

# RÁÐGJÖF UM GETNAÐARVARNIR Á KVENNA- DEILD LANDSPÍTALANS Í 20 ÁR

## PROVISION OF CONTRACEPTIVE COUNSELLING OVER 20 YEARS IN THE WOMEN'S UNIT AT THE LANDSPÍTALI UNIVERSITY HOSPITAL

### ÚTDRÁTTUR

Samkvæmt lögum frá 1975 um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir, fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir skal starfrækja ráðgjöf um getnaðarvarnir meðal annars á sjúkrahúsum landsins. Slík ráðgjöf hefur verið starfrækt síðan 1997 á kvennadeild Landspítalans. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða komur og notkun getnaðarvarna meðal kvenna sem komu í ráðgjöfina á tuttugu ára tímabili, 1997-2017. Gagnasöfnun byggðist á skráðum gögnum. Skoðaðar voru komur kvenna í ráðgjöfina á árunum 1997-2016 m.t.t. aldurs, fjölda koma (nýkoma og endurkoma) og tegundar getnaðarvarna. Gagnagreining byggðist á lýsandi tölfræði. Á tímabilinu voru alls 3726 komur eða að meðaltali 186 komur árlega. Flestar komur voru meðal kvenna á aldrinum 15-24 ára. Konur sem voru 19 ára og yngri völdu fyrst og fremst pilluna (51,1% - 67,7%) og síðan hormónasprautuna (22,6% - 33%). Konur á aldrinum 20-34 ára völdu mest hormónasprautuna (34% - 50,7%) og síðan pilluna (18,1% - 23,2%) en lykkjur (koparlykkjur 20,4% - 33,3% og hormónalykkjur 22,3% - 31,4%) voru algengastar meðal kvenna 35 ára og eldri. Fáar konur völdu hormónaplásturinn (0-3,3%) og hormónahringinn (0-5,9%) sem getnaðarvörn. Þegar leið á tímabilið voru langtímagetnaðarvarnir, sérstaklega hormónastafur, algengari valkostur. Á tímabilinu varð breyting á vali kvenna á getnaðarvörnum og undir lok þess fóru þær í vaxandi mæli að velja langtímagetnaðarvörn. Nýrri getnaðarvarnir eins og hormónahringur og hormónaplástur voru mun síðri valkostir meðal kvenna borið saman við pilluna sem fyrir löngu síðan er búin að festa sig í sessi í íslensku samfélagi.

**Lykilorð:** Ráðgjöf, getnaðarvarnir, valkostir, konur

### ABSTRACT

According to the law from 1975 about counseling and information regarding sexuality and childbearing, termination of pregnancy and sterilization, a contraceptive counseling service should among other places be provided in the hospitals. Such a counseling service has since 1997 been provided for women in the Women's Unit at the Landspítali University Hospital. The purpose of this study is to explore the development of contraceptive use among women who attended the counseling service during these twenty years, 1997-2016. Data collection was based on registered data. Women who attended the counseling service during the years 1997-2017 were explored regarding age, number of visits (first and return visits) and type of contraception. Data analysis is based on descriptive statistics. During the period there were totally 3726 visits on the average 186 visits annually. Women who attended the service were mostly in the age group 15-24 years old. The younger women (19 or younger)



Sóley S. Bender, prófessor og sérfræðingur í kynheilbrigði. Hjúkrunarfræðideild, Háskóli Íslands og kvennadeild, Landspítali Háskólasjúkrahús

mostly chose the oral contraception (51,1% - 67,7%) and secondly the hormonal injection (22,6% - 33%). Women in the age group 20-34 years old mostly chose the hormonal injection (34% - 50,7%) and secondly the oral contraception (18,1% - 23,2%) but intrauterine devices (copper IUD 20,4% - 33,3% and hormonal IUS 22,3% - 31,4%) were mostly chosen by women who were 35 years old and older. Few women chose the hormonal patch (0-3,3%) and the hormonal ring (0-5,9%). In the final quarter of the period women were mostly choosing long-acting reversible contraception, mostly the hormonal implant. During the period observable changes took place regarding contraceptive choices by women where long-acting reversible contraception were more frequently chosen by women in the last part of the period. Newer contraceptives like the hormonal ring and the hormonal patch were less acceptable to women than the oral contraception which established itself long time ago in the Icelandic society.

**Keywords:** Counseling, contraceptive methods, choices, women

### INNGANGUR

Sérstök móttaka í formi ráðgjafar um getnaðarvarnir hófst 20. mars á Landspítalanum árið 1997. Höfundur þessarar greinar hefur frá upphafi og fram til dagsins í dag sinnt ráðgjöf á móttökunni og telur mikilvægt í ljósi tuttugu ára starfsemi að greina frá nokkrum þáttum hennar. Að þróun hennar stóð þverfaglegt teymi með sérmenntuðum hjúkrunarfræðingi, ljósmæðrum og fæðinga- og kvensjúkdómalæknum. Unnið var að gerð skráningareyðublaðs, kynningar- og fræðsluefni þróað og útbúnaðarverksreglur. Móttakan var einkum ætluð konum sem sótt höfðu um þungunarrof á kvennadeild Landspítalans og stúlkum 20 ára og yngri. Lagalegur rammi frá árinu 1975 var til staðar fyrir ráðgjafarþjónustuna. Í þeim lögum kemur fram að gefa skuli fólki kost á fræðslu og ráðgjöf varðandi kynlíf og barneignir og sérstaklega um notkun getnaðarvarna og útvegum þeirra. Slíka ráðgjafarþjónustu skal veita á heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum (Lög um ráðgjöf... nr. 25/1975). Á móttökunni hefur verið lögð áhersla á hugmyndafræði ráðgjafar um getnaðarvarnir. Sú ráðgjöf er skilgreind sem gagnkvæm samskipti sem fela í sér að veita upplýsingar, gefa skjólstæðingi tækifæri til að greina frá áhyggjum sínum, hvað honum er mikils virði varðandi val á getnaðarvörn og geta spurt spurninga (Weisman o.fl., 2002). Ráðgjöf hjálpar fólki að velja á milli valkosta og ákveða með notkun getnaðarvarna ásamt því að fylgja valinu eftir. Um er að ræða tvíhliða tjáskipti og felur í sér að fræða skjólstæðinginn til að hann geti tekið upplýsta ákvörðun. Í ráðgjöfinni er komið inn á viðhorf, þekkingu, reynslu og heilsufar sem getur auðveldað eða hindrað ákvörðun um val á getnaðarvörn (IPPF, 2004; Sóley S. Bender, 2012; Spain, 1988). Ráðgjöf snýst

