

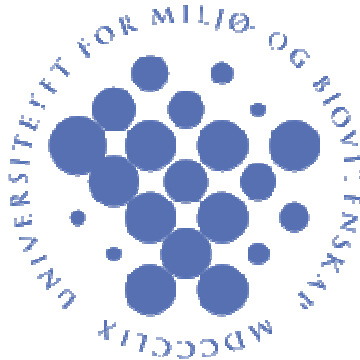
UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP



Sammenheng mellom tidlig seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom

Hilde Nes Bruland
Master i Folkehelsevitenskap 2012
30 studiepoeng

Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB)
Institutt for plante- og miljøvitenskap (IPM)



Nasjonalt folkehelseinstitutt
Divisjon for psykisk helse



Forord

Masteroppgaven i Folkehelsevitenskap ved Universitet for miljø- og biovitenskap (UMB) er skrevet som en vitenskaplig artikkel, *"Tidlig seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom"* av Bruland og medarbeidere, med en tilhørende kappe. Kappen blir først presentert, der det gis utdypende forklaringer i forhold til hva som er mulig av plasshensyn i artikkelen. Underveis i kappen blir det eksplisitt henvist til artikkelen med referanse. Deretter blir selve artikkelen presentert, som også er tenkt utgitt i Tidsskrift for Den norske legeforening. Denne studien er et resultat av et samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI), divisjon for psykisk helse, som gav meg muligheten til å benytte data fra Helseprofil for barn og unge i Akershus 2002. Helseprofil i Akershus var en helseundersøkelse som omhandlet ulike områder av de unges helse og livssituasjon. Både seksuell debut og psykiske vansker er sentrale aspekter ved ungdomstiden, og ikke minst et aktuelt tema i folkehelsen. Å skrive masteroppgaven har til tider både vært utfordrende og frustrerende – men mest av alt en veldig spennende og lærerik arbeidsprosess!

Jeg vil si tusen takk til

Jocelyne Clench-Aas, FHI ved divisjon for psykisk helse, som har gitt meg mulighet til å gjennomføre denne studien. Du har vært en fantastisk veileder, rådgiver og diskusjonspartner. Uten deg, ingen masteroppgave – takk Jocelyne.

Ruth Kjærsti Raanaas, Institutt for plante- og miljøvitenskap ved UMB, for innspill, veiledning og uunnværlige tilbakemeldinger.

Ingri Myklestad, FHI ved divisjon for epidemiologi, for supplerende kunnskap, veiledning og gode tilbakemeldinger.

Rune Johansen, FHI ved divisjon psykisk helse, for god hjelp til statistiske analyser.

FHI, divisjon for psykisk helse, for tilgang til data, lokaler og utstyr.

Foreldre, søster og gode venner for oppmuntring underveis. Ikke minst vil jeg rette en stor takk til min mor som har vært en god diskusjonspartner og fantastisk støttespiller gjennom hele forløpet.

Mine medstudenter på Folkehelsevitenskap for inspirasjon, hyggelige stunder og godt et fellesskap.

Hilde Nes Bruland

Oslo, mai 2012

Sammendrag

Mål med studien. Mange unge debuterer seksuelt før fylte 16 år, som er den seksuelle lavaldergrensen i Norge. Dette kan ha konsekvenser for både fysisk og psykisk helse. Formålet med denne studien var å studere sammenhengen mellom alder ved seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom som debuterer tidlig, og undersøke om foreldrestøtte og selvbilde kunne virke som beskyttende faktorer.

Materiale og metode. Studien er basert på data fra helseundersøkelsen Helseprofil for barn og unge i Akershus i 2002. Dette er en tverrsnittstudie som inkluderer skoleelever i alderen 15-20 år fra alle videregående skoler i Akershus (n=9356). Responsraten var 79 %. Symptomer på psykiske vansker, inkludert emosjonelle problem, atferdsproblem, hyperaktivitet og venneproblem, og vanskenes innvirkning ble målt ved hjelp av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Seksuell debut ble inndelt i tre grupper, ≤ 14 år, 15 år og ≥ 16 år, og sammenlignet med de som ikke hadde debutert. Multivariat logistisk regresjon ble benyttet for å undersøke sammenhengen mellom psykiske vansker og seksuell debut, kontrollert for foreldrestøtte og selvbilde, samt alder på nåværende tidspunkt og familieøkonomi.

Resultater. Blant de som debuterte ≤ 14 år hadde 28 % av jentene og 23 % av guttene symptomer på psykiske vansker. Gutter og jenter i denne debutgruppen hadde over dobbelt så høy risiko for psykiske vansker sammenlignet med de som ikke hadde debutert. Andel som opplevde at vanskene innvirket på dagliglivet var 39 % blant jenter som debuterte ≤ 14 år. Jenter i denne debutgruppen opplevde nesten dobbelt så høy risiko for vansker som innvirket på dagliglivet sammenlignet med jenter som ikke hadde debutert. Foreldrestøtte og godt selvbilde hadde ingen beskyttende effekt på sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker. Tidlig seksuell debut viste sammenheng med høyere risiko for eksternaliserende vansker, definert som atferdsproblem og hyperaktivitet, for begge kjønn. Gutter som debuterte ≥ 16 år og jenter som debuterte etter 15 år hadde lavere risiko for venneproblemer, sammenlignet med de som ikke hadde debutert. Seksuell debut viste ingen sammenheng med emosjonelle problem.

Konklusjon. Denne studien viser at alder har en avgjørende betydning i sammenhengen mellom psykiske vansker og seksuell debut for begge kjønn. Risikoen for psykiske vansker er høyere blant de som debuterer tidlig, spesielt blant de som er 14 år eller yngre. Sammenholdt med funn fra tidligere studier kan det tyde på at eksternaliserende vansker er en risikofaktor for tidlig seksuell debut.

Summary

Objectives of the study. Many youth have a sexual debut prior to the Norwegian legal age of 16 years. An early debut can have physical or mental health consequences. The aim of this study was to examine the association between age at sexual debut and psychological distress among youth that begin their sexual life at a young age, as well as investigating whether or not parental support or self-esteem can function as protective factors.

Material and Methods. The study is based on data from the Health Profile Study for children and youth in Akershus in 2002. This study is a cross-sectional investigation that includes students aged 15 to 20 years, from all high schools in the Akershus Region (n=9356). The response rate was 79 %. Symptoms, including emotional, conduct, peer problems and hyperactivity, as well as impact of psychological distress were measured using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Sexual debut was divided into three groups, ≤ 14 years, 15 years and ≥ 16 years, and compared to those students who had not yet had a sexual debut. Multivariate logistic regression was used to study the association between psychological distress and sexual debut, controlling for parental support, self-esteem, as well as age at time of the study and family income.

Results. Among those youth having a sexual debut ≤ 14 years 28 % of girls and 23 % of boys had symptoms of psychological distress. Boys and girls in this debut age group had twice as high risk for psychological distress as those who had not yet had a sexual debut. 39% of girls, who had a debut ≤ 14 years, experienced an impact on their daily lives. Girls in this debut age group experienced twice as high risk for impact on their daily lives as compared to girls who had not yet had a sexual debut. Parental support and good self-esteem showed no signs of acting as protective factors on the association between sexual debut and psychological distress. There was an association between early sexual debut and high risk for externalizing difficulties, defined as conduct problems and hyperactivity, for both genders. Boys that had their debut at 16 years or older, and girls with a debut after 15 years showed lower risk for having peer problems as compared to those who had not had a debut yet. There were no associations between age of sexual debut and emotional problems.

Conclusion. This study demonstrates that for both genders there is a strong association between age of sexual debut and psychological distress. The risk for psychological distress is higher for those beginning earliest, especially for those having a debut at or before the age of 14. Compared to results from other studies, this study suggests that having externalizing psychological problems is a risk factor for early sexual debut.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	I
Sammendrag.....	II
Summary	III
Oversikt over tabeller og figurer.....	VI
1 Introduksjon	1
1.1 Puberteten og ungdomstiden	1
1.2 Psykiske vansker blant ungdom.....	2
1.3 Seksualitet og seksuell debut.....	3
1.4 Tidlig seksuell debut i et utviklings- og livsløpsperspektiv	5
1.5 Teorien om problematferd.....	6
1.6 Studiens formål og hypoteser	6
2 Metode.....	7
2.1 Materiale og utvalg	7
2.2 Uavhengige variabler	9
2.3 Avhengig variabel.....	10
2.4 Statistiske prosedyrer og analyser.....	11
3 Etikk.....	12
4 Resultater	13
4.1 Oppsummering av hovedfunn	13
4.2 Presentasjon av tilleggsresultat.....	13
5 Diskusjon.....	16
5.1 Metodiske betraktninger.....	16
5.1.1 Reliabilitet	16
5.1.2 Validitet.....	18
5.1.3 Begrepsvaliditet	18
5.1.4 Ekstern validitet.....	20
5.1.5 Statistisk konklusjonsvaliditet	21
5.2 Sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og symptomer på totale psykiske vansker	22
5.3 Sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og psykiske vanskers innvirkning på dagliglivet.....	23
5.4 Foreldrestøtte og selvbildes betydning på sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker	24
5.5 Sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og eksterne vansker	25

5.6 Sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og internaliserende vansker	27
6 Konklusjon og implikasjoner.....	28
Litteraturliste.....	30
Artikkel: Bruland og medarbeidere, ” <i>Tidlig seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom</i> ”	37
Vedlegg I: Oversikt over spørsmål som er benyttet i studien	52
Vedlegg II: Skåring for selvrapportert Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	57
Vedlegg III: Norske grenseverdier i Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).....	59
Vedlegg IV: De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk	60

Oversikt over tabeller og figurer

Kappen

Tabell 1: Fordeling av antall elever etter klassetrinn i videregående skole.....	9
Tabell 2: Alder blant videregående skoleelever. Antall og prosent fordelt etter seksuell debut.....	9
Tabell 3: Avhengige variabler med antall missing	11
Tabell 4: Seksuell risikoatferd etter seksuell debut.....	15
Tabell 5: Annen risikoatferd etter seksuell debut	15
Tabell 6: Intern reliabilitet av skalaene i SDQ selvrapporing	16
Figur 1: Gjennomsnittlig alder ved første menstruasjon for jenter etter seksuell debut	14
Figur 2: Jenter som svarte at de opplevde at vanskene påvirket dem ”en god del” eller ”mye” på ulike områder av livet.....	14

Artikkel

Tabell 1: Deskriptiv fordeling av avhengige og uavhengige variabler i studien	45
Tabell 2: Sammenheng mellom totale psykiske vansker, vanskenes innvirkning og seksuell debut	47
Tabell 3: Sammenheng mellom emosjonelle problem, atferdsproblem, hyperaktivitet, venneproblem og seksuell debut	47
Figur 1: Sammenheng mellom andel elever med totale psykiske vansker og seksuell debut	46
Figur 2: Sammenheng mellom andel elever som opplevde at vanskene hadde innvirkning på dagliglivet og seksuell debut.....	46

I kappen blir tabeller og figurer i artikkelen eksplisitt henvist med referanser til artikkelen.

1 Introduksjon

Alder for seksuell debut har de siste 10-15 årene gått ned og stadig flere debuterer før fylte 16 år.¹ Nedgang i debutalder har ført til at ungdom og seksualitet har fått økt oppmerksomhet blant helsemyndighetene. Interessen reflekterer spesielt bekymringer for fysiske helsekonsekvenser, da tidlig seksuell debut er en risikofaktor for redusert kondombruk, økt antall seksualpartnere, seksuelt overførbare sykdommer og uønsket graviditet.²⁻⁴ I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er seksuell helse også nær knyttet til psykisk og sosialt velvære.⁵ Tall fra Folkehelseinstituttet viser at flere unge sliter med psykiske vansker og problemer.⁶

Begrepet folkehelsearbeid innebærer i følge Helsedirektoratet “....*samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse*”.⁷ Ungdom er en viktig målgruppe i et folkehelseperspektiv for å fremme god helse. I ungdomsårene legges grunnlaget for livsstil og helsevaner i voksen alder.⁸ Sett i et folkehelseperspektiv er det viktig å få kunnskap om sammenhengen mellom alder ved seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom da dette kan få konsekvenser både for de unge og i forhold til familie, skole og voksensamfunnet generelt.

I denne studien var målet å undersøke sammenhengen mellom alder ved seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom som debuterer tidlig. I dette kapitlet presenteres teori og empiri knyttet til begreper pubertet og ungdomstid, psykiske vansker blant ungdom og seksualitet og seksuell debut. Utviklings- og livsløpsteorier som Stage Termination Model og teorien om problematferd blir deretter presentert for å forklare sammenheng mellom seksuell debut og psykiske vansker. Til slutt blir studiens formål og hypoteser beskrevet.

1.1 Puberteten og ungdomstiden

Puberteten blir av mange sett på som det viktigste tegnet på at ungdomstiden starter. Med puberteten menes overgangstiden mellom barndom og kjønnsmoden alder.⁹ Pubertetsalderen har sunket over noen generasjoner. For jenter begynner nå puberteten gjennomsnittlig mellom 9-13 år og for gutter mellom 10-15 år.¹⁰ Gutter og jenter opplever og takler puberteten ulikt. En norsk longitudinell studie av unge i alderen 13-18 år kom frem til at gutter opplevde et bedre kroppsilde enn jenter i puberteten.¹¹ I følge Kraft og medarbeidere henger dette sammen med at gutter blir mer sterke og mandige, og nærmer seg det moderne kroppsideal.¹¹ Jenter opplever ofte puberteten noe annerledes, de øker i vekt og får mer former og tydeligere hoftepartier, noe som oppleves som et steg bort fra det moderne kroppsideal om å være tynn og slank.¹¹ På grunn av økning i hormoner opplever både gutter og jenter mer intense følelser med større spennvidde mellom det positive og det negative.^{9,10}

Ungdomstiden blir ofte definert som en egen livsfase, eller en overgangsperiode fra barn til voksen.⁹ Den mest anvendte teorien for utviklingen av ungdomstiden er Erik H. Eriksons psykoanalytiske ego-teori.¹² Ungdomstiden omfatter puberteten og identitetsdannelse og er det femte stadiet, og i følge teorien kanskje det mest omfattende av alle de åtte stadiene. Teorien legger vekt på at mennesket er satt til å forme sin egen identitet gjennom personlige valg, samtidig som den legger vekt på et samspill mellom individet og omgivelsene. I følge Erikson er ungdomstiden preget av en stor utvikling av individet fra barn til ung voksen.¹² Det skjer en kraftig vekst og forandring i kroppen, og det skjer en kjønnsutvikling med store psykiske endringer. De unge kan tenke abstrakt og løsrive seg fra det konkrete. De blir interessert i seg selv på en ny og mer selvkritisk måte. De blir interessert i det motsatte kjønn, i nye oppgaver og nye interesser. Aspekter ved ungdommens sosiale utvikling er dels å søke uavhengighet fra foreldre, og i prosessen mot en voksen selvstendighet vil venner få et økt fokus og overta deler av den normgivningen og sosiale sikkerheten som foreldrene tidligere utøvde. Stadiet kan bære preg av en intens periode med eksperimentering og kritisk utprøving.¹³ Det positive utfallet av denne perioden er identitet, som vil si å forene barndommen sine opplevelser med forventninger man blir møtt med i den voksne verden. Ungdommen må finne svar på spørsmålet "Hvem er jeg?". Det negative utfallet er identitetsforvirring. Det vil si at de unge har problemer med å avgrense seg selv og finne sin plass i den sosiale verden.¹⁴ Denne krisen kan påvirke de unge resten av livet på en negativ måte, noe som kan gi utslag i kriminalitet og utvikling av psykiske vansker.¹³

1.2 Psykiske vansker blant ungdom

Overgangen fra barn til voksen er en spesiell sårbar periode, da både biologiske, psykologiske og sosiale endringer medfører nye krav og forventninger hos ungdom.¹⁰ I de senere årene har psykiske vansker blant ungdom blitt et helsepolitisk satsningsområde, og blant annet fått økt oppmerksomhet gjennom Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006.¹⁵ Psykiske vansker eller plager blir beskrevet som følgende:

Betegnelsen psykiske plager brukes om plager som kan gi høy symptombelastning, men ikke nødvendigvis så høy at de kan karakteriseres med diagnose. Forekomsten av psykiske plager kan brukes til å identifisere risikogrupper og til å beregne måltall for forebyggende tiltak. Mange vil oppleve å ha betydelige psykiske plager i kortere eller lengre perioder, uten at dette kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose. Hyppigheten av betydelige psykiske plager er definert ved at man skårer over et visst nivå på en symptomskala.¹⁶

Folkehelseinstituttet påpeker at psykiske vansker er et betydelig folkehelseproblem, også blant ungdom, og levekårsundersøkelser viser at psykiske vansker er høyest i aldersgruppen 16-24 år.¹⁷

Videre viser tall fra Folkehelseinstituttet at rundt 15-20 % av dagens unge har symptomer på psykiske vansker.⁶ Forskning viser at det å komme tidlig eller sent i puberteten kan ha betydning for utvikling av psykiske vansker som dårlig kroppsbilde og selvbilde, og depressive tendenser.^{9, 18}

Psykiske vansker deles vanligvis inn i to hovedgrupper: internaliserende vansker og eksternaliserende vansker. Internaliserende vansker vil si reaksjoner som vendes innover, og er vansker og mangler som en person opplever ved seg selv i forhold til egenverd, kropp, følelser og tanker. Kjernen av internaliserende vansker utgjøres av depresjon og angst, og blir ofte omtalt som emosjonelle vansker. Eksternaliserende vansker vil si reaksjoner som vendes utover og er synlig i konkret atferd som for eksempel rus, vold, kriminalitet og annen antisosial atferd. Det finnes forskjellige måter å definere eksternaliserende vansker, men de vanligste benevnelser er ulike former for atferdsforstyrrelse og ADHD (Attention Deficit Hyperaktive Disorder). Internaliserende vansker er mest utbredt blant jenter, mens eksternaliserende vansker er mest utbredt blant gutter.^{19, 20} Det er vist at desto tidligere eksternaliserende og internaliserende vansker oppstår, desto større er sannsynligheten for at disse vanskene vil vedvare.²¹ Samtidig er det vist at ungdom som oppgir at de har god psykisk helse ved 13 års alderen også har det samme fire til fem år senere.²²

En helseundersøkelse i Akershus viste at avvikende psykisk helse forekom hos omtrent 8 % av elevene i ungdomskolen og videregående skole. Dersom gruppen i gråsonen ble inkludert økte forekomsten til 19 %. Undersøkelsen viste en klar kjønnsforskjell. Jenter rapporterte nesten tre ganger så mye emosjonelle problem som gutter, og gutter rapporterte dobbelt så mye atferdsproblem som jenter samt mer problem i forhold til jevnaldrende. Hele 22 % av tenåringene opplevde vansker som virket negativt inn på dagliglivet. Det var flere jenter enn gutter som opplevde dette.²³

1.3 Seksualitet og seksuell debut

Ungdomstiden er en periode hvor seksuell utforskning og seksuell debut har mye fokus. De kroppslige og hormonelle endringene setter direkte føringer på seksualiteten.¹⁰ WHO har definert seksuell helse som følgende: *”Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity...”*.⁵ Seksuell debut har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse. Seksuell utvikling skjer gjennom hele livsløpet, der voksen helse er nær knyttet til erfaringer i ungdomstiden.⁵

