



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2020 30 stp.
Fakultet for landskap og samfunn

Ungdom, seksuell debut og bruk av prevensjon. Resultater fra tverrsnittsundersøkelsen Ungdata 2017-2019

Youth, Sexual Debut and Use of Contraception.
Results from the Ungdata Cross-sectional Study
2017-2019

Hanne Stine Johansen
Master i folkehelsevitenskap

Forord

Avslutningen av denne masteroppgaven betyr samtidig slutten på to utrolig fine og lærerike år ved NMBU. Selv om det til tider har vært krevende, har det først og fremst vært veldig spennende. Arbeidet med selve masteroppgaven har vært en lang prosess, med tidvis noe frustrasjon, men når jeg ser tilbake har jeg lært veldig mye. Ungdoms helse er noe jeg er svært interessert i og med tanken på at mye av grunnlaget for god helse legges i ungdomsårene, har dette vært en motivasjon for valg av tema. En takk rettes til NOVA som har gitt meg tilgang til deres omfattende datamateriale og gitt støtte gjennom prosessen. En stor takk går også til forsker Mira Aaboen Sletten ved NOVA, som har holdt svært inspirerende seminarer i løpet av dette året og gitt meg mange nyttige innspill.

Videre må jeg takke mine to veiledere. Tusen takk til hovedveileder Sheri Lee Bastien, førsteamanuensis ved NMBU, for støtte og oppmuntring fra første dag. Dine raske tilbakemeldinger og fine innspill har vært uvurderlige. En stor takk går også til biveileder Geir Aamodt, professor ved NMBU, for hjelp til analysene. Din genuine tålmodighet og vennlighet har vært til stor hjelp.

I løpet av disse to årene har jeg vært så heldig å få nye venner og en stor takk rettes til Stina Segerblad for disse to årene sammen. Det har vært mange morsomme stunder med deg! Takk også til Nina Eriksen for støtte og hyggelige stunder gjennom studietiden, selv om vi ikke vil jobbe med GIS sammen igjen! Min kjære Petter fortjener en stor takk for at du støtter meg i alt jeg gjør, leser korrektur og har vært min Excel assistent selv om du ikke kan fordra det. Du er min klippe! Til slutt mine to små, Håkon og Mari, som nok er mer glad enn mamma for at studenttiden nå er over.

Oslo, juni 2020

Stine Johansen

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien var å se om det var en sammenheng mellom manglende bruk av prevensjon ved seksuell debut og bruk av rusmidler som alkohol eller hasj. Det var også ønskelig å se om bruk av helsetjenester som besøk hos helsesykepleier eller helsestasjon for ungdom kunne gi økt bruk. Avslutningsvis var det ønskelig å se om alder ved den seksuelle debut eller sosioøkonomisk bakgrunn kunne ha en betydning for prevensjonsbruken.

Metode: Utvalget besto av ungdommer fra videregående skoler fra hele Norge som deltok i tverrsnittsundersøkelsen Ungdata 2017- 2019 (n=63623). Kun ungdommer som hadde debutert seksuelt ble utvalgt. Videre ble informasjon om alder ved den seksuelle debut, om de hadde benyttet helsetjenester, om de hadde drukket alkohol eller røyket hasj og endelig spørsmål omkring den sosioøkonomiske status inkludert. Frekvenstabeller, kji-kvadrattester og logistisk regresjon ble benyttet for å undersøke bruken av prevensjon ved seksuell debut og mulige sammenhenger.

Resultat: Totalt rapporterte 34 % av ungdommene at de ikke hadde benyttet prevensjon ved sin seksuelle debut. Gutter i noe større grad enn jenter. Sammenhengen mellom prevensjonsbruk og ulike bakgrunnsvariabler var imidlertid nokså lik for begge kjønn. Bruken av prevensjon var noe lavere blant ungdom i lavere sosiale lag. Risikoen økte for ikke å ha brukt prevensjon ved lav debut alder og det å ha mye erfaring med rusmidler. Bruk av helsetjenester tilrettelagt for ungdom gav ingen økt prevensjonsbruk.

Konklusjon: Funn fra denne studien indikerte at det var en sammenheng mellom manglende prevensjonsbruk ved seksuell debut og det å ha mye erfaring med rusmidler, både alkohol og hasj. Fra et forebyggende perspektiv er det viktig å øke bevisstheten hos ungdom omkring mulige konsekvenser av å ikke bruke prevensjon, som seksuelt overførbare infeksjoner og uønsket graviditet. Det vil være viktig med et bredt forebyggende arbeid for å nå alle grupper av ungdommer og tiltak for å nå ungdom som innehar ulik type problematferd bør prioriteres.

Abstract

Background: The purpose of this study was to see if there was a correlation between non-use of contraception in sexual debut and use of intoxicants such as alcohol or hashish. It was also desirable to see if the use of health services such as visits to a school nurse or youth health center could increase usage. Finally, it was desirable to see if age at the time of sexual debut or socioeconomic background could have an impact on the use of contraception.

Methods: The selection consisted of young people from high schools from all over Norway who participated in the cross-sectional study Ungdata 2017-2019 (n = 63623). Only young people who had debuted sexually were selected. Furthermore, information about age at the sexual debut, whether they had used health services, whether they had drunk alcohol or smoked hashish and finally questions about socioeconomic status were included. Frequency tables, chi-square tests and logistic regression were used to explore the use of contraception in sexual debut and possible correlations.

Results: A total of 34 % of adolescents reported that they had not used contraception at their sexual debut. Boys to a greater extent than girls. However, the relationship between contraceptive use and different background variables was fairly similar for both genders. The use of birth control was somewhat lower among youth in lower social strata. The risk increased not having used birth control at low onset age and having a lot of experience with drugs. The use of facilitated health services for young people did not result in increased contraceptive use.

Conclusion: Findings from this study indicated that there was a correlation between lack of contraceptive use in sexual debut and having a lot of experience with drugs, both alcohol and hashish. From a preventive perspective, it is important to raise awareness among adolescents about the potential consequences of not using birth control, such as sexually transmitted infections and unwanted pregnancy. From a preventive perspective, the most important issue is to raise awareness amongst young people about the consequences, like sexually transmitted infections and unwanted pregnancy, by not using contraception. Priority will be given to preventive efforts to reach all groups of young people and taking measures to reach young people with different types of problem behavior should be prioritized.

Forord.....	I
Sammendrag.....	II
Abstract	III
Figur- og tabelloversikt i kappen.....	V
Tabelloversikt i artikkelen.....	V
Forkortelser	VI
1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Oppgavens oppbygging.....	1
1.2 Ungdom og seksuell debut	1
1.3 Bruk av prevensjon i et folkehelseperspektiv.....	2
2.0 Problemstilling	4
2.1 Forsknings spørsmål.....	4
3.0 Bakgrunn	5
3.1 Ungdom og seksuell helse.....	5
3.2 Ungdomstid, identitetsdannelse og endringer i atferd	6
3.2.1 Ungdom og problematferd	9
3.2.2 Ungdom og helse relatert atferd	10
4.0 Metode.....	14
4.1 Variabler.....	15
4.5 Statistiske metoder	16
4.6 Etske overveielser	16
5.0 Resultater.....	17
6.0 Diskusjon.....	20
6.1 Metodiske betraktninger – styrker og begrensninger ved studien.....	25
7.0 Konklusjon og implikasjoner	27
Litteraturliste	29
Ungdom, seksuell debut og bruk av prevensjon. Hvilken betydning har bruk av rusmidler?.....	38

Figur- og tabelloversikt i kappen

Figur 1	Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell
Figur 2	The Theory of planned behaviour
Figur 3	Bruk av prevensjon sett i sammenheng med alder ved seksuell debut
Figur 4	Gutters bruk av prevensjon sett i sammenheng med konsum av rusmidler
Figur 5	Jenters bruk av prevensjon sett i sammenheng med konsum av rusmidler

Tabelloversikt i artikkelen

Tabell 1a og 1b	Deskriptiv oversikt over utvalget
Tabell 2	Prevalens av bruk av prevensjon
Tabell 3	Krysstabell med bruk av prevensjon
Tabell 4a	Logistisk regresjon, bruk av prevensjon, gutter
Tabell 4b	Logistisk regresjon, bruk av prevensjon, jenter

Forkortelser

FAS II	The Family Affluence Scale II
KI	Konfidensintervall
KoRus	Kompetansesentre på rusfeltet
NOVA	Norsk institutt for forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring
NSD	Norsk senter for forskningsdata
OR	Odds Ratio
REK	Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSB	Statistisk sentralbyrå
SØS	Sosioøkonomisk Status
VG1	Videregående trinn 1
VG2	Videregående trinn 2
VG3	Videregående trinn 3

1.0 Introduksjon

1.1 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven presenteres i to deler; først en kappe, deretter en artikkel. Kappen inneholder en mer omfattende beskrivelse av teori og empiri, en utfyllende metodedel, samt en utvidet resultatdel, diskusjonsdel og metodediskusjon. I kappen vil jeg forsøke å se på problemstillingene i lys av det folkehelsefaglige perspektivet. Artikkelen, som er et selvstendig forskningsarbeid vil bli sendt til Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning i forsøk på publisering. Artikkelen er omfangsrik, idet tidsskriftet har en maks grense på 7500 ord. For øvrig er deres forfatterinstrukser tilstrebet etterfulgt.

1.2 Ungdom og seksuell debut

Den seksuelle debut er for mange ungdommer myteomspunnet med ulike forventninger knyttet til seg. For enkelte kan den seksuelle debut være planlagt, mens den for andre igjen kan være en spontan hendelse. Uansett vil bruken av prevensjon knyttet til den seksuelle debut være et viktig valg. En utelatelse av prevensjon kan medføre konsekvenser som smitte av seksuelt overførbare infeksjoner og uønsket graviditet. Alderen for seksuell debut i Norge har vært relativt stabil gjennom de senere år, hvor tall fra 2002 viser en debutalder på 16.7 år for jenter og 18 år for gutter (Pedersen & Samuelsen, 2003). Flere nyere undersøkelser tyder ikke på at debutalderen har gått ned, det er heller antydning til at ungdom debuterer i noe senere alder. Eksempelvis viser undersøkelsene Ung i Oslo fra de senere år en tidstrend hvor stadig færre har hatt samleie, noe som viser at gjennomsnittlig debutalder har økt over tid. Denne trenden vises uavhengig av kjønn og innvandrerbakgrunn (Bakken, 2018).