ekki bara um að veita fólki upplýsingar eða ráðleggingar heldur er hún leið til að hafa áhrif á heilbrigðishegðun fólks og í þessu tilfalli áhættusama kynhegðun (Sóley S. Bender, 2012). Judith Bruce (1990) sem setti fram hugmyndafræðilegt líkan um gæði fjölskylduáætlunarþjónustu (e. family planning services) gerir mikinn greinarmun á því að veita upplýsingar, sem hún lítur ekki á sem ráðgjöf, og meðferðarsambandi (e. interpersonal relations) þar sem unnið er með einstaklingnum til að ná árangri og í þessu tilfalli að nota getnaðarvarnir á sem árangursrikastan hátt. Í byrjun starfsemi móttökunnar á kvennadeildinni var stuðst við HLUSTA líkanið við ráðgjöfina (Rinehart, Rudy og Drennan, 1998). Í meira en áratug hefur verið stuðst við VELJA líkanið (Sóley S. Bender, 2012). Það byggir á þeirri hugmyndafræði að einstaklingurinn eigi rétt á að taka upplýsta ákvörðun um notkun getnaðarvarnar. Um er að ræða tvíhliða tjáskipti og gengið úr skugga um margvíslega áhrifaþætti á ákvörðun um notkun getnaðarvarnar, bæði hvetjandi og letjandi þætti. Lögð er áhersla á að konan sé sátt við þá getnaðarvörn sem valin er og hafi nægar upplýsingar til að geta haldið áfram notkun hennar. Vísað er í bókarkafli Ráðgjöf um getnaðarvarnir: Hugmyndafræðilegt líkan til frekari upplýsinga um líkanið (Sóley S. Bender, 2012). Einn af mikilvægum þáttum ráðgjafar er að veita grunnupplýsingar um getnaðarvarnir. Hluti þessara upplýsinga snúa að kostnaði getnaðarvarna. Val á getnaðarvörn er háð mörgum þáttum og er einn þeirra kostnaður. Langtímagetnaðarvarnir eins og hormónastafur og hormónalykkja eru getnaðarvarnir sem þarf að greiða fyrir áður en þeim er komið fyrir í líkama konunnar. Geta þessar getnaðarvarnir kostað á bilinu 22.000-26.000 kr. Kostnaðurinn getur verið hindrun varðandi val á þessum getnaðarvörnum því það getur reynst auðveldara fyrir stúlkur/konur að dreifa kostnaðinum yfir lengri tíma eins og gert er þegar pillan er notuð. Í rannsókn Mestad og félagi (2011) kom fram að þegar búíð var að gera allar getnaðarvarnir friar þá völdu ungar stúlkur fremur langtímagetnaðarvörn en skammtímagetnaðarvörn sem sýndi mikilvægi kostnaðar við val á getnaðarvörn.

Markmið ráðgjafar um getnaðarvarnir er að konan nái að hafa stjórn á frjóseminni og geti tekið ákvörðun um barneign þegar hún er tilbúin til þess. Óráðgerðar þunganir meðal kvenna um allan heim árið 2012 voru taldar vera um 40% af öllum þungunum og í V-Evrópu um 34% (Sedgh, Singh og Hussain, 2014). Hlutfall óráðgerðra þungana meðal unglingsstúlkna er mun hærra, en í Bandaríkjunum er það um 80% (Speidel, Harper og Shields, 2008). Rekja má ástæður óráðgerðra þungana til þess að getnaðarvarnir eru ekki notaðar (52%), þær notaðar stopult eða ekki rétt (43%) og þær bregðist (5%) (Frost, Darroch og Remez, 2008). Ráðgjöf um getnaðarvarnir þarf sérstaklega að ná til þeirra sem ekki nota getnaðarvarnir en þurfa á þeim að halda og líka þeirra sem ekki nota getnaðarvörn á réttan hátt. Getnaðarvarnir sem eru notendaháðar eins og pillan, hringurinn og plásturinn gera kröfu til notandans að hann noti getnaðarvörnina rétt. Í umfjöllun Rosenberg og Waugh (1999) um meðferðarhæðni við notkun getnaðarvarna eins og pillunnar kom fram að í rannsókn þeirra meðal kvenna í öllum aldurshópum hafi 47% þeirra gleymt að taka inn eina eða fleiri pillur í hverju pilluspjaldi. Hins vegar eru langtímagetnaðarvarnir eins og lykkjur og hormónastafur mun öruggari kostur því þær eru ekki notendaháðar (Glazier, 2009). Sýnt hefur verið fram á að 60,6% kvenna eru enn að nota pilluna eftir ársnotkun, 42,2% eftir tvö ár og 31,5% eftir þrjú ár (Diedrich o.fl., 2015). Rannsókn Diedrich og félagi (2015) sýndi jafnframt samanburð á notkun langtíma- (lykkjur og hormónastafur) og skammtímagetnaðarvarna (hormónasprautu, pillan, hormónahringur, hormónaplástur). Eftir þriggja ára notkun þá komu langtímagetnaðarvarnir marktækt betur út en skammtímagetnaðarvarnir (67,2% á móti 31%). Fram kom í rannsókninni að 69,8% kvenna sem notuðu hormónalykkjuna, 69,7% sem notuðu koparlykkjuna og 56,2% sem notuðu hormónastafinn voru enn að nota þessar getnaðarvarnir þremur árum eftir að hafa byrjað notkun þeirra. Í gagnreyndum leiðbeiningum National Institute for Health and Care Excellence í Bretlandi var gefin út sú yfirlýsing að aukin notkun langtímagetnaðarvarna muni fækka óráðgerðum þungunum (NICE, 2005). Fyrsta val um getnaðarvörn, sérstaklega fyrir ungar stúlkur, var lengi vel samsetta pillan. Hafa Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) og Sjúkdómavarnastofnun Bandaríkjanna (CDC) mælt með langtímagetnaðarvörnum (Klein, Arnold og Reese, 2015; WHO, 2016).