Tidlig seksuell debut blir ofte definert som debut før fylte 16 år.^{24, 25} Dette er i samsvar med den seksuelle lavaldergrensen som i Norge er 16 år. I følge Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven) av 22. mai 1902 nr. 10 er dette hovedsakelig for å beskytte barn og ungdom mot overgrep fra voksne,

men også for å beskytte barn og unge mot å ha sex før de er klare for det fysisk og psykisk.²⁶ I de nordiske land har vi relativ stor åpenhet og liberalt syn på seksualitet. Denne åpenheten medvirker til å fremme normer og regler knyttet til seksualitet, og til å oppmuntre ungdom til å tilegne seg en seksuell atferd som samsvarer med det samfunnet anses som akseptabelt. Likestillingsideologien står sentralt i de nordiske samfunn, hvor vi har en relativ høy toleranse for ungdommers, og kvinners, seksualitet og rett til seksuell utlevelse. Samtidig er seksualiteten underlagt restriksjoner. Seksualiteten er pålagt en slags kjærlighetsplikt, som gjør et seksualliv blant eldre tenåringer når de sammenlignes med yngre, mer akseptabelt.^{27, 28}

De vanligste motiver for første samleie er forelskelse, nysgjerrighet, spenning og seksuell opphisselse.²⁹ Selv om seksualiteten er et privat felt, blir den formet av normer, regler og forventninger i samfunnet. Forskerne John Gagnon & William Simon har utviklet teorien om det ”*seksuelle skript*”.³⁰ De flytter fokuset fra den grunnleggende biologiske forståelsen av seksualitet, og mener at det vi opplever eller forstår som seksuelt formes av det sosiale og kulturelle miljøet vi lever i. Det seksuelle skriptet sikter mot normer og forventninger om *hvem* vi kan ha sex med, *når* og *hvor* vi kan ha det, *hva* vi kan gjøre, og *hvorfor* vi kan gjøre det.³¹ Skriptet kan betraktes som en usynlig ”oppskrift” for hva som er passende og hva som er upassende handlingsmønstre. Gagnon & Simon påpeker at det seksuelle skript er under stadig forandring, og kan variere avhengig av situasjon, hvem som er involvert og med hvilken erfaring individene går inn i en seksuell situasjon.³⁰

I følge forskning har ungdommens seksuelle atferd forandret seg betydelig i løpet av de siste 10-15 årene. Pedersen & Samuelsen studerte seksualatferd blant norsk ungdom i perioden 1992 til 2002.¹ Studien viste at både jenter og gutter eksperimenterer mer og har like stor sannsynlighet for å gjøre seksuelle erfaringer utenfor faste kjæresteforhold. Videre antyder forfatterne at disse endringene skyldes en større seksualisering av det offentlige rom. Ungdom påvirkes av ukeblader, tv og annonser, der sex ofte blir fremstilt som attraktivt, og teknikker og nytelse vektlegges. Det store flertallet av ungdommer har mobiltelefon og internett tilgang, noe som gjør seksualiteten mer tilgjengelig. Dette gjør det lettere å fremstå som intim, frekkere og mer voksen enn det man er.^{1, 32}

Endring i ungdommenes seksualatferd kan ha resultert i økt forekomst av seksuell debut i ungdomsårene og en påfølgende nedgang i debutalder. I følge den siste landsrepresentative ungdomsundersøkelsen har den gjennomsnittlige debutalderen for samleie blant jenter sunket fra 17,7 år i 1992 til 16,7 år i 2002, og fra 18,5 år i 1992 til 18,0 år i 2002 blant gutter. I tillegg hadde 23 % av jentene og 19 % av guttene debutert når de var 15 år, og flere av 13-14 åringene hadde samleiedebutert i 2002 enn i 1992.¹ Lignende mønster ser vi også i andre europeiske land som Sverige,²⁷ England²⁵ og Tyskland.³³

1.4 Tidlig seksuell debut i et utviklings- og livsløpsperspektiv

I et livsløpsperspektiv blir hendelser og overganger i livet ofte knyttet til aldersnormer. Med utgangspunkt i tidspunkt for universelle overganger i livet, finnes det et aldersgradert mønster av livshendelser og overganger, og normer eller forventninger om når disse hendelsene bør oppstå.⁹

Utvikling er en prosess som involverer tid og forandring, og kan beskrives i form av kontinuerlige overganger. En overgang kan defineres som en omorganisering av psykologiske strukturer som gjør det mulig å fungere psykologisk under nye omstendigheter.^{9, 34} Rutter har argumentert at begrepet overgang involverer to trekk: indre overgang og rolleovergang.⁹ Indre overgang innebærer en strukturforandring som er kvalitativ, som for eksempel i kognisjon og følelser. Rolleovergang innebærer at ungdommen har tilegnet seg en atferd ved en spesiell alder. Seksuell debut blir sett på som normalt og akseptabelt når en kommer til en viss alder eller stadie i livet. Tidlig overgang til voksenlignende atferd har blitt karakterisert som "transition proneness" (overgangstilbøyelig), og innebærer at de unge gjør det før de er utviklingsklar og sosialt moden for ansvarsområdet.³⁵ Når en da møter emosjonelle og fysiske krav, som følge av ens nye omstendigheter, kan individet være mindre rustet for å takle konsekvensene overgangen medfører.^{9, 34}

I følge Stage Termination Model forutsettes det at for hvert utviklingsstadium er det nødvendig med et minimum nivå av modenhet. Dette for å få en positiv fremgang inn i neste stadium. Når en overgang oppstår for tidlig er utviklingen begrenset og negative konsekvenser for individet kan forekomme. Når det gjelder seksuell debut og psykososial utvikling antar denne modellen at tidlig debut øker sannsynligheten for negativ psykososial utvikling. Dette fordi det kan være problematisk for individet å håndtere situasjonen tilstrekkelig når de mangler de nødvendige ferdighetene. Ungdom som debuterer tidlig seksuelt kan mangle kapasiteten for å håndtere situasjonen og dermed ikke strekkelig forberedt på potensielle konsekvenser.^{36, 37}

Meier gjennomførte en longitudinell studie blant amerikanske ungdommer, hvor hun studerte seksuell debut og påfølgende psykisk helse. Tidlig seksuell debut hadde sammenheng med depresjon, spesielt om en var jente og ikke var i et romantisk forhold.³⁸ En norsk studie utført av Valle og medarbeidere viste en sammenheng mellom seksuell debut under 16 år og depressive symptomer for begge kjønn, sammenlignet med de som debuterte etter 16 år.²⁴ Lavt selvbilde og dårlig kroppsbilde er også assosiert med tidlig seksuell debut blant jenter.³⁹ Samtidig viste en studie av Turner og medarbeidere ingen sammenheng mellom tidlig seksuell debut og emosjonelle vansker, som angst og depresjon, verken for gutter eller jenter.⁴⁰

1.5 Teorien om problematferd

Jessor & Jessor har utviklet teorien om problematferd, og definerer problematferd som atferd som avviker fra de sosiale normer som regulerer hva som er passende for den aktuelle alderen.³⁵

Problematferdsteorien er en sosial- psykologisk teori som består av tre system: personlige egenskaper, opplevde omgivelser og atferden. Atferdssystemet deles i en konvensjonell og en ukonvensjonell del. Den ukonvensjonelle delen står for uønsket atferd, mens den konvensjonelle er sosialt akseptabel. Teorien hevder at deltakelse i en risikoatferd medfører økt sannsynlighet for å delta i andre former for risikoatferd. Studier som har brukt denne teorien har vist at tidlig seksuell debut er assosiert med:

- større uavhengighet, lavere prestasjoner på skolen og større toleranse for avvik (personlige egenskaper)
- større påvirkning fra venner enn fra foreldre, lavere foreldre oppfølging og venner med problematferd (opplevde omgivelser)
- lavere engasjement på skolen og større involvering i annen problematferd som lovbrudd, alkohol og narkotika (atferd).^{41, 42}

Teorien om problematferd får støtte empirisk.^{37, 43, 44} Blant norske skoleelever fant Pedersen og medarbeidere en sterk sammenheng mellom tidlig utvikling av atferdsproblem og påfølgende tidlig debut for begge kjønn.⁴⁵ En amerikansk longitudinell studie viste at atferdsforstyrrelse og hyperaktivitet/konsentrasjonsproblem i barndommen økte risikoen for ulike typer problematferd i ungdomstiden (dårlig skole tilpasning, antisosial atferd og rusmisbruk), som igjen førte til tidligere seksuell debut for begge kjønn.⁴⁶

Foreldrestøtte og foreldretilknytning har stor betydning både tidlig og sent i ungdomsperioden. Spesielt viktig er nærhet til og forståelse fra foreldre, og en viss grad av foreldretilsyn. Det at de voksne vet hva ungdommen foretar seg, hvor de befinner seg og hvem de er sammen med har vist å være en beskyttende faktor mot psykiske vansker i ungdomstiden.^{21, 47, 48} God foreldrestøtte og foreldretilsyn har også vist en direkte beskyttende effekt mot tidlig seksuell debut.^{49, 50} Samtidig er det kjent lav sosioøkonomisk klasse er assosiert med tidligere seksuell debut.^{24, 44}

1.6 Studiens formål og hypoteser

Formålet med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom alder ved seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom som debuterer tidlig. Mye av tidligere studier har konsentrert seg om debutalder under 16 år uten å gradere denne gruppen.^{24, 44, 45} Jeg har valgt å gradere alder under 16 år for å få frem hvor tidlig de faktisk debuterer. De fleste studier av tidlig debut har ikke skilt mellom tvunget og frivillig seksuell debut.^{24, 39, 44, 45} At tvunget debut er assosiert med psykiske vansker er godt dokumentert.^{51, 52} Spørsmålet er om også frivillig tidlig debut er assosiert med psykiske vansker.

Tidligere studier som har sett på sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker har ofte bare fokusert på ett psykisk helsemål av flere mulige utfall, og de har ikke inkludert ulike typer psykiske vansker.^{24, 38, 43, 46} I denne studien ønsket jeg å se på sammenhengen mellom tidlig debut og ulike typer psykiske vansker, både eksternaliserende vansker som atferdsproblem og hyperaktivitet, og internaliserende vansker som emosjonelle problem og venneproblem. Jeg ønsket også å se på betydningen av disse vanskene for daglig funksjon. Det er heller ikke, etter det jeg har undersøkt, tidligere kontrollert for mulige beskyttende variabler som foreldrestøtte og selvbilde på sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker. Dette ble kontrollert for i denne studien. Følgende hypoteser ble derfor undersøkt:

1. Jo lavere debutalder desto sterkere sammenheng med symptomer på psykiske vansker
2. Jo lavere debutalder desto sterkere sammenheng med psykiske vanskers innvirkning på dagliglivet
3. God foreldrestøtte og godt selvbilde kan virke beskyttende på sammenhengen mellom tidlig seksuell debut på psykiske vansker
4. Lav debutalder har sterkest sammenheng med eksternaliserende vansker for begge kjønn, men også internaliserende vansker for jenter

2 Metode

Metoden er beskrevet i artikkelen i denne studien, *”Tidlig seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom”* av Bruland og medarbeidere,⁵³ mens deler av metoden blir utdypet og beskrevet grundigere i dette kapittelet.

2.1 Materiale og utvalg

Datamaterialet i denne studien er hentet fra tverrsnittundersøkelsen Helseprofil for barn og unge i Akershus, gjennomført av Stiftelse for Helsetjenesteforskning (HELTEF) i 2002. I denne helseundersøkelsen deltok mer enn 36 000 barn og ungdommer fra alle kommuner i fylket. Undersøkelsen inkluderte alle klassetrinn fra og med tredje klasse i barneskolen til og med tredje klasse i videregående skole. Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge den fysiske og psykososiale helsen hos de ulike aldersgruppene. Resultatene fra undersøkelsen skulle være til informasjon både for politikere, helsetjeneste, skoler, foresatte og for barn og unge selv, og være et hjelpemiddel i planlegging av kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste, særlig for å styrke innsatsen på det forebyggende og helsefremmende området.²³

I denne studien ble det valgt å konsentrere seg om videregående skoleelever da spørsmålene som omhandlet seksualitet var mer omfattende på dette skoletrinnet. Spørsmålet ”Når du hadde ditt første

samleie, følte det som noe du ønsket å gjøre?”, ble bare stilt blant elever på videregående skole. Videre var det ønskelig å konsentrere seg om aldersgruppen ”ungdom”. WHO definerer ungdom som alder mellom 10-19 år.⁵⁴ I denne studien ble det satt ekskluderingskriterier for elever 21 år og eldre. Datamaterialet for videregående skole ble samlet inn våren og høsten 2002, med unntak av én videregående skole der dataene ble samlet inn høsten 2003. Alle elever fra samtlige videregående skoler i Akershus fylke per 2002 ble invitert til å delta i undersøkelsen (31 skoler).

Det ble opprettet en kontaktperson i hver kommune som var ansvarlig for den lokale koordineringen av undersøkelsen. Med tanke på å rekruttere til undersøkelsen ble det sendt ut informasjon til både kontaktpersoner, administrasjonen på skolen, lærere, elever og foresatte i forkant av undersøkelsen. Brevene inneholdt informasjon om hensikten med undersøkelsen, og at undersøkelsen var frivillig og anonym. Kontaktpersonen i kommunen hadde ansvar for at en person i administrasjonen på hver skole leverte ut og samlet inn spørreskjemaene. Spørreskjemaet ble utfylt i skoletiden med lærer til stede, og det var avsatt én skoletime til å fylle ut spørreskjemaet. Elever som ikke deltok i undersøkelsen fikk annet skolearbeid mens undersøkelsen pågikk.

Det ble laget fire ulike sett spørreskjemaer, tilpasset elevenes alder på de ulike skoletrinnene. I forkant av undersøkelsen ble det foretatt en pilotundersøkelse blant barne-, ungdoms- og videregående skoler i Oslo, der sammensetningen av spørreskjemaet og de anvendte metodene ble testet og korrigert. Spørreskjemaet for videregående skole bestod av 119 flervalgsspørsmål som blant annet dekket temaene: kommunikasjon og sosialt samvær, helse og trivsel, psykisk helse, alkohol og rus, fritidsaktiviteter, ulovlige handlinger, seksuell erfaring og bruk av helsetjenesten. For en oversikt over temaene vises det til Helseprofil for barn og unge ”Ungdomsrapporten”.²³ Denne studien har tatt utgangspunkt i spørsmål relatert til seksuell erfaring, psykisk helse, trivsel og risikoatferd. Vedlegg 1 gir en beskrivelse av spørsmålene denne studien har tatt utgangspunkt i.

Alle de 31 videregående skolene i Akershus fylke takket ja til å være med i undersøkelsen. Totalt ble det sendt ut 13420 spørreskjema til de videregående skolene. Antall besvarelser var totalt 10571 (79 %). Frafall av elever skyldtes hovedsakelig sykdom, klassesur eller annet fravær på den aktuelle dagen. Det ble ikke gjort noen tiltak for å kontakte elever som ikke var tilstede. Ungdom som hadde fullført ungdomskolen, men som var lærlinger eller ikke gikk i videregående skole ble av økonomiske og praktiske hensyn ikke tatt med i undersøkelsen. Datamaterialet var derfor noe skjevt fordelt etter klassetrinn i videregående skole, der første klasse var overrepresentert og tredje klasse underrepresentert (Tabell 1). Frafallet skyldtes hovedsakelig elever fra yrkesfaglig linje som var i praksis andre og tredje året i videregående.

Tabell 1 Fordeling av antall elever etter klasstrinn i videregående skole.

Klasstrinn	Antall	Prosent
1. klasse videregående	4941	46,7
2. klasse videregående	3280	31,0
3. klasse videregående	2316	22,0
Ikke svart på klasstrinn	34	0,3
Total	10571	100

Flere videregående skoler drev med voksenopplæring på tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført, noe som forklarer det høye antall elever 21 år og eldre (n=175). Elever som ikke hadde svart på spørsmålet om de har hatt samleie, alder ved første samleie og om det var frivillig eller ikke (n=621) og kjønn (n=52) ble ekskludert. Seksuell debut før 11 år og elever som opplevde seg overtalt eller tvunget til debut ble også ekskludert (n=365). Datamaterialet bestod til slutt av 4776 gutter og 4580 jenter (n=9356).

2.2 Uavhengige variabler

Seksuell debut

Variabelen seksuell debut er basert på tre spørsmål, hvor elevene ble delt inn i tre ulike debutgrupper.⁵³ Fordeling mellom elevenes nåværende alder (ved utfylling av spørreskjemaet) og alder ved seksuell debut er vist i Tabell 2. Elever som hadde debutert når de var 14 år eller yngre var i gjennomsnitt 17,3 år i videregående. De som hadde debutert når de var 15 år var i gjennomsnitt 17,4 år og de som hadde debutert etter 16 år var i gjennomsnitt 17,9 år gamle. Elever i videregående som ikke hadde debutert var i gjennomsnitt 17,2 år.

Tabell 2 Alder blant videregående skoleelever. Antall og prosent fordelt etter seksuell debut. (N=9356).

Nåværende alder	Seksuell debut							
	≤ 14 år		15 år		≥ 16 år		Ikke debutert	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
15	3	0,3	2	0,2	0	0,0	8	0,2
16	213	21,1	212	17,0	91	4,0	1193	25,0
17	407	40,3	518	41,7	655	28,2	2000	42,0
18	272	26,5	362	29,1	958	41,2	1158	24,2
19	93	9,2	123	9,8	515	22,2	370	7,7
20	27	2,7	28	2,2	105	4,5	43	0,9
Totalt	1015	100	1245	100	2324	100	4772	100

Andre uavhengige variabler

Familieøkonomi, foreldrestøtte og selvbilde er beskrevet i artikkelen i denne studien.⁵³ Cronbachs` s α viste intern konsistens på 0,65 for foreldrestøtte og 0,72 for selvbilde.

Alder ved første menstruasjon hos jenter er basert på to spørsmål: ”Har du fått menstruasjon (mensen)?” og ”Hvor gammel var du da du fikk din første menstruasjon?”.

Tre spørsmål ble valgt for å undersøke forekomsten av seksuell risikoatferd (Vedlegg 1). Andel elever som krysset av på følgende svaralternativ ble undersøkt: samleie med flere partnere, ikke brukt prevensjon ved siste samleie og benyttet angrepillen.

Fire spørsmål ble valgt for å undersøke forekomsten av annen risikoatferd (Vedlegg 1). Andel elever som krysset av på følgende svaralternativ ble undersøkt: røyker daglig, bruker snus, brukt hasj og drukket seg skikkelig beruset på alkohol mer enn ti ganger.

2.3 Avhengig variabel

Psykiske vansker ble målt ved hjelp av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). SDQ er et spørreskjema for kartlegging av psykiske vansker og ressurser de siste 6 månedene hos barn og unge i alderen 4-16 år. Det ble først utviklet av Robert Goodman i England i 1997,⁵⁵ og er en videreutvikling av den veletablerte britiske Rutter-skalaen.⁵⁶ Den norske oversettelsen ble utarbeidet i 2001 av blant annet Sonja Heyerdahl.⁵⁷ Det finnes skjema for ulike informanter: foreldre, lærere og eldre barn/ungdom. For elevene i videregående skole ble det kun innhentet informasjon fra ungdommen selv. Skjemaet er tilpasset slik at ungdommen svarer i jeg-form. På denne måten får en først og fremst belyst ungdommens egen vurdering av psykisk helse. Tidligere studier konkluderer med at SDQ selvrapporteringsskjema er et verdifullt screeninginstrument, også for eldre ungdommer i alderen 16-19 år.⁵⁸⁻⁶¹

SDQ består av 25 utsagn, med 5 spørsmål på hver av 5 delskalaer: Emosjonelle problem, Atferdsproblemer, Hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker, Venneproblemer og Prososial atferd. I denne studien summeres de fire første delskalaene til *Totale psykiske vansker*.⁵³ Prososial atferd som måler ungdommens evne til å hjelpe eller ta vare på andre er altså ikke inkludert i dette målet. Spørsmålene om emosjonelle problem måler symptomer på angst og depresjon, atferdsproblemer måler symptomer på aggressiv atferd og lovbrudd, hyperaktivitet måler symptomer på oppmerksomhetsvansker og impulsivitet, mens venneproblem måler hvor godt ungdommen kommer overens med jevnaldrende. SDQ inneholder i tillegg et ”impact”-supplement (bestående av 5 spørsmål), hvor det spørres om ungdommen selv plages av vanskene (distress), og om vanskene påvirker dagligliv som hjemmesituasjon, forhold til venner, læring på skolen og fritid. Spørsmålene gir et mål på problemenes betydning og eventuelt hjelpebehov. Heyerdahl oversetter ”impact” med *Vanskenes innvirkning*.⁵⁷ Jeg har i denne studien valgt å benytte denne oversettelsen. Vedlegg 2 viser

hvilke spørsmål som definerer de ulike problemområdene. Enkelte av spørsmålene er positivt ladet med reversert form. Høyere gjennomsnittskår betyr i alle skalaene dårligere psykisk helse.

I Helseprofil i Akershus ble tolkning, oppsett og analyser av SDQ gjort i henhold til standardene som er satt opp av Robert Goodman (sdqinfo.com). I følge Heyerdahl er det viktig å velge grenseverdi for skåring av psykiske vansker,⁵⁷ og ikke automatisk basere seg på de britiske verdiene som er angitt fra Goodman (Vedlegg 2). På bakgrunn av Goodman's grenseverdier har Van Roy og medarbeidere justert og utarbeidet norske grenseverdier for å definere "avvik" (10 % av høyeste problemskår i populasjonen)-, "gråsoner" (ytterligere 10 %) og "normalutvalg" (80 % av laveste problemskår i populasjonen) basert på norsk populasjon (Helseprofil i Akershus).⁵⁸ De justerte grenseverdiene ble brukt i denne studien og er beskrevet i Vedlegg 3.

I denne studien viste Cronbach's α intern konsistens på 0,77 for totale psykiske vansker, 0,69 for emosjonelle problem, 0,53 for atferdsproblem, 0,66 for hyperaktivitet, 0,60 for venneproblem og 0,76 for vanskenes innvirkning. Prososial atferd er uavhengig av totale psykiske vansker og ble derfor ekskludert fra denne studien. Missing ble håndtert i henhold til standardene fra Goodman (sdqinfo.com), og er beskrevet i Vedlegg 2. Tabell 3 viser antall missing for hver av de avhengige variablene i denne studien.

Tabell 3 Avhengige variabler med antall missing.

	Totale psykiske vansker	Emosjonelle problem	Atferdsproblem	Hyperaktivitet	Venneproblem	Vanskenes innvirkning
Total	9356	9356	9356	9356	9356	9356
Missing	83	69	68	78	76	144
Valide svar	9273	9287	9288	9278	9280	9212

2.4 Statistiske prosedyrer og analyser

Logistisk regresjon benyttes når den avhengige variabelen er dikotom.⁶² Siden det i denne studien var ønskelig å sammenligne ungdom med høy skår på psykiske vansker (1=avvik og gråsoner) med ungdom med normal skår på psykiske vansker (0=normal), ble logistisk regresjon ansett som mest hensiktsmessig. De uavhengige variablene ble behandlet som kontinuerlige i analysen, bortsett fra seksuell debut og selvbilde som ble kodet som kategoriske variabler.

Det sentrale effektmålet i logistisk regresjon er odds ratio. Odds ratio forteller hvor mange ganger større (eller mindre) oddsen er når den uavhengige variabelen øker med én enhet. En odds ratio lik 1 innebærer at oddsen ikke endrer seg når den uavhengige variabelen stiger (ingen sammenheng). Er odds ratio større enn 1 innebærer dette at oddsen øker når den uavhengige variabelen stiger (positiv sammenheng), mens en odds ratio som er mindre enn 1 innebærer at oddsen synker når den

uavhengige variabelen stiger (negativ sammenheng).⁶² I denne studien ble odds ratio oppgitt med 95 % konfidensintervall og en tilhørende p-verdi som angir signifikantnivå.

Resultatene ble presentert i multivariate analyser. I multivariate analyser knyttes den avhengige variabelen til flere uavhengige variabler, og effekten av en variabel identifiseres samtidig som de andre variablene holdes konstant.⁶² Det var dermed mulig å undersøke om tidlig seksuell debut økte (eller reduserte) sannsynligheten for å ha psykiske vansker, når alder og familieøkonomi ble holdt konstant. Videre om denne sammenhengen, mellom debutalder og psykiske vansker, endret seg når foreldrestøtte og selvbilde ble introdusert (stegvis logistisk regresjon). Statistisk metode er beskrevet i artikkelen i denne studien.⁵³

Hvor godt regresjonsmodellen passet datamaterialet ("goodness of fit") ble testet ved hjelp av Omnibus Test of Modell Coefficients (ønsker p -verdi $\leq 0,05$) og Hosmer and Lemeshow Test (ønsker p -verdi $\geq 0,05$),⁶³ og funnet tilfredsstillende. I multivariate analyser med flere uavhengige variabler kan en høy korrelasjon mellom disse variablene føre til multikollinearitet. Dette vil gi et identifikasjonsproblem i forhold til hvilken av de uavhengige variablene som har betydning for den avhengige variabelen.⁶² Multikollinearitet ble testet ved hjelp av Variance Inflation Factor (VIF) og Tolerance. Verdier på VIF skal være lavere enn 10 (nærmest mulig 1) og Tolerance høyere enn 0,10.⁶³ De uavhengige variablene viste VIF verdi fra 1,02 til 1,15 og Tolerance verdi fra 0,87 til 0,98. Multikollinearitet ble dermed ikke funnet i datamaterialet.

Tilleggsresultat er presentert ved deskriptive analyser som beskriver gjennomsnitt og andel for sammenhengen mellom seksuell debut og: alder ved første menstruasjon, på hvilke områder av livet vanskene påvirket jentene, seksuell risikoatferd og annen risikoatferd.

3 Etikk

Helseprofil for barn og unge i Akershus ble godkjent 31.01.2002 av De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Vedlegg 4). Ansvarlig søker var prosjektleder og seniorforsker Jocelyne Clench-Aas ved Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF). Ethiske vurderinger knyttet til gjennomføring av selve undersøkelsen er beskrevet i artikkelen i denne studien.⁵³

I følge De nasjonale forskningsetiske komiteer skal all forsknings- og studentprosjekter som innebærer behandling av personopplysninger meldes.⁶⁴ Siden denne studien tar utgangspunkt i et allerede innsamlet datamateriale, som var anonymt og ikke inneholdt personopplysninger, var det ikke nødvendig å søke om videre tillatelser og godkjenninger. Arbeidet med datamaterialet har kun foregått

på Folkehelseinstituttet sine lokaler på stasjonære PC-er. Tilgang til det innsamlede datamaterialet ble gitt gjennom personlig brukernavn og passord. Resultatene kan ikke spores tilbake til den enkelte kommune, skole eller deltaker i undersøkelsen.

4 Resultater

Resultatene er beskrevet i artikkelen i denne studien,⁵³ og hovedfunnene vil bare bli kort oppsummert her. I tillegg presenteres noen enkle tilleggsresultat.

4.1 Oppsummering av hovedfunn

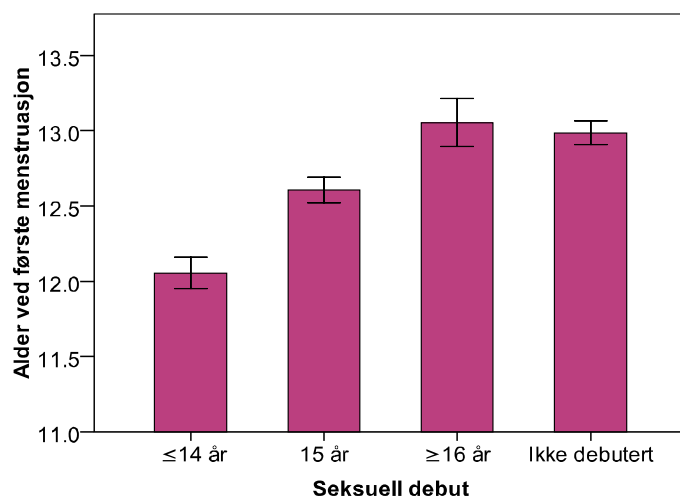
Vi fant en sammenheng mellom seksuell debutalder og psykiske vansker, hvor lavere debutalder tenderte til økende psykiske vansker for begge kjønn. Blant de som debuterte ≤ 14 år hadde 28 % av jentene og 23 % av guttene symptomer på psykiske vansker (Figur 1 i artikkel).⁵³ Gutter og jenter i denne debutgruppen hadde over dobbelt så høy risiko for psykiske vansker, sammenlignet med de som ikke hadde debutert. For begge kjønn var det også en høyere risiko for psykiske vansker blant de som debuterte når de var 15 år, sammenlignet med de som ikke hadde debutert (Tabell 2 i artikkel).⁵³ Andel som opplevde at vanskene innvirket på dagliglivet var signifikant høyere blant jenter som debuterte ≤ 14 år (39 %), sammenlignet med jenter i de eldre debutgruppene og jenter som ikke hadde debutert (27 %) (Figur 2 i artikkel).⁵³ Jenter som debuterte ≤ 14 år hadde nesten dobbelt så høy risiko for å oppleve vansker som innvirket på dagliglivet, sammenlignet med de som ikke hadde debutert. For gutter hadde alle debutgruppene noe høyere risiko for å oppleve vansker i dagliglivet, sammenlignet med de som ikke hadde debutert (Tabell 2 i artikkel).⁵³ Foreldrestøtte og godt selvbilde hadde ingen beskyttende effekt på sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker.

Tidlig seksuell debut viste sammenheng med høyere risiko for atferdsproblemer og hyperaktivitet for begge kjønn. Det var over fire ganger høyere risiko for atferdsproblemer blant gutter og tre ganger høyere risiko blant jenter, som debuterte når de var ≤ 14 år, sammenlignet med de som ikke hadde debutert. Gutter som debuterte etter 16 år og jenter som debuterte etter 15 år hadde lavere risiko for venneproblemer, sammenlignet med de som ikke hadde debutert. Seksuell debut viste ingen sammenheng med emosjonelle problem (Tabell 3 i artikkel).⁵³

4.2 Presentasjon av tilleggsresultat

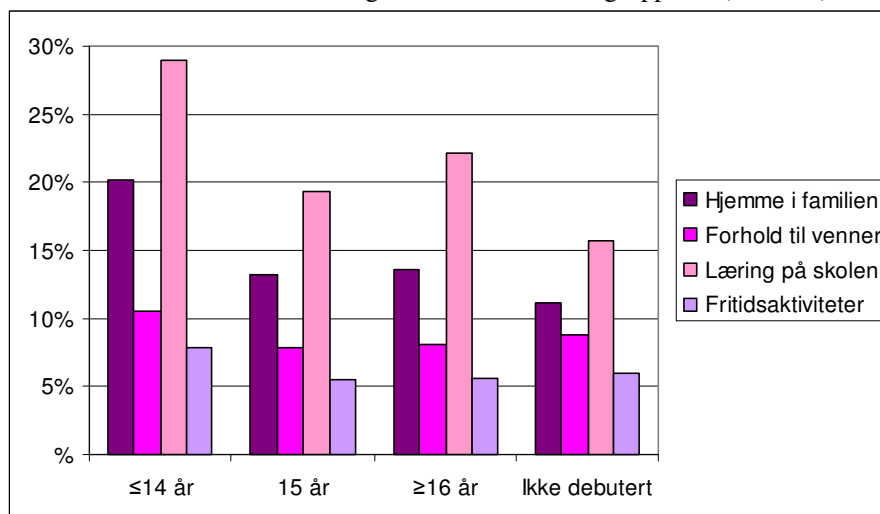
Vi fant en sammenheng mellom gjennomsnittlig alder for første menstruasjon og alder ved seksuell debut, hvor tidligere menstruasjon var assosiert med tidligere debut (Figur 1).

Figur 1 Gjennomsnittlig alder for første menstruasjon hos jenter etter seksuell debut. Feilfeltet angir 95 % konfidensintervall. (N=4513).



Siden jentene i større grad enn guttene opplevde at vanskene påvirket dagliglivet, ble det undersøkt på hvilke områder av livet jentene opplevde at vanskene påvirket dem ”en god del” eller ”mye”. I Figur 2 ser vi at vanskene i størst grad påvirket ”læring på skolen” foran ”hjemme i familien”, og andelen var høyest blant jenter som debuterte ≤14 år (henholdsvis 29 % og 20 %).

Figur 2 Jenter som svarte at de opplevde at vanskene påvirket dem ”en god del” eller ”mye” på ulike områder av livet. Prosentfordeling blant de ulike debutgruppene. (N=2122).



Vi fant også en sammenheng mellom alder ved seksuell debut og risikoatferd. En høyere andel av elevene som debuterte tidlig hadde tatt del i ulike typer seksuell risikoatferd (Tabell 4), samt annen risikoatferd som røyking, snus, hasj og alkohol (Tabell 5).

Tabell 4 Seksuell risikoatferd etter seksuell debut. Forekomst av antall elever med prosentfordeling innenfor hver debutgruppe.

	Seksuell debut								
	≤ 14 år			15 år			≥ 16 år		
	Antall	%	Total	Antall	Prosent	Total	Antall	Prosent	Total
Hatt flere samleiepartnere ¹	756	75	1013	688	55	1245	797	34	2319
Ikke brukt prevensjon ved siste samleie ²	242	24	1015	230	19	1239	429	18	2320
Brukt angrepillen ¹	330	36	912	345	31	1131	508	24	2086

Forskjell i seksuell risikoatferd mellom de ulike debutgruppene ble testet ved ANOVA med Bonferroni korreksjon, signifikantnivå $p \leq 0,05$.

¹Signifikant forskjell mellom de ulike debutgruppene

²Signifikant forskjell mellom de ulike debutgruppene, bortsett fra debutgruppe 15 år og ≥16 år ($p=1,00$)

Tabell 5 Annen risikoatferd etter seksuell debut. Forekomst av antall elever med prosentfordeling innenfor hver debutgruppe.

	Seksuell debut											
	≤ 14 år			15 år			≥ 16 år			Ikke debutert		
	Antall	%	Total	Antall	%	Total	Antall	%	Total	Antall	%	Total
Røyker daglig ¹	615	61	1002	543	44	1235	712	31	2307	545	12	4728
Bruker snus ²	180	18	993	179	15	1222	252	11	2243	365	8	4559
Prøvd hasj ¹	542	54	1011	472	38	1241	697	30	2313	478	10	4751
Alkoholberuset mer enn 10 ganger ¹	716	71	1011	757	61	1243	1274	55	2319	1164	25	4756

Forskjell i risikoatferd mellom de ulike debutgruppene ble testet ved ANOVA med Bonferroni korreksjon, signifikantnivå $p \leq 0,05$.

¹Signifikant forskjell mellom de ulike debutgruppene

²Signifikant forskjell mellom de ulike debutgruppene, moderat forskjell mellom debutgruppe ≤14 år og 15 år ($p=0,06$)

5 Diskusjon

Dette kapittelet er en utdyping av diskusjonen i artikkelen i denne studien.⁵³ Det blir først gjort rede for metodiske betraktninger, hvor studiens reliabilitet og validitet diskuteres. Deretter blir resultatene fra studien vurdert opp mot tidligere forskning og teori, samt knyttet til deres relevans i et folkehelseperspektiv.

5.1 Metodiske betraktninger

Reliabilitet og validitet er sentrale begreper i kvalitetssikring av vitenskaplige studier.

Reliabilitetssvikt og validitetssvikt er momenter som må tas hensyn til ved tolkning av resultatene.⁶⁵

5.1.1 Reliabilitet

Reliabilitet sikter til pålitelighet og nøyaktighet ved måleinstrumentet, og er et uttrykk for i hvilken grad data er fri for tilfeldige målefeil.⁶⁵ De vanligste måtene å vurdere datas reliabilitet på er gjennom statistiske analyser som stabilitet og grad av indre konsistens mellom spørsmål som inngår i en sammensatt skala (indeks). Den mest brukte metode for å vurdere indre konsistens er koeffisient alfa (Cronbach's alfa).⁶⁶

Komplekse fenomen som psykiske vansker kan være problematisk å måle med et enkelt spørsmål. Fordelen med bruk av indekser fremfor enkeltspørsmål er i følge Ringdal at flere sider av begrepet kan fanges inn, målet blir langt mer fingradert og er mindre utsatt for målefeil.⁶⁶ Spørsmålene forventes å henge sammen og gi et samlet mål på den teoretiske variabelen. I denne studien ble psykiske vansker målt ut fra standardiserte indekser i SDQ (Vedlegg 2). For å vurdere om spørsmålene representerer en tilfredsstillende operasjonalisering av psykiske vansker i denne studien, ble intern konsistens målt ved Cronbach's alfa og sammenholdt med Cronbach's alfa i fire andre studier (Tabell 6).

Tabell 6 Intern reliabilitet (Cronbach's alfa) av skalaene i SDQ blant ulike studier som har brukt SDQ selvrappoteringskjema.

	Antall spørsmål i skalaen	Nord Norge		Sverige	Finland	England	Denne studien
		Gutt 11-16	Jente 11-16	17-19	13-17	5-15	15-20
Totale psykiske vansker	20	-	-	0.74	0.64	0.80	0.77
Emosjonelle problem	5	0.64	0.67	0.70	0.71	0.66	0.69
Atferdsproblem	5	0.54	0.44	0.50	0.62	0.60	0.53
Hyperaktivitet	5	0.66	0.67	0.66	0.69	0.67	0.66
Venneproblem	5	0.58	0.61	0.53	0.53	0.41	0.60
Vanskenes innvirkning	5	-	-	-	-	0.81	0.76

Merknad: Nord Norge,⁶⁷ Sverige,⁶¹ Finland⁶⁸ og England⁶⁹

En indeks har tilfredsstillende reliabilitet hvis alfa har en høy verdi, helst over 0.7.⁶⁶ Kline påpeker at en indeks med alfa verdi under 0,5 mest sannsynlig inneholder mer målefeil enn sann verdi, og dermed vil være lite nyttig.⁷⁰ I denne studien var alfakoeffisient tilfredsstillende for totale psykiske vansker og vanskenes innvirkning, og moderat for delskalaene av psykiske vansker (Tabell 6, kolonne 7). Imidlertid er alfakoeffisient avhengig av antall spørsmål som inngår i en skala og gjennomsnittlig korrelasjon mellom spørsmålene. Jo flere spørsmål som inngår, desto høyere blir alfa.⁶² Dette kan muligens forklare den moderate alfakoeffisienten i delskalaene i SDQ. Høy reliabilitet oppnås dersom gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat (stabilitet), det vil si at målene har ubetydelige målefeil.⁷¹ Tidligere studier, av sammenlignbare grupper, viser omtrent tilsvarende resultat på intern konsistens ved SDQ selvrangeringsskjema, noe som styrker reliabiliteten i denne studien (Tabell 6).

Intern konsistens ble også undersøkt i forhold til spørsmålene som inngår i indeksene foreldrestøtte og selvbilde. Cronbach's alfa viste en intern konsistens på 0.65 for foreldrestøtte og 0.72 for selvbilde. Det er viktig å poengtere at hver av disse indeksene kun består av et begrenset antall spørsmål, og at dette muligens kan forklare hvorfor alfakoeffisienten ikke var høyere for foreldrestøtte. Ringdal anbefaler at det i slike tilfeller kan være mer passende å rapportere gjennomsnittlig korrelasjon mellom spørsmålene ("Mean Inter-Item Correlation"), og anbefaler middels styrke (0.3-0.6).⁶⁶ For spørsmålene som omhandlet foreldrestøtte var denne verdien på 0.32. Dette indikerer at spørsmålene måler en og samme dimensjon, noe som anses som et tilfredsstillende nivå av reliabilitet.⁶⁶

Reliabilitet påvirkes av tilfeldige målefeil, noe som kan være vanskelig å unngå. Dette kan være tilfelle ved spørreskjemaundersøkelser, hvor hensikten med spørsmålene ikke blir forstått, at respondenten husker feil eller krysser av på det som oppfattes som sosialt ønskelig.^{44,66} Siden spørsmålene om seksuell debut var retrospektiv, og elevene nå gikk i videregående skole, er studien mottakelig for hukommelseskjevhet. En hendelse kan også med tiden som har gått blitt bearbeidet av senere erfaringer og etterpåklokhet. Samtidig var det kun 0,3 % av elevene i videregående skole som ikke svarte på alder ved seksuell debut og ca. 4 % som ikke svarte på om sin debut var frivillig eller ikke. Det er vist at gutter har en tendens til å overdrive sin seksuelle erfaring, mens jenter oftere underdriver.²⁵ I denne studien var det en høyere andel jenter som rapporterte tidlig seksuell debut (resultatdel i artikkel),⁵³ noe som kan tyde på at en potensiell rapporteringskjevhet ikke har påvirket resultatene. Elevene fikk i tillegg god informasjon om hensikten med undersøkelsen og at undersøkelsen var anonym. Undersøkelsen foregikk i en skoletime med lærer til stede, noe som kan ha ført til at elevene oppfattet undersøkelsen som forpliktende og mer seriøs.

5.1.2 Validitet

Validitet oversettes på norsk til gyldighet, og går ut på i hvilken grad vi virkelig måler det vi ønsker å måle.⁶⁵ I litteraturen finnes det ulike former for validitet. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Cook & Campbell's validitetssystem, som består av fire hovedformer for validitet: intern validitet, begrepsvaliditet, ekstern validitet og statistisk konklusjonsvaliditet.⁷² I denne studien drøftes begrepsvaliditet, ekstern validitet og statistisk konklusjonsvaliditet. Siden studien er en tverrsnittstudie kan vi ikke si noe sikkert om årsaksforholdet mellom tidlig seksuell debut og psykiske vansker. Intern validitet er et spørsmål om den kausale fortolkningen av data og er mest relevant for eksperimentelle studier og kausalanalyser, og drøftes derfor ikke her.

5.1.3 Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet viser til grad av samsvar mellom begrepet slik det er definert teoretisk og begrepet slik vi har lyktes med å operasjonalisere det.⁶⁵ Både tilfeldige og systematiske målefeil påvirker begrepsvaliditeten. Høy reliabilitet er derfor en forutsetning for god begrepsvaliditet. Men selv om data er reliable kan systematiske målefeil oppstå, enten fordi det operasjonaliserte begrepet bare klargjør enkelte aspekter ved det teoretiske begrepet eller at det som måles ikke er relevant for begrepet.⁷³

I denne studien ble psykiske vansker operasjonalisert som totale psykiske vansker, inkludert emosjonelle problemer, atferdsproblemer, hyperaktivitet og venneproblemer, og vanskenes innvirkning. Denne operasjonaliseringen er basert på et standardisert måleinstrument for psykiske vansker (SDQ), noe som anses å være en styrke for begrepsvaliditeten i studien. Begrepsvaliditeten for psykiske vansker anses å være høy. SDQ er bredspektret spørreskjema som kartlegger både internaliserende og eksternaliserende vansker, som er sentrale aspekter for hvordan psykiske vansker oppfattes.^{19, 20, 74} Siden det i denne studien ble brukt norske grenseverdier for skåring av psykiske vansker, anses også målingene å være mer valide for norsk populasjon. Goodman har funnet støtte for spørreskjemaets validitet gjennom ulike studier; han har studert instrumentets evne til å diskriminere mellom klinisk og ikke-klinisk grupper, sett på samsvar med intervju, og samsvar med andre spørreskjema som blant annet den britiske Rutter skalaen og Child Behavior Checklist (CBCL).^{55, 69, 75, 76}

Et annet begrep i denne studien er *frivillig* seksuell debut. For å oppnå god begrepsvaliditet har operasjonalisering av begrepet tatt utgangspunkt i teori og empiri rundt seksuell debut. Indikatorer på ufrivillig seksuell debut har vært "*those who experienced coerced or forced sex*",^{38, 43} og debutalder under 11 år som kan tolkes som incest eller annen form for mishandling.⁴⁵ Svaralternativene i denne studien "jeg ville ikke, men ble overtalt" og "jeg ble tvunget" tolkes å samsvare med hva tidligere

studier har ansett som ufrivillig debut. Selv om få tidligere studier har brukt begrepet frivillig, anses svaralternativene ”jeg ønsket det virkelig” og ”jeg ønsket det sånn passe” å være i overensstemmelse med teoretisk definisjon. Samtidig er det viktig å påpeke at hvor frivillig eller ikke et samleie er, er vanskelig å definere ut fra ett enslig spørsmål. En metodisk svakhet var at ikke flere aspekter, som blant annet kjæresteforhold og om en angret på sin seksuelle debut, var inkludert i undersøkelsen.

I denne studien er begrepet foreldrestøtte benyttet. Operasjonalisering av dette begrepet har tatt utgangspunkt i spørsmål om foreldretilsyn. Spørsmålene er delvis basert på Parental Monitoring Index, utviklet av Alsaker.⁷⁷ Det er viktig å poengtere at denne operasjonaliseringen av foreldrestøtte ikke omfatter samtlige aspekter ved foreldrestøtte. I følge teori og empiri inngår også faktorer som familie struktur, sosial støtte, kommunikasjon og samhandling med foreldre.^{49, 50} Høyere begrepsvaliditet kunne muligens vært oppnådd dersom flere av disse aspektene var inkludert. Imidlertid er spørsmålene om foreldretilsyn mye brukt i tidligere forskning som mål på relasjon og åpenhet mellom foreldrene og ungdom.^{24, 45, 78} Spørsmålene anses derfor som valide for å måle en viktig og sentral side ved foreldrestøtte.

Ungdommens selvbilde er i denne studien målt ut fra spørsmålene hvor fornøyd en er med seg selv og hvor fornøyd en er med kroppen sin. Spørsmålene er ikke basert på et standardisert måleinstrument, men på teori og empiri.^{10, 79, 80} Spørsmålene anses å dekke viktige aspekter ved ungdommens selvilde.

Bruk av kategoriske og dikotome variabler

Hvilket målnivå som tillegges en variabel vil avhenge av hva slags teoretisk egenskap vi er ute etter å måle.⁷¹ I denne studien ble det valgt å bruke et dikotomt målnivå for psykiske vansker. Det er mulig at når gråsoner og avviksskår blir slått sammen at vi får noen falske positive og dermed overestimerer gruppen med psykiske vansker. Likevel anses inndelingen å være valid, da psykiske vansker også omfatter vansker som ikke nødvendigvis utgjør en risiko for psykiatrisk diagnose.¹⁶ Van Roy bruker begrepet ”*a possible population at risk*” om denne inndelingen, og påpeker at dette er en risikogruppe for psykiske helseproblemer.⁸¹ For variabler som har mange verdier vil det for en del analyseformål være hensiktsmessig å forenkle inndelingen ved å gruppere den.⁷¹ Alder ved seksuell debut delt inn i tre kategorier. Bakgrunnen for dette var å unngå at det skulle bli for få enheter innenfor hver verdiklasse. Dette gav også en mer oversikt over frekvensfordelingen i datamaterialet. Samtidig har bruk av kategoriske variabler, og spesielt dikotome variabler, omkostning i form av tapt informasjon.⁷¹ Inndelingen anses likevel å være valid og dekkende for å besvare studiens formål og hypoteser.

5.1.4 Ekstern validitet

Ekstern validitet referer til hvor sikkert resultatene kan generaliseres *til* eller *over* relevante populasjoner, situasjoner eller tider.⁷² Generalisering *til* er i hvilken grad resultatene kan overføres fra utvalg til faktisk populasjon; det vil si i hvor stor grad utvalget er representativt for populasjonen. Generalisering *over* har med hvor ”bredt” resultatene kan generaliseres, for eksempel til andre populasjoner (eller undergrupper).

For å kunne generalisere til populasjonen er størrelsen på utvalget avgjørende.⁸² Datamaterialet i denne studien er hentet fra en stor helseundersøkelse blant elever fra alle videregående skoler i Akershus fylke i 2002. Den høye responsraten (79 %) i undersøkelsen gjør utvalget representativt for populasjonen og muligheten for responskjevhet er dermed lav. Resultatene kan likevel være usikre på grunn av et systematisk skjevt frafall selv om det totale bortfallet er lavt.⁸² For eksempel var tredje klassingene på videregående skole underrepresentert. Selv om dette er et systematisk skjevt frafall i utvalget, skyldtes det hovedsakelig elever som var ute i praksis og tydet ikke på å være korrelert med noen av variablene i denne studien.

Som nevnt tidligere er utvalget i denne studien noe redusert på grunn av utvalgsriterier rundt seksuell debut. Det var også tilfelle av bortfall på noen av enkeltspørsmålene i studien. Siden det ikke ble gjort frafallsanalyse, er det ikke mulig å karakterisere de elevene som ikke hadde svart på spørsmålene. Utvalget i studien består likevel av et stort antall elever (n=9356), med en responsrate på 70 % av totalt antall skjema som ble sendt ut, noe som i følge Skog anses som høyt.⁶² Den like kjønnsfordelingen i studien (gutter=4776, jenter=4580) gjør utvalget representativt for både gutter og jenter i populasjonen.

Siden det i denne studien ble valgt å konsentrere seg om videregående skole begrenses også området studien har gyldighet for. Dette innebærer at resultatene fra studien i utgangspunktet ikke kan brukes til å uttale seg om andre aldersgrupper enn første til tredje klasse og videregående skoleelever fra andre deler av landet. I følge Aarberge & Laake er generalisering av sammenhenger mindre sårbare for utvalgstørrelse enn generalisering av prevalenser.⁸³ Dermed er det grunn til å tro at sammenhengen mellom psykiske vansker og seksuell debut også kan være tilstede i andre deler av Norge og i andre land. Utvalget består av elever fra både urbane og landlige områder av Akershus, med klare forskjeller i sosioøkonomiske forhold.²³ Sammenhengen mellom psykiske vansker og seksuell debut er dermed ikke avhengig av en spesiell kulturell eller nasjonal kontekst, noe som hever studiens generaliserbarhet.⁷² Selv om studien er basert på et datamateriale fra 2002, har trolig ikke selve sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker endret seg betydelig frem til i dag og at resultatene dermed kan være gjeldene i 2012. Ekstern validitet kan også styrkes ved å anvende teori og resultater fra annen forskning.⁷² Dette kommer jeg tilbake til under diskusjon av resultatene i studien.

5.1.5 Statistisk konklusjonsvaliditet

Statistisk validitet forteller om vi har tilstrekkelig *statistisk* grunnlag for å trekke konklusjoner om den sammenhengen vi har observert, altså at det ikke bare er et resultat av tilfeldigheter.⁷³ I denne studien ble god statistisk validitet oppnådd. Resultatene ble rapportert både i effektstørrelse med 95 % konfidensintervall og en tilhørende p-verdi som angir signifikansnivå. I store utvalg vil selv små forskjeller ble statistisk signifikante. Det er derfor ikke tilstrekkelig kun å rapportere om sammenhengen er statistisk signifikant eller ei.⁷²

Cook & Campbell beskriver såkalte ”trusler” som en bør være oppmerksom på når en vurderer statistisk validitet.⁷² Blant annet å undersøke om analysens forutsetninger er oppfylt, om en har tilstrekkelig statistisk styrke (power) og datas reliabilitet. I denne studien var forutsetningene for logistisk regresjon oppfylt og modellens tilpasning til datamaterialet var tilfredsstillende. Dette reduserer både Type 1 og Type 2 feil, dvs. henholdsvis forkasting av en sann nullhypotese og akseptering av en gal nullhypotese. I tillegg har studien høy statistisk styrke (n=9356), noe som reduserer sannsynligheten for å begå en Type 2 feil.

Statistisk validitet avhenger også om *designet* vi har valgt er godt nok til å fange opp og påvise den sammenhengen vi ønsker å studere.⁶² Denne studien benytter data fra en foreliggende tverrsnittsundersøkelse, noe som kan innebære validitetsproblemer da dataene ikke var samlet inn med tanke på studiens formål.⁷¹ For det første var spørsmålene om seksualitet retrospektiv, mens spørsmålene om psykiske vansker ble målt ved utfylling av spørreskjema. Dette innebar at seksuell debut, en hendelse som har skjedd forut, ble sammenholdt med psykiske vansker på elevenes nåværende alder (siste 6 måneder). For de som debuterte 14 år eller yngre var det i gjennomsnitt gått 3,7 år mellom debutalder og den nåværende alder (resultatdel i artikkel).⁵³ Dette er et stort tidsrom, noe som kan ha påvirket resultatet for sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker. For det andre går kontrollvariabel metoden ut på å kontrollere for mulige bakenforliggende faktorer ved hjelp av statistisk metode. I denne studien ble det kontrollert for alder, familieøkonomi, foreldrestøtte og selvbilde. Selv når vi kontrollerte for disse faktorene var det en sterk og stabil sammenheng mellom seksuell debut og psykiske vansker. Det ble i imidlertid brukt begrenset antall spørsmål for å definere foreldrestøtte og selvbilde, noe som kan ha ført til en svakere effekt enn det ellers ville vært. Det kan derfor ikke utelukkes at sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker hadde vært noe annerledes dersom flere kontrollvariabler, tilpasset denne studiens formål, var inkludert.

5.2 Sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og symptomer på totale psykiske vansker

Funn i denne studien viste at lavere debutalder har sammenheng med økende symptomer på psykiske vansker for begge kjønn (Figur 1 og Tabell 2 i artikkel).⁵³ Dette er konsistent med tidligere forskning som har studert sammenheng mellom tidlig seksuell debut og psykiske vansker.^{24,25,44,45} Mye av denne tidligere forskningen har konsentrert seg om alder under 16 år uten å gradere denne gruppen. Nytt i denne studien er at vi også ser at andelen av totale psykiske vansker var høyere hos de som debuterte når de var 14 år eller yngre enn hos de som var 15 år, og høyere hos de som var 15 år enn hos de som ikke hadde debutert.

Tidlig pubertet er assosiert med tidligere debutalder for både gutter og jenter.^{45,84} Tidlig menstruasjon hos jenter viste i denne studien en sammenheng med tidlig debutalder (Figur 1). Dette samsvarer med blant annet Cavanagh⁸⁵ og Wellings og medarbeidere² som har funnet tilsvarende sammenheng for jenter. I denne studien viste debutgruppe 14 år eller yngre høyest skår på psykiske vansker. Dette kan muligens forklare med at de som debuterte mellom 11-14 år var i begynnelsen av puberteten, som er en periode preget av rask fysisk modning og store hormonelle endringer. Mange opplever at perioden er preget av negative følelser og store variasjoner i følelseslivet.¹⁰ Når en hendelse som seksuell debut oppstår i begynnelsen av puberteten kan dette være vanskelig for de unge å håndtere, noe som samsvarer med Stage Termination Model som forutsetter at det for hvert utviklingsstadium er nødvendig med et minimumsnivå av modenhet.³⁶ Dette kan tyde på at de som debuterte 14 år eller yngre ikke var utviklingsklar og sosialt moden for overgang til voksenlignende atferd. I følge utviklingsteori fører fysisk modning imidlertid ikke med seg en tilsvarende akselerasjon i kognitiv utvikling.^{9,86} Resultater fra denne studien viste at ved senere debutalder var det en gradvis nedgang i symptomer på psykiske vansker for begge kjønn (Figur 1 i artikkel).⁵³ Forklaring på dette kan være at det var mer samsvar mellom den fysiske modningen og den kognitive og sosiale utviklingen.⁹

I denne studien hadde omtrent en av fire debutert før 16 år (resultatdel i artikkel).⁵³ Dette er noe høyere tall sammenlignet med hva Kraft fant i 1991⁸⁷ og Pedersen og medarbeidere i 2003.⁴⁵ Dette kan sees i sammenheng med at ungdommens seksuelle atferd har endret seg de siste 10-15 årene.¹ Seksualiteten formes og kontrolleres gjennom en seksuell læringsprosess i barne- og ungdomsårene. Gjennom denne prosessen lærer de unge hva som er normal og naturlig, og unormalt og unaturlig i den kulturen og det samfunnet de lever i.²⁹ Det seksuelle skript betraktes som en usynlig oppskrift for hva som er passende og hva som er upassende handlingsmønstre. Skriptet er under stadig forandring og de unge i dag påvirkes mer av en økende seksualisering av det offentlige rom enn tidligere.^{30,31} Dette kan føre til at de unge blir utsatt for et økende fokus på kropp og seksualitet i en tidligere alder, noe som kan føre til et økt press om å ha et aktivt seksualliv der teknikker og nytelse vektlegges. Dette

fokuset kan ha ført til at tidligere normer som har bidratt til å utsette seksuell debut har blitt svekket. Et stadig økende seksuelt press sett i sammenheng med manglende modenhet kan muligens forklare hvorfor gutter og jenter som debuterte 14 år eller yngre hadde over dobbelt så høy risiko for psykiske vansker, sammenlignet med de som ikke ennå hadde debutert (Tabell 2 i artikkel).⁵³

5.3 Sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og psykiske vanskers innvirkning på dagliglivet

På tross av en klar sammenheng mellom lavere debutalder og økende symptomer på psykiske vansker viste ikke vanskenes innvirkning på dagliglivet samme trend. Imidlertid skilte debutgruppe jenter 14 år eller yngre seg signifikant ut med mer vansker i dagliglivet sammenlignet med jenter i de eldre debutgruppene (Figur 2 i artikkel).⁵³ Jenter i denne debutgruppen hadde nesten dobbelt så høy risiko for vansker som påvirket dagliglivet, sammenlignet med de som ikke hadde debutert (Tabell 2 i artikkel).⁵³ Dette er viktige funn, da det er få studier som har sett på sammenhengen mellom tidlig debutalder og hvordan psykiske vansker innvirker på dagliglivet. Sammenfallende med høy skår på symptomer på psykiske vansker (Figur 1 i artikkel)⁵³ kan jenter som debuterer 14 år eller yngre være en ekstra utsatt og sårbar gruppe.