Alder ved den seksuelle debut har vist seg å være en viktig faktor for ungdoms atferd. Flere studier har blant annet sett på sammenhengen mellom tidlig seksuell debut og en lavere andel som bruker prevensjon (Wellings et al., 2001; Guleria et al., 2017). Samtidig viser et flertall studier, både nasjonalt og internasjonalt at lav alder ved samleiedebut ofte har en sammenheng med et mønster av ulike typer problematferd, som eksempelvis kan innebære

bruk av rusmidler (Pedersen, Samuelsen & Wichstrøm, 2003; Armor & Haynie, 2007; Cornelius, Clark, Reynolds Kirisci & Tarter, 2007).

En litteraturgjennomgang viser at en større andel av forskningen ser på bruken av prevensjon ved siste samleie, mens en mindre andel ser på prevensjonsbruk ved den seksuelle debut. Betydning av atferden ved den seksuelle debut har vist seg å være en viktig faktor, da forskning viser at ungdoms atferd og valg kan ha betydning for deres livsstil senere i livet (Klepp & Aarø, 2009). En utelatelse av prevensjon ved den seksuelle debut kan indikere en videre risikoatferd med en mindre bruk av prevensjon i senere alder (Træen, 2009; Welti, Wildsmith & Manlove, 2011).

1.3 Bruk av prevensjon i et folkehelseperspektiv

Folkehelseloven definerer folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeles seg i en befolkning». Videre definerer den folkehelsearbeid som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Folkehelseloven, 2011, § 3).

De senere år har det vært et økt fokus på betydningen av den seksuelle helsen. Strategien «Snakk om det» fra 2017 har som mål å tydeliggjøre nettopp denne betydningen og styrke den seksuelle helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Målgruppen er hele befolkningen hvor strategien legger vekt på å sikre mennesker i alle aldre kunnskap og kompetanse for å ivareta sin seksuelle helse. Strategien har videre et fokus på ungdoms seksualitet med en målsetting om at ungdom skal ha gode assosiasjoner med sin seksuelle helse og ha et trygt seksualliv. En fortsatt reduksjon av uønskede svangerskap og et lavere antall smittede av seksuelt overførte sykdommer er også nevnt i målsettingen.

Folkehelsearbeidet er ikke bare samfunnets innsats, men også deres ansvar. Det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i befolkningen. For ungdom og prevensjonsbruk vil det si at aktuelle instanser som skole og skolehelsetjenesten skal bidra med kunnskap, undervisning og tilgjengelighet av prevensjonsmidler (Helsedirektoratet, 2019). Tall fra undersøkelser viser at i overkant av 30 % av ungdommen oppgir en manglende bruk av

prevensjon ved sin seksuelle debut (Træen, Stigum & Magnus, 2003; Bakken, 2018). Det betyr at en relativt stor andel av ungdomsbefolkningen utsetter seg for fare for seksuelt overførbare infeksjoner og uønsket graviditet. Når forskning viser at mye av grunnlaget for helse og helserelevante valg skjer i ungdomstiden, er det viktig med både en tidlig innsats og kunnskap om hva som påvirker helsen (Viner et al, 2012).

En viktig oppgave for folkehelsearbeidet er utjevning av sosiale forskjeller (Folkehelseloven, 2011, § 1). Selv om Norge er et samfunn preget av velstand og gode velferdsordninger, finnes det også betydelige sosiale forskjeller blant befolkningen. Dette gjenspeiler seg også i sosial ulikhet i helse (St.mld. nr. 13, 2019). Denne ulikheten må sies å være en stor utfordring for folkehelsen og en rapport fra 2014 viser at den generelle folkehelsen er i bedring, men utfordringer som nevnes er at helseulikhetene allikevel består og for enkelte av de lavere sosioøkonomiske gruppene øker ulikhetene (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Rapporten viser videre at ulikhet i oppvekt og utdanning er to viktige faktorer bak forskjellene i helsetilstanden blant Norges befolkning. Helsetilstanden til ungdom er jevnt over bedre enn for den voksne del av befolkningen. Samtidig viser studier at også ungdoms helse, i likhet med den voksne del av befolkningen, har en sammenheng med sosioøkonomisk status (Goodman, 1999; Starfield, Riley Witt and Robertson 2002; Moor et al., 2015).

Helsetilstanden følger den sosiale gradient med jo høyere sosioøkonomisk status desto bedre helse (Dahl et al., 2014). Internasjonal forskning har vist at ungdom med lavere sosioøkonomisk status blant annet har flere seksuelle partnere, en høyere forekomst av seksuelt overførbare sykdommer og flere aborter (Bengesai, Khan & Dube, 2018; Xu, Norton & Rahman, 2018). En rapport fra NOVA om sosiale forskjeller blant ungdom i Norge viser en tendens til at jenter fra familier med en lavere sosioøkonomisk status debuterer tidligere seksuelt. For øvrig viser rapporten at det er uklare sammenhenger mellom sosioøkonomisk status, bruk av prevensjon og uønsket graviditet (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016).

Denne studien vil undersøke hvilke ungdommer som utelater prevensjon ved sin seksuelle debut og om dette har en sammenheng med deres bruk av rusmidler. Studien baserer seg på data fra en tverrsnittstudie og tillater derfor ikke å se på årsakssammenhenger direkte. Det vil derfor bli lagt vekt på om det finnes et mønster av atferd. Økt kunnskap om hvilke ungdommer som utelater prevensjon ved sin seksuelle debut og deres rus- og helseatferd, kan bidra i det forebyggende arbeidet og være viktig i et folkehelseperspektiv.

2.0 Problemstilling

En rekke studier har sett på betydningen av en manglende bruk av prevensjon generelt ved samleie og sammenhengen med bruk av rusmidler. En vanlig spørsmålsformulering i spørreundersøkelser er prevensjonsbruk ved siste samleie. Et mindre antall studier har sett på denne sammenhengen ved den seksuelle debut. Tidligere studier har også sett at alder ved den seksuelle debut og den sosioøkonomiske status kan ha betydning for denne sammenhengen. Videre har forskning vist at bruken av helsetjenester for ungdom kan ha en betydning for bruken av prevensjon. Disse variablene er derfor inkludert i studien som demografiske variabler for å undersøke hvordan prevensjonsbruken fordeler seg etter dem, og om de opptrer som konfunderende variabler.

Målet med denne studien er blant annet å undersøke prevalensen av prevensjonsbruk ved den seksuelle debut hos ungdom, se om det finnes kjønnsforskjeller og om bruk av rusmidler har en betydning.

2.1 Forskningsspørsmål

Studien har tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hva er prevalens av prevensjon ved seksuell debut, er det kjønnsforskjeller og hvordan er fordelingen etter alder ved debut og sosioøkonomiske status?*
- 2) Har ungdom med et høyt forbruk av rusmidler oftere debutert seksuelt uten bruk av prevensjon?*
- 3) Har ungdom som bruker helsetjenester for ungdom mye, sjeldnere debutert seksuelt uten bruk av prevensjon?*
- 4) Har bruk av rusmidler og helsetjenester samme betydning for bruk av prevensjon blant jenter og gutter?*

3.0 Bakgrunn

Innledningsvis ble det gitt et innblikk i problemstillingen omkring manglende bruk av prevensjon ved den seksuelle debut og faktorer som kan påvirke dette valget. I tillegg ble temaet folkehelserelevans presentert. I dette kapittelet vil jeg oppsummere det empiriske grunnlaget for denne studien, samt redegjøre for teori som kan hjelpe til med å forklare mekanismene omkring ungdoms valg og atferd.

3.1 Ungdom og seksuell helse

Begrepet helse er sammensatt og kan defineres på flere måter. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (WHO, 1948). WHO har også utarbeidet faglige definisjoner av den seksuelle og reproduktive helsen. Disse definisjonene er i tråd med WHO sin generelle helsedefinisjon og de omfatter dermed ikke bare fravær av sykdom, men også de positive aspektene som velvære. Seksuell helse innebærer dermed en mulighet til å leve ut sin seksualitet, med full respekt for andres helse og velvære. Det å ha en god seksuell helse innebærer en ressurs og beskyttelsesfaktor som kan bidra til å fremme livskvalitet og mestringsferdigheter. I tillegg til det fysiologiske og fysiske aspektet, vil seksualiteten også innebære følelser, handlinger og tanker (WHO, 2006).

Seksualitet er en medfødt egenskap og biologisk nedlagt i mennesket. Seksualiteten er ikke noe som oppstår i puberteten, vi har den med oss hele livet, men det er normalt sett i puberteten de unges interesse for hverandre og for seksualiteten øker (Vildalen, 2014). En positiv holdning og det å ha kunnskap om kropp og seksualitet, kan bidra til at ungdom får en bedre seksuell helse. Dette kan innebære at ungdommene er trygge og klarer å sette grenser for seg selv, som igjen kan føre til at ungdommene opplever å ha gode og trygge seksuelle erfaringer, fri fra tvang og diskriminering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det å få mulighet til å opparbeide seg sin egen seksuelle identitet i løpet av puberteten basert på positive holdninger og kunnskap, kan bidra til et sunnere handlingsmønster og en tryggere seksuell atferd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Som nevnt innledningsvis debuterer de fleste ungdommer seksuelt når de er et sted mellom 16 og 18 år (Bakken, 2018). De vanligste motivene for ungdoms første samleie er nysgjerrighet, forelskelse, spenning og seksuell opphisselse. Jenter oppgir oftere enn gutter viktigheten av det emosjonelle aspektet ved første samleie (Træen & Kvalem, 1996). Selv om den seksuelle helsen er en ressurs, blir ungdoms seksualitet i mange sammenhenger plassert i en risikokontekst med et fokus på den problematiske siden av seksualiteten. En stor del av forskningen omkring ungdoms seksualitet legger vekt på risikoatferd i form av tidlig debut, en manglende bruk av prevensjon og bruk av rusmidler i samme kontekst. En av årsakene til dette fokuset kan være ungdommers uerfarenhet, med en manglende kunnskap om seksualitet og i noen tilfeller en lite utviklet modenhet (Bakken, 2018; Rashad & Kaestner, 2004).