Í leiðbeiningum WHO (2016) er lögð áhersla á að ungar stúlkur hafi val um allar tegundir getnaðarvarna alveg eins og eldri konur og að aldur sé ekki frábending varðandi notkun getnaðarvarnar.

Aðgengi og gæði ráðgjafar um getnaðarvarnir geta skipt sköpum varðandi ákvörðun fólks um notkun getnaðarvarna og markvissa notkun þeirra. Sýnt hefur verið fram á að markviss ráðgjöf um getnaðarvarnir hefur marktæk áhrif á viðhorf og þekkingu á getnaðarvörnum og notkun þeirra borið saman við þá sem ekki fengu slíka ráðgjöf (Nobili, o.fl., 2007). Jafnframt hefur komið í ljós að konur velja í auknum mæli getnaðarvarnir sem þær fá góða fræðslu og ráðgjöf um. Í rannsókn Gemzell-Danielsson og félagi (2011) kom fram að eftir ráðgjöf um getnaðarvarnir þá völdu 22,5% kvenna hormónahringinn en 8,5% ætluðu að velja þá getnaðarvörn fyrir ráðgjöfina. Í fræðilegri samanekt Dahlendorf, Krajewski og Borrero (2014) kom í ljós að þeir skjólstaðingar sem voru ánægðari með þá ráðgjöf sem þeir höfðu fengið um getnaðarvarnir voru ánægðari með getnaðarvörnina sem var valin.

Það er ólíkt eftir menningarheimum hvaða tegundir getnaðarvarna verða helst fyrir valinu hjá konum eftir þungunarrof. Í Bandaríkjunum, á Íslandi og á Nýja Sjálandi voru það einkum skammtímagetnaðarvarnir sem konur byrjuðu að nota eftir þungunarrof en í Tyrklandi urðu langtímagetnaðarvarnir frekar fyrir valinu. Í bandarísku rannsókninni kom fram að 57,7% völdu skammtímagetnaðarvarnir, 28,9% lykkju eða staf, 13,4% smokk eða enga getnaðarvörn (Rocca o.fl., 2017). Rannsóknin hér á landi sýndi fram á að 85,2% þeirra kvenna sem fengu ráðgjöf um getnaðarvarnir völdu skammtímagetnaðarvarnir en aðeins 5,4% lykkjuna (Bender og Geirsson, 2004). Á Nýja Sjálandi völdu 67,6% skammtíma-getnaðarvarnir en 25,1% lykkjuna (Roberts, Silva og Xu, 2010). Gagnstæð mynd af getnaðarvarnanotkun eftir þungunarrof kom fram í tyrkneskri rannsókn. Í þeirri rannsókn völdu mun fleiri langtímagetnaðarvarnir (50% lykkjuna og 4,4% hormónastafinn) miðað við skammtímagetnaðarvarnir (32,6%) (Ortayli, Bulut og Nalbant, 2001). Eins og sést á þessum niðurstöðum þá er samanburður að ýmsu leyti erfiður. Sem dæmi má nefna að ekki er aðgreint í bandarísku rannsókninni hversu margir notuðu ýmist smokkinn eða enga getnaðarvörn og því ekki unnt að gefa heildarmynd af notkun skammtímagetnaðarvarna. Niðurstöður rannsókna gefa þó visbendingar um meginvalkosti kvenna varðandi skammtíma- og langtímagetnaðarvarnir. Fær rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi um notkun getnaðarvarna og því þótti nauðsynlegt í ljósi tuttugu ára starfsemi þessarar móttöku, Ráðgjöf um getnaðarvarnir, á kvennadeild Landspítalans að skoða hvernig þróunin hefur verið. Voru eftirfarandi rannsóknarspurningar lagðar til grundvallar rannsókninni og eiga þær allar við tímabilið 1997-2017: Varð einhver breyting á hlutfallslegum fjölda koma eftir aldri kvenna eða tegund komu (nýkoma og endurkoma), hvaða tegundir getnaðarvarna völdu konur að nota miðað við aldur þeirra, varð einhver hlutfallsleg breyting á notkun skammtímagetnaðarvarna borið saman við langtímagetnaðarvarnir?

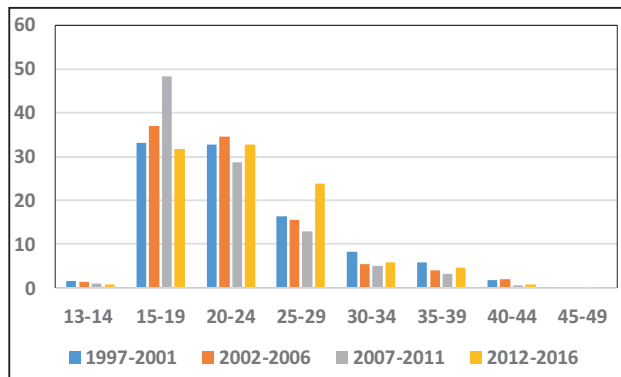
## AÐFERÐ

Rannsókn þessi er gerð með leyfi Síðanefndar Landspítalans nr. 48/2016. Auk þess veittu framkvæmdastjóri lækninga og yfirlæknir kvennadeildar Landspítalans leyfi fyrir henni. Rannsóknin byggist á skráðum gögnum um þær konur sem höfðu komið á móttöku Ráðgjöf um getnaðarvarnir á tímabilinu mars 1997 til loka árs 2016. Við gagnagreiningu er skoðaður aldur kvenna, komur (nýkomur og endurkomur) og tegundir getnaðarvarna. Gögn voru sett í SPSS (útgáfu 24) til gagnagreiningar. Byggðist gagnagreiningin á lýsandi tölfræði. Breytur voru skilgreindar eftir aldri og tímabilum. Aldur miðaðist við 13-14 ára, 15-19 ára, 20-24 ára, 25-29 ára, 30-34 ára, 35-39 ára, 40-44 ára og 45-49 ára. Skilgreind voru fjögur fimm ára tímabil þ.e. 1997-2001, 2002-2006, 2007-2011, 2012-2016. Í þessari gagnagreiningu eru pilla, mini-pilla, hormónasprautu, hormónahringur, hormónaplástur, hetta og smokkur flokkaðar sem skammtímagetnaðarvarnir en koparlykkja, hormónalykkja og hormónastafur sem langtímagetnaðarvarnir.

## NIÐURSTÖÐUR

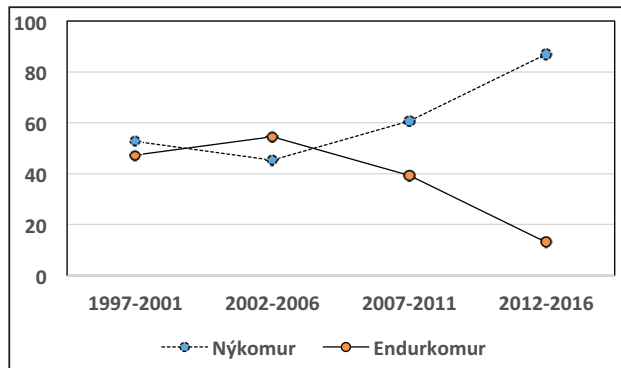
Alls voru 3726 komur á tímabilinu 1997-2016, þar af 1977 nýkomur og 1749 endurkomur. Árlegur meðalföldi koma á tímabilinu voru 186.

Þær náðu hámarki á árunum 2001-2003, um 400 árlegar komur. Konur voru á aldrarsbilinu 13-49 ára, flestar voru 15-24 ára (Mynd 1). Um eða yfir 20% af komum voru konur á aldrinum 25-29 ára og undir 10% koma voru konur sem voru 30 ára eða eldri.



**Mynd 1.** Hlutfallslegur fjöldi (%) kvenna sem komu á tímabilinu 1997-2016 eftir aldri þeirra

Á fyrri hluta tímabilsins var ekki mikill munur á hlutfallslegum fjölda nýkoma og endurkoma (Mynd 2). Það hlutfall var nokkuð jafnt. Nýkomum fór síðan að fjölga á tímabilinu 2007-2011 en á síðasta tímabilinu 2012-2016 varð veruleg aukning á þeim.



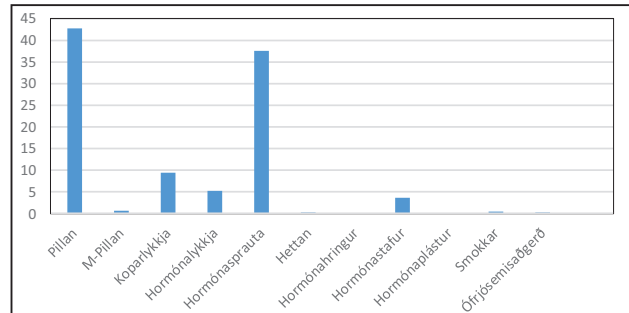
**Mynd 2.** Hlutfallslegur fjöldi (%) nýkoma og endurkoma á tímabilinu 1997-2016

Þær getnaðarvarmir sem konur völdu sér oftast á tímabilinu voru hormónasprautan og pillan en það var þó háð aldri (Tafla 1). Það voru aðeins 0-3,3% kvenna sem völdu að nota hormónaplástur og 0-5,9% sem völdu að nota hormónahring. Hlutfallslegt val kvenna á notkun getnaðarvarna eftir tegundum og aldri kvenna leiddi í ljós að þær sem voru 13-19 ára völdu aðallega að nota pilluna (51,1% - 67,7%) og síðan hormónasprautuna (22,6% - 33%). Hjá eldri konum (20-44 ára) var val þeirra langmest bundið við hormónasprautu (31,4% - 50,7%) og síðan völdu konur á aldrinum 20-34 ára næstmest að nota pilluna (18,1% - 23,2%) en hjá þeim sem voru 35-44 ára völdu þær næstmest að nota hormónalykkjuna (22,3% - 31,4%). Kopar- og hormónalykkjur (20,4% - 33,3%; 22,3% - 31,4%) voru á tímabilinu helst valdar af konum sem voru 35 ára og eldri.

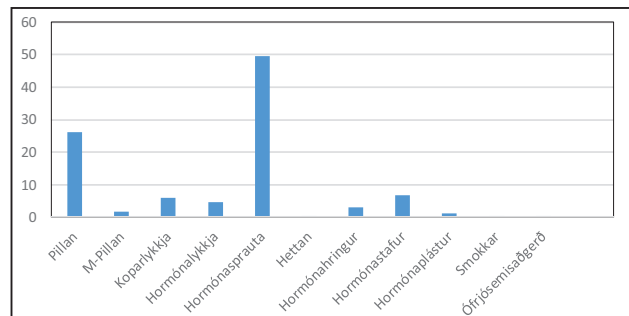
**Tafla 1.** Hlutfallslegur fjöldi (%) kvenna sem völdu að nota ákveðnar getnaðarvarmir á tímabilinu 1997-2016 eftir aldri þeirra

Tegund getnaðarvarm	Aldur								
	13-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Pillan	67,7	51,1	23,2	18,1	19,3	9,7	0	33,3	
Mini-pillan	3,2	2,3	3	3,1	3,3	4,9	5,7	0	
Koparlykkja	0	0,6	5,7	12,1	12,7	20,4	25,7	33,3	
Hormónalykkja	0	0,4	2,2	5,4	12,7	22,3	31,4	0	
Hormónasprautu	22,6	33	50,7	42,1	34	32	31,4	0	
Hettan	0	0	0	0,5	2	0	0	33,3	
Hormónahringur	0	3,1	5,5	5,9	4	2,9	2,9	0	
Hormónastafur	6,5	7,2	7,8	9	7,3	2,9	0	0	
Hormónaplástur	0	1,7	1,2	2,1	3,3	2,9	2,9	0	
Smokkar	0	0,5	0,5	1,3	0,7	0	0	0	
Ófrjósamesaðgerð	0	0	0,1	0,3	0,7	1,9	0	0	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

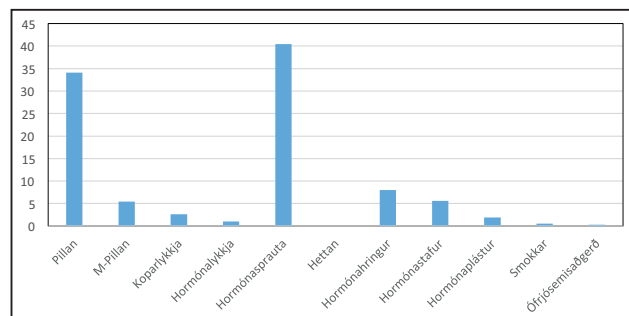
Þegar litíð er yfir heildarkomur á fjórum fimm ára tímabilum þá urðu pillan og hormónasprautan helst fyrir valinu á fyrstu þremur tímabilunum en sjá má sérstaklega á öðru tímabilinu (2002-2006) að pillan var ekki eins vinsæl og áður (Myndir 3-6). Síðasta tímabilið (2012-2016) var athyglisvert fyrir þær sakir að þær varð meiri dreifing á vali kvenna varðandi notkun getnaðarvarna og áberandi fleiri konur völdu að nota hormónastafinn en sjá má að hormónasprautan var á undanhaldi. Þannig varð langtímagetnaðarvörmin hormónastafur vaxandi valkostur meðal kvenna (Mynd 6).



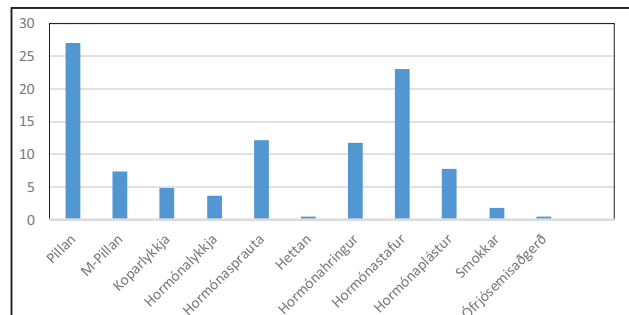
**Mynd 3.** Hlutfallslegur fjöldi (%) kvenna sem völdu að nota ákveðnar getnaðarvarmir á tímabilinu 1997-2001



**Mynd 4.** Hlutfallslegur fjöldi (%) kvenna sem völdu að nota ákveðnar getnaðarvarmir á tímabilinu 2002-2006

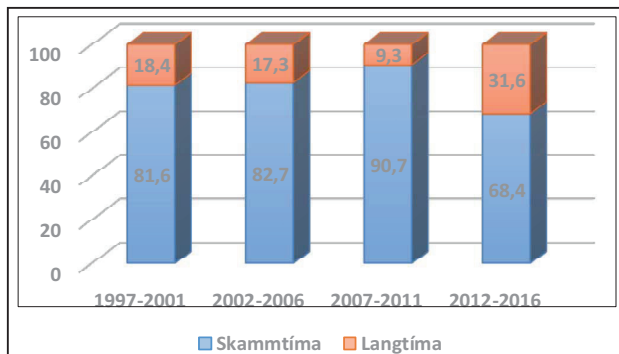


**Mynd 5.** Hlutfallslegur fjöldi (%) kvenna sem völdu að nota ákveðnar getnaðarvarmir á tímabilinu 2007-2011



**Mynd 6.** Hlutfallslegur fjöldi (%) kvenna sem völdu að nota ákveðnar getnaðarvarmir á tímabilinu 2012-2016

Þegar bornar voru saman annars vegar langtímagetnaðarvarnir og skammtímagetnaðarvarnir kom í ljós að konur völdu minnst að nota langtímagetnaðarvarnir á tímabilinu 2007-2011 en mest á síðasta tímabilinu, 2012-2016 (Mynd 7).



**Mynd 7.** Hlutfallslegur fjöldi (%) kvenna sem völdu ýmist að nota skammtíma- eða langtímagetnaðarvarnir á tímabilinu 1997-2016

## UMRÆÐA

Niðurstöður benda til þess að breyting hafi orðið á vali kvenna sem koma á móttökuna varðandi notkun getnaðarvarna. Konur eru í vaxandi mæli á síðasta fimm ára tímabilinu (2012-2016) að velja langtímagetnaðarvörn eins og hormónastaf og er það í samræmi við þróun í öðrum löndum eins og í Bandaríkjunum (Diedrich o.fl., 2015). Stefnumótandi stofnanir eins og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin og Sjúkdómavarnastofnun Bandaríkjanna hafa lagt áherslu á langtímagetnaðarvarnir til að koma betur í veg fyrir óráðgerða þungun (Klein o.fl., 2015; WHO, 2016). Sú hefð að pillan væri besta val um getnaðarvörn hefur lengi verið við lýði hér á landi eins og í nágrannalöndum en virðist samkvæmt þessum niðurstöðum að einhverju leyti á undanhaldi. Viðhorfin til pillunnar eru þó lífsseig. Rannsókn í Bretlandi (2007) sýndi það viðhorf hjá læknum (80-85%) og hjúkrunarfræðingum (70-79%) að pillan væri besti valkosturinn fyrir konur nema þær elstu (42 ára) en mun færri töldu langtímagetnaðarvarnir vera við hæfi fyrir ungar stúlkur (Wellings o.fl., 2007). Sýnt hefur verið fram á að hormónastafur veitir örugga getnaðarvörn í lengri tíma en pillan og hormónasprautan. Við 24 mánaða notkun héldu þær stúlkur sem notuðu hormónastafinn marktækt oftar áfram þeirri notkun borið saman við hinar sem notuðu pilluna eða hormónasprautuna. Meðalnotkun hormónastafsins var 18,7 mánuðir en 11, 9 mánuðir við notkun pillunnar eða hormónasprautunnar (Lewis o.fl., 2010).

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að fáar konur völdu að nota hormónaplástur (0-3,3%) og hormónahring (0-5,9%). Þetta er minni notkun heldur en fram kom í sænskri rannsókn þar sem 6,2% konur völdu að nota hormónaplásturinn eftir ráðgjöf en 22,5% völdu hormónahringinn (Gemzell-Danielsson o.fl., 2011). Þessar getnaðarvarnir eru mun nýrri á markaði en pillan sem búin er að festa sig í sessi í íslensku samfélagi í áratugi. Það hefur sýnt sig að það tekur tíma fyrir nýjar getnaðarvarnir að öðlast traust. Eigindleg rannsókn Sundstrom (2012) leiddi í ljós að konur höfðu vantrú á hormónagetnaðarvörnum eins og hormónaplástri og hormónahring sem ekki voru teknar inn daglega eins og pillan. Þeim fannst þær vera lítt rannsakaðar og jafnvel óruggar en höfðu takmarkaða þekkingu á þeim. Vinkonurnar voru að nota pilluna, mæður þeirra þekktu hana vel og þær urðu því fyrir sterkri samfélagslegri mótun varðandi pillunotkun. Einn þátttakandi í rannsókninni orðaði það svo: „When you think of birth control you think of the pill“.

Aukning varð á nýkomum eftir því sem leið á tímabilið. Þessi þróun stafar aðallega af skipulagsbreytingum því þeim konum sem ætla sér að nota hormónasprautuna er í vaxandi mæli vísað á heilsugæsluna í áframlaldandi sprautur. Endurkomur hin síðari ár eru aðallega vegna uppsetningar á hormónastaf. Þær konur koma fyrst í ráðgjöf og svo í ísetningu. Einnig koma ungar stúlkur í endurkomu sem eru að fá hormónagetnaðarvörn í fyrsta skipti. Jafnframt er öllum konum boðið að hafa samband ef einhverjar spurningar vakna. Er þetta í samræmi við almennar leiðbeiningar um endurkomur (WHO/RHR og JHBSPH/CCP, 2018).

Flestar konur sem komu á móttökuna voru á aldrinum 15-24 ára og liggur skýring þess í því að konum á þessum aldri, einkum þeim sem eru í aldurshópnum 15-19 ára og þeim sem eiga í erfiðleikum með notkun getnaðarvarna, er sérstaklega vísað á móttökuna. Þetta eru einkum konur sem nýlega hafa farið í þungunarrof á deildinni. Þar sem hlutfall óráðgerðra þungana er sérstaklega hátt hjá unglingsstúlkum er mjög mikilvægt að veita þeim markvissa ráðgjöf um getnaðarvarnir (Speidel o.fl., 2008). Með móttökunni gefst meiri tími til að vinna með stúlkum/konum en í hefðbundinni móttöku þar sem hver kona sem kemur í ráðgjöfina fær a.m.k. 30 mín. viðtal. Sú þróun hefur orðið á árunum 1997-2016 að tíðni þungunarrofs hefur verulega farið lækjandi meðal íslenskra unglingsstúlkna í aldurshópnum 15-19 ára. Árið 1997 var tíðnin 20,4 á 1000 stúlkur 15-19 ára en var komin niður í 12,6 á 1000 stúlkur 15-19 ára árið 2017 (NIHW, 2019)). Margvíslegir skýringarþættir geta legið þar að baki eins og greitt aðgengi að neyðarpillunni en hún var gerð aðgengileg í apótekum á Íslandi árið 2000. Einnig getur starfsemi ráðgjafar um getnaðarvarnir, forvarnir í formi kynfræðslu og ef til vill aukin meðvitund foreldra og viðtöl þeirra við unglíngla um kynlíf og getnaðarvarnir haft áhrif en þessir mögulegu áhrifaþættir eru lítt rannsakað hér á landi. Líklegt má telja að ráðgjöfin stuðli að meðferðarhelndi þar sem konan fær ítarlega fræðslu, virtur er réttur hennar til að taka sjálfstæða ákvörðun um notkun getnaðarvarna og hún fær upplýsingar um mögulegar aukaverkanir sem geta reynst hjálplegar ef spurningar vakna um áframhaldandi notkun getnaðarvarnarinnar. Í stað þess að hætta notkun getnaðarvarnar vegna aukaverkana er líklegt að hún viti betur hvort viðkomandi aukaverkun er innan eðlilegra marka eða ekki. Það kom í ljós í fræðilegri samantekt Dahrendorf og félaga (2014) að fræðsla sem veitt er um aukaverkanir getnaðarvarna í ráðgjafarviðtali skilar sér í meiri ánægju með notkun viðkomandi getnaðarvarnar og meðferðarhelndi hennar.

Það er áhyggjuefni að niðurstöður sýna að ódýrari getnaðarvarnir eins og ódýrasta pillan og hormónasprautan verða oft fyrir valinu sem bendir til þess að kostnaður getnaðarvarna hér á landi ráði nokkru til um val á getnaðarvörn. Það reynist mörgum konum auðveldara að greiða um 3000 kr. á þriggja mánaða fresti eins og þegar ódýrasta pillan og hormónasprautan er notuð, í stað þess að greiða um áttfalt hærri upphæð fyrir langtímagetnaðarvörn eins og hormónastaf eða hormónalykkju þó að þær getnaðarvarnir henti ef til vill konunni mun betur. Langtímagetnaðarvarnir eru ódýrustu getnaðarvarnir ef miðað er við verkunartíma þeirra. Mikilsvert er því að niðurgreiða getnaðarvarnir, sérstaklega fyrir ungar stúlkur og konur sem standa höllum fæti í samfélaginu, til að minnka líkur á óráðgerðum þungunum. Sýnt hefur verið fram á að ungar stúlkur velji fremur langtímagetnaðarvörn þegar kostnaður er ekki hindrun (Mestad o.fl., 2011).

## STYRKLEIKAR OG TAKMARKANIR

Styrkleikar þessarar rannsóknar felast einkum í því að allt þýðið er skoðað. Þannig gefa niðurstöður mynd af heildarfjölda þeirra kvenna sem hafa komið á móttökuna frá því hún var opnuð árið 1997. Helstu takmarkanir eru þær að aðeins er stuðst við lýsandi tölfræði og eingöngu var hægt að vinna með skráðar breytur.

## FRAMTÍÐARRANNSÓKNIR

Í framhaldi af þessari rannsókn væri athyglisvert að fylgja eftir ákveðnu úrtaki unglingsstúlkna sem komið hafa á móttökuna og skoða árangur ráðgjafarinnar yfir nokkur ár. Þróa þarf fleiri útkomubreytur varðandi mat á árangri þjónustunnar en gert hefur verið. Ekki er nægjanlegt að meta eingöngu árangur varðandi hegðun (notkun getnaðarvarna) heldur þarf að skoða viðhorf, þekkingu og hvernig þjónustan hefur komið til móts við viðkomandi og hvað hafi reynst vel (Nobili o.fl., 2007). Jafnframt væri æskilegt að gera eigindlega rannsókn meðal kvenna um viðhorf þeirra til ráðgjafar um getnaðarvarnir til að koma sem best til móts við þeirra þarfir (Dehlendorf o.fl., 2013).

## HAGNÝTING FYRIR LJÓSMÓÐURFRÆÐI

Í þessari grein hefur verið fjallað um notkun getnaðarvarna meðal kvenna sem fengið hafa ráðgjöf um getnaðarvarnir á kvennadeild Landspítalans á tímabilinu 1997-2016. Í gegnum árin hafa nemendur í ljósmóðurfraði

kynnst starfsemi ráðgjafarinnar á meðan þeir hafa verið í klínísku námi í námskeiðinu Kynheilbrigði. Það hefur gefið þeim tækifæri til að kynna-ast ráðgjafarviðtölum um getnaðarvarnir. Framundan eru breytingar sem fela í sér möguleika fyrir ljósmæður að útvíkka starfssvið sitt hvað varðar kynheilbrigði. Í desember 2018 var samþykkt á Alþingi að ljósmæður og hjúkrunarfræðingar fengju leyfi til að ávísa hormónagetnaðarvörnum. Til að fá leyfið þarf að sækja um það til Embætti Landlæknis og uppfylla ákveðin skilyrði um menntun og starfsvettvang. Í þessari grein er fjallað um mikilvæga þætti sem þarf að byggja á við ráðgjöf um getnaðarvarnir. Til að ná árangri með ráðgjöf þarf að huga að gæðum hennar. Það er eitt af hlutverkum ljósmæðra að koma í veg fyrir óráðgerða þungun með fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir og stuðla jafnframt almennt að kynheilbrigði fólks.

## ÞAKKAROÐ

Ráðgjöf um getnaðarvarnir á kvennadeild Landspítalans hefur verið krefjandi en jafnframt gefandi verkefni. Vil ég þakka þann stuðning sem verkefnið hefur fengið í gegnum árin og góðu samstarfi við hjúkrunarfræðinga, ljósmæður og lækna á kvenlækningadeildinni. Ég vil sérstaklega þakka Reyni T. Geirssyni, fæðinga- og kvensjúkdómalækni fyrir þá framsýni að leggja áherslu á mikilvægi slíkrar móttöku á kvennadeild Landspítalans og að hafa í gegnum árin stutt við starfsemi hennar á margvíslegan hátt.

## HEIMILDIR

- Bender, S.S. og Geirsson, R.T. (2004). Effectiveness of pre-abortion counseling on post-abortion contraceptive use. *Contraception*, 69:481-487. doi:10.1016/j.contraception.2003.12.014
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91.
- Dahlendorf, C., Krajewski, C. og Borrero, S. (2014). Contraceptive counseling: Best practice to ensure quality communication and enable contraceptive use. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(4), 659-673. doi:10.1097/GRE.000000000000059
- Dahlendorf, C., Levy, K., Kelley, A., Grumbach, K. og Steinauer, J. (2013). Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*, 88, 250-256. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.012>
- Diedrich, J.T., Zhao, Q., Madden, T., Secura, G.M. og Peipert, J.F. (2015). Three-year continuation of reversible contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213 (662), e1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.001>
- Frost, J.J., Darroch, J.E. og Remez, C. (2008). Improving contraceptive use in the United States. *Issues Brief (Alan Guttmacher Institute)* 1, 1-8. <https://www.guttmacher.org/report/improving-contraceptive-use-united-states>
- Glasier, A. (2009). Should healthcare professionals be advocating long-acting reversible contraception? *Women's Health*, 5(1), 1-4. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2217/17455057.5.1.1>
- Gemzell-Danielsson, K., Thunell, L., Lindeberg, M., Tydén, T., Marintcheva-Petrova, M. og Oddens, B.J. (2011). Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods; Results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90, 869-877. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01180.x
- IPPF (International Planned Parenthood Federation). (2004). *Medical and service delivery guidelines* (3. útg.). London: IPPF. Sótt af [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_medical\\_and\\_service\\_delivery\\_guidelines\\_english.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_medical_and_service_delivery_guidelines_english.pdf)
- Klein, D.A., Arnold, J.J. og Reese, E.S. (2015). Provision of contraception: Key recommendations from the CDC. *American Family Physician*, 91 (9), 625-637. <https://www.aafp.org/afp/2015/0501/p625.html>
- Lewis, L.N., Doherty, D.A., Hickey, M. og Skinner, S.R. (2010). Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: A comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy. *Contraception*, 81, 421-426. doi:10.1016/j.contraception.2009.12.006
- Lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófjósmeisadgerðir nr. 25/1975.
- Mestad, R., Secure, G., Allsworth, J.E., Madden, T., Zhao, Q. og Peipert, J.F. (2011). Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the contraceptive CHOICE project. *Contraception*, 84, 493-498. doi:10.1016/j.contraception.2011.03.001
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2005). *Long-acting reversible contraception. Clinical guideline*. Sótt af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/resources/longacting-reversible-contraception-pdf-975379839685>
- NIHW (National Institute for Health and Welfare). (2019). *Induced abortions in the Nordic countries 2017*. Statistical Report 4. Helsinki: NIHW. Sótt af [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137803/Tr04\\_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137803/Tr04_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Nobili, M.P., Piergossi, S., Brusati, V. og Moja, E.A. (2007). The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. *Patient Education and Counseling*, 65, 361-368. doi:10.1016/j.pec.2006.09.004
- Ortayli, N., Bulut, A. og Nalbant, H. (2001). The effectiveness of preabortion contraceptive counseling. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 74, 281-285.
- Rinehart, W., Rudy, S. og Drennan, M. (1998). GATHER guide to counseling. *Population Report Journal*, 48, 1-31.

- Roberts, H., Silva, M. og Xu, S. (2010). Post abortion contraception and effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 82: 260-265. doi:10.1016/j.contraception.2010.03.003
- Rocca, C.H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K.M.J., Talmont, E., Speidel, J. og Harper, C.C. (2017). Contraception after medication abortion in the United States: Results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218 (107), e1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.09.020>
- Rosenberg, M. og Waugh, M.S. (1999). Causes and consequences of oral contraceptive non-compliance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(2), 276-279.
- Sedgh, G., Singh, S. og Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301-314.
- Sóley S. Bender (2012). Ráðgjöf um getnaðarvarnir: Hugmyndafræðilegt líkan. Í Herdis Sveinsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir (ritstjórar). *Við góða heilsu? Konur og heilbrigði í nútímansamfélagi* (bls. 91-107). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Spain, J. (1988). *Sexual, contraceptive and pregnancy choices. Counseling adolescents*. New York: Gardner Press, Inc.
- Speidel, J.J., Harper, C.C. og Shields, W.C. (2008). The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. *Contraception*, 78, 197-200. doi:10.1016/j.contraception.2008.06.001
- Sundstrom, B. (2012). Fifty years on „the pill“: A qualitative analysis of nondaily contraceptive options. *Contraception*, 8, 4-11. doi:10.1016/j.contraception.2011.10.016
- Weisman, C.S., Maccannon, D.S., Henderson, J.T., Shorridge, E. og Orso, C.L. (2002). Contraceptive counseling in managed care: Preventing unintended pregnancy in adults. *Women's Health Issues*, 12(2), 79-95.
- Wellings, K., Zhihong, Z., Krentel, A., Barrett, G. og Glasier, A. (2007). Attitudes towards long-acting reversible methods of contraception in general practice in the UK. *Contraception*, 76, 208-214. doi:10.1016/j.contraception.2007.05.085
- WHO (World Health Organization) (2016). *Selected practice recommendations for contraceptive use* (3. útg.). Geneva: WHO. Sótt af [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/)
- WHO/RHR (World Health Organization Department of Reproductive Health and Research) og JHBSPH/CCP (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Knowledge for Health Project). *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (2018). Baltimore og Genf: WHO og JHBSPH/CCP. Sótt af <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>



[www.linde-healthcare.is](http://www.linde-healthcare.is)