prevensjon i praksis [ansvar_praksis]	21
Figur 12: Figuren viser en oversikt over grad av (u)enighet i påstanden «ansvaret for prevensjon faller for mye på kvinner» [faller], kjønnsfordelt [kjønn]	22
Figur 13: Oppfatning av menns forventning om kvinners prevensjonsbruk [kvinne_forventning] [mann_forventning], kjønnsfordelt [kjønn]	22
Figur 14: Hvem som oftest har betalt for hormonell prevensjon i faste seksualforhold [betalt_hp] Alternativet «ikke relevant» er ekskludert fra diagrammet	23
Figur 15: Foretrukken prevensjonsform [foretrukket]	23
Figur 16: Viktigste kriterier ved valg av prevensjonsmiddel [viktigst], kjønnsfordelt [kjønn].	24
Figur 17: Interesse for nytt prevensjonsalternativ for menn [behov], kjønnsfordelt [kjønn]... 25	25
Figur 18: Menns grad av villighet til å prøve mannlig hormonell prevensjon dersom det var tilgjengelig [villighet].....	26
Figur 19: Figurene viser hva menn a) hadde vært villige til å betale for mannlig hormonell prevensjon [pris], og b) hvilken form de hadde foretrukket [form], dersom mannlig hormonell prevensjon var tilgjengelig.	27
Figur 20: Figuren viser hvor (u)aktuelt det var for menn å bruke hormonell prevensjon med risiko for ulike bivirkninger: [mer_lyst], [kviser], [mindre_lyst], [humor] og [depresjon]	28
Figur 21: Tillit til det motsatte kjønns korrekte bruk av prevensjon [tillit], kjønnsfordelt [kjønn]	28
Figur 22: Kvinners tillit til menns prevensjonsbruk [tillit], fordelt på sivilstatus [enkel_sivilstatus].....	29
Figur 23: Menns tillit til kvinners prevensjonsbruk [tillit], fordelt på om de har opplevd/mistenkt at en kvinne har løyet om prevensjon, eller ikke[lyv]	30

10 Vedlegg 1: Tabeller

Dette vedlegget inneholder oversikt over variabler, frekvenstabeller og regresjonsanalyser fra undersøkelsen.

10.1 Variabeloversikt

Tabell 2 inneholder alle variablene i datasettet og hvordan de er kodet.

Tabell 2: Variabler i datasettet og hvordan alternativene er kodet

Variabel og beskrivelse	Alternativer	Forenklet variabel	Forenklede alternativer
[student] Er du UiT-student?	1 Ja 2 Nei		
[alder] Alder	1 Under 20 2 20-24 3 25-29 4 30+	[enkel_alder]	1 Under 25 2 25+
[kjønn] Biologisk kjønn	1 Kvinne 2 Mann 3 Annet		
[landsdel] I hvilken landsdel har du bodd mesteparten av livet?	1 Nord-Norge 2 Trøndelag 3 Vestlandet 4 Østlandet 5 Sørlandet	[enkel_landsdel]	1 Nord-Norge 2 Sør-Norge
[utdanning] Hvor lang er utdanningen du holder på med?	1 1 år eller kortere 2 Over 1 år til og med 3 år 3 Over 3 år til og med 5 år 4 Over 5 år	[enkel_utdanning]	1 Til og med 3 år 2 Over 3 år
[helse] Studerer du noe relatert til helse?	1 Ja 2 Nei		
[sivilstatus] Sivilstatus	1 Gift/samboer 2 Kjæreste/fast seksualpartner 3 Enslig	[enkel_sivilstatus]	1 Ikke enslig 2 Enslig
[legning] Er du seksuelt interessert i personer du kan få barn med?	1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke/ikke relevant	[enkel_legning]	1 Ja 2 Alt annet enn ja
[barneønske] Har du barneønske nå?	1 Ja, jeg prøver aktivt å få barn 2 Jeg prøver ikke aktivt, men det hadde gått greit å få barn nå 3 Nei, det er ikke aktuelt for meg å få barn nå 4 Vet ikke	[enkel_barneønske]	1 Barn aktuelt 2 Barn ikke aktuelt 1 Barn aktuelt
[barn_tid] Dersom barn ikke er aktuelt for deg nå, om hvor mange år er det eventuelt aktuelt?	1 1-2 år 2 3-5 år 3 Mer enn 5 år 4 Aldri aktuelt		