Forskning har sett at ungdoms seksuelle atferd har endret seg betydelig i løpet av de siste to tiår. Pedersen & Samuelsen (2003) studerte seksualatferd blant norsk ungdom i årene 1992–2002. Resultatene fra denne studien viste at ungdom eksperimenterer mer og har mer tilfeldig sex utenom faste kjæresteforhold. En av årsaksforklaringene legger vekt på samfunnets økte fokus på seksualisering i det offentlige rom. Seksualiteten er mer tilgjengelig gjennom media og internett enn det har vært for tidligere generasjoner. Medietilsynet (2020) har nylig kommet med en rapport «Barn og medier», hvor tallene viser at andelen barn og unge som har sett porno, har økt fra 42 prosent i 2018 til 49 prosent i 2020. Av unge som har sett porno, har nesten 60 prosent sett dette før de fylte 13 år. Antallet som ser porno øker med alderen, og betydelig flere gutter enn jenter har sett porno på nett. En rapport fra Redd Barna (2020) viser at unge opplever at de i liten grad har sett innhold som viser kjærighet og følelser. Videre blir det rapportert at det er lett å komme over voldelig eller overgrepspregnet seksuelt innhold. Rapporten mener at disse funnene kan tyde på at pornobruk i tidlig alder kan påvirke de unges kunnskap om sex og deres seksuelle atferd.

3.2 Ungdomstid, identitetsdannelse og endringer i atferd

Ungdomstiden er en tid preget av store endringer, både fysiske, psykologiske og sosiale (Gibbons, 2000). Denne endringsprosessen vil kunne innebære en sårbarhet, men samtidig gi ungdommen muligheter for vekst (Kvalem & Wichstrøm, 2007). Selve ungdomsperioden blir definert som livsfasen mellom barndom og voksenlivet (Illeris, Katznelson, Nielsen, Simonsen & Sørensen, 2009). Samtidig som ungdommen opplever en utvikling på de nevnte

plan, vil de også oppleve en identitetsdannelse og en personlig utvikling. En identitet handler om hvordan man opplever seg selv i tillegg til hvordan man vil være og hvordan man opplever at andre oppfatter en (Illeris et al., 2009). Ungdomstiden vil for mange være den viktigste perioden i livet for sin identitetsdannelse.

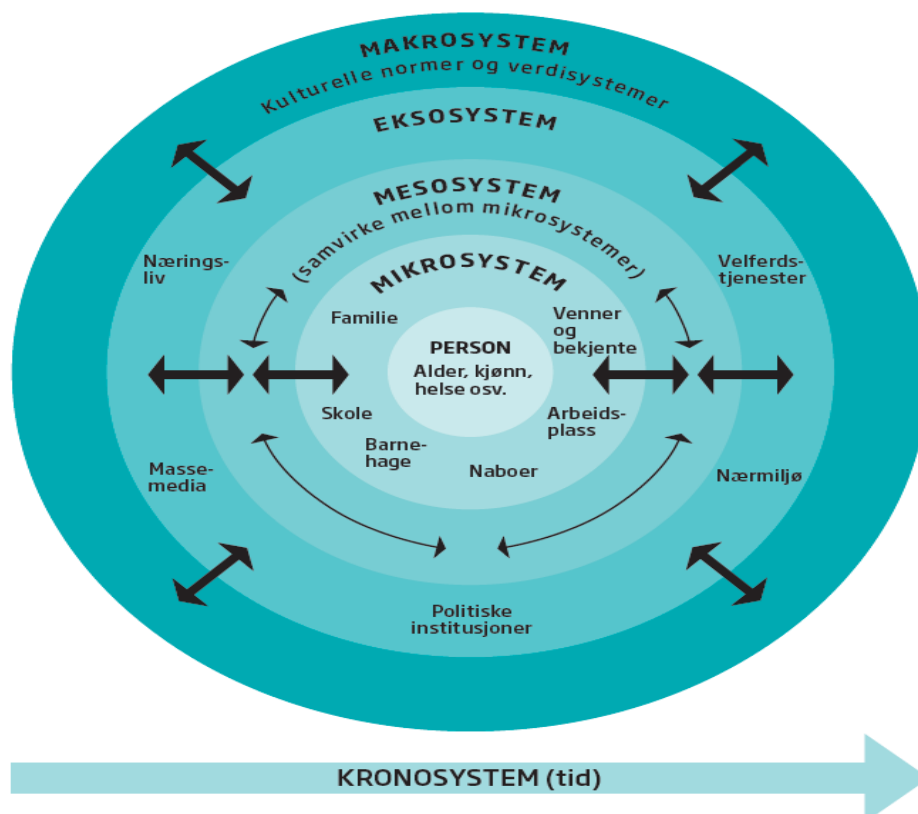
Endringene og utviklingen ungdommen opplever vil kunne stille krav til tilpasning til omgivelsene og konteksten ungdommene lever i. Ungdommen utvikles og modnes i utakt. Dette gjelder både i sammenlikning med andre jevnaldrende, men også innad for den enkelte ungdommen. Eksempelvis vil ulike systemer som påvirker følelser og atferd kunne modnes og utvikles i forskjellig takt (Kvalem & Wichstrøm, 2007). For ungdommene kan mange krav og endringer samtidig føles uoverkommelig. Steinberg (2005) uttrykker at utfordringer i ungdomstiden kan reflektere vanskeligheter i en koordinering i modningsnivå på for eksempel det intellektuelle og det følelsesmessige plan. Dette sammen med betydningen av påvirkning fra det sosiale og det kulturelle, kan bidra til forklaringen på hvorfor ungdomstiden er en tid med økt risiko for å utvikle blant annet atferdsproblemer (Steinberg, 2005).

Når ungdomstiden er en viktig tid for identitetsdannelse vil det samtidig kunne forekomme utfordringer med nettopp det å finne sin identitet i denne epoken i livet. Det å finne sin identitet, «hvem er jeg», i en periode preget av utvikling på mange plan kan oppleves forvirrende og utfordrende. Identiteten skal utvikles både i forhold til valg av studieretning, ideologiske verdier, sin seksuelle identitet og mer atferdsmessige valg som for eksempel utforskning av rusmidler (Kvalem & Wichstrøm, 2007). Den sosiale kontekst ungdommene befinner seg i, vil kunne være med på å påvirke deres identitetsdannelse og deres livsstil (Klepp & Aarø, 2009). Sosial kontekst handler om den påvirkning ungdommen utsettes for fra andre mennesker og dette vil kunne innebære både sosial støtte, sosiale roller og sosiale normer. Påvirkning fra jevnaldrende er viktig, men forskning har vist at påvirkning fra foreldre også har en betydelig innflytelse på både atferd og valg (Aarø, Hauknes & Berglund 1981; Wight, Williamson & Henderson, 2006).

Atferden til ungdommene sier noe om deres livsstil. Enkelthandlinger trenger ikke ha så stor betydning, det er mer interessant å se etter mønster av atferd over tid. Studier som har sett på atferd hos ungdom viser at ungdoms handlinger henger sammen innbyrdes. Eksempelvis problematferd hvor ungdom som debuterer tidlig seksuelt, også debuterer tidlig med rusmidler (Clark et al., 2020; Jessor, Costa, Jessor & Donovan, 1983). Et annet eksempel kan være sammenhengen mellom atferden til ungdom som planlegger å ta høyere utdanning og

samtidig er idrettsaktive (Klepp & Aarø, 2009). Disse eksemplene viser at mekanismene omkring atferd er komplekse med mange påvirkningsfaktorer.

For å forsøke og forstå, samt forklare ungdoms utvikling og atferd er det nyttig å diskutere dette i lys av et sosioøkologisk perspektiv. Moderne utviklingsteorier, som for eksempel teorien til Bronfenbrenner, er opptatt av at utvikling hos individer foregår i et system av gjensidig påvirkning (Bronfenbrenner, 1979). Dette innebærer at miljøet man vokser opp i vil kunne påvirke alle aspekter i livet ditt. Eksempelvis vil sosiale faktorer være med på å bestemme både måten du tenker på, hva du føler og hva du liker. Bronfenbrenner (1979) gikk i sin bok «The Ecology of Human Development» inn på betydningen av miljøets påvirkning på menneskets utvikling satt i system. Han konstruerte en utviklingsøkologisk modell delt inn i fire systemer (se figur 1). Senere la han til et femte system. De fire systemene henger sammen og derfor vil påvirkningen på individet være avhengig av relasjonen mellom systemene. Bronfenbrenner valgte å organisere systemene i en rekkefølge etter hvor stor innvirkning de ulike nivåene har på individet.



Figur 1. Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell.

(Bronfenbrenner, 2005)

Mikrosystemet er det innerste nivået og består av individets nærmeste, de man har mest kontakt med, som familie, venner og skole som noen av de viktigste påvirkningsfaktorer for utviklingen. Dette systemets påvirkning på utviklingen er åpenbar og den kan også gå begge veier. Det kan for eksempel innebære at ungdommens atferd kan bidra til å endre familiemedlemmers holdninger. Det andre systemet kalte han mesosystemet og på dette nivået legger modellen vekt på relasjonen mellom gruppene i mikrosystemet. Eksempelvis hvordan relasjonen mellom foreldre og lærer er, og også relasjonen mellom foreldre og venner. På det neste nivået, eksosystemet, inngår faktorer som ikke har et direkte forhold til individet. Et eksempel på dette kan være foreldrenes arbeidsplass. Ungdommen vil ikke være i direkte kontakt med arbeidsplassen, men det vil allikevel kunne påvirke de indirekte med foreldrenes trivsel, arbeidstider og inntjening. Det fjerde systemet, makrosystemet inneholder de kulturelle komponenter, dette kan for eksempel være kulturelle verdier eller normer. I forhold til seksuell helse kan det for eksempel være jenters avholdenhet med seksuelt samvær til etter ekteskapsinngåelse. Det femte og siste nivået som Bronfenbrenner la til på et senere tidspunkt, tidssystemet, legger vekt på hvordan betydningen av hendelser i livshistorien til et individ kan være med på å påvirke det på ett eller flere nivåer. Et eksempel på dette kan både være overgangen fra barn til ungdom, eller en spesielt dramatisk hendelse som et dødsfall i nær krets.

Kort oppsummert har Bronfenbrenners tenkning betydning for individers utvikling gjennom flere nivåer og modellens teori kan bidra til å forstå påvirkning fra de kontekstuelle faktorene.