Resultatene kan forklares med at jenter som kommer tidligere i puberteten enn sine jevnaldrende kan oppleve dette som negativt. Puberteten er for jenter ofte assosiert med lavere selvfølelse og utilfredshet med egen kropp.⁸⁶ Gutter som kommer tidlig i puberteten er ofte mer fornøyd med seg selv enn jevnaldrende gutter med senere pubertet.⁸⁶ Dette kan mulig forklare hvorfor det var så liten forskjell i vanskenes innvirkning på dagliglivet for gutter i de ulike debutgruppene (Figur 2 og Tabell 2 i artikkel).⁵³

Unge jenter legger mer vekt på kjæresteforhold, romantikk og følelser ved sin seksuelle debut, mens unge gutter har en mer praktisk tilnærming preget av nysgjerrighet og fysiske drifter.^{29, 88} Wellings og medarbeidere viste at 84 % av jentene som debuterte når de var 13-14 år angret på dette, og ønsket i etterkant at de hadde ventet lengre med sin seksuelle debut, sammenlignet med bare 34 % av de som debuterte etter 16 år. Blant gutter var andelen lavere. Gutter som debuterte når de var 13-14 år ønsket 42 % av disse at de hadde ventet lengre, sammenlignet med 19 % av de som debuterte etter 16 år.² Hawes og medarbeidere viste at de som debuterte etter 16 år hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å være fornøyd og nyte sin debut, sammenlignet med de som debuterte før 16 år.²⁵ Ser vi dette opp mot sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og vanskenes innvirkning i dagliglivet (Figur 2 i artikkel),⁵³ kan grunnen til at jentene skårer høyere her ha sammenheng med forholdene rundt sin seksuelle debut. Dette kan også støttes av en studie som viste at unge jenter som debuterte etter seks måneder i et kjæresteforhold ikke angret på sin debut, i motsetning til majoriteten av unge jenter som

debuterte innen en uke i forholdet.⁸⁹ Træen & Samuelsen viste i sin studie at unge jenter debuterer seksuelt med en partner som i gjennomsnitt er 2,9 år eldre, mens gutter debuterer med en partner som i gjennomsnitt er 0,2 år yngre enn de selv.⁹⁰ Det er og vist at jenter lettere angrep på sin debut når de debuterer med en partner som er eldre enn de selv.⁹¹

Pedersen & Samuelsen viste at både jenter og gutter er mer fri rundt sin seksualitet og eksperimenterer mer enn tidligere.¹ I vår studie kan det imidlertid tyde på at de som debuterte 14 år eller yngre ikke var utviklingsklar og modne for denne frigjøringen. Wellings og medarbeidere viste i sin studie at manglende seksuell kunnskap var signifikant høyere blant de som debuterte når de var 13-14 år, sammenlignet med de som debuterte etter 16 år.² Dette kan også underbygges med at tidlig seksuell debut er assosiert med redusert kondombruk, seksuelt overførbare sykdommer og uønsket graviditet.²
³ Dette kan være forhold som har betydning for vansker som innvirker på dagliglivet.

Siden jenter i denne studien i større grad enn gutter opplevde at vanskene påvirket dagliglivet, ble det undersøkt på hvilke områder av livet jentene opplevde at vanskene påvirket dem. Vansker knyttet til læring på skolen viste størst innvirkning på dagliglivet blant jenter, hvor de som debuterte 14 år eller yngre opplevde størst vansker (Figur 2). Dette samsvarer med tidligere forskning som har vist at tidlig seksuell debut er assosiert med dårligere karakterer på skolen, dårligere tilpasning til skole og lavere utdanningsnivå.^{24, 25, 41, 92} Videre viste det seg at de som debuterte 14 år eller yngre også opplevde mer vansker som påvirker dagliglivet hjemme i familien sammenlignet med de som debuterte senere. Dette kan stemme overens med Stage Termination Model som antar at når en overgang, som seksuell debut, oppstår for tidlig øker det sannsynligheten for negativ psykososial utvikling.^{36, 37} Det at det var gått i gjennomsnitt 3,7 år fra debutalder til utfylling av vansker som innvirket på dagliglivet, blant de som debuterte 14 år eller yngre, støtter også antagelsen om en vedvarende negativ psykososial utvikling. Jenter som debuterte 15 år og eldre opplevde også at vanskene hadde innvirkning på dagliglivet, men i mindre grad enn de som debuterte 14 år eller yngre (Figur 2).

Denne studien viser viktigheten med en gradering av debutalder under 16 år, da det var debutgruppe 14 år eller yngre som i størst grad opplevde at vanskene hadde innvirkning på dagliglivet.

5.4 Foreldrestøtte og selvbildes betydning på sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker

God foreldrestøtte og foreldretilsyn har vist å ha sammenheng med senere seksuell debut for begge kjønn.^{24, 42, 45, 49, 50} I litteraturen er sammenhengen mellom kroppsbilde, selvbilde og seksuell debut mer begrenset. Blant annet har Valle og medarbeidere funnet at et godt kroppsbilde er assosiert med senere seksuell debut (etter 16 år) spesielt blant jenter.³⁹ Et godt selvbilde, det å være fornøyd med seg selv,

er også vist å ha sammenheng med senere seksuell debut blant jenter.⁹³ I denne studien var det ikke et fokus å undersøke faktorer som var assosiert med seksuell debut, men å kontrollere for mulige beskyttende faktorer, som god foreldrestøtte og godt selvbilde, på sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker for begge kjønn.

Resultater fra denne studien viste at foreldrestøtte og godt selvbilde ikke hadde noen beskyttende effekt på sammenhengen mellom alder ved seksuell debut og psykiske vansker, verken for gutter eller jenter. Tidligere studier har ikke, etter det jeg har undersøkt, studert disse faktorene knyttet til sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker. Foreldrestøtte og godt selvbilde var separate beskyttende faktorer mot symptomer på totale psykiske vansker og vanskenes innvirkning på dagliglivet i denne studien (resultatdel i artikkel).⁵³ Dette samsvarer med tidligere studier som har vist at god foreldrekommunikasjon og foreldretilsyn er beskyttende faktorer mot psykiske vansker i ungdomstiden.^{21, 47} Utvikling av godt selvbilde er også assosiert med mindre psykiske vansker i ungdomstiden.¹⁸ I denne studien opplevde over dobbelt så mange gutter som jenter å ha et godt selvbilde (Tabell 1 i artikkel),⁵³ noe som er konsistent med tidligere funn.⁹³ Det å ha et godt selvbilde og et positivt syn på seg selv kan fungere som en buffer mot risiko- og stressfulle hendelser i livet.⁹³ I følge Erikson er det som tydeligst definerer ungdomstiden å finne svar på spørsmålet ”Hvem er jeg?”. Utfallet av dette er å finne sin identitet og at de unge skal etablere seg som et selvstendig og uavhengig individ i samfunnet.¹²

En mulig årsak til at vi ikke ser noen effekt av foreldrestøtte og selvbilde kan tyde på en stabil og sterk sammenheng mellom seksuell debut og psykiske vansker i denne studien. En annen årsak kan være at foreldrestøtte og foreldretilsyn ikke har like stor betydning for ungdom i videregående skole.^{47, 49} Videre ble det i denne studien brukt begrenset antall enkeltspørsmål for å definere både foreldrestøtte og selvbilde, noe som ble beskrevet tidligere i studien under ”Metodiske betraktninger”.

5.5 Sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og eksternaliserende vansker

I denne studien ble eksternaliserende vansker definert som atferdsproblemer og hyperaktivitet.⁷⁴ Resultater fra studien viste at tidlig seksuell debut hadde sammenheng med høyere risiko for atferdsproblemer og hyperaktivitet for begge kjønn (Tabell 3 i artikkel).⁵³ Disse resultatene støtter opp under tidligere studier som har funnet en sammenheng mellom tidlig seksuell debut og atferdsproblem^{43-45, 78, 94} og tidlig seksuell debut og hyperaktivitet/oppmerksomhetsproblemer.^{46, 95, 96} Vår studie viste imidlertid nye funn, der gradvis lavere debutalder viste signifikant sammenheng med økende grad av eksternaliserende vansker både blant gutter og jenter.

De som debuterte 14 år eller yngre viste i denne studien høyest risiko for atferdsproblemer og hyperaktivitet. Tidlig seksuell debut inngår ofte i et bredere spekter av risiko- og problematferd.^{41,42} Jessor & Jessor har utviklet teorien om problematferd og definerer problematferd som atferd som avviker fra de sosiale normer som regulerer hva som er passende for den aktuelle alderen.³⁵ Videre hevder den at deltakelse i en risikoatferd medfører økt sannsynlighet for å delta i andre former for risikoatferd. Dette samsvarer med resultater i denne studien som viste at de som debuterte når de var 14 år eller yngre hadde større sannsynlighet for også å delta i seksuell risikoatferd (som flere samleiepartnere, manglende prevensjonsbruk og bruk av angrepillen) og annen risikoatferd (som røyking, snusing, hasj og alkohol) (Tabell 4 og Tabell 5). Jessor & Jessor bruker begrepet "overgangstilbøyelig" for å forklare denne ukonvensjonelle atferden, med at de unge ikke er utviklingsklar og sosialt moden for ansvarsområdet.³⁵ Dette kan være en forklaring for hvorfor de som debuterte 14 år eller yngre har større sannsynlighet for å delta i ulike typer risikoatferd, da de befant seg tidlig i puberteten og dermed mest sannsynlig ikke var modne nok for ansvarsområdet. Ser vi dette opp mot sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og risikoatferd, der risikoatferd ble målt på tidspunkt for utfylling av spørreskjema, kan det tyde på at denne ukonvensjonelle atferden også er vedvarende. I følge Eriksons teori kan dette være et tegn på identitetsforvirring, hvor de unge har problem med å avgrense seg selv og finne sin plass i den sosial verden.¹⁴ Erikson mener det å bevege seg fra barn til pubertetsalder innebærer en viss belastning for de unge, fordi slike faseoverganger er forbundet med konflikt.¹² Hvordan man løser disse krisene vil prege den senere utviklingen av personligheten i positiv eller negativ retning. Caminis og medarbeidere har påpekt at det kan være en større sammenheng mellom seksuell debut og problematferd til tidligere en debuterer, da seksuell debut i en tidlig alder anses som mer avvikende atferd enn når det oppstår på et tidspunkt som er mer i samsvar med sosiale normer.⁴⁴ Dette er konsistent med resultatene i denne studien som viste at sannsynligheten for å delta i ulike typer risikoatferd reduseres ved eldre debutalder (Tabell 4 og Tabell 5).

Denne studien viste at gutter hadde dobbelt så mye atferdsproblem som jenter (Tabell 1 i artikkel).⁵³ At gutter har mer atferdsproblem enn jenter er konsistent med tidligere funn.^{20,21} Når det gjaldt hyperaktivitet hadde jenter noe høyere symptomer enn gutter (Tabell 1 i artikkel),⁵³ noe som i følge Van Roy muligens kan forklares ved at jenter ofte er mer oppmerksom på, og dermed lettere rapporterer, egne problemer.⁸¹

Resultater fra vår studie kan tyde på at sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og atferdsproblemer var noe sterkere blant gutter enn blant jenter, sammenlignet med de som ikke hadde debutert (Tabell 3 i artikkel)⁵³. Dette er konsistent med tidligere studier.^{44, 46, 97} Sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og hyperaktivitet var omtrent like sterk for gutter og jenter i denne studien. Schofield og medarbeidere fant imidlertid en sterkere sammenheng for gutter enn for jenter.⁴⁶

Mange unge med atferdsproblem opplever ofte at de selv ikke har noen vansker, men at andre som for eksempel foreldre og jevnaldrende skaper vansker for dem.²⁰ Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor vanskenes innvirkning på dagliglivet ikke hadde like stor sammenheng med debutalder som symptomer på psykiske vansker (Figur 2 i artikkel).⁵³

Siden dette er en tverrsnittstudie kan vi ikke si noe sikkert om årsaksforholdet mellom eksternaliserende vansker, som atferdsproblemer og hyperaktivitet, og seksuell debut. I følge tidligere longitudinelle studier tyder det imidlertid på at sammenhengen går fra atferdsproblemer til tidligere seksuell debut.^{44-46,94} Tilsvarende sammenheng er funnet i studier som har undersøkt hyperaktivitet.^{46,95} Dette kan muligens sees i sammenheng med at ungdom med atferdsproblem lettere debuterer tidligere, da denne gruppen er mer mottakelig og overgangstilbøyelig for å bryte grenser som den økende seksualiseringen av det offentlige rom kan føre til. Eksternaliserende vansker som oppstår i ung alder kan føre til mer omfattende og alvorlig vansker, noe som kan øke sannsynligheten for at vanskene også vil vedvare.^{20,21} Det at atferdsproblem og risikoatferd ble registrert på tidspunkt for utfylling av spørreskjema i denne studien kan støtte antagelsen om en vedvarende sammenheng mellom seksuell debut og psykiske vansker, noe som også ble vist hos Armour & Haynie ett år senere.⁴³

5.6 Sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og internaliserende vansker

I denne studien ble internaliserende vansker definert som emosjonelle problem (angst og depresjon) og venneproblem.⁷⁴ Studien viste at jenter opplevde betydelig mer emosjonelle problem enn gutter (Tabell 1 i artikkel),⁵³ noe som er konsistent med tidligere forskning.^{21,24} Imidlertid viste resultater fra denne studien ingen sammenheng mellom seksuell debut og emosjonelle problem verken for gutter eller jenter (Tabell 3 i artikkel).⁵³ Tidligere forskning har her vist inkonsistente funn. Studier som samsvarer med våre funn er blant annet.^{33,40,45} En studie av Caminis og medarbeidere viste at angst reduserte risikoen for tidlig seksuell debut, mens depresjon ikke hadde noen sammenheng.⁴⁴ På den annen side har andre studier vist en sammenheng mellom tidlig seksuell debut og emosjonelle problem. Meier viste at tidlig seksuell debut hadde sammenheng med depresjon spesielt om en var jente og ikke var i et romantisk forhold.³⁸ Valle og medarbeidere viste en sammenheng mellom seksuell debut under 16 år og depressive symptomer for begge kjønn.²⁴ Dette samsvarer også med studien til Longmore og medarbeidere.⁹³ En annen longitudinell studie viste at tidlig seksuell debut var assosiert med påfølgende depresjon for jenter under 16 år, men hadde ingen sammenheng med symptomer utover ungdomstiden.⁹⁸ Dette kan muligens forklare resultater i vår studie, da det var gått i gjennomsnitt 3,7 år fra seksuell debut til utfylling av emosjonelle vansker blant de som debuterte 14 år eller yngre. En styrke ved vår studie var at den graderer debutalder, noe som viste at debutgruppe 14 år eller yngre heller ikke hadde noen sammenheng med emosjonelle vansker. Resultater fra tidligere

studier, som har funnet en sammenheng med emosjonelle problem, kan muligens forklares ved at flere av studiene ikke har skilt mellom frivillig og tvunget/overtalt debut.^{24, 93, 98}

Resultater fra denne studien viste at det var en sammenheng mellom seksuell debut og mindre venneproblem, hvor gutter som debuterte etter 16 år og jenter som debuterte etter 15 år hadde lavere risiko for venneproblem sammenlignet med de som ikke hadde debutert (Tabell 3 i artikkel).⁵³ Dette kan muligens forklares med at de eldste debutgruppene har bedre kompetanse på sosiale relasjoner og vennerelasjoner sammenlignet med de som ennå ikke har debutert. Ungdom som har venner som den fremste kilden til støtte og innflytelse, deriblant mange venner og høy venneaksept, er assosiert med tidligere seksuell debut.^{41, 42, 99} Resultater fra denne studien kan tyde på at jenter i de eldste debutgruppene hadde noe lavere risiko for venneproblem enn gutter i de eldste debutgruppene, sammenlignet med de som ikke hadde debutert (Tabell 3 i artikkel).⁵³ Det er konstatert at kvaliteten i vennerelasjoner har betydning for debutalder. Bingham & Crockett viste at jenter med sen seksuell debut hadde dårligere vennerelasjoner enn jenter med tidligere seksuell debut.³⁷ De unge nevner ofte lojalitet og intimitet som to sentrale kjennetegn ved venner, og en bestevenn er en venn en kan betro seg til. Jenter viser mer intimitet i sine vennskap enn hva gutter gjør.¹⁰ Dette kan muligens forklare resultatene i denne studien, med at jenter er flinkere til å snakke om sine seksuelle erfaringer med sine venninner, mens gutter skryter mer til venner uten å gå inn i en intim betroelse. Dette kan også sees i sammenheng med at flere gutter enn jenter i denne studien hadde symptom på venneproblemer (Tabell 1 i artikkel).⁵³

6 Konklusjon og implikasjoner

Det kan konkluderes med at alder har en avgjørende betydning i sammenhengen mellom psykiske vansker og seksuell debut. Risikoen for psykiske vansker er høyere blant de som debuterer tidlig, spesielt blant de som er 14 år eller yngre. Jenter som debuterer 14 år eller yngre er en spesielt utsatt og sårbar gruppe, da de skårer høyt både på symptomer på psykiske vansker og vansker som innvirker på dagliglivet. Sammenholdt med funn fra tidligere studier kan det tyde på at eksternaliserende vansker er en risikofaktor for tidlig seksuell debut. Tidlig seksuell debut tyder ikke på å ha noen sammenheng med høyere risiko for internaliserende vansker. Selv om foreldrestøtte og godt selvilde er beskyttende faktorer mot psykiske vansker, tyder de ikke på å ha noen beskyttende effekt på sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker.

Sett i et folkehelseperspektiv har seksuell helse innflytelse på vår tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og dermed knyttet mot vår psykiske og fysiske helse. Seksuell utvikling skjer igjennom hele livsløpet der voksen helse er nær knyttet til erfaringer i ungdomstiden.⁵ Sammenholdt med at unge, spesielt 14 år eller yngre, kan oppleve store psykiske vansker i

sammenheng med sin seksuelle debut er dette en gruppe som må prioriteres. Denne gruppen er i tillegg disponert for seksuell risikoatferd og annen risikoatferd som røyking, snusing, hasj og alkohol i ung alder. Funn i denne studien kan tyde på en vedvarende sammenheng mellom seksuell debut og psykiske vansker. I et folkehelseperspektiv vil dette få konsekvenser i forhold til skoletilpasning, utdanning, foreldre, søsken og venner, noe som i en større sammenheng kan føre til dårlig psykososial utvikling.

Skolen kan være en viktig arena for å nå de unge. Forebyggende tiltak bør særlig rettes inn mot ungdom med atferdsproblem, da dette muligens kan være en risikogruppe for tidlig seksuell debut. Tiltak bør ha en multidimensjonal tilnærming, der en fokuserer på sammenhengen mellom problematferd og seksualitet. Seksualundervisningen bør inn på et tidligere stadiet på ungdomskolen. Ved å øke kunnskapen om seksualitet og prevensjon i en tidlig alder, kan vi muligens redusere uønsket svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer. I forhold til den økende seksualiseringen som pågår i det offentlige rom, bør de unge også sikres mer realistisk og troverdig informasjon knyttet til seksuell debut. Både foreldre, lærere, helsesøstere, psykologer og annet skolepersonell bør få kompetanse i forhold til seksuell debut og psykiske vansker.

For å styrke kunnskapen om sammenhengen mellom alder ved seksuell debut og psykisk helse, er det behov for longitudinelle studier med en gradering av debutalder under 16 år. Det kan være behov for mer forskning rundt internaliserende vansker, samt betydning av psykososiale faktorer som foreldrestøtte og selvbilde knyttet til sammenhengen mellom seksuell debut og psykiske vansker.

Litteraturliste

1. Pedersen, W. & Samuelsen, S. O. (2003). Nye mønster av seksualatferd blant ungdom. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 21 (123): 3006-3009.
2. Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C. H., Johnson, A. M., Copas, A. J., Korovessis, C., Fenton, K. A., et al. (2001). Sexual behavior in Britain: Early heterosexual experience. *Lancet*, 385 (9296): 1843-1850.
3. Kaestle, C. E., Halpern, C. T., Miller, W. C. & Ford, C. A. (2005). Young Age at First Sexual Intercourse and Sexually Transmitted Infections in Adolescents and Young Adults. *American Journal of Epidemiology*, 161 (8): 774-780.
4. Sandfort, T. G. M., Orr, M., Hirsch, J. S. & Santelli, J. (2008). Long-Term Health Correlates of Timing of Sexual Debut: Results From a National US Study. *American Journal of Public Health*, 98 (1): 155-161.
5. World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. *Sexual Health Document Series*. Geneva.
6. Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv, 2009:8. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
7. Helsedirektoratet. (2010). Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle. Oslo.
8. Den Norske Legeforening. (2002). *Mot i brystet...stål i ben og armer? Statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helsetjenester for ungdom*. Den Norske Legeforening.
9. Rutter, M. & Rutter, M. (1993). *Developing Minds. Challenge and Continuity across the Life Span*. New York: BasicBooks.
10. Kvalem, I. L. & Wichstrøm, L. (2007). Utvikling i tenårene: pubertet, kognisjon, seksualitet, selvbilde og sosiale relasjoner. I: Kvalem, I. L. & Wichstrøm, L. (red.) *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.
11. Kraft, P., Breivik, S., Røysamb, E. & Holsen, I. (2001). Kroppsbilde og depressive tanker - en longitudinell studie av ungdom i alderen 13-18 år. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 42 (2): 191-221.
12. Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. London: Faber & Faber.
13. Jerlang, E. (1993). Erik Homburger Eriksons psykoanalytiske ego-teori. I: Egeberg, S., Halse, J., Jonassen, A. J., Jerlang, E., Ringsted, S. & Wedel-Brandt, B. (red.) *Utviklingspsykologiske teorier - en innføring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
14. Imsen, G. (1998). *Elevers verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Tano Aschehoug.
15. St.prp. nr. 63 (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
16. Folkehelseinstituttet. (2011). *Psykiske plager - et betydelig folkehelseproblem*. Tilgjengelig fra:

- http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:89102::1:5567:11:::0:0 (lest 15.03.12).
17. Nes, R. B. & Clench-Aas, J. (2011). Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger, Rapport 2011:2. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
 18. Holsen, I. (2009). Depressive symptomer i ungdomstiden. I: Klepp, K.-I. & Aarø, L. E. (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
 19. Wichstrøm, L. (2007). Internaliserende vansker. I: Kvalem, I. L. & Wichstrøm, L. (red.) *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
 20. Wichstrøm, L. & Backe-Hansen, E. (2007). Eksternaliserende vansker. I: Kvalem, I. L. & Wichstrøm, L. (red.) *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
 21. Dekovic´, M., Buist, K. L. & Reitz, E. (2004). Stability and Changes in Problem Behavior During Adolescence: Latent Growth Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (1): 1-12.
 22. Holsen, I., Kraft, P. & Vittersø, J. (2002). Stability in Depressed mood in Adolescence: Results from a 6-Year Longitudinal Panel Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (1): 61-78.
 23. Rødje, K., Clench-Aas, J., Roy, B. V., Holmboe, O. & Müller, A. M. (2004). Helseprofil for barn og unge i Akershus - Ungdomsrapporten. Lørenskog: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
 24. Valle, A.-K., Torgersen, L., Røysamb, E., Klepp, K.-I. & Thelle, D. S. (2005). Social class, gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 years olds in Oslo. *European Journal of Public Health*, 15 (2): 185-194.
 25. Hawes, Z. C., Wellings, K. & Stephenson, J. (2010). First Heterosexual Intercourse in the United Kingdom: A Review of the Literature. *Journal of Sex Research*, 47 (2-3): 137-152.
 26. Straffeloven. (1902). *Almindelig borgerlig Straffelov av 22. mai 1902 nr. 10*.
 27. Häggström-Nordin, E. (2009). Ungdomars sexualvanor. I: Magnusson, C. & Häggström-Nordin, E. (red.) *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Poland: Författerna och Studentlitteratur.
 28. Træen, B. (2008). The social construction of sexuality. I: Træen, B. & Lewin, B. (red.) *Sexology in Context*. Oslo: Universitetsforlaget.
 29. Træen, B. (2009). Seksualitet og seksualatferd. I: Klepp, K.-I. & Aarø, L. E. (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
 30. Gagnon, J. H. & Simon, W. (2005). *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. 2. utg. New York: AldineTransaction.
 31. Pedersen, W. (2005). *Nye seksualiteter*. Oslo: Universitetsforlaget.

32. Pedersen, W. (2004). Mobilbruk, chat og sex blant norske tenåringer. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 124 (13): 1756-1759.
33. Udell, W., Sandfort, T., Reitz, E., Bos, H. & Dekovic, M. (2010). The Relationship Between Early Sexual Debut and Psychosocial Outcomes: A Longitudinal Study of Dutch Adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 39 (5): 1133-1145.
34. Magnusson, C. (2009). Sexualitetens roll i tonårsutvekklingen ur ett psykologisk perspektiv. I: Magnusson, C. & Häggström-Nordin, E. (red.) *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Poland: Författarna och Studentlitteratur.
35. Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press.
36. Graber, J. A. & Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and Turning Points: Navigating the Passage From Childhood Through Adolescence. *Developmental Psychology*, 32 (4): 768-776.
37. Bingham, C. R. & Crockett, L. J. (1996). Longitudinal Adjustment Patterns of Boys and Girls Experiencing Early, Middle, and Late Sexual Intercourse. *Developmental Psychology*, 32 (4): 647-658.
38. Meier, A. M. (2007). Adolescent First Sex and Subsequent Mental Health. *American Journal of Sociology*, 112 (6): 1811-47.
39. Valle, A.-K., Røysamb, E., Sundby, J. & Klepp, K. I. (2009). Parental social position, body image, and other psychosocial determinants and first sexual intercourse among 15- and 16-year olds. *Adolescence*, 44 (174): 479-498.
40. Turner, A. K., Latkin, C., Sonenstein, F. & Tandon, D. (2011). Psychiatric disorder symptoms, substance use, and sexual risk behavior among African-American out of school youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 115 (1-2): 67-73.
41. Costa, F. M., Jessor, R., Donovan, J. E. & Fortenberry, J. D. (1995). Early Initiation of Sexual Intercourse: The Influence of Psychosocial Unconventionality. *Journal of Research on Adolescence*, 5 (1): 93-121.
42. Jessor, R., Costa, F., Jessor, L. & Donovan, J. E. (1983). Time of first intercourse: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (3): 608-626.
43. Armour, S. & Haynie, D. L. (2007). Adolescent Sexual Debut and Later Delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 36 (2): 141-152.
44. Caminis, A., Henrich, C., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M. & Martin, A. (2007). Psychosocial predictors of sexual initiation and high-risk sexual behaviors in early adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1 (14).
45. Pedersen, W., Samuelsen, S. O. & Wichstrøm, L. (2003). Intercourse Debut Age: Poor Resources, Problem Behavior, or Romantic Appeal? A Population-Based Longitudinal Study. *Journal of Sex Research*, 40 (4): 333-345.

46. Schofield, H.-L. T., Bierman, K. L., Heinrichs, B., Nix, R. L. & Conduct Problems Prevention Research Group. (2008). Predicting Early Sexual Activity with Behaviour Problems Exhibited at School Entry and in Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (8): 1175-1188.
47. Tomé, G., Matos, M., Simoes, C., Camacho, I. & AlvesDiniz, J. (2012). How Can Peer Group Influence the Behavior of Adolescents: Explanatory Model. *Global Journal of Health Science*, 4 (2): 26-35.
48. Huebner, A. J. & Howell, L. W. (2003). Examining the relationships between adolescent sexual Risk-Taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *Journal of Adolescent Health*, 33 (2): 71-78.
49. Wight, D., Williamson, L. & Henderson, M. (2006). Parental influences on young people's sexual behaviour: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescence*, 29 (4): 473-494.
50. Lenciauskiene, I. & Zaborskis, A. (2008). The effect of family structure, parent-child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36 (6): 607-618.
51. Dahle, T., Dalen, H. A., Meland, E. & Breidablik, H.-J. (2010). Uønskede seksuelle erfaringer og helseplager blant ungdom. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 130 (19): 1912-1916.
52. Seto, M. C., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G. & Långström, N. (2010). Sexual Coercion Experience and Sexually Coercive Behavior: A Population Study of Swedish and Norwegian Male Youth. *Child Maltreatment*, 15 (3): 219-228.
53. Bruland, H. N., Clench-Aas, J., Myklestad, I. & Raanaas, R. K. (under utarbeidelse). *Tidlig seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom*. Oslo: Universitetet for miljø- og biovitenskap & Nasjonalt folkehelseinstitutt. Upublisert manuskript.
54. World Health Organization. (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Geneva, Switzerland.
55. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (5): 581-586.
56. Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter parent questionnaire including extra items on children's strengths: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (8): 1483-1494.
57. Heyerdahl, S. (2003). SDQ - Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi*, 13 (1): 127-135.
58. Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S. & Clench-Aas, J. (2006). Self-report strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (4): 189-198.

59. Van Roy, B., Veenstra, M. & Clench-Aas, J. (2008). Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (12): 1304-1312.
60. Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W. & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 (Suppl 2): ii17-ii24.
61. Svedin, C. G. & Priebe, G. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (3): 225-232.
62. Skog, O.-J. (2010). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
63. Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual: A Step-by-Step Guide to Data Analysis using SPSS*. 4 utg. Maidenhead: McGraw-Hill.
64. De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo.
65. Kleven, T. A. (2002). Begrepsoperasjonalisering. I: Lund, T. (red.) *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub AS.
66. Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskaplig forskning og kvanitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
67. Rønning, J. A., Handegaard, B. H., Sourander, A. & Mørch, W.-T. (2004). The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 (2): 73-82.
68. Koskelainen, M., Sourander, A. & Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 (3): 180-185.
69. Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40 (11): 1337-1345.
70. Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
71. Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 7. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
72. Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation: Design & Analysis Issues for Field Settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
73. Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
74. Goodman, R., Lamping, D. L. & Ploubidis, G. B. (2010). When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and

- Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38 (8): 1179-1191.
75. Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (5): 791-799.
 76. Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is Small Beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27 (1): 17-24.
 77. Alsaker, F. D., Dunas, I. & Olweus, D. (1991). *A Growth Curve Approach to the Study of Parental Relations and Depression in Adolescence*. Seattle: USA.
 78. Donenberg, G. R., Bryant, F. B., Emerson, E., Wilson, H. W. & Pasch, K. E. (2003). Tracing the Roots of Early Sexual Debut Among Adolescents in Psychiatric Care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (5): 594-608.
 79. Kvaalem, I. L. (2007). Ungdom og kroppsbilde. I: Kvaalem, I. L. & Wichstrøm, L. (red.) *Ung i Norge: Psykososiale utfordringer*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
 80. Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. B. (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. København: WHO Regional Office for Europe.
 81. Van Roy, B. (2010). *Mental health problem and their impact in a cross-sectional study of norwegian children and adolescents aged 8-19 years: A study based on results using the Stregths and Difficulties Questionnaire as a measure of psychological adjustment*. Doktorgradsavhandling. Oslo: University in Oslo, Akershus University Hospital.
 82. Lund, T. (2002). Generaliseringsproblematikk. I: Lund, T. (red.) *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub AS.
 83. Aaberge, R. & Laake, P. (1984). Om statistiske teorier for tolkning av data. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 25: 165-185.
 84. Crockett, L. J., Raffaelli, M. & Moilanen, K. L. (2003). Adolescent Sexuality: Behavior and Meaning. I: Adams, G. R. & Berzonsky, M. D. (red.) *Blackwell Handbook of Adolescence*. Malden, Mass: Blackwell Publishing.
 85. Cavanagh, S. E. (2004). The Sexual Debut of Girls in Early Adolescence: The Intersection of Race, Pubertal Timing, and Friendship Group Characteristics. *Journal of Research on Adolescence*, 14 (3): 285-312.
 86. Tetzchner, S. V. (2001). *Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
 87. Kraft, P. (1991). Age at first experience of intercourse among Norwegian adolescents: a lifestyle perspective. *Social Science and Medicine*, 33 (2): 207-213.

88. Træen, B. & Kvalem, I. L. (1996). Sexual Socialization and Motives for Intercourse Among Norwegian Adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 25 (3): 289-302.
89. Ingham, R., Woodcock, A. & Stenner, K. (1991). Getting to know you...young people's knowledge of their partners at first intercourse. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1 (2): 117-132.
90. Træen, B. & Samuelsen, S. O. (2007). Sweet 16 and never been kissed? Experiences from a longitudinal Norwegian study. I: *Electronic Journal of Human Sexuality*. Tilgjengelig fra: http://mail.ejhs.org/volume10/sexual_debut_ages.htm (lest 25.03.12).
91. Mercer, C. H., Wellings, K., Macdowall, W., Copas, A. J., McManus, S., Erens, B., Fenton, K. A. & Johnson, A. M. (2006). First Sexual Partnerships - Age Differences and Their Significance: Empirical Evidence from the 2000 British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal 2000). *Journal of Adolescent Health*, 39 (1): 87-95.
92. Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M. & Blum, R. (2000). Influence on Adolescents' Decision to Postpone Onset of Sexual Intercourse: A Survival Analysis of Virginity Among Youths Aged 13 to 18 Years. *Journal of Adolescent Health*, 26 (1): 42-48.
93. Longmore, M. A., Manning, W. D., Giordano, P. C. & Rudolph, J. L. (2004). Self-Esteem, Depressive Symptoms, and Adolescents' Sexual Onset. *Social Psychology Quarterly*, 67 (3): 279-295.
94. Ramrakha, S., Bell, M. L., Paul, C., Dickson, N., Moffitt, T. E. & Caspi, A. (2007). Childhood behaviour problems linked to sexual risk taking in young adulthood: A birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46 (10): 1272-1279.
95. Flory, K., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Gnagy, E. & Smith, B. (2006). Childhood ADHD Predicts Risky Sexual Behavior in Young Adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (4): 571-577.
96. Crockett, L. J., Raffaelli, M. & Shen, Y.-L. (2006). Linking Self-Regulation and Risk Proneness to Risky Sexual Behavior: Pathways through Peer Pressure and Early Substance Use. *Journal of Research on Adolescence*, 16 (4): 503-525.
97. Galéra, C., Messiah, A., Melchior, M., Chastang, J.-F., Encrenaz, G., Lagarde, E., Michel, G., Bouvard, M.-P. & Fombonne, E. (2010). Disruptive behavior and early sexual intercourse: The GAZEL Youth Study. *Psychiatry Research*, 177 (3): 361-363.
98. Spriggs, A. L. & Halpern, C. T. (2008). Sexual Debut Timing and Depressive Symptoms in Emerging Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 37 (9): 1085-1096.
99. Sieving, R. E., Eisenberg, M. E., Pettingell, S. & Skay, C. (2006). Friends' Influence on Adolescents' First Sexual Intercourse. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (1): 13-19.

Tidlig seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom

Hilde Nes Bruland

Universitetet for miljø- og biovitenskap
hilde.bruland@enivest.net

Jocelyne Clench-Aas

Ingri Myklestad

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Divisjon psykisk helse
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo

Ruth Kjærsti Raanaas

Universitetet for miljø- og biovitenskap
Institutt for plante- og miljøvitenskap
Postboks 5003
1432 Ås

Sammendrag

Bakgrunn. Seksuell debutalder har de siste tiårene gått ned for begge kjønn. Målet med studien var å studere sammenheng mellom tidlig seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom.

Materiale og metode. Studien baserer seg på data fra en tverrsnittsundersøkelse blant videregående skoleelever i Akershus 2002 (n=9356). Responsraten var 79 %. Debutalder ble inndelt i ≤ 14 år, 15 år og ≥ 16 år, og sammenlignet med ikke-debuterte. Psykiske vansker ble målt ved Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Resultater. Gutter og jenter som debuterte ≤ 14 år hadde over dobbelt så høy risiko for psykiske vansker sammenlignet med de som ikke hadde debutert. Jenter som debuterte ≤ 14 år hadde også dobbelt så høy risiko for å oppleve vansker som påvirket dagliglivet. Lavere debutalder var assosiert med høyere risiko for atferdsproblemer og hyperaktivitet. Det var over fire ganger høyere risiko for atferdsproblemer blant gutter og tre ganger høyere blant jenter som debuterte ≤ 14 år, sammenlignet med de som ikke hadde debutert. Seksuell debut viste ingen sammenheng med emosjonelle problemer.

Fortolkning. Ungdom som debuterer tidlig har mer psykiske vansker, og spesielt har de mer atferdsproblemer, sammenlignet med de som debuterer senere. Resultatene fra denne studien kan tyde på at tidlig seksuell debut faller inn i et mønster av problematferd.

Seksuell debutalder blant norsk ungdom har gått noe ned de siste 10-15 årene. I Norge falt gjennomsnittlig debutalder fra 1992 til 2002 fra 17,7 år til 16,7 år for jenter, og fra 18,5 år til 18,0 år for gutter (1). Også andre europeiske land har hatt en tilsvarende nedgang (2).

Overgangen fra barn til voksen er en spesiell sårbar periode, da både biologiske, psykologiske og sosiale endringer medfører nye krav og forventninger hos ungdom (3). Tall fra Folkehelseinstituttet viser at 15-20 % av dagens unge sliter med psykiske vansker (4). En undersøkelse blant norske skoleelever i aldersgruppen 10-19 år, viste at jenter rapporterer mest emosjonelle problem og gutter mest atferds- og venneproblem (5).

Alder ved seksuell debut er vist å ha betydning for psykisk helse, spesielt når en slik hendelse inntreffer tidlig i puberteten (6). Enkelte studier har vist at tidlig seksuell debut er assosiert med emosjonelle vansker spesielt for jenter (7-9), mens andre avviser en slik sammenheng (10). Mer konsistent er sammenhengen mellom seksuell debut og eksternaliserende vansker. Tidlig seksuell debut inngår ofte i et bredere spekter av risiko- og problematferd (11). Pedersen og medarbeidere fant at norske gutter og jenter med atferdsproblemer hadde høyere risiko for tidlig seksuell debut (10). En amerikansk longitudinell studie viste at aggressiv atferd og hyperaktivitet i barndommen økte sannsynligheten for ulike typer problematferd i ungdomstiden, deriblant tidlig seksuell debut blant begge kjønn (12). Tidlig debut er også funnet å ha sammenheng med lav sosioøkonomisk klasse, lavt selvbilde og dårlig foreldrestøtte (9, 13).

Studier som har sett på sammenheng mellom seksuell debutalder og psykiske vansker har ofte bare fokusert på ett psykisk helse mål av flere mulige utfall, og de har derfor ikke inkludert ulike typer av psykiske vansker (7-9). Få studier har sett på sammenhengen mellom psykiske vanskers innvirkning på dagliglivet og alder ved seksuell debut. Dessuten har mange studier ikke skilt mellom tvunget og frivillig seksuell debut (8-10).

Formålet med vår studie var å undersøke tidlig seksuell debut som ikke var overtalt eller tvungen, og dennes sammenheng med psykiske vansker og vanskers innvirkning på dagliglivet. Vi ønsket også å se på ulike typer psykiske vansker: både eksternaliserende og internaliserende, og analysere betydningen av disse for begge kjønn separat. I tillegg ønsket vi å kontrollere for mulig beskyttende faktorer som foreldrestøtte og godt selvbilde. Følgende hypoteser ble derfor undersøkt:

1. Jo lavere debutalder desto sterkere sammenheng med symptomer på psykiske vansker
2. Jo lavere debutalder desto sterkere sammenheng med psykiske vanskers innvirkning på dagliglivet
3. God foreldrestøtte og godt selvbilde kan virke beskyttende på sammenhengen mellom tidlig seksuell debut på psykiske vansker
4. Lav debutalder har sterkest sammenheng med eksternaliserende vansker for begge kjønn, men også internaliserende vansker for jenter

Materiale og metode

Design og utvalg

Datamaterialet er hentet fra tverrsnittundersøkelsen Helseprofil for barn og unge i Akershus 2002. Alle elever fra samtlige videregående skoler i fylket ble invitert til å delta (n=13420). Antall besvarelser var 10571 (respons 79 %).

Studien inkluderer jenter og gutter i aldersgruppen 15-20 år, som gikk i første til tredje klasse på videregående skoler i Akershus. Seksuell debut før 11 år, som kan tolkes som incest, ble ekskludert (n=74). I tillegg ble elever som opplevde overtalt eller tvunget debut ekskludert (n=291). Materialet bestod til slutt av 9356 elever (4776 gutter).

Avhengig variabel

Psyriske vansker ble målt ved hjelp av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Symptomer på Totale psyriske vansker består av 20 spørsmål med fem spørsmål på fire delskalaer: Emosjonelle problem, Atferdsproblem, Hyperaktivitet og Venneproblem. Respons ble gitt på en 3-punktskala (0=stemmer ikke, 1=stemmer delvis, 2=stemmer helt). Delskalaene summeres slik at skårene varierer fra 0-10. Summen av delskalaene utgjør Totale psyriske vansker (variasjon 0-40). Det er valgt grenseverdier slik at "avviksgruppen" representerer ca. 10 % av høyeste problemskår i populasjonen, og "gråsoner" representerer ytterligere 10 %, mens "normal" defineres som de laveste 80 % av skårene (sdqinfo.com). Grenseverdiene er justert og tilpasset norsk populasjon (5). Emosjonelle problem og venneproblem defineres som internaliserende vansker, mens atferdsproblem og hyperaktivitet som eksternaliserende vansker (14).

Vanskenes innvirkning ble målt med SDQ "impact"-supplement (15). Dette består av fem spørsmål om hvordan vanskene påvirker ungdommens dagligliv. Svarene ble gitt på 4-punktskala som ble omkodet til 3-punktskala (0=ingen, 0=bare litt, 1=en god del, 2=mye). Summen av de fem spørsmålene gir en skår som varierer fra 0-10. En totalskår på 2 eller mer definerer avvik, en skår på 1 er definert som gråsoner, mens en skår på 0 er normal. Reliabilitet og validitet av SDQ er tidligere undersøkt og funnet tilfredsstillende (16).

Totale psyriske vansker, de fire delskalaene og vanskenes innvirkning ble omgjort til dikotome variabler (normal=0, gråsoner og avvik=1).

Uavhengige variabler

Seksuell debut er basert på tre spørsmål "Har du hatt samleie?", "Alder ved første samleie?" og "Når du hadde ditt første samleie, følte det som noe du ønsket å gjøre?". Sistnevnte spørsmål hadde fire svaralternativ "jeg ønsket virkelig å ha det", "jeg ønsket det sånn passe", "jeg ville ikke, men ble overtalt" og "jeg ble tvunget". De to første svaralternativene ble kategorisert som frivillig seksuell debut. Alder ved frivillig seksuell debut ble delt inn i tre debutgrupper: ≤ 14 år, 15 år og ≥ 16 år. De som ikke hadde debutert ble brukt som referansegruppe.

Foreldrestøtte er basert på fire spørsmål: ”Foreldrene mine kjenner de fleste av vennene jeg er sammen med på fritida”, ”Det er viktig for foreldrene mine å vite hvor jeg er og hva jeg gjør i fritida”, ”Foreldrene mine kjenner foreldrene til de fleste av vennene mine” og ”Foreldrene mine snakker ofte om hvor flink jeg er”. Svar ble gitt på 3-punktskala (0=stemmer ikke, 1=stemmer delvis, 2=stemmer). Svarene ble summert til en foreldrestøtteindeks med skår fra 0=dårlig til 8=god støtte.

Ungdommens selvbilde er målt med to spørsmål: ”Hvordan synes du selv du er?” med fire svaralternativ fra ”svært misfornøyd” til ”svært fornøyd”. Svarene ble omgjort til dikotome (0-1), hvor 1 ble definert som fornøyd. Spørsmålet ”Er du fornøyd med kroppen din?” har tre svaralternativ som ble omkodet til to (0=nei, 0=litt fornøyd, 1=ja). Summen av de to spørsmålene utgjør en dikotom selvbildeindeks, hvor 0 og 1=0, og 2=1.

I tillegg ble det kontrollert for alder ved utfylling av spørreskjema, og familieøkonomi: ”Hvor god råd tror du familien din har?”. Svar ble gitt på 5-punktskala (1=dårlig råd, 5=svært god råd).

Statistikk

Statistiske analyser ble utført i SPSS 17. Data ble analysert ved logistisk regresjon. Deltakere med missing på minst en av variablene ble fjernet fra analysen. Sammenhengen mellom totale psykiske vansker, vanskenes innvirkning og seksuell debut ble analysert ved hjelp av multivariat logistisk regresjon, stegvis justert for alder, familieøkonomi, foreldrestøtte og selvbilde. I sammenhengen mellom emosjonelle problem, atferdsproblem, hyperaktivitet, venneproblem og seksuell debut ble det kontrollert for alder og familieøkonomi. Forskjell i psykiske vansker mellom debutgruppene etter debutalder ble undersøkt ved ANOVA med Bonferronis korreksjon. P-verdi <5 % ble brukt som signifikantgrense. Analysene ble utført separat for gutter og jenter.

Etikk

Elevene mottok informasjonsbrev i forkant av helseundersøkelsen. Deltakelse var frivillig og de som ønsket å delta skrev under på samtykkeerklæring ved utdeling av spørreskjemaet. De som var under 16 år måtte også ha samtykke fra sine foreldre for å delta i undersøkelsen. Spørreskjemaene var anonyme for å ivareta hensynet til personvern. Elevene fylte ut spørreskjemaet på skolen i lærers nærvær, og svarene ble levert i lukket konvolutt og sendt til Stiftelse for helsetjenesteforskning. Undersøkelsen var godkjent av De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Resultater

Fordeling av psykiske vansker, seksuell debut og kontrollvariabler er vist i tabell 1 etter kjønn. Samlet hadde 10,8 % av elevene debutert frivillig da de var ≤ 14 år, 13,3 % når de var 15 år og 24,8 % når de var ≥ 16 år, mens 51 % ikke hadde debutert. Forskjell mellom debutalder og den nåværende alder var i gjennomsnitt 3,7 år for de som debuterte ≤ 14 år, 2,4 år for de som debuterte 15 år og 1,5 år for de som debuterte ≥ 16 år. Gjennomsnittlig alder blant ikke-debuterte var 17,2 år. Når vi undersøkte totalt antall

elever som hadde debutert, inkludert overtalelse og tvang, var andel gutter som hadde debutert ≤ 14 år 11,7 %, 15 år 12,2 % og ≥ 16 år 20,6 %, mens 55,5 % ikke hadde debutert. Andel jenter var henholdsvis 12,2 %, 15,3 %, 29,0 % og 43,5 %.

(sett inn Tabell 1)

Blant de som debuterte frivillig ≤ 14 år hadde 28 % av jentene og 23 % av guttene symptomer på psykiske vansker. Lavere debutalder viste sammenheng med økende symptomer på psykiske vansker for begge kjønn (fig 1).

(sett inn Figur 1)

Andel ungdommer som opplevde at vanskene innvirket på dagliglivet var 39 % blant jentene og 24 % blant guttene som debuterte frivillig ≤ 14 år, sammenlignet med henholdsvis 27 % og 17 % blant de som ikke hadde debutert (fig 2).

(sett inn Figur 2)

Tabell 2 viser at gutter og jenter som debuterte når de var ≤ 14 år hadde mer enn dobbelt så høy risiko for psykiske vansker, sammenlignet med de som ikke hadde debutert. For begge kjønn var det også en høyere risiko for psykiske vansker blant de som debuterte når de var 15 år. Når vi i tillegg kontrollerte for foreldrestøtte og selvbilde gav dette ingen endring i sammenhengen mellom totale psykiske vansker og seksuell debut for gutter eller jenter.

Tabell 2 viser videre at gutter i alle debutgruppene hadde noe høyere risiko for å oppleve at vanskene innvirket på dagliglivet, sammenlignet med de som ikke hadde debutert. Jenter som debuterte ≤ 14 år hadde nesten dobbelt så høy risiko for å oppleve at vanskene innvirket på dagliglivet enn de som ikke hadde debutert. Når vi justerte for foreldrestøtte og selvbilde gav dette ingen endring i sammenhengen mellom vanskenes innvirkning og seksuell debut for gutter eller jenter.

Resultatene viste også at foreldrestøtte for begge kjønn (OR=0.8 (KI 0.8-0.9)) og godt selvbilde blant gutter (OR=0.5 (KI 0.4-0.6)) og jenter (OR=0.4 (KI 0.3-0.5)) var signifikante beskyttelsesfaktorer mot psykiske vansker og vanskenes innvirkning på dagliglivet. Den ujusterte sammenhengen er ikke vist i tabell 2, da den var lik når vi kontrollerte for alder og familieøkonomi.

(sett inn Tabell 2)

Tidlig debut viste sammenheng med høyere risiko for atferdsproblemer og hyperaktivitet for begge kjønn (tab 3). Gutter som debuterte ≤ 14 år hadde over fire ganger så høy risiko for atferdsproblemer,

sammenlignet med de som ikke hadde debutert og tilsvarende tall for jenter var tre ganger så høy risiko. Analyser ved ANOVA viste en signifikant høyere risiko for atferdsproblemer og hyperaktivitet ved gradvis lavere debutalder både blant gutter og jenter ($p < 0,05$). Forskjellen i hyperaktivitet var imidlertid moderat mellom gutter i debutgruppe 15 år og ≥ 16 år ($p = 0,09$), og tilsvarende i atferdsproblemer mellom jenter i debutgruppe ≤ 14 år og 15 år ($p = 0,07$). Videre hadde gutter som debuterte ≥ 16 år og jenter som debuterte etter 15 år lavere risiko for venneproblemer enn de som ikke hadde debutert. Det var ingen sammenheng mellom seksuell debut og emosjonelle problem (tab 3).

(sett inn Tabell 3)

Diskusjon

Formålet med studien var å undersøke sammenhengen mellom alder ved frivillig seksuell debut og psykiske vansker blant ungdom. Resultatene våre viste at lavere debutalder har sammenheng med økende psykiske vansker blant begge kjønn. Jo tidligere debut jo mer atferdsproblemer og hyperaktivitet er det blant ungdom. Vi fant heller ingen endring i resultatet for sammenhengen mellom tidlig debut og psykiske vansker når vi kontrollerte for foreldrestøtte og godt selvbilde.

Denne studien er konsistent med tidligere forskning som viser at tidlig seksuell debut har sammenheng med symptomer på psykiske vansker for begge kjønn (9, 10, 17, 18). Selv når de som har opplevd overtalelse og tvang utelukkes, noe vi vet er assosiert med psykiske vansker (19), var det en sammenheng mellom debutalder og psykiske vansker. Nytt i denne studien er at vi også ser en sammenheng mellom grad av debutalder og psykiske vansker. Det var stor forskjell i psykiske vansker mellom yngste og eldste debutgruppe for begge kjønn. Disse funnene tilfører ny kunnskap, da mye av den tidligere forskningen har konsentrert seg om alder under 16 år uten å gradere denne gruppen (9, 10, 18).

På tross av en sammenheng mellom lavere debutalder og økende symptomer på psykiske vansker viste ikke vanskenes innvirkning på dagliglivet samme trend. En forklaring på dette kan være at ungdom med eksternaliserende vansker, i større grad enn de med internaliserende vansker, ikke selv opplever at de har vansker (20). Samtidig skilte jenter som debuterte ≤ 14 år seg ut med mer vansker i dagliglivet, sammenlignet med de eldre debutgruppene. Sammenfallende med høy skår på symptomer på psykiske vansker kan jenter i denne debutgruppen være en ekstra utsatt og sårbar gruppe. Dette er viktige funn, da få tidligere studier har sett på sammenhengen mellom tidlig debutalder og vansker som innvirker på dagliglivet. Resultatene kan ha sammenheng med at tidlig pubertet kan ha negativ innvirkning blant jenter (6). I følge utviklingsteori fører fysisk modning ikke med seg en tilsvarende akselerasjon i kognitiv utvikling (3). Ungdom som debuterer etter 16 år har dobbelt så stor sannsynlighet for å være fornøyd og nyte sin debut, sammenlignet med de som debuterer før 16 år (17). Wellings og medarbeidere viste at 84 % av jentene som debuterte når de var 13-14 år angret på dette og ønsket i etterkant at de hadde ventet lengre med sin seksuelle debut (21). Samme studie viste

at manglende seksuell kunnskap var signifikant høyere blant de som debuterte når de var 13-14 år, sammenlignet med de som debuterte etter 16 år. Dette kan også underbygges med at tidlig seksuell debut er assosiert med redusert kondombruk, seksuelt overførbare sykdommer og uønsket graviditet (17, 21). Dette kan være forhold som kan forklare noe av årsaken til at alder ved seksuell debut har sammenheng med psykiske vansker, selv ved frivillig seksuell debut.

Tidlig debut viste sammenheng med mer atferdsproblemer og hyperaktivitet for begge kjønn, noe som samsvarer med tidligere studier (10, 12, 18). Vi fant også økende eksternaliserende vansker med gradvis lavere debutalder. Tidlig debut viste ingen sammenheng med internaliserende vansker som emosjonelle problemer, noe som støttes i enkelte studier (10, 22, 23), men ikke andre, som har funnet sammenheng spesielt for jenter (8, 24). Disse ulikhetene i resultater kan muligens forklares ved at tidligere studier ikke har skilt mellom frivillig og tvungen debut. Assosiasjonen mellom seksuell debut og mindre venneproblemer i de eldste debutgruppene kan ha sammenheng med at de som debuterer når de er 15 år eller eldre har noe bedre kompetanse på sosiale relasjoner og vennerelasjoner, sammenlignet med de som ennå ikke har debutert (25).

Siden dette er en tverrsnittstudie kan vi ikke si noe sikkert om årsaksforholdet mellom atferdsproblemer, hyperaktivitet og seksuell debut. I følge tidligere longitudinelle studier tyder det imidlertid på at sammenhengen går fra atferdsproblemer til tidligere seksuell debut (10, 12). Tilsvarende sammenheng er funnet i studie som har undersøkt hyperaktivitet (12). I følge Jessor & Jessor's problematferdsteori, inngår ofte tidlig seksuell debut i et bredere spekter av risiko- og problematferd (11). Dette kan underbygges med at tidlig seksuell debut er assosiert med blant annet høyt alkoholforbruk, narkotika, lavere utdanning og dårligere familieforhold (17, 25). Det at atferdsproblem ble registrert på tidspunkt for utfylling av spørreskjema i denne studien støtter antagelsen om en vedvarende sammenheng mellom seksuell debut og psykiske vansker, noe som også ble vist hos Armour & Haynie (26).

Debutalder har de siste tiårene gått ned med et helt år for jenter, mens nedgangen har vært mindre for gutter (1). I vår studie hadde omtrent en av fire debutert før 16 år, dette er noe høyere tall sammenlignet med tidligere studier (10). Det kan derfor være viktig å skille mellom aldersgrupper under 16 år, noe som også bekreftes av funn i denne studien.

Årsaken til at vi ikke ser noe beskyttende effekt av foreldrestøtte og selvbilde på sammenhengen mellom psykiske vansker og seksuell debut kan være at vi brukte begrenset antall spørsmål på disse variablene. Dette kan ha ført til en svakere effekt enn det ellers ville vært. Imidlertid var foreldrestøtte og godt selvbilde beskyttelsesfaktorer mot psykiske vansker, noe som er konsistent med tidligere funn (27, 28). En begrensning ved vår studie er at alder ved utfylling varierer fra 15 til 20 år. Gjennomsnittsalder var imidlertid 17,5 år, og spredningen var liten (SA=1,0). Alder ble kontrollert for i regresjonsanalysen nettopp for å sjekke at nåværende alder ikke skulle innvirke på sammenhengen mellom seksuell debutalder og psykiske vansker.

I denne studien sammenholdes seksuell debut, som har skjedd forut, med psykiske vansker på tidspunkt for utfylling. Metoden kan derfor være assosiert med skjevheter på grunn av manglende hukommelse og pålitelighet. Muligheten til å gjengi en hendelse avhenger, ikke bare av tiden som er gått, men også hendelsens følelsesmessige betydning. Samtidig består studien av et stort antall ungdommer, med en høy svarprosent.

Det kan konkluderes med at alder har en avgjørende betydning i sammenhengen mellom psykiske vansker og seksuell debut. Sammenholdt med funn fra tidligere studier kan det tyde på at eksternaliserende vansker er en risikofaktor for tidlig seksuell debut. Risikoen for psykiske vansker er høyere blant de som debuterer tidlig, spesielt blant ≤ 14 år. Forebyggende tiltak bør særlig rettes mot ungdom med atferdsproblemer, og samtidig bør seksualundervisning inn på et tidlig stadiet i ungdomsskolen. For å styrke kunnskapen om sammenhengen mellom debutalder og psykisk helse, er det behov for longitudinelle studier med en gradering av alder under 16 år.

Hovedbuskap

- Jo lavere debutalder, jo sterkere assosiasjon med psykiske vansker for begge kjønn
- Flere av jenter som debuterer ≤ 14 år har vansker som har betydning i dagliglivet
- Lavere debutalder har sammenheng med økende atferdsproblemer og hyperaktivitet blant ungdom

Undersøkelsen er finansielt støttet av Stiftelsen helse og rehabilitering gjennom Rådet for psykisk helse, og er gjennomført i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt. Vi vil takke Rune Johansen for god hjelp med statistiske analyser og Nasjonalt folkehelseinstitutt for tilgang til data og lokaler.

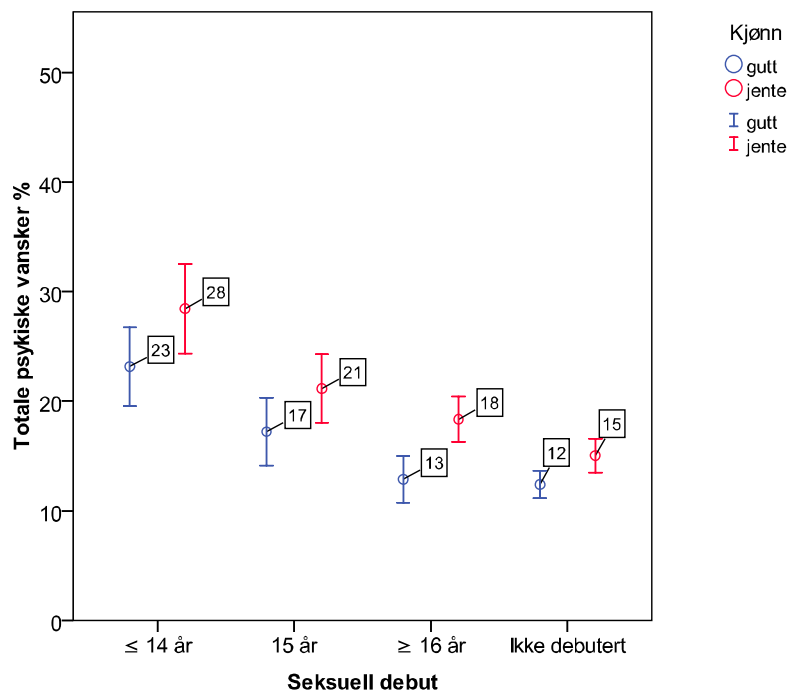
Tabell 1 Deskriptiv fordeling av avhengige og uavhengige variabler i studien med antall elever og prosent (%), og gjennomsnittlig skår med standardavvik (SA).

		Gutter		Jenter	
		Antall (%)	Gjennomsnitt (SA)	Antall (%)	Gjennomsnitt (SA)
Avhengige variabler					
Totale psykiske vansker	Normal	4049 (86)		3717 (82)	
	Gråstone/avvik	675 (14)		832 (18)	
Emosjonelle problem	Normal	4232 (89)		3143 (69)	
	Gråstone/avvik	500 (11)		1412 (31)	
Atferdsproblem	Normal	3861 (82)		4140 (91)	
	Gråstone/avvik	872 (18)		415 (9)	
Hyperaktivitet	Normal	4077 (86)		3820 (84)	
	Gråstone/avvik	650 (14)		731 (16)	
Venneproblem	Normal	3992 (84)		4040 (89)	
	Gråstone/avvik	735 (16)		513 (11)	
Vanskenes innvirkning	Normal	3798 (81)		3188 (71)	
	Gråstone/avvik	900 (19)		1326 (29)	
Uavhengige variabler					
Seksuell debut	Ikke debutert	2676(56,0)		2096(45,8)	
	≥16 år	982 (20,6)		1342(29,3)	
	=15 år	580 (12,1)		665 (14,5)	
	≤14 år	538 (11,3)		477 (10,4)	
<i>Kontrollvariabler</i>					
Alder ¹		4776	17,4 (1,0)	4580	17,4 (1,0)
Familieøkonomi ²		4759	3,7 (0,8)	4565	3,6 (0,8)
Foreldrestøtte ³		4713	4,8 (1,9)	4535	5,1 (1,9)
Selvbilde	Middels/dårlig	2042 (43)		3406 (75)	
	Godt	2686 (57)		1140 (25)	

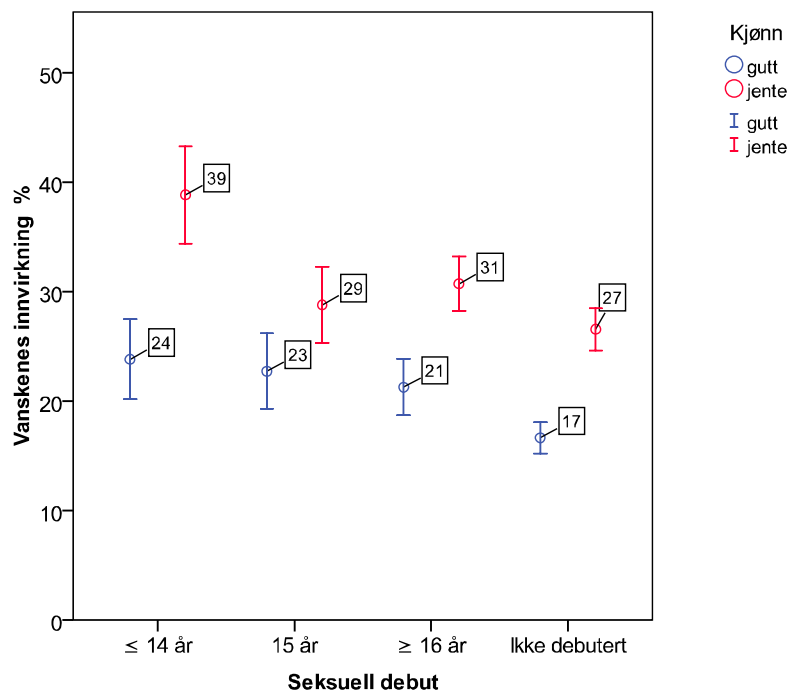
Normal=80 % av laveste problemskår i populasjonen, Gråstone/avvik=20 % av høyeste problemskår i populasjonen.

¹Fra 15,0 til 20,0 år. ²Fra dårlig (1) til svært god råd (5). ³Fra dårlig (0) til god støtte (8).

Figur 1 Sammenheng mellom andel elever med totale psykiske vansker (0-100 %) og seksuell debut. Feilfelt angir 95 % konfidensintervall. (N=9273).



Figur 2 Sammenheng mellom andel elever som opplevde at vanskene hadde innvirkning på dagliglivet (0-100 %) og seksuell debut. Feilfelt angir 95 % konfidensintervall. (N=9212).



Tabell 2 Sammenheng mellom totale psykiske vansker, vanskenes innvirkning og seksuell debut blant gutter og jenter. Odds Ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI).

	Totale psykiske vansker	Vanskenes innvirkning
	N=9245	N=9184
	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)
<u>Gutter</u>		
Seksuell debut		
Ikke debutert	1	1
≥16 år	1.1 (0.9-1.4)	1.3 (1.0-1.6)*
=15 år	1.5 (1.2-1.9)**	1.5 (1.2-1.8)***
≤14 år	2.2 (1.7-2.7)***	1.5 (1.2-1.9)***
<u>Jenter</u>		
Seksuell debut		
Ikke debutert	1	1
≥16 år	1.1 (0.9-1.4)	1.1 (0.9-1.3)
=15 år	1.4 (1.1-1.8)**	1.0 (0.9-1.3)
≤14 år	2.2 (1.7-2.8)***	1.7 (1.4-2.1)***

Justert for alder og familieøkonomi

Merknad: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tabell 3 Sammenheng mellom emosjonelle problem, atferdsproblem, hyperaktivitet, venneproblem og seksuell debut blant gutter og jenter. Odds Ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI).

	Emosjonelle problem	Atferdsproblem	Hyperaktivitet	Venneproblem
	N = 9257	N = 9258	N = 9248	N = 9252
	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)
<u>Gutter</u>				
Seksuell debut				
Ikke debutert	1	1	1	1
≥16 år	0.8 (0.6-1.1)	1.7 (1.4-2.1)***	1.6 (1.3-2.0)***	0.7 (0.6-0.9)**
=15 år	0.9 (0.7-1.3)	2.2 (1.7-2.7)***	2.0 (1.6-2.6)***	0.8 (0.6-1.0)
≤14 år	1.1 (0.9-1.5)	4.2 (3.4-5.2)***	2.8 (2.2-3.6)***	1.0 (0.8-1.3)
<u>Jenter</u>				
Seksuell debut				
Ikke debutert	1	1	1	1
≥16 år	1.0 (0.8-1.1)	1.6 (1.2-2.1)**	1.7 (1.4-2.1)***	0.5 (0.4-0.7)***
=15 år	1.1 (0.9-1.4)	2.1 (1.6-2.8)***	2.2 (1.8-2.8)***	0.6 (0.5-0.9)**
≤14 år	1.1 (0.9-1.4)	3.0 (2.2-4.1)***	2.9 (2.3-3.7)***	0.9 (0.6-1.2)

Justert for alder og familieøkonomi

Merknad: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Litteratur

1. Pedersen W, Samuelsen SO. Nye mønster av seksualatferd blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 21: 3006-9.
2. Teitler JO. Trends in Youth Sexual Initiation and Fertility in Developed Countries: 1960-1995. Ann Am Acad Pol Soc Sci 2002; 580: 134-52.
3. Rutter M, Rutter M. Developing Minds. Challenge and Continuity across the Life Span. New York: BasicBooks, 1993.
4. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009: 8. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009.
5. Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S et al. Self-report strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006; 15: 189-98.
6. Graber JA, Brooks-Gunn J. Transitions and Turning Points: Navigating the Passage From Childhood Through Adolescence. Dev Psychol 1996; 32: 768-76.
7. Meier AM. Adolescent First Sex and Subsequent Mental Health. Am J Sociol 2007; 112: 1811-47.
8. Longmore MA, Manning WD, Giordano PC et al. Self-Esteem, Depressive Symptoms, and Adolescents' Sexual Onset. Soc Psychol Q 2004; 67: 279-95.
9. Valle A-K, Torgersen L, Røysamb E et al. Social class, gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 years olds in Oslo. Eur J Public Health 2005; 15: 185-94.
10. Pedersen W, Samuelsen SO, Wichstrøm L. Intercourse Debut Age: Poor Resources, Problem Behavior, or Romantic Appeal? A Population-Based Longitudinal Study. J Sex Res 2003; 40: 333-45.
11. Jessor R, Costa F, Jessor L et al. Time of first intercourse: A prospective study. J Pers Soc Psychol 1983; 44: 608-26.
12. Schofield H-LT, Bierman KL, Heinrichs B et al. Predicting Early Sexual Activity with Behaviour Problems Exhibited at School Entry and in Early Adolescence. J Abnorm Child Psychol 2008; 36: 1175-88.
13. Valle A-K, Røysamb E, Sundby J et al. Parental social position, body image, and other psychosocial determinants and first sexual intercourse among 15- and 16- year olds. Adolescence 2009; 44: 479-98.
14. Goodman R, Lamping DL, Ploubidis GB. When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. J Abnorm Child Psychol 2010; 38: 1179-91.
15. Heyerdahl S. SDQ - Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. Norsk Epidemiologi 2003; 13: 127-35.

16. Van Roy B, Veenstra M, Clench-Aas J. Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 1304-12.
17. Hawes ZC, Wellings K, Stephenson J. First Heterosexual Intercourse in the United Kingdom: A Review of the Literature. *J Sex Res* 2010; 47: 137-52.
18. Donenberg GR, Bryant FB, Emerson E et al. Tracing the Roots of Early Sexual Debut Among Adolescents in Psychiatric Care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 594-608.
19. Dahle T, Dalen HA, Meland E et al. Uønskede seksuelle erfaringer og helseplager blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010; 130: 1912-6.
20. Wichstrøm L, Backe-Hansen E. Eksternaliserende vansker. I: Kvalem IL, Wichstrøm L, red. *Ung i Norge Psykososiale utfordringer*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS, 2007.
21. Wellings K, Nanchahal K, Macdowall W et al. Sexual behavior in Britain: Early heterosexual experience. *Lancet* 2001; 385: 1843-50.
22. Turner AK, Latkin C, Sonenstein F et al. Psychiatric disorder symptoms, substance use, and sexual risk behavior among African-American out of school youth. *Drug Alcohol Depend* 2011; 115: 67-73.
23. Udell W, Sandfort T, Reitz E et al. The Relationship Between Early Sexual Debut and Psychosocial Outcomes: A Longitudinal Study of Dutch Adolescents. *Arch Sex Behav* 2010; 39: 1133-45.
24. Spriggs AL, Halpern CT. Sexual Debut Timing and Depressive Symptoms in Emerging Adulthood. *J Youth Adolesc* 2008; 37: 1085-96.
25. Bingham CR, Crockett LJ. Longitudinal Adjustment Patterns of Boys and Girls Experiencing Early, Middle, and Late Sexual Intercourse. *Dev Psychol* 1996; 32: 647-58.
26. Armour S, Haynie DL. Adolescent Sexual Debut and Later Delinquency. *J Youth Adolesc* 2007; 36: 141-52.
27. Dekovic´ M, Buist KL, Reitz E. Stability and Changes in Problem Behavior During Adolescence: Latent Growth Analysis. *J Youth Adolesc* 2004; 33: 1-12.
28. Holsen I. Depressive symptomer i ungdomstiden. I: Klepp K-I, Aarø LE, red. *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.

Vedlegg

Vedlegg I: Oversikt over spørsmål som er benyttet i studien

Vedlegg II: Skåring for selvrapportert Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Vedlegg III: Norske grenseverdier i Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Vedlegg IV: De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Vedlegg I: Oversikt over spørsmål som er benyttet i studien

SDQ Symptomer på psykiske vansker

Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

S 11-17

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av hvordan du har hatt det de siste 6 månedene.

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte sint og har kort lunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en eller flere gode venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir som regel likt av andre på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er snill mot de som er yngre enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre barn eller unge plager eller mobber meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SDQ "Impact"-supplement (Vanskenes innvirkning)

• Forstyrrer eller plager vanskene deg?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Virker vanskene inn på livet ditt på noen av disse områdene?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
HJEMME / I FAMILIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORHOLD TIL VENNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seksuell debut

Har du hatt samleie? (sett ett kryss)

Ja, med en partner

Ja, med ulike partnere

Nei

Alder ved første samleie? Jeg var år

Når du hadde ditt første samleie, følt det som noe du ønsket å gjøre?

jeg ønsket virkelig å ha det

jeg ønsket det sånn passe

jeg ville ikke, men ble overtalt

jeg ble tvunget

Kjønn

Er du gutt eller jente? (Sett kryss i den ruta som passer)

Gutt Jente

Alder

Hvilket år er du født (eks. 1988)?

År:

Familieøkonomi

Hvor god råd tror du din familie har? Svært god råd God råd Middels god råd
Ikke særlig god råd Dårlig råd

Foreldrestøtte

Nå kommer noen spørsmål om hva du tenker om dine foreldre. Hvis foreldrene dine er veldig forskjellige, tenk på den du tilbringer mest tid sammen med. Kryss av for det som stemmer best for deg.

Stemmer Stemmer Stemmer ikke
delvis

Foreldrene mine kjenner de fleste av de vennene jeg er sammen med i fritida

Det er viktig for foreldrene mine å vite hvor jeg er og hva jeg gjør i fritida

Foreldre mine kjenner foreldrene til de fleste av vennene mine

Foreldre mine snakker ofte om hvor flink jeg er

Selvbylde

Nedenfor er det noen utsagn om hvordan du synes du selv er. Kryss av ett kryss for det som passer deg best.

Jeg er svært fornøyd med hvordan jeg er

Jeg er stort sett fornøyd med meg selv

Jeg er litt misfornøyd med hvordan jeg er

Jeg er svært misfornøyd med hvordan jeg er

Er du fornøyd med kroppen din? Ja Litt fornøyd Nei

Har du noen gang drukket så mye alkohol at du har vært skikkelig beruset (full) ?

Nei, aldri

Ja, en gang

Ja, 2-3 ganger

Ja, 4-10 ganger

Ja, mer enn 10 ganger

(Hentet fra Rødje, K., Clench-Aas, J., Roy, B. V., Holmboe, O. & Müller, A. M. (2004). Helseprofil for barn og unge i Akershus - Ungdomsrapporten. Lørenskog: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten)

Vedlegg II: Skåring for selvrapportert Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Scoring the Self-Report Strengths and Difficulties Questionnaire

The 25 items in the SDQ comprise 5 scales of 5 items each. It is usually easiest to score all 5 scales first before working out the total difficulties score. Somewhat True is always scored as 1, but the scoring of Not True and Certainly True varies with the item, as shown below scale by scale. For each of the 5 scales the score can range from 0 to 10 if all 5 items were completed. Scale score can be prorated if at least 3 items were completed.

	Not True	Somewhat True	Certainly True
Emotional Symptoms Scale			
I get a lot of headaches, stomach-aches or sickness	0	1	2
I worry a lot	0	1	2
I am often unhappy, downhearted or tearful	0	1	2
I am nervous in new situations	0	1	2
I have many fears, I am easily scared	0	1	2
Conduct Problems Scale			
I get very angry and often lose my temper	0	1	2
I usually do as I am told	2	1	0
I fight a lot	0	1	2
I am often accused of lying or cheating	0	1	2
I take things that are not mine	0	1	2
Hyperactivity Scale			
I am restless. I cannot stay still for long	0	1	2
I am constantly fidgeting or squirming	0	1	2
I am easily distracted	0	1	2
I think before I do things	2	1	0
I finish the work I am doing	2	1	0
Peer Problems Scale			
I am usually on my own	0	1	2
I have one good friend or more	2	1	0
Other people my age generally like me	2	1	0
Other children or young people pick on me	0	1	2
I get on better with adults than with people my age	0	1	2
Prosocial Scale			
I try to be nice to other people	0	1	2
I usually share with others	0	1	2
I am helpful if someone is hurt, upset or feeling ill	0	1	2
I am kind to younger children	0	1	2
I often volunteer to help others	0	1	2

The Total Difficulties Score:

is generated by summing the scores from all the scales except the prosocial scale. The resultant score can range from 0 to 40 (and is counted as missing if one of the component scores is missing).

Interpreting Symptom Scores and Defining "Caseness" from Symptom Scores

Although SDQ scores can often be used as continuous variables, it is sometimes convenient to classify scores as normal, borderline and abnormal. Using the bandings shown below, an abnormal score on the total difficulties score can be used to identify likely "cases" with mental health disorders. This is clearly only a rough-and ready method for detecting disorders – combining information from SDQ symptom and impact scores from multiple informants is better, but still far from perfect. Approximately 10% of a community sample scores in the abnormal band on any given score, with a further 10% scoring in the borderline band. The exact proportions vary according to country, age and gender – normative SDQ data are available from the web site. You may want to adjust banding and caseness criteria for these characteristics, setting the threshold higher when avoiding false positives is of paramount importance, and setting the threshold lower when avoiding false negatives is more important.

Self Completed

	Normal	Borderline	Abnormal
Total Difficulties Score	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Emotional Symptoms Score	0 - 5	6	7 - 10
Conduct Problems Score	0 - 3	4	5 - 10
Hyperactivity Score	0 - 5	6	7 - 10
Peer Problems Score	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Prosocial Behaviour Score	6 - 10	5	0 - 4

Generating and Interpreting Impact Scores

When using a version of the SDQ that includes an "Impact Supplement", the items on overall distress and social impairment can be summed to generate an impact score that ranges from 0 to 10.

	Not at all	Only a little	Quite a lot	A great deal
Difficulties upset or distress me	0	0	1	2
Interfere with HOME LIFE	0	0	1	2
Interfere with FRIENDSHIPS	0	0	1	2
Interfere with CLASSROOM LEARNING	0	0	1	2
Interfere with LEISURE ACTIVITIES	0	0	1	2

Responses to the questions on chronicity and burden to others are not included in the impact score. When respondents have answered "no" to the first question on the impact supplement (i.e. when they do not perceive themselves as having any emotional or behavioural difficulties), they are not asked to complete the questions on resultant distress or impairment; the impact score is automatically scored zero in these circumstances.

Although the impact scores can be used as continuous variables, it is sometimes convenient to classify them as normal, borderline or abnormal: a total impact score of 2 or more is abnormal; a score of 1 is borderline; and a score of 0 is normal.

(Lastet ned fra www.sdqinfo.com 08.02.12)

Vedlegg III: Norske grenseverdier for psykiske vansker i Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Sammenligning av norske og britiske grenseverdier av totale psykiske vansker og delskalene i SDQ selvrapporteringskjema, i et normal (Prosentil <80), gråsoner (P 80-90) og avviksutvalg (> P 90).

	Norske grenseverdier Helseprofil i Akershus¹ (16-19 år)			Britiske grenseverdier Robert Goodman² (11-16 år)		
	Normal < P80	Gråsoner P80-90	Avvik >P90	Normal <P80	Gråsoner P80-90	Avvik >P90
Totale psykiske vansker	0-15	16-18	19-40	0-15	16-19	20-40
Emosjonelle problem	0-4	5	6-10	0-5	6	7-10
Atferdsproblem	0-3	4	5-10	0-3	4	5-10
Hyperaktivitet	0-6	7	8-10	0-5	6	7-10
Venneproblem	0-3	4	5-10	0-3	4-5	6-10

¹Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S. & Clench-Aas, J. (2006). Self-report strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (4): 189-198.

²www.sdqinfo.com

Vedlegg IV: Godkjenning fra De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

REGIONAL KOMITE FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK

Helseregion Øst

Seniorforsker Jocelyne Clench-Aas
HELTEF – Stiftelse for helsetjenesteforskning
1474 Nordbyhagen

Deres ref.:

Vår ref.: 40-02022

Dato: 31. januar 2002

Helseprofil for barn og ungdom i Akershus

Regional komite for medisinsk forskningsetikk, helseregion Øst, vurderte prosjektet på sitt møte 25.01.02.

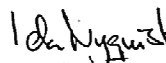
Komiteen vil ikke motsette seg at studien blir gjennomført.

Komiteen synes at spørreskjemaundersøkelsen er svært omfattende og lite fokusert, og er noe i tvil om hva søker kan få ut av en slik undersøkelse. Det savnes en redegjørelse både for hvordan man har tenkt å følge opp med tiltak, og for evaluering av tiltakene.

Med vennlig hilsen



Knut Engedal
professor dr.med.
leder



Ida Nyquist
sekretær