	5 Vet ikke	
[seksuelt_aktiv] Sammenlignet med dine jevnaldrende, hvor seksuelt aktiv vil du si at du er?	1 Mye mer seksuelt aktiv 2 Litt mer seksuelt aktiv 3 Omtrent på gjennomsnittet 4 Litt mindre seksuelt aktiv 5 Mye mindre/ikke seksuelt aktiv	[enkel-_seksuelt_aktiv] 1 Over snittet 2 Alt annet enn over snittet
[foretrukket] Hva er din foretrukne form for prevensjon?	1 Kondom hos mannen/deg selv 2 Hormonell prevensjon hos kvinnen/deg selv 3 Både kondom og hormonell prevensjon 4 Annet/ikke relevant	
[viktigst] Hva er viktigst for deg når du skal velge prevensjonsmiddel?	1 At det ikke gir for mye bivirkninger 2 At det beskytter godt mot graviditet 3 At det er enkelt å bruke 4 Ikke relevant	
[prevensjonssvikt] Har du opplevd at prevensjonen ikke har fungert, og dermed ført til uplanlagt graviditet hos deg eller seksualpartner?	1 Ja 2 Nei	
[betalt_hp] Dersom du har (hatt) en fast seksualpartner, og en av dere har brukt hormonell prevensjon, hvem har oftest betalt for den?	1 Kvinnen 2 Mannen 3 Begge 4 Andre/gratis 5 Ikke relevant	
[hort_om] Har du hørt om konseptet "hormonell prevensjon for menn" før?	1 Ja 2 Nei	
[hp] Bruker du hormonell prevensjon for øyeblikket?	1 Ja 2 Nei	
[stealthing] Har du opplevd (eller hatt en mistanke om) at en mann har tatt av kondomet under samleie uten samtykke?	1 Ja 2 Nei	
[lyv] Har du opplevd (eller hatt en mistanke om) at en kvinne har løyet om at hun går på prevensjon, mens hun egentlig ikke gjør det?	1 Ja 2 Nei	
[kviser] I hvilken grad er det aktuelt for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for: Kviser	1 Veldig aktuelt 2 Ganske aktuelt 3 Verken eller/vet ikke 4 Ganske uaktuelt 5 Helt uaktuelt	
[humor] I hvilken grad er det aktuelt for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for: Humørførandringer	1 Veldig aktuelt 2 Ganske aktuelt 3 Verken eller/vet ikke 4 Ganske uaktuelt 5 Helt uaktuelt	
[depresjon] I hvilken grad er det aktuelt for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for: Depresjon	1 Veldig aktuelt 2 Ganske aktuelt 3 Verken eller/vet ikke 4 Ganske uaktuelt	

	5 Helt uaktuelt		
[mer_lyst] I hvilken grad er det aktuelt for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for: Mer sexlyst	1 Veldig aktuelt		
	2 Ganske aktuelt		
	3 Verken eller/vet ikke		
	4 Ganske uaktuelt		
	5 Helt uaktuelt		
[mindre_lyst] I hvilken grad er det aktuelt for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for: Mindre sexlyst	1 Veldig aktuelt		
	2 Ganske aktuelt		
	3 Verken eller/vet ikke		
	4 Ganske uaktuelt		
	5 Helt uaktuelt		
[villighet] Dersom mannlig hormonell prevensjon var tilgjengelig, hadde du vært villig til å prøve det?	1 Helt klart	[enkel_villighet]	1 Villig
	2 Sannsynligvis		2 Alt annet enn villig
	3 Vet ikke/ikke relevant		
	4 Sannsynligvis ikke		
	5 Ikke i det hele tatt		
[form] Dersom mannlig hormonell prevensjon var tilgjengelig, hva slags form ville du foretrukket?	1 En daglig pille		
	2 En daglig hudgel		
	3 En månedlig sprøyte		
	4 Et årlig implantat		
	5 Ikke relevant		
[pris] Dersom mannlig hormonell prevensjon var tilgjengelig, hvilken pris hadde du vært villig til å betale?	1 Ikke villig til å betale noe		
	2 Opp til 50kr i måneden		
	3 Opp til 200kr i måneden		
	4 Opp til 500kr i måneden		
	5 Ikke relevant		
[ansvar_praksis] I praksis, hvem tror du oftest tar ansvar for prevensjon?	1 Mest kvinner		
	2 Mest menn		
	3 Begge		
[ansvar_ideal] Ifølge ditt ideal, hvem mener du bør ha ansvaret for prevensjon?	1 Mest kvinnen		
	2 Mest mannen		
	3 Begge		
[angrepille_praksis] I praksis, hvem tror du oftest betaler for nødprevensjon (angrepille)?	1 Mest kvinner		
	2 Mest menn		
	3 Begge		
[angrepille_ideal] Ifølge ditt ideal, hvem mener du bør betale for nødprevensjon (angrepille)?	1 Kvinnen		
	2 Mannen		
	3 Begge		
[behov] Synes du det er et behov for et nytt alternativ til prevensjon for menn, utenom kondom og sterilisering?	1 Ja		
	2 Nei		
[faller] "Ansvaret for prevensjon faller for mye på kvinner"	1 Helt enig	[enkel_faller]	1 Enig
	2 Litt enig		2 Alt annet enn enig
	3 Verken eller		
	4 Litt uenig		
	5 Helt uenig		
[tillit] I hvilken grad har du tillit til at det motsatte kjønn kan ta en daglig prevensjons-pille på riktig måte?	1 I stor grad	[enkel_tillit]	1 Har tillit
	2 I noen grad		2 Alt annet enn har tillit
	3 Verken eller/vet ikke		
	4 I liten grad		
	5 Ikke i det hele tatt		

[kondom] "Jeg bruker alltid kondom med nye seksualpartnere, uavhengig om en av oss bruker hormonell prevensjon"	1 Alltid sant	[enkel_kondom]	1 Sant
	2 Ofte sant		
	3 Verken eller/ikke relevant		2 Alt annet enn sant
	4 Sjelden sant		
	5 Aldri sant		
[bekymring] Se for deg en situasjon der prevensjonen har sviktet. Hvordan reagerer du umiddelbart?	1 Veldig bekymret	[enkel_bekymring]	1 Bekymret
	2 Noe bekymret		
	3 Verken eller/vet ikke/ikke relevant		2 Alt annet enn bekymret
	4 Ikke så veldig bekymret		
	5 Ikke bekymret i det hele tatt		
[kvinne_forventning] "Mannlige seksualpartnere forventer at jeg går på hormonell prevensjon"	1 Alltid sant		
	2 Ofte sant		
	3 Verken eller/vet ikke/ikke relevant		
	4 Sjelden sant		
	5 Aldri sant		
[mann_forventning] "Jeg forventer at kvinnelige seksualpartnere bruker hormonell prevensjon (eks. p-piller)"	1 Alltid sant		
	2 Ofte sant		
	3 Verken eller/vet ikke/ikke relevant		
	4 Sjelden sant		
	5 Aldri sant		

10.2 Frekvenstabeller

10.2.1 Generelle spørsmål

Tabell 3 gir en oversikt over svarfordelingen på de generelle spørsmålene i undersøkelsen, både fordelt på kjønn og totalt.

Tabell 3: Svarfordeling generelle spørsmål

Spørsmål	Alternativer	Kvinner		Menn		Totalt	
		Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
[alder] Alder	Under 20	11	2,5%	4	1,7%	15	2,2%
	20-24	256	58,2%	108	46,4%	364	54,1%
	25-29	130	29,5%	76	32,6%	206	30,6%
	30+	43	9,8%	45	19,3%	88	13,1%
	Total	440	100,0%	233	100,0%	673	100,0%
[kjønn] Biologisk kjønn	Kvinne	440	100,0%			440	65,4%
	Mann			233	100,0%	233	34,6%
	Total					673	100,0%
	Nord-Norge	274	62,8%	156	67,5%	430	64,5%

[landsdel] I hvilken landsdel har du bodd mesteparten av livet?	Trøndelag	22	5,0%	11	4,8%	33	4,9%
	Vestlandet	36	8,3%	18	7,8%	54	8,1%
	Østlandet	90	20,6%	43	18,6%	133	19,9%
	Sørlandet	14	3,2%	3	1,3%	17	2,5%
	Total	436	100,0%	231	100,0%	667	100,0%
[utdanning] Hvor lang er utdanningen du holder på med?	1 år eller kortere	4	0,9%	7	3,0%	11	1,6%
	Over 1 år til og med 3 år	151	34,4%	103	44,2%	254	37,8%
	Over 3 år til og med 5 år	86	19,6%	64	27,5%	150	22,3%
	Over 5 år	198	45,1%	59	25,3%	257	38,2%
	Total	439	100,0%	233	100,0%	672	100,0%
[helse] Studerer du noe relatert til helse?	Ja	291	66,3%	75	32,2%	366	54,5%
	Nei	148	33,7%	158	67,8%	306	45,5%
	Total	439	100,0%	233	100,0%	672	100,0%
[sivilstatus] Sivilstatus	Gift/samboer	140	32,0%	62	26,6%	202	30,1%
	Kjæreste/fast seksualpartner	128	29,2%	57	24,5%	185	27,6%
	Enslig	170	38,8%	114	48,9%	284	42,3%
	Total	438	100,0%	233	100,0%	671	100,0%
[legning] Er du seksuelt interessert i personer du kan få barn med?	Ja	420	95,5%	213	91,8%	633	94,2%
	Nei	11	2,5%	13	5,6%	24	3,6%
	Vet ikke/ikke relevant	9	2,0%	6	2,6%	15	2,2%
	Total	440	100,0%	232	100,0%	672	100,0%
[barneønske] Har du barneønske nå?	Ja, jeg prøver aktivt å få barn	8	1,8%	5	2,1%	13	1,9%
	Jeg prøver ikke aktivt, men det hadde gått greit å få barn nå	42	9,5%	24	10,3%	66	9,8%
	Nei, det er ikke aktuelt for meg å få barn nå	387	88,0%	202	86,7%	589	87,5%
	Vet ikke	3	0,7%	2	0,9%	5	0,7%
	Total	440	100,0%	233	100,0%	673	100,0%
[prevensjonssvikt] Har du opplevd at prevensjonen ikke har fungert, og dermed ført til uplanlagt graviditet hos deg eller seksualpartner?	Ja	26	5,9%	14	6,0%	40	6,0%
	Nei	412	94,1%	219	94,0%	631	94,0%
	Total	438	100,0%	233	100,0%	671	100,0%
[betalt_hp] Dersom du har (hatt) en fast seksualpartner, og en av dere har brukt hormonell prevensjon, hvem har oftest betalt for den?	Kvinnen	325	74,0%	127	54,7%	452	67,4%
	Mannen	3	0,7%	6	2,6%	9	1,3%
	Begge	39	8,9%	33	14,2%	72	10,7%
	Andre/gratis	23	5,2%	21	9,1%	44	6,6%
	Ikke relevant	49	11,2%	45	19,4%	94	14,0%
	Total	439	100,0%	232	100,0%	671	100,0%
[hort_om] Har du hørt om konseptet "hormonell prevensjon for menn" før?	Ja	377	85,7%	185	79,4%	562	83,5%
	Nei	63	14,3%	48	20,6%	111	16,5%
	Total	440	100,0%	233	100,0%	673	100,0%
[hp] Bruker du hormonell prevensjon for øyeblikket?	Ja	303	68,9%				
	Nei	137	31,1%				
	Total	440	100,0%				
[stealthing] Har du opplevd (eller hatt en mistanke om) at en mann har tatt av kondomet under samleie uten samtykke?	Ja	47	10,7%				
	Nei	391	89,3%				
	Total	438	100,0%				
[lyvv] Har du opplevd (eller hatt en mistanke om) at en kvinne	Ja			56	24,1%		
	Nei			176	75,9%		

har løyet om at hun går på prevensjon, mens hun egentlig ikke gjør det?	Total			232	100,0%		
[ansvar_praksis] I praksis, hvem tror du oftest tar ansvar for prevensjon?	Mest kvinner	416	94,5%	186	80,5%	602	89,7%
	Mest menn	2	0,5%	6	2,6%	8	1,2%
	Begge	22	5,0%	39	16,9%	61	9,1%
	Total	440	100,0%	231	100,0%	671	100,0%
[ansvar_ideal] Ifølge ditt ideal, hvem mener du bør ha ansvaret for prevensjon?	Mest kvinnen	11	2,5%	19	8,2%	30	4,5%
	Mest mannen	20	4,6%	4	1,7%	24	3,6%
	Begge	408	92,9%	210	90,1%	618	92,0%
	Total	439	100,0%	233	100,0%	672	100,0%
[angrepille_praksis] I praksis, hvem tror du oftest betaler for nødprevensjon (angrepille)?	Mest kvinner	402	91,6%	160	69,0%	562	83,8%
	Mest menn	12	2,7%	36	15,5%	48	7,2%
	Begge	25	5,7%	36	15,5%	61	9,1%
	Total	439	100,0%	232	100,0%	671	100,0%
[angrepille_ideal] Ifølge ditt ideal, hvem mener du bør betale for nødprevensjon (angrepille)?	Kvinnen	5	1,1%	12	5,2%	17	2,5%
	Mannen	22	5,0%	19	8,2%	41	6,1%
	Begge	412	93,8%	202	86,7%	614	91,4%
	Total	439	100,0%	233	100,0%	672	100,0%
[behov] Synes du det er et behov for et nytt alternativ til prevensjon for menn, utenom kondom og sterilisering?	Ja	427	97,0%	182	78,1%	609	90,5%
	Nei	13	3,0%	51	21,9%	64	9,5%
	Total	440	100,0%	233	100,0%	673	100,0%
[faller] "Ansvaret for prevensjon faller for mye på kvinner"	Helt enig	353	80,2%	86	36,9%	439	65,2%
	Litt enig	62	14,1%	103	44,2%	165	24,5%
	Verken eller	16	3,6%	23	9,9%	39	5,8%
	Litt uenig	6	1,4%	12	5,2%	18	2,7%
	Helt uenig	3	0,7%	9	3,9%	12	1,8%
	Total	440	100,0%	233	100,0%	673	100,0%
[tillit] I hvilken grad har du tillit til at det motsatte kjønn kan ta en daglig prevensjons-pille på riktig måte?	I stor grad	80	18,2%	93	39,9%	173	25,7%
	I noen grad	181	41,1%	84	36,1%	265	39,4%
	Verken eller/vet ikke	60	13,6%	28	12,0%	88	13,1%
	I liten grad	108	24,5%	26	11,2%	134	19,9%
	Ikke i det hele tatt	11	2,5%	2	0,9%	13	1,9%
	Total	440	100,0%	233	100,0%	673	100,0%

10.2.2 Aktuelt med prevensjon

Tabell 4 gir en oversikt over svarfordelingen på spørsmål som er relevante for personer som prevensjon er aktuelt for. Her er personer med barneønske [enkel_barneønske], personer som ikke er seksuelt interessert i personer de kan få barn med [enkel_legning], og personer som har latt være å svare på disse spørsmålene, selektert vekk.

Tabell 4: Svarfordeling for de som prevensjon er aktuelt for

Spørsmål	Alternativer	Kvinner		Menn		Totalt	
		Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel

[barn_tid] Dersom barn ikke er aktuelt for deg nå, om hvor mange år er det eventuelt aktuelt?	1-2 år	37	10,1%	15	8,3%	52	9,5%
	3-5 år	142	38,7%	69	38,1%	211	38,5%
	Mer enn 5 år	129	35,1%	66	36,5%	195	35,6%
	Aldri aktuelt	32	8,7%	14	7,7%	46	8,4%
	Vet ikke	27	7,4%	17	9,4%	44	8,0%
	Total	367	100,0%	181	100,0%	548	100,0%
[seksuelt_aktiv] Sammenlignet med dine jevnaldrende, hvor seksuelt aktiv vil du si at du er?	Mye mer seksuelt aktiv	14	3,8%	7	3,8%	21	3,8%
	Litt mer seksuelt aktiv	66	18,0%	33	18,0%	99	18,0%
	Omtrent på gjennomsnittet	169	46,0%	80	43,7%	249	45,3%
	Litt mindre seksuelt aktiv	73	19,9%	30	16,4%	103	18,7%
	Mye mindre/ikke seksuelt aktiv	45	12,3%	33	18,0%	78	14,2%
	Total	367	100,0%	183	100,0%	550	100,0%
[viktigst] Hva er viktigst for deg når du skal velge prevensjonsmiddel?	At det ikke gir for mye bivirkninger	177	48,2%	40	21,9%	217	39,5%
	At det beskytter godt mot graviditet	146	39,8%	101	55,2%	247	44,9%
	At det er enkelt å bruke	37	10,1%	28	15,3%	65	11,8%
	Ikke relevant	7	1,9%	14	7,7%	21	3,8%
	Total	367	100,0%	183	100,0%	550	100,0%
[foretrukket] Hva er din foretrukne form for prevensjon?	Kondom hos mannen/deg selv	42	11,4%	26	14,3%	68	12,4%
	Hormonell prevensjon hos kvinnen/deg selv	227	61,7%	120	65,9%	347	63,1%
	Både kondom og hormonell prevensjon	69	18,8%	27	14,8%	96	17,5%
	Annet/ikke relevant	30	8,2%	9	4,9%	39	7,1%
	Total	368	100,0%	182	100,0%	550	100,0%
[kvinne_forventning] "Mannlige seksualpartnere forventer at jeg går på hormonell prevensjon"	Alltid sant	97	26,4%				
	Ofte sant	184	50,1%				
	Verken eller/vet ikke/ikke relevant	65	17,7%				
	Sjelden sant	11	3,0%				
	Aldri sant	10	2,7%				
	Total	367	100,0%				
[mann_forventning] "Jeg forventer at kvinnelige seksualpartnere bruker hormonell prevensjon (eks. p-piller)"	Alltid sant			11	6,0%		
	Ofte sant			52	28,4%		
	Verken eller/vet ikke/ikke relevant			51	27,9%		
	Sjelden sant			20	10,9%		
	Aldri sant			49	26,8%		
	Total			183	100,0%		
[villig] Dersom mannlig hormonell prevensjon var tilgjengelig, hadde du vært villig til å prøve det?	Helt klart			53	29,0%		
	Sannsynligvis			75	41,0%		
	Vet ikke/ikke relevant			15	8,2%		
	Sannsynligvis ikke			28	15,3%		
	Ikke i det hele tatt			12	6,6%		
	Total			183	100,0%		
[form] Dersom mannlig hormonell prevensjon var tilgjengelig, hva slags form ville du foretrukket?	En daglig pille			73	39,9%		
	En daglig hudgel			8	4,4%		
	En månedlig sprøyte			20	10,9%		
	Et årlig implantat			51	27,9%		
	Ikke relevant			31	16,9%		

	Total			183	100,0%		
[pris] Dersom mannlig hormonell prevensjon var tilgjengelig, hvilken pris hadde du vært villig til å betale?	Ikke villig til å betale noe			19	10,4%		
	Opp til 50kr i måneden			34	18,6%		
	Opp til 200kr i måneden			96	52,5%		
	Opp til 500kr i måneden			14	7,7%		
	Ikke relevant			20	10,9%		
	Total			183	100,0%		
[kviser] I hvilken grad er det aktuelt for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for: Kviser	Veldig aktuelt			13	7,1%		
	Ganske aktuelt			50	27,5%		
	Verken eller/vet ikke			44	24,2%		
	Ganske uaktuelt			47	25,8%		
	Helt uaktuelt			28	15,4%		
	Total			182	100,0%		
[humor] I hvilken grad er det aktuelt for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for: Humørforandringer	Veldig aktuelt			8	4,4%		
	Ganske aktuelt			33	18,0%		
	Verken eller/vet ikke			38	20,8%		
	Ganske uaktuelt			60	32,8%		
	Helt uaktuelt			44	24,0%		
	Total			183	100,0%		
[depresjon] I hvilken grad er det aktuelt for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for: Depresjon	Veldig aktuelt			5	2,7%		
	Ganske aktuelt			11	6,0%		
	Verken eller/vet ikke			19	10,4%		
	Ganske uaktuelt			55	30,1%		
	Helt uaktuelt			93	50,8%		
	Total			183	100,0%		
[mer_lyst] I hvilken grad er det aktuelt for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for: Mer sexlyst	Veldig aktuelt			51	28,0%		
	Ganske aktuelt			69	37,9%		
	Verken eller/vet ikke			41	22,5%		
	Ganske uaktuelt			12	6,6%		
	Helt uaktuelt			9	4,9%		
	Total			182	100,0%		
[mindre_lyst] I hvilken grad er det aktuelt for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for: Mindre sexlyst	Veldig aktuelt			6	3,3%		
	Ganske aktuelt			27	14,8%		
	Verken eller/vet ikke			51	27,9%		
	Ganske uaktuelt			63	34,4%		
	Helt uaktuelt			36	19,7%		
	Total			183	100,0%		
[kondom] "Jeg bruker alltid kondom med nye seksualpartnere, uavhengig om en av oss bruker hormonell prevensjon"	Alltid sant	68	18,6%	30	16,5%	98	17,9%
	Ofte sant	78	21,3%	40	22,0%	118	21,5%
	Verken eller/ikke relevant	102	27,9%	46	25,3%	148	27,0%
	Sjelden sant	92	25,1%	48	26,4%	140	25,5%
	Aldri sant	26	7,1%	18	9,9%	44	8,0%
	Total	366	100,0%	182	100,0%	548	100,0%
[bekymring] Se for deg en situasjon der prevensjonen har sviktet. Hvordan reagerer du umiddelbart?	Veldig bekymret	197	53,7%	68	37,2%	265	48,2%
	Noe bekymret	130	35,4%	82	44,8%	212	38,5%
	Verken eller/vet ikke/ikke relevant	17	4,6%	19	10,4%	36	6,5%
	Ikke så veldig bekymret	23	6,3%	12	6,6%	35	6,4%
	Ikke bekymret i det hele tatt	0	0,0%	2	1,1%	2	0,4%
	Total	367	100,0%	183	100,0%	550	100,0%

10.3 Regresjonsanalyser

Multipel regresjon 1

Analysen undersøker om det er en sammenheng mellom det å svare «ja» på spørsmål om det er behov for et nytt prevensjonsalternativ for menn, og andre variabler i datasettet, som alder eller kjønn.

Tabell 5: Multipel regresjon 1

					95% Confidence Interval for Exp(B)		
Synes du det er behov for et nytt alternativ til prevensjon for menn, utenom kondom og sterilisering? ^a		B	df	Sig.	Exp(B)	Lower Bound	Upper Bound
Ja	Intercept	4,932	1	,066			
	[kjønn] mann	- 2,430	1	<,001	,088 (11,364)	,038	,203
	[enkel_alder] over 25 år	,161	1	,638	1,174	,602	2,293
	[enkel_landsdel] Sør-Norge	,226	1	,516	1,253	,634	2,475
	[enkel_utdanning] studie på over 3 år	,207	1	,576	1,230	,595	2,540
	[enkel_sivilstatus] enslig	-,358	1	,302	,699 (1,431)	,355	1,378
	[helse] ikke helsefaglig studie	,027	1	,944	1,027	,487	2,167
	[enkel_legning] ikke seksuelt interessert i motsatte kjønn	1,839	1	,088	6,288	,763	51,844
	[enkel_barneønske] ikke barneønske	,717	1	,113	2,048	,845	4,967
	[prevensjonssvikt] ikke opplevd prevensjonssvikt	-,323	1	,667	,724 (1,381)	,166	3,151
	[hort_om] ikke hørt om hormonell prevensjon for menn før	-,331	1	,403	,719 (1,391)	,331	1,560
	[enkel_seksuelt_aktiv] på/under snittet	,535	1	,175	1,708	,788	3,700
	[enkel_faller] alt annet enn enig i at ansvaret for prevensjon faller for mye på kvinner	- 1,032	1	,011	,356 (2,809)	,160	,791
	[enkel_bekymring] alt annet enn bekymret ved prevensjonssvikt	-,191	1	,642	,826 (1,211)	,370	1,847
	[enkel_kondom] alt annet enn alltid/ofte bruk av kondom med ny seksualpartner	,166	1	,636	1,181	,593	2,352
	[enkel_tillit] alt annet enn har tillit til motsatte kjønns prevensjonsbruk	-,593	1	,095	,553 (1,808)	,275	1,108
	[ansvar_ideal] kvinnen bør ha ansvar for prevensjon	- 1,531	1	,007	,216 (4,630)	,071	,660
	[ansvar_ideal] mannen bør ha ansvar for prevensjon	- 2,734	1	<,001	,065 (15,385)	,018	,233
	[ansvar_ideal] begge bør ha ansvar for prevensjon	0 ^b	0	.	.	.	.
	[angrepille_ideal] kvinnen bør betale for angrepille	- 2,458	1	<,001	,086 (11,628)	,022	,332
[angrepille_ideal] mannen bør betale for angrepille	1,326	1	,100	3,764	,775	18,289	
[angrepille_ideal] begge bør betale for angrepille	0 ^b	0	.	.	.	.

Multipel regresjon 2

Analysen undersøker om det er en sammenheng mellom menns villighet til å prøve mannlig hormonell prevensjon, og andre variabler i datasettet, som alder eller sivilstatus.

Tabell 6: Multipel regresjon 2

					95% Confidence Interval for Exp(B)		
Dersom mannlig hormonell prevensjon var tilgjengelig, hadde du vært villig til å prøve det?		B	df	Sig.	Exp(B)	Lower Bound	Upper Bound
Villig	Intercept	8,296	1	0,048			
	[enkel_alder] over 25 år	0,255	1	0,609	1,290	0,486	3,424
	[enkel_landsdel] Sør-Norge	1,025	1	0,065	2,788	0,938	8,287
	[enkel_utdanning] studie på over 3 år	- 0,353	1	0,491	0,703 (1,422)	0,257	1,918
	[enkel_sivilstatus] enslig	0,805	1	0,111	2,238	0,831	6,022
	[helse] ikke helsefaglig studie	0,129	1	0,804	1,138	0,409	3,168
	[prevensjonssvikt] ikke opplevd prevensjonssvikt	- 1,591	1	0,326	0,204 (4,901)	0,009	4,864
	[hort_om] ikke hørt om hormonell prevensjon for menn før	- 1,429	1	0,020	0,239 (4,184)	0,072	0,795
	[enkel_seksuelt_aktiv] på/under snittet	0,705	1	0,248	2,025	0,612	6,696
	[enkel_faller] alt annet enn enig i at ansvaret for prevensjon faller for mye på kvinner	- 0,523	1	0,363	0,593 (1,686)	0,192	1,831
	[enkel_bekymring] alt annet enn bekymret ved prevensjonssvikt	- 0,253	1	0,664	0,777 (1,287)	0,248	2,430
	[enkel_kondom] alt annet enn alltid/ofte bruk av kondom med ny seksualpartner	0,968	1	0,049	2,632	1,002	6,913
	[enkel_tillit] alt annet enn har tillit til motsatte kjønns prevensjonsbruk	- 0,484	1	0,394	0,616 (1,623)	0,202	1,876
	[behov] synes ikke det er behov for et nytt prevensjonsalternativ til menn	- 3,250	1	<0,001	0,039 (25,641)	0,012	0,127
	[lyv] ikke opplevd at en kvinne har løyet om prevensjon	- 1,215	1	0,077	0,297 (3,327)	0,077	1,142
	[angrepille_ideal] kvinnen bør betale for angrepille	- 3,542	1	0,006	0,029 (34,483)	0,002	0,369
[angrepille_ideal] mannen bør betale for angrepille	- 0,273	1	0,733	0,761 (1,314)	0,159	3,651	
[angrepille_ideal] begge bør betale for angrepille	0 ^b	0	.	.	.	.

11 Vedlegg 2: Spørreundersøkelse

Vedlegget inneholder en kopi av spørreundersøkelsen som ble distribuert til studentene.

Hormonell prevensjon for menn - UiT-studenters holdninger

Dette er en spørreundersøkelse om prevensjonsvaner og holdninger hos studenter på UiT. Alle UiT-studenter kan delta. Erfaring med prevensjon, samleie, legning eller sivilstatus spiller ingen rolle. Her menes prevensjon som et middel man bruker for å unngå graviditet. Undersøkelsen gjøres ifm. en 5.årsoppgave på profesjonsstudiet medisin.

Dette bør du vite på forhånd:

1) Kvinner har mange alternativer for hormonell prevensjon: p-pille, p-stav, p-spiral, p-sprøyte, p-ring og p-plaster. I tillegg finnes noen ikke-hormonelle metoder.

2) Menn har kun to alternativer til prevensjon; kondom eller sterilisering. Det forskes på hormonell prevensjon for menn (tilsvarende p-piller, p-stav, p-sprøyte hos kvinner). Hormonene gjør at man produserer mye mindre sædceller, som gir veldig lav sannsynlighet for å kunne gjøre en kvinne gravid. Resultatene hittil har vist at det beskytter mot graviditet omtrent like bra som hormonell prevensjon for kvinner gjør. Sædproduksjonen blir helt normal etter man har sluttet med prevensjonen.

Undersøkelsen er helt anonym! Svar så ærlig du kan på spørsmålene, og hopp over dersom det er noe du ikke vil svare på. På forhånd, hjertelig takk!

Er du UiT-student? *

Ja

Nei

Først litt om deg selv

Alder

Under 20

20-24

25-29

30+

Biologisk kjønn

Kvinne

Mann

Annet

I hvilken landsdel har du bodd mesteparten av livet?

Velg ... 

Hvor lang er utdanningen du holder på med?

1 år eller kortere

Over 1 år til og med 3 år

Over 3 år til og med 5 år

Over 5 år

Studerer du noe relatert til helse?

For eksempel fysioterapi, sykepleie

Ja

Nei

Sivilstatus

Gift/samboer

Kjæreste/fast seksualpartner

Enslig

Er du seksuelt interessert i personer du kan få barn med?

For eksempel heteroseksuell, biseksuell

Ja

Nei

Vet ikke/ikke relevant

Nå kommer noen spørsmål om prevensjonsvaner

Har du barneønske nå?

Ja, jeg prøver aktivt å få barn

Jeg prøver ikke aktivt, men det hadde gått greit å få barn nå

Nei, det er ikke aktuelt for meg å få barn nå

Vet ikke

Dersom barn ikke er aktuelt for deg nå, om hvor mange år er det eventuelt aktuelt?

i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei, det er ikke aktuelt for meg å få barn nå», «Vet ikke» eller «Jeg prøver ikke aktivt, men det hadde gått greit å få barn nå» er valgt i spørsmålet «Har du barneønske nå?»

1-2 år

3-5 år

Mer enn 5 år

Aldri aktuelt

Vet ikke

Sammenlignet med dine jevnaldrende, hvor seksuelt aktiv vil du si at du er?

- Mye mer seksuelt aktiv
- Litt mer seksuelt aktiv
- Omtrent på gjennomsnittet
- Litt mindre seksuelt aktiv
- Mye mindre/ikke seksuelt aktiv

Hva er din foretrukne form for prevensjon?

- Kondom hos mannen/deg selv
- Hormonell prevensjon hos kvinnen/deg selv
- Både kondom og hormonell prevensjon
- Annet/ikke relevant

Hva er viktigst for deg når du skal velge prevensjonsmiddel?

- At det ikke gir for mye bivirkninger
- At det beskytter godt mot graviditet
- At det er enkelt å bruke
- Ikke relevant

"Jeg bruker kondom med nye seksualpartnere, uavhengig om en av oss går på hormonell prevensjon"

Vurder om påstanden gjelder for deg

- Alltid sant
- Ofte sant
- Verken eller
- Sjelden sant
- Aldri sant
- Ikke relevant

Har du opplevd at prevensjonen ikke har fungert, og dermed ført til uplanlagt graviditet hos deg eller seksualpartner?

Ja

Nei

Se for deg en situasjon hvor du har hatt samleie, og prevensjonen ikke har fungert. Hvordan reagerer du umiddelbart?

Veldig bekymret

Noe bekymret

Verken eller

Ikke så veldig bekymret

Ikke bekymret i det hele tatt

Vet ikke/ikke relevant

Dersom du har (hatt) en fast seksualpartner, og en av dere har brukt hormonell prevensjon, hvem har oftest betalt for den?

Kvinnen

Mannen

Begge

Andre/gratis

Ikke relevant


Har du hørt om konseptet "hormonell prevensjon for menn" før?

Ja

Nei

Denne delen er for deg som valgte "kvinne" under biologisk kjønn

Bruker du hormonell prevensjon for øyeblikket?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Kvinne» er valgt i spørsmålet «Biologisk kjønn»

For eksempel p-pille, minipille, p-stav, p-spiral, p-sprøyte, p-ring, p-plaster

Ja

Nei

Har du opplevd (eller hatt en mistanke om) at en mann har tatt av kondomet under samleie uten samtykke?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Kvinne» er valgt i spørsmålet «Biologisk kjønn»

Såkalt stealthing

Ja

Nei

"Mannlige seksualpartnere forventer at jeg går på hormonell prevensjon"

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Kvinne» er valgt i spørsmålet «Biologisk kjønn»

Vurder om påstanden gjelder for deg

Alltid sant

Ofte sant

Verken eller


Sjelden sant

Aldri sant

Vet ikke/ikke relevant

Denne delen er for deg som valgte "mann" under biologisk kjønn

"Jeg forventer at kvinnelige seksualpartnere bruker hormonell prevensjon (eks. p-piller)"

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Mann» er valgt i spørsmålet «Biologisk kjønn»

Vurder om påstanden gjelder for deg

Alltid sant

Ofte sant


Verken eller

Sjelden sant

Aldri sant

Ikke relevant


Har du opplevd (eller hatt en mistanke om) at en kvinne har løyet om at hun går på prevensjon, mens hun egentlig ikke gjør det?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Mann» er valgt i spørsmålet «Biologisk kjønn»

Ja

Nei

Som sagt i innledningen: Menn har kun to alternativer til prevensjon; kondom eller sterilisering. Det forskes på hormonell prevensjon for menn (tilsvarende p-piller, p-stav, p-sprøyte og lignende hos kvinner). Hormonene gjør at man produserer mye mindre sædceller, som gir veldig lav sannsynlighet for å kunne gjøre en kvinne gravid. Resultatene hittil viser at det beskytter mot graviditet omtrent like bra som hormonell prevensjon for kvinner gjør. Sædproduksjonen blir helt normal etter man har sluttet med prevensjonen.

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Mann» er valgt i spørsmålet «Biologisk kjønn»

Hvor aktuelt er det for deg å bruke mannlig hormonell prevensjon med risiko for bivirkningene under?

	Veldig aktuelt	Ganske aktuelt	Verken eller/vet ikke	Ganske uaktuelt	Helt uaktuelt
Kviser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humørforandringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mer sexlyst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mindre sexlyst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Dersom mannlig hormonell prevensjon var tilgjengelig...

... hadde du vært villig til å prøve det?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Mann» er valgt i spørsmålet «Biologisk kjønn»


- Helt klart
- Sannsynligvis
- Vet ikke/ikke relevant
- Sannsynligvis ikke
- Ikke i det hele tatt

... hva slags form ville du foretrukket?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Mann» er valgt i spørsmålet «Biologisk kjønn»

- En daglig pille
- En daglig hudgel
- En månedlig sprøyte
- Et årlig implantat
- Ikke relevant

.... hvilken pris hadde du vært villig til å betale?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Mann» er valgt i spørsmålet «Biologisk kjønn»

- Ikke villig til å betale noe
- Opp til 50kr i måneden
- Opp til 200kr i måneden
- Opp til 500kr i måneden
- Ikke relevant

Nå kommer noen spørsmål om dine meninger og oppfatninger om prevensjon. Husk at din personlige mening er mer interessant enn det som kanskje er politisk korrekt.

I praksis, hvem tror du oftest tar ansvar for prevensjon?

Mest kvinner

Mest menn

Begge

Ifølge ditt ideal, hvem mener du bør ha ansvaret for prevensjon?

Mest kvinnen

Mest mannen

Begge

I praksis, hvem tror du oftest betaler for nødprevensjon (angrepille)?

Mest kvinner

Mest menn

Begge

Ifølge ditt ideal, hvem mener du bør betale for nødprevensjon (angrepille)?

Kvinnen

Mannen

Begge

Synes du det er et behov for et nytt alternativ til prevensjon for menn, utenom kondom og sterilisering? *

Ja

Nei

"Ansvaret for prevensjon faller for mye på kvinner"

I hvilken grad er du (u)enig i påstanden?

Helt enig

Litt enig

Verken eller

Litt uenig

Helt uenig

I hvilken grad har du tillit til at det motsatte kjønn kan ta en daglig prevensjons-pille på riktig måte?

I stor grad

I noen grad

Verken eller/vet ikke

I liten grad

Ikke i det hele tatt

Tusen takk til for at du svarer på undersøkelsen! Har du kommentarer eller spørsmål? Send meg gjerne en mail: lsa071@uit.no