3.2.1 Ungdom og problematferd

Det er knyttet mange forventninger til ungdomstiden, sosialt og kulturelt, og disse forventninger kommer både fra ungdom selv og fra omgivelser (Kvalem & Wichstrøm, 2007). På samme tid som ungdom opplever en stor utvikling, både fysisk, psykisk og emosjonelt, kan en manglende modenhet og en lavere impuls kontroll bidra til at enkelte ungdommer trekkes mot en problematferd. Samtidig må det poengteres at ungdom flest, som en del av en naturlig utvikling, utforsker områder som kan i overgangsfasen karakteriseres som problemfylte av foreldre generasjonen (Bache-Hansen, 2007). Eksempelvis kan dette være utforskning av seksualitet i ung alder (Helmius, 1990; Træen & Kvalem, 1996). Utforskning av seksualitet og bruk av rusmidler kan fungere som transisjonsmarkører for ungdom i en

overgangsfase og er en naturlig del av ungdomstiden for en stor del av de unge (Træen, 2009). Forskning har allikevel identifisert en liten gruppe ungdommer hvor atferden kan karakteriseres som problemfylt (Pedersen, 1989). Begrepet problematferd inneholder et stort spekter av atferd, men en felles oppfatning er at dette er atferd som bryter med samfunnets normer og forventninger (Bache-Hansen, 2007). I denne studien blir det lagt vekt på ungdom som utøver en problematferd med tanke på en manglende bruk av prevensjon ved sin seksuelle debut og bruk av rusmidler som alkohol og hasj i en større skala enn en utprøving.

Den såkalte problematferdsteorien, utviklet av Jessor & Jessor (1977), blir definert som atferd som avviker fra de sosiale normene som regulerer hva som er passende atferd for den aktuelle alder ungdommen befinner seg i. Teorien er en sosial-psykologisk teori som er delt inn i tre systemer som inkluderer personlige egenskaper, opplevde omgivelser og selve atferden. Atferdssystemet blir igjen delt inn i en konvensjonell del som innebærer en sosialt akseptabel atferd, mens den ukonvensjonelle delen står for atferden som er uønsket. En sentral tanke innenfor problematferdsteorien er at deltakelse i en risikoatferd medfører økt sannsynlighet for å delta i andre former for risikoatferd. Teorien om problematferd får støtte empirisk fra en rekke studier. Et solid forskningsgrunnlag har sett et mønster av problematferd som inkluderer blant annet bruk av rusmidler og en manglende prevensjonsbruk (Rehm, Shield, Joharchi & Shuper (2012); Træen & Kvaem, 1996; Pape & Rossow, 2007). Videre har flere studier sett på sammenhengen mellom ungdom som debuterer seksuelt i tidlig alder og en generell problematferd (Costa, Jessor, Donovan & Fortenberry, 1995; Caminis, Henrich, Ruchkin, Schwab-Stone & Martin, 2007). Det er videre velkjent fra en rekke studier at ungdom som debuterer i tidlig alder har en lavere prevensjonsbruk enn ungdom som debuterer i senere alder (Wellings et.al. 2001; Guleria et al, 2016).

3.2.2 Ungdom og helse relatert atferd

Begrepet helse relatert atferd er komplekst og innebærer mange faktorer. Selve begrepet kan defineres på flere ulike måter og med forskjellige synsvinkler. Kasl og Kobb (1966) definerte forebyggende helseatferd omtrent slik «en hvilken som helst aktivitet, utført av den enkelte, som vedkommende mener er sunn. Formålet med aktiviteten må være å forebygge eller oppdage sykdom allerede før den manifesterer seg». Dette kan innebære at atferden ikke nødvendigvis trenger å ha en direkte betydning for folks helse, det vil være tilstrekkelig at

enkelte tror at atferden vil hjelpe dem for å ha en forebyggende effekt (Klepp & Aarø, 2009). Denne definisjonen må sies å ha en positiv vinkling og tar ikke med i betraktningen den helserelevante atferden som er helseskadelig. Om man ser nærmere på begrepet helserelevant atferd uten ordlyden med det forebyggende aspektet, har eksempelvis Gochman (1997) en bredere definisjon som innebærer både forventninger, holdninger, oppfatninger og individuelle personlighetstrekk. Klepp & Aarø (2009) legger i sin definisjon vekt på betydningen av den helsefaglige forskningen og hva den kan fortelle om både sykdom, skade og død samtidig som de ser på betydningen av atferd som har betydning for livskvalitet og en god helsetilstand. Med dette legger de også vekt på at den helserelevante atferden kan endres seg over tid, etter som hva ny forskning viser.

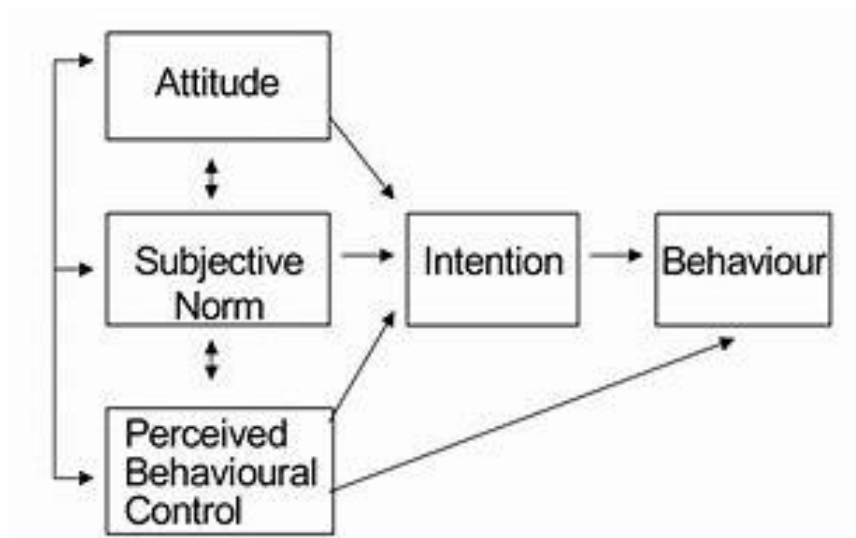
Med kunnskap om ungdomstiden som en utforskende tid preget av endring, er det naturlig å se på helseatferden som en atferd i endring. I litteraturen blir dette beskrevet som en stabilitet i helseatferd hvor man skiller mellom en absolutt stabilitet og en relativ stabilitet (Klepp & Aarø, 2009). Begrepet absolutt stabilitet innebærer en atferd som vil være uendret over tid. Et eksempel på dette kan være ungdoms bruk av alkohol hvor inntaket vil være jevnt over flere år, da vil det være en høy grad av absolutt stabilitet. Den relative stabilitet innebærer en atferd som er i endring sammenliknet med jevnaldrenes atferd. Et eksempel på dette kan en endring i ungdoms alkoholbruk hvor en ungdom på 13 år med et høyt forbruk, vil skille seg fra flesteparten av sine jevnaldrende. Når denne 13-åringen fyller 19 år og har det samme forbruket, vil ikke atferden skille seg fra de jevnaldrende på samme måte. Om denne ungdommen derimot har økt forbruket betraktelig siden 13-års alderen, kan det tenkes at denne ungdommen har beholdt sin relative plassering i forhold til sine jevnaldrende. Eksempelet viser at det samme forbruket vil ha en annen betydning for de ulike alderstrinnene og man kan dermed si at den relative stabiliteten i atferden er høy (Klepp & Aarø, 2009).

Hva som kan være med på å påvirke ungdoms helseatferd er et interessant spørsmål innenfor ungdomsforskningen. Det å forsøke og forklare menneskelig atferd er komplekst og innebærer å se på mange nivåer i et ungdoms liv (Ajzen, 1991). En grunnleggende årsaksforklaring er at de personlige faktorene har en viktig betydning (Eaton, Flisher & Aarø, 2004). Dette kan være selve personligheten, holdninger og mestringsforventningene til ungdommen. Eksempelvis har forskning sett at ungdom som scorer høyt på såkalt stimulussøking, vil ha en høyere odds for å delta i risikoatferd som alkoholbruk eller risikopreget seksualatferd (Kraft & Rise, 1994). Samtidig som personlige egenskaper kan forklare en del av atferden, vil også de sosiale normene og den sosiale konteksten omkring

ungdommen kunne ha en betydning (Klepp & Aarø, 2009; Rommetveit, 1995). Foreldrenes rolle og atferd vil kunne påvirke ungdommens helserelaterte valg, både i form av å være et eksempel i egen atferd (Aarø et al., 1981), men også i form av kontroll og støtte. Studier har vist at foreldrestøtte og foreldretilknytning har en betydning for helseatferden i hele ungdomsperioden (Huebner & Howell, 2003; Tomé, Matos, Simoes, Camacho & AlvesDiniz, 2012). Med en viss grad av foreldretilsyn slik at de voksne vet hva ungdommen foretar seg, har vist å ha en direkte beskyttende effekt mot en tidlig seksuell debut (Wight et al., 2006; Lenciauskiene & Zaborskis, 2008).

Når det gjelder helseatferd relatert til prevensjonsbruk har flere teoretiske modeller blitt brukt for å illustrere mekanismene omkring denne bruken og for lettere å kunne forstå ungdommens motivasjon og intensjon. En av modellene som har blitt brukt i flere studier omkring ungdom og prevensjonsbruk er The theory of planned behaviour eller planlagt atferd (Ajzen, 1991). Denne modellen legger vekt på at valget om helserelatert atferd gjøres på bakgrunn av egne overbevisninger og intensjoner. Sagt med andre ord vil hensikten med handlingen styre resultatet av den. Videre legger modellen vekt på at ungdoms intensjon til atferden kan innebære holdninger, de subjektive normene eller en opplevd atferdskontroll. I forhold til prevensjonsbruk kan ungdommene bli påvirket gjennom subjektive normer fra venner, kjæreste og foreldre til å velge å beskytte seg ved den seksuelle debut. Det kan være en gjengs holdning i ungdommens nærmeste miljø at det å bruke prevensjon er noe alle gjør. Samtidig er det ikke alltid samsvar mellom ungdommens intensjon og handling ved prevensjonsbruk. Grad av opplevd kontroll er en avgjørende faktor for årsak til handling innenfor denne modellen. Er prevensjonsbruken noe ungdommen opplever som enkelt eller vanskelig, og i hvilken grad opplever de at de har kontroll over egen atferd. En opplevelse av kontroll vil virke inn på intensjonen til atferden. Ungdommen kan møte på både barrierer og mangle ferdigheter i forhold til prevensjonsbruken. Dette kan for eksempel være at ungdommen hadde en intensjon om å bruke prevensjon ved sin seksuelle debut, men på grunn av påvirkning fra rusmidler ble ikke hendelsen som de hadde planlagt. Det samme om de mangler ferdigheter i for eksempel kondom bruk. Ungdoms holdninger i forhold til prevensjonsbruk vil kunne ha en betydning og modellen går inn på konsekvensene av atferden og hvor viktig ungdommen opplever at disse konsekvensene kan være. En manglende kunnskap kan føre til mindre bevissthet omkring muligheten for bli rammet av en seksuelt overførbart infeksjon eller det å oppleve et uønsket svangerskap.

Modellen sier også noe om faktorer som kan bidra til å legge til rette for valgene eller å begrense dem. Dette kan for eksempel være en enkel tilgang på prevensjon og god informasjon om de ulike alternativene. De begrensede faktorene kan være at tilgangen til prevensjonsmidler er vanskelig, dyrt, flaut eller at ungdommen har for lite informasjon om tilgang og bruken av dem (Di Clemente, Salazar, Crosby, 2013).



Figur 2. The Theory of planned behaviour (TPB) (Ajzen, 1991).

Flere studier har implementert denne teoretiske modellen i sin forskning omkring ungdom og prevensjonsbruk ved den seksuelle debut (Myklestad & Rise, 2007; Myklestad & Rise, 2008). Videre har en metaanalyse sett på kondombruk i lys av denne teorien (Albarracin, Johnson, Fishbein & Muellerleile, 2001). Funn fra Myklestad & Rise (2007) sin forskning indikerte at subjektive normer og sosial påvirkning fra venner, foreldre og kjæreste er de viktigste faktorene for ungdoms intensjon om å bruke prevensjon. Funnene viste også at det var enkelte kjønnsforskjeller, hvor guttene la mer vekt på betydningen av prevensjonsbruk som moralsk riktig for sin intensjon enn det jentene gjorde. For jentene var det tro på egen mestring og foreldreovervåkning som skilte seg ut som de viktigste intensjonene etter de subjektive normene. Andre studier viser til funn hvor holdninger blant ungdommen peker seg ut som viktigste årsaksforklaringer (Ajzen 1991; Armitage & Connor, 2001). Ulike resultater fra

forskningen viser at de individuelle og kontekstuelle faktorer kan ha ulik betydning for ungdommen.

4.0 Metode

I dette kapittelet gjengis metoden i artikkelen i korte trekk. I tillegg vil det gis en utdypende beskrivelse av valg av metoden, datamaterialet og de etiske hensyn som er foretatt. Det vil bli referert til artikkelen for en grundigere gjennomgang av utvalget, operasjonaliseringen av variablene og selve analysen. Det var ønskelig med et stort datasett fra ungdomspopulasjonen for å kunne belyse og besvare problemstilling i studien. Det ble av den grunn valgt en kvantitativ tilnærming med bruk av datamateriale fra tverrsnittsundersøkelsen Ungdata 2017–2019. Undersøkelsene inkluderer flere variabler omkring ungdoms seksualitet og bruk av rusmidler. I utvalget til denne studien er kun ungdommer fra det videregående trinn inkludert da spørsmål omkring seksualitet kun blir stilt til ungdom på dette trinnet (Frøyland, 2017).

Ungdataundersøkelsene er lokale tverrsnittsundersøkelser utført blant ungdom mellom 13 og 19 år, i både ungdomsskolen og i den videregående skole. Velferdsforskningsinstituttet NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) ved OsloMet - Storbyuniversitet og landets syv regionale kompetansesentre innenfor rusfeltet (KoRus) har i samarbeid ansvaret for undersøkelsene. Alle data fra undersøkelsene blir forvaltet av NOVA og er samlet i en nasjonal database (Bakken, 2019).

Deltakelse i undersøkelsen er gratis og alle kommuner i Norge blir invitert med. Det er opp til hver enkelt kommune om de ønsker deltagelse, samt hvor hyppig undersøkelsen skal gjennomføres. De fleste kommuner deltar hvert tredje år, som også er anbefalt av NOVA. Spørreskjemaene inneholder en obligatorisk grunnmodul som brukes i alle spørreskjemaer og i tillegg en modul inneholdende valgfrie, forhåndsdefinerte spørsmål som kommuner kan velge å implementere i sine spørreskjemaer. Undersøkelsen blir gjennomført elektronisk i løpet av en skoletime og deltakelsen er frivillig for elevene (Bakken, 2019).

Ungdataundersøkelsen har et stort utvalg med respondenter fra hele Norge. Den har også en høy svarprosent med 87 prosent på ungdomstrinnet og 73 prosent på videregående (Frøyland, 2017). Undersøkelsen tar for seg et vidt spekter av ungdoms liv og med et stort utvalg kan

dataene brukes som et kartleggingsverktøy og gi en oversikt over ungdoms helse i et folkehelseperspektiv.

4.1 Variabler

Spørsmålene omkring ungdom og seksualitet blir kun stilt til elever på det videregående trinnet. Tidligere var spørsmål omkring ungdom og seksualitet plassert i tilleggsmodulen, men fra 2017 ble dette implementert i grunnmodulen. Variabelen omkring den seksuelle debut har ordlyden «har du hatt samleie med noen (ligget sammen), med svaralternativene «ja» eller «nei». Det har blitt gjort endringer i ordlyden i variabelen for å tilpasse ungdoms språkbruk. I 2013 ble spørsmålsteksten endret fra «samleie» til «sex». Etter tilbakemeldinger ble imidlertid denne spørsmålsformuleringen endret tilbake, men samtidig med «ligget sammen» i parentes for å unngå misforståelser (Frøyland, 2017). Det er kun ungdommene som har svart «ja» på at de har debutert seksuelt som er tatt med i utvalget til denne studien. Spørsmålsformuleringen omkring bruken av prevensjon ble endret fra 2016 undersøkelsen fra «brukte du prevensjon ved siste samleie» til «brukte du prevensjon ved din seksuelle debut». Her er svaralternativene «ja», «nei» og «usikker/husker ikke». Denne variabelen er gjort dikotom med to svaralternativer hvor «nei» og «usikker/husker ikke» er slått sammen til en. Bakgrunnen for operasjonalisering av variabler er nærmere beskrevet i artikkelen.

I denne studien er alder, alder ved seksuell debut og sosioøkonomisk status (SØS) inkludert som demografiske variabler. I Ungdataundersøkelsen stilles det ikke direkte spørsmål om alder, men klassetrinn er brukt som en indikator på alder. Alder ved seksuell debut er et oppfølgingsspørsmål til de elevene som har svart «ja» på at de har debutert seksuelt. Her er svaralternativene en skala fra 13 år til 19 år for den seksuelle debut.

Målet på den sosioøkonomiske status er konstruert på samme måte som i rapporten til Bakken og medarbeidere (2016, s. 21-33) og det henvises til denne rapporten for en grundigere beskrivelse av denne variabelen. Å måle den sosioøkonomiske status på en mest mulig valid måte er omdiskutert og komplekst. For den voksne befolkning blir det vanligvis stilt spørsmål om inntekt og yrke for å fange opp SØS. Ungdom kan ha en begrenset kunnskap om foreldrenes inntekt, derfor har Ungdataundersøkelsen i stedet stilt spørsmål med hensikt om å fange opp foreldrenes og familiens samlede ressurser basert på tre dimensjoner. De tre dimensjonene innebærer foreldrenes utdanningsnivå, antall bøker i hjemmet og familiens

velstand (Bakken et al., 2016). De tre dimensjonene i SØS-målet er kodet slik at de varierer fra 0 (lavest) til 3 (høyest) og innebærer seks spørsmål: «Har faren eller moren din utdanning på universitet eller høyskole?» (0 = ingen foreldre, 1,5 = en forelder med høyere utdanning, 3 = begge foreldrene). «Hvor mange bøker tror du det er hjemme hos dere?» (0 = ingen bøker, 1,5 = mellom 100–500 bøker, 3 = mer enn 1000 bøker). De fire siste spørsmålene er opprinnelig fra skalaen «The Family Affluence Scale II» (FAS II) (Currie et al., 2008): «Har familien din bil?» (0 = «nei», 2 = «ja en», 3 = «ja, to eller flere»), «Har du eget soverom?» (0 = «nei», 3 = «ja»), «Hvor mange ganger har du reist et sted på ferie med familien din i løpet av det siste året?» (0 = «ingen ganger», 1 = «en gang», 2 = «to ganger», 3 = «mer enn to ganger») og «Hvor mange datamaskiner eller nettbrett har familien din?» (0 = «ingen», 1 = «en», 2 = «to», 3 = «tre eller flere») (Frøyland, 2017). For å indikere familiens SØS ble det konstruert et gjennomsnittsmål av de tre dimensjonene. Gjennomsnittsmålet ble deretter kategorisert i fem like store kvintiler fra «lavest», «lav», «middels», «høy» til «høyest» SØS. Tidligere forskning har vist at en slik konstruering av SØS målet ved å se på familiens ressurser kan gi valide mål (Wardle, Robb & Johnson, 2002).

4.5 Statistiske metoder

Det henvises til artikkelen for en mer utfyllende beskrivelse av de statistiske metoder som er benyttet. I denne studien er utfallsvariabelen bruk av prevensjon omgjort til en to-delt variabel (dikotom). Logistisk regresjon anses som mest hensiktsmessig når den avhengige variabel er dikotom og hensikten er å modellere den avhengige variabel som en funksjon av de uavhengige variablene. På denne måten kan man undersøke effekten av utfallsvariabelen samtidig som de andre variablene holdes konstant (Almquist, Ashir & Brännström, 2018).

4.6 Etiske overveielser

NOVA har det overordnede juridiske og faglige ansvaret for Ungdataundersøkelsene. De skal også sikre at innsamling av data er i tråd med gjeldende lover, regler og forskningsetiske retningslinjer. På ungdomsskolene er det helt anonymiserte undersøkelser, mens på det videregående trinn blir samlet inn indirekte personidentifiserbare opplysninger (Frøyland,

2017). Det publiseres imidlertid kun anonymiserte data fra undersøkelsene. Til denne studien er det brukt rensede datafiler utlevert fra NOVA uten tilgang til personopplysninger. Det er dermed ikke behov for godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Det er heller ikke behov for godkjenning fra Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) da studien ikke inneholder helsedata.

Deltakelsen i undersøkelsen er frivillig for ungdommene og i forkant av undersøkelsen får ungdommen muntlig informasjon om innholdet og blir fortalt om hensikten med den. De foresatte informeres skriftlig i forkant med mulighet til å reservere barn under 18 år fra deltagelse (Bakken, 2018). Enkelte av spørsmålene omhandler sårbare temaer som kan være vanskelig for noen av ungdommer å svare på. De får informasjon om at de kan svare på de spørsmålene de ønsker og hoppe over enkelte. Skolene plikter også å legge til rette for at ungdom får skriftlig informasjon om kyndig personell de kan ta kontakt med i etterkant av undersøkelsen. Instanser ungdommen fikk informasjon om var helsesykepleier, helsestasjon for ungdom og Røde Kors sine tjenester for barn og unge.

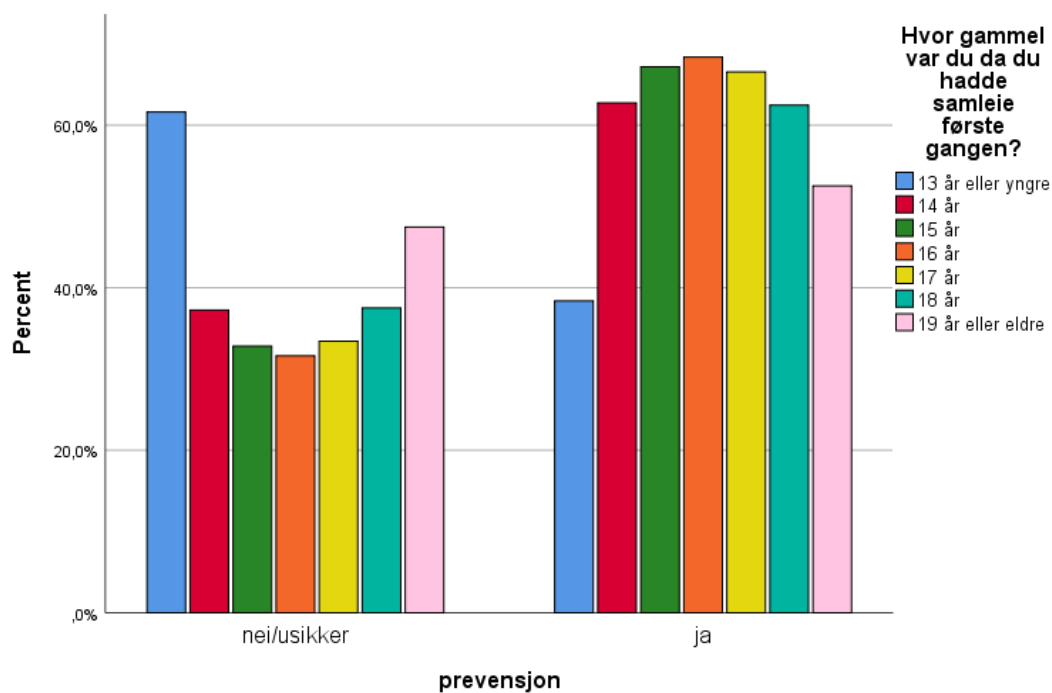
5.0 Resultater

Det henvises til artikkelen for hovedresultater fra studien. I dette kapittelet vil noen av resultatene fra artikkelen gjengis og utfylles. Det blir presentert to figurer for å illustrere prevalensen av prevensjonsbruken sett i sammenheng med alder ved debut (figur 3) og prevensjonsbruk sett i sammenheng med bruk av rusmidler fordelt på kjønn (figur 4).

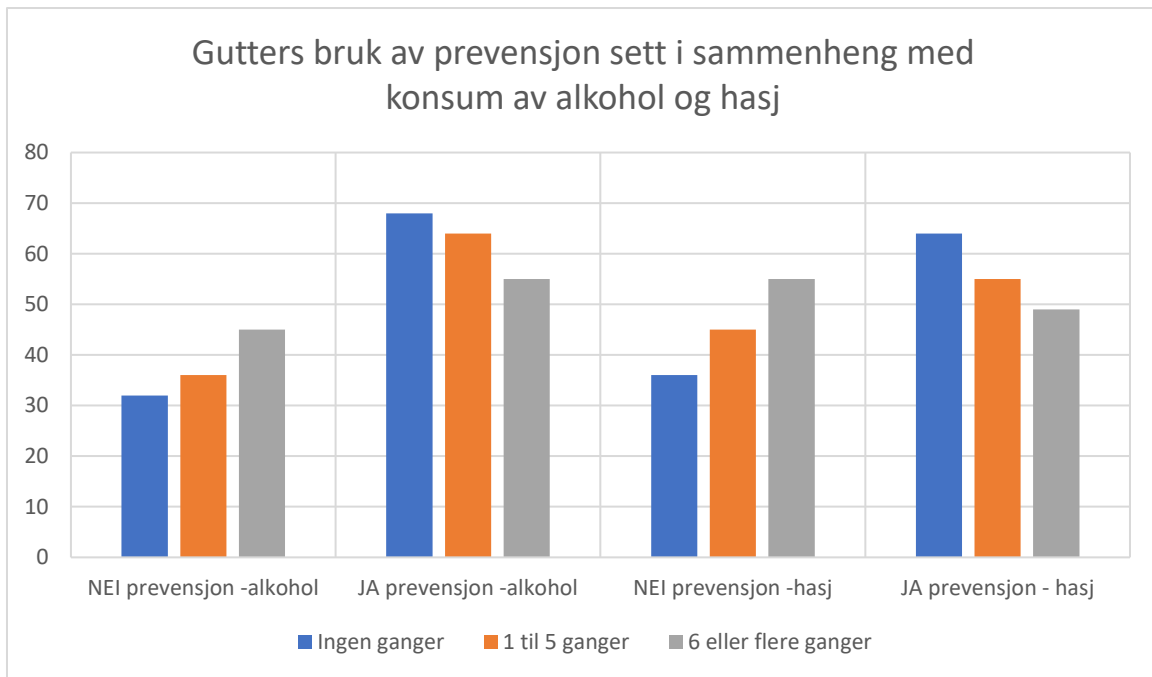
I utvalget ble kun ungdom som svarte «ja» på at de hadde debutert seksuelt tatt med. Dette utgjorde 63 623 av totalt 127 637 ungdommer. Kjønnfordelingen var nokså likt fordelt med 32 185 jenter og 29 363 gutter.

En oppsummering av hovedresultatene viste at det var 34 % av ungdommene samlet sett, som ikke hadde brukt prevensjon ved debuten, en større andel gutter enn jenter. Det var signifikante sammenhenger mellom en manglende bruk av prevensjon ved den seksuelle debut og en høy bruk av rusmidler som alkohol og hasj i løpet av de siste året (se figur 4 og 5).

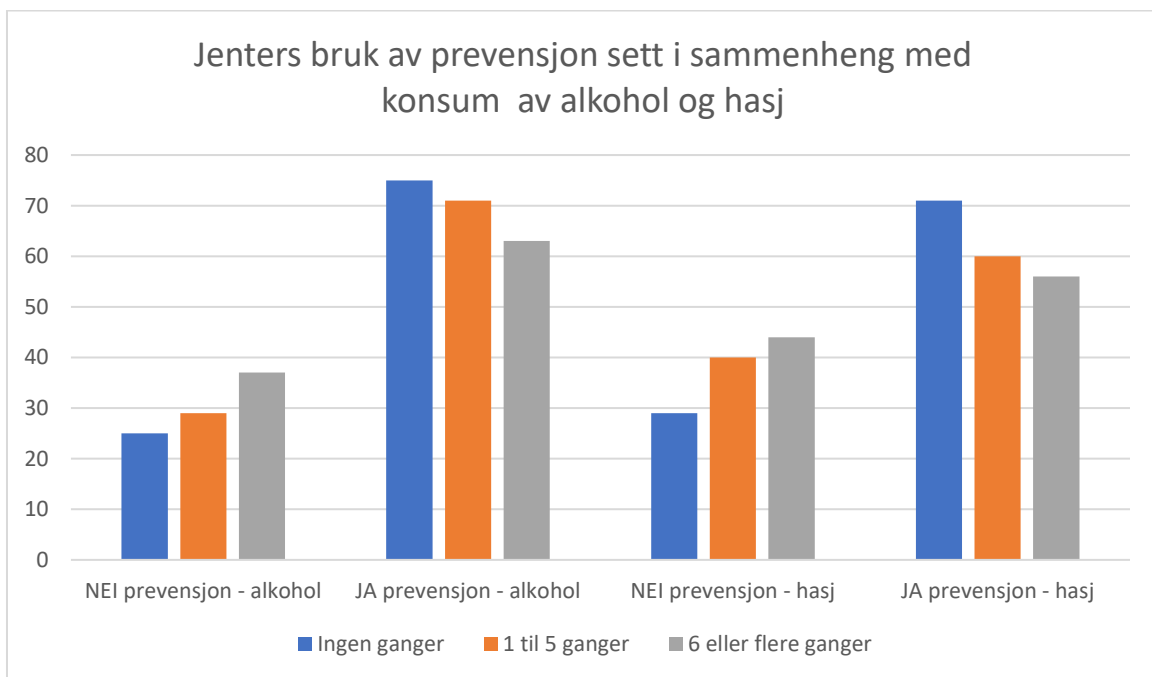
Figur 3 viser alder ved seksuell debut og bruken av prevensjon sett sammen. Resultatene viser at de som debuterte i ung alder har en mindre prevensjonsbruk enn ungdom som debuterer senere. Videre viste resultatene en sammenheng med en lavere bruk av prevensjon sammenfallende med en lavere sosioøkonomisk status.



Figur 3. Viser bruk av prevensjon sett i sammenheng med alder ved seksuell debut basert på Ungdata 2017–2019 (n=63 623).



Figur 4. Gutters bruk av prevensjon ved den seksuelle debut sett i sammenheng med konsum av alkohol og hasj de siste 12 måneder basert på Ungdata 2017–2019 (n=63 623).



Figur 5. Jenters bruk av prevensjon ved den seksuelle debut sett i sammenheng med konsum av alkohol og hasj de siste 12 måneder basert på Ungdata 2017–2019 (n=63 623).

Resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen var samsvarende med innledende analyser og viste en sammenheng med en manglende bruk av prevensjon og en rapportert bruk av rusmidler. Ved å kontrollere for de andre variabler i justert modell var det små forskjeller. Bruken av både rusmidler og helsetjenester hadde omtrentlig samme betydning for gutter og jenter.

6.0 Diskusjon

Det henvises til artikkelen for hoveddiskusjonen rundt resultatene, samt styrker og begrensninger ved studien. Dette kapitlet består av en utvidet diskusjon hvor relevansen for folkehelsen får en større betydning og teoretiske modeller blir vektlagt i større grad enn i artikkelen.

Resultatene fra min studie viste at 34 % av ungdommene ikke hadde brukt prevensjon ved sin seksuelle debut når det ble sett på kjønn samlet. Tatt i betraktning av at norske ungdommer både har tilgang på informasjon om prevensjon og muligheter for å skaffe seg gratis prevensjonsmidler, må dette tallet anses som et høyt tall. Samtidig er disse resultatene i tråd med annen forskning, både nasjonalt (Træen et al., 2003) og internasjonalt (Manning, Longmore & Giordano, 2000).

Formålet med studien var å se på sammenhenger og mulige årsaksforklaringer for den manglende prevensjonsbruken. Flere studier har lagt vekt på alder ved den seksuelle debut som en årsaksforklaring til manglende prevensjonsbruk (Wellings et al., 2001; Guleria et al., 2017). Resultatene fra innledende analyser i denne studien viste signifikante sammenhenger i alle aldersgrupper, med lavere prevensjonsbruk, jo lavere alder ved den seksuelle debut fra dem som debuterte når de var 13 år eller yngre og frem til 18 års alder. Deretter ser man en nedgang i bruken hos dem som debuterte som 18 og 19 åringer, som kan betegnes som noe overraskende. Det å ta et valg om å bruke prevensjon krever både kunnskap og ungdommen må ha en intensjon med selve handlingen. Intensjon vil være mest nærliggende til faktisk atferd og sett i lys av teorien om The planned behaviour (Ajzen, 1991) kan det tenkes at lav alder kan bidra til å begrense disse faktorene. Med vissheten om at den fysiske modningen ikke alltid samsvarer med den kognitive (Kvalem & Wichstørm, 2007; Rutter, 1993; Von Tetzchner, 2001), kan ungdom i yngre alder mangle innsikt og ha en lavere forståelse av konsekvensene et ubeskyttet samleie kan innebære. Det kan være store variasjoner i når og

hvordan seksualundervisningen i skolene gjennomføres, men undervisningen gjennomføres gjerne i 9. eller 10. trinn på de fleste skoler. Det kan dermed tenkes at ungdom som debuterer i ung alder enda ikke har gjennomgått denne undervisningen og av den grunn vil ha mindre kunnskap og mindre kontroll over sin egen atferd. Teorien om planlagt atferd legger videre vekt på betydningen av de subjektive normer i ungdommens miljø (Ajzen, 1991). I denne sammenhengen kan det tenkes at en gjengs holdning i enkelte miljøer er at prevensjonsbruk ikke er så viktig. En påvirkning fra subjektive normer eller en opplevelse av sosial press kan bidra til at ungdommen utelater prevensjon. Om en person i vennegjengen har stor innflytelse og dette er en person andre ungdommer ønsker å identifisere seg med, vil man ofte handle i overensstemmelse med hva denne personen uttrykker (Åstrøm, 2009). Samtidig kan det lett oppstå misforståelser blant ungdom, hvor en såkalt flertallsmisforståelse kan bidra til et fiktivt normpress (Pedersen, 1993; Mäkelä, 1997). En atferdsnorm som ikke stemmer helt overens med virkeligheten kan bidra til at ungdom får et inntrykk av at «alle andre» har debutert seksuelt eller «ingen» bruker kondom, selv om dette ikke alltid vil medføre riktighet. (Klepp & Aarø, 2009).

En tidlig seksuell debut blir ofte sett på som problematisk i seg selv da ungdom ikke nødvendigvis er utviklingsklare og heller ikke sosialt modne for ansvarsområdet (Jessor & Jessor, 1977). Samtidig settes en tidlig seksuell debut ofte i samme kontekst som andre typer problematferd (Pedersen et al., 2003; Schofield et al., 2008). Dette leder oss til et av hovedspørsmålene i denne studien om sammenhengen mellom ungdoms manglende bruk av prevensjon og bruk av rusmidler. Denne sammenhengen var signifikant for begge kjønn og viste at gutter som hadde vært avholdende fra alkohol i løpet av de siste 12 måneder, hadde 1.66 større odds for å ha brukt prevensjon sammenliknet med gutter med en høyt forbruk. For jenter som var avholdende var oddsen 1.71. Den samme tendensen viste seg ved bruken av hasj. Dette resultatet får støtte fra tidligere forskning på det samme temaet hvor studier har sett at en manglende prevensjonsbruk hos ungdom har sammenheng med deres bruk av rusmidler. Det blir også nevnt funn som får støtte fra problematferdsteorien (Jessor & Jessor, 1977), hvor ulike problem atferder opptrer samtidig (Rehm et al., 2012; Træen & Kvalem, 1996; Pape & Rossow, 2007).

Sammenhengen mellom manglende prevensjon og bruk av rusmidler kan også ses i lys av teorien om planlagt atferd (Ajzen, 1991). Ungdommer kan ha en intensjon om å bruke prevensjon ved seksuell debut, men med en påvirkning av rusmidler blir ikke nødvendigvis denne intensjonen fulgt. Rusmidlers påvirkning kan som nevnt bidra til at ungdommer mister

hemninger og forhindrer dem i å tenke på mulige konsekvenser. Et annet aspekt som er verdt å nevne og som har vært lite nevnt i denne studien, er vissheten om at den seksuelle debut ikke vil være frivillig for alle ungdommene. Variabler omkring en ufrivillig seksuell debut er ikke med i Ungdataundersøkelsen, men tall fra undersøkelsen i 2018 om opplevde uønskede seksuelle opplevelser, viser at 24 % av jentene i 3. klasse på videregående og 10 % av gutter på samme trinn hadde opplevd uønskede seksuelle opplevelser (Bakken, 2018).

Undersøkelsen har ikke spurt spesifikt om samleie inngår i uønskede seksuelle hendelser, men tall fra en annen norsk undersøkelse blant noe eldre ungdommer i 2017 viser at 1 av 5 ungdommer i alderen 17–24 år hadde hatt uønsket sex og opplevd situasjoner som ofte blir betegnet som «gråsonesex» (Helsedirektoratet, 2017). Dette innebærer et seksuelt samvær uten et klart samtykke og det kan tenkes at i slike situasjoner blir ikke fokus på prevensjon det sentrale for ungdommen selv om intensjonen var der. I tillegg viste undersøkelsen at det i mange tilfeller var en påvirkning av rusmidler involvert i hendelsene (Helsedirektoratet, 2017).

Ungdoms atferd vil være individuell og mange faktorer har vist seg å ha en påvirkning. Helseatferd og familiebakgrunn er noen av dem. De innledende analysene viste signifikante sammenhenger mellom prevensjonsbruk og sosioøkonomisk status, hvor graden av prevensjonsbruk var sammenfallende med den femdelte skalaen. Sagt med andre ord, jo lavere sosioøkonomisk status, jo mindre prevensjonsbruk. Dette funnet kan dermed få støtte fra forskning som sier noe om den sosioøkonomiske bakgrunnen og helseatferd. Forskning har vist at mennesker med en lavere sosioøkonomisk bakgrunn har en dårligere helsetilstand og bruker helsetjenester i mindre grad enn de med en høyere sosioøkonomisk bakgrunn (Dahl et al., 2014). Når det gjelder ungdoms helse kan dette imidlertid diskuteres.

Ungdomsbefolkningen har jevnt over en bedre helsetilstand enn den voksne befolkningen og forskning indikerer at det ikke er en særlig sterk sammenheng mellom familiens sosioøkonomiske status og ungdommens helseatferd (Johansen, Rasmussen & Madsen, 2006). Diskusjonen omkring dette temaet sier blant annet noe om ungdoms posisjon i samfunnet og at de befinner seg i en overgangsposisjon. De kan selv velge å orientere seg bort fra familiens sosiale plassering i samfunnet ved å for eksempel ta andre yrkesvalg (Klepp & Aarø, 2009; West, 1997; Adler & Ostrove, 1999). På den andre siden finnes det flere studier som viser det motsatte, at det finnes en sammenheng også mellom ungdoms helseatferd og deres sosioøkonomiske bakgrunn, slik at familiens bakgrunn og deres helseatferd vil kunne ha en betydning (Koivusilta, Rimpelä & Vikat, 2004; Goodman 1999, Starfield, Riley Witt &

Robertson, 2002). Denne forskningen legger vekt på betydningen av subjektive helsemål og helseatferd, hvor en sosial gradient har blitt identifisert ved at ungdom fra høyere sosiale lag har bedre helse og en mer helsefremmende atferd (Moor et al., 2015; Richter, Moor & Lenthe, 2012; Holstein et al., 2009). Det er også verdt å nevne at man ser en sosial ulikhet i hvilke helsetjenester som benyttes, med en antydning at mennesker med en høyere sosioøkonomisk status har en mer helsefremmende motivasjon med bruken av helsetjenester (Lunde, Otnes & Ramm, 2017). I denne studien er ikke bruk av disse tjenester som eksempelvis fastlege inkludert og det kan tenkes at for eksempel jenter vil oppsøke fastlege for å skaffe seg prevensjon om bruk av denne helsetjenesten er vanlig i deres familier.

Med kunnskapen om at ungdoms sosiale kontekst vil kunne påvirke valg og atferd, kan flere faktorer i denne konteksten bidra til påvirkning (Klepp & Aarø, 2009). I lys av Bronfenbrenners teori kan kompleksiteten av påvirkningsfaktorer diskuteres nærmere. Det innerste nivå, mikronivået, vil for eksempel kunne innebære en påvirkning fra foreldres holdninger og deres egen helseatferd kan ha en betydning. Myklestad & Rise (2008) så i sin forskning at spesielt for jenter hadde foreldrenes påvirkning en stor betydning for prevensjonsbruken. Media som eksempel på en faktor innenfor eksosystemet, kan bidra til å påvirke de unges holdninger og tanker om hva som er en vanlig atferd. Den økte bruken av pornografi blant ungdom er nevnt tidligere og diskusjonen om hvorvidt denne bruken er skadelig eller ikke er interessant. En metaanalyse viser til signifikante funn i sammenheng med pornobruk og mer tilfeldig sex. Videre viste den også en sammenheng med mer seksuell aggresjon blant ungdommene (Peter & Valkenburg, 2016). En annen metaanalyse viste imidlertid at risikofylt seksuell atferd ikke var assosiert med bruk av pornografi, bortsett fra at gutter hadde større sjanse for ikke å ha brukt kondom ved siste samleie (Luder et al., 2011). Funn som dette viser oss at det vil være individuelle forskjeller i hvordan ungdom kan bli påvirket av denne bruken, samtidig som type pornografi er ulik (Malamuth & Huppini, 2005).

Skolehelsetjenesten, og i tillegg helsestasjon for ungdom, har hovedansvaret for helsetjenester for barn og unge (Helsedirektoratet, 2019). Disse tjenestene i en rolle som samfunnsaktør kan bidra med påvirkning på unges helse og sett i lys av Bronfenbrenners modell som en faktor i eksosystemet. Funn fra denne studien viste noe overraskende at en hyppig bruk av disse tjenestene ikke hadde en beskyttende effekt for prevensjonsbruken, og dette er ikke i tråd med tidligere forskning som i stor grad viser det motsatte, at bruk av helsetjenester virker beskyttende (Galavotti & Lovick, 1989; Kisker & Brown, 1996; Brindis et al., 2003; DiCenso, Guyatt, Willan & Griffith, 2002). De senere år har vi sett økte bevilgninger til disse

tjenestene og et av hovedformålene til disse tjenestene er spørsmål og veiledning omkring seksuell helse og prevensjon (Helsedirektoratet, 2019). Forskning på effekter av seksualundervisning viser ikke at den kan utsette den seksuelle debut, men det finnes studier som har sett på vellykkede tiltak med tanke på smitte av seksuelt overførte sykdommer og effekt av tiltak rettet mot høyrisikogrupper (DiCenso, Guyatt, Willan & Griffith, 2002; Moos, Bartolomew & Lohr, 2003; Singh & Darroch, 2000).

I denne studien er det sett på Norge som en helhet og det er ikke skilt på ulike fylker eller kommuner. Samtidig er det verdt å nevne at det eksisterer regionale forskjeller i dekning av helsetjenester for de unge (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Dette er et resultat av både økonomiske begrensninger og utfordringer med rekruttering av helsepersonell. Ut i fra dette kan det tenkes at resultatene kunne sett annerledes ut om man hadde sett på kommuner og fylker hver for seg. Det er også verdt å nevne at det eksisterer regionale forskjeller i alder ved debut, hvor ungdom fra de nordlige fylker debuterer tidligere seksuelt enn ungdom fra resten av landet (Pedersen et al., 2003).

Ungdoms atferd sett i lys av teoretiske modeller kan være nyttig for å forsøke og forstå hvorfor de handler som de gjør. Samtidig er det verdt å diskutere hvor mye vekt man skal legge på disse årsaksforklaringene. Flere forskere har stilt kritiske spørsmål ved nytten i bruken av disse modellene (Sutton, 1998; Smedslund, 2000). Med kunnskapen om ungdoms utvikling på flere plan og en periode fylt av endringer, blir det stilt spørsmål ved om noe av atferden kan være tilfeldig. West (2006) diskuterer nettopp dette i sin forskning og mener at en rekke av de sosiale kognisjonsmodellene legger for mye vekt på tanken om at en atferd er planlagt som et resultat av rasjonelle overveielser. West (2006) har konstruert sin egen teori om avhengighetsatferd hvor han tar utgangspunkt i en tenkning omkring kaosteori. Med dette legger han vekt på at atferd kan endre seg spontant uten at ungdommen har tenkt igjennom handlingen eller vurdert valgmulighetene. Det kan tenkes at denne teorien kan være gjeldende for en rekke ungdommer og deres prevensjonsbruk ved den seksuelle debut. For enkelte ungdommer vil den seksuelle debut være spontan og med en påvirkning fra rusmidler kan det tenkes at denne spontaniteten forsterkes.

Fra et tiltaksperspektiv viser funnene fra denne studien at det er viktig å få kunnskap om hvilke ungdommer som velger å ikke bruke prevensjon ved sin seksuelle debut. Den politiske strategien «Snakk om det» sin målsetting om en fortsatt reduksjon av uønskede svangerskap og et lavere antall seksuelt overførbare infeksjoner, vil være avhengig av en økt prevensjonsbruk blant ungdom (Helse -og omsorgsdepartementet, 2017). Når forskning viser

oss at ungdom kan ha en viss stabilitet i helseatferd, hvor en manglende prevensjonsbruk ved den seksuelle debut kan indikere en lavere bruk i fremtiden, vil dette være viktig kunnskap i det forebyggende arbeidet (Træen, 2009; Welti et al., 2011). Videre viser funn fra disse og andre studier at lav alder ved den seksuelle debut har en betydning og dette indikerer at forebyggende intervensjoner må settes inn i ung alder, for å nå denne gruppen ungdommer. Dette vil også være i tråd med mål i strategien «Snakk om det» hvor tidlig innsats er et av satsingsområdene (Helse -og omsorgsdepartementet, 2017).

6.1 Metodiske betraktninger – styrker og begrensninger ved studien

Denne studien er en kvantitativ studie med forskningsdesign som en tverrsnittstudie. Det finnes flere metodologiske utfordringer knyttet til en studie, blant annet hvordan man skal frambringe mest mulig pålitelig og relevant kunnskap (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010). Validiteten eller gyldigheten til en studie beskriver i hvilken grad man klarer å måle det man ønsker. Det er ønskelig ut ifra validitets perspektiv at et spørreskjema er utarbeidet med bakgrunn i problemstillinger (Johannessen et al., 2010), men dette er ikke tilfellet for denne studien da den tar utgangspunkt i allerede innsamlede data.

Samtidig har datamaterialet fra denne studien blant annet gitt oss mulighet til å se på prevalens av prevensjonsbruk og se på kjønnsforskjeller. Det har også vært mulig å se på demografiske variabler som sosioøkonomisk status og til å se på alder ved den seksuelle debut. Når det blir antydning av ulike årsakssammenhenger, for eksempel mellom en manglende prevensjonsbruk og bruk av rusmidler og videre sammenhengen med bruk av helsetjenester, kan ikke dette påvises med sikkerhet ved en tverrsnittsundersøkelse siden all data er samlet inn på et tidspunkt (Johannessen et al., 2010). Slike design vil dermed begrense muligheten til å trekke kausale sammenhenger (Webb, Bain & Page, 2017). Samtidig kan resultatene fra denne studien gi støtte til teorier der sammenhenger mellom variabler er kausale, slik det blir beskrevet i studien.

En styrke ved studien er at den er populasjonsbasert. Utvalget er stort og svarprosenten var høy. Det er en nokså lik kjønnsfordeling blant respondentene. Det er benyttet data fra Ungdata, som er et standardisert og kvalitetssikret system for spørreundersøkelser (NOVA, 2016). Deltagelse i Ungdataundersøkelser er gratis for alle skoler i Norge og siden man kan

anta at det er tilfeldig hvilke skoler som ikke har valgt å delta, kan utvalget ses på som et tilfeldig utvalg fra studiepopulasjonen.

Når det gjelder informasjonsskjevhet kan det være flere kilder til det. Variabler som er inkludert er selvrapporterte og retrospektive. I den sammenheng kan det tenkes at både misforståelser, tidsangivelser og urimelige hukommelseskrav kan påvirke validiteten (Elstad, 2010). Det kan være vanskelig å angi rett antall besøk hos helsetjenestene i løpet av det siste året og det kan også være vanskelig å huske antall ganger man har vært tydelig beruset, slik at upresise anslag kan forekomme. Et annet aspekt er at enkelte av de utfylte spørreskjemaene fra undersøkelsen kan fremstå som useriøse da de inneholder mange svar i ytterpunkter. NOVA har derfor rensset datamaterialet og fjernet mulige useriøse svarskjemaer for å øke validiteten (Frøyland, 2017). Samtidig vil det i spørreundersøkelser som dette kunne være en usikkerhet omkring tolkning av spørsmålene og ungdommene kan oppfatte spørsmålsformuleringene ulikt (Elstad, 2010). På den andre siden kan det tenkes at de nevnte skjevheter vil være jevnt fordelt mellom gruppene slik at man får en ikke-differensiell misklassifikasjon og det på den måten i liten grad vil kunne påvirke resultatene.

Seleksjonsskjevhet kan forekomme da det er en ulik fordeling av ungdommer på de forskjellige klassetrinn. Det er kjent at det er et betydelig frafall årlig blant elever i den videregående skole. Eksempelvis var det kun 57 % av de unge som startet på videregående opplæring i 2002 som fullførte på normert tid (Haugland, 2009). Det kan også tenkes at elever som ikke var til stede på skolen den aktuelle dagen hvor undersøkelsen ble gjennomført, er representanter for en gruppe med ulike utfordringer og generelt har et høyt fravær.

Variabelen omkring den sosioøkonomiske status inneholder subjektive mål hvor ungdommene egen oppfatning av familiens ressurser og foreldrenes utdanningsnivå blir målt. Det kan tenkes at ungdom har en varierende kunnskap omkring dette temaet. Funn fra en studie med datagrunnlag fra Ungdataundersøkelsen, viste at de subjektive målene kun var delvis overlappende med de objektive målene (Eriksen, Sletten & von Soest, 2017). Det vil av den grunn være en usikkerhet omkring denne variabelen. Samtidig har forskning vist at en slik konstruering av SØS målet ved å se på familiens ressurser og utdanningsnivå kan gi valide mål (Wardle et al., 2002).

Operasjonalisering og hvilke variabler som er inkludert i studien kan ha hatt en betydning for resultatene. Med et fokus på problematferd kunne det styrket validiteten om flere variabler omkring problematferd som for eksempel vold og kriminalitet var inkludert i studien. Såkalte

eksternaliserende vansker vises ofte i større grad hos gutter enn hos jenter (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). På denne måten kunne betydning av kjønnsforskjeller gitt et annet bilde. Ved spørsmål om bruk av helsetjenester er kun besøk hos helsesykepleier og helsestasjon for ungdom inkludert. Dette kan være en svakhet, da spesielt jenter kan ha oppsøkt fastlege for å skaffe seg hormonell prevensjon. I forhold til operasjonalisering av variabler kan måten dette er gjort på i denne studien diskuteres. Valget om å omgjøre den avhengige variabelen til en dikotom variabel ble tatt med bakgrunn i ønsket om å utføre en logistisk regresjon, da en slik regresjonsmodell forutsetter en dikotom variabel (Almquist et al., 2015). Det er mulig at denne omkodingen bidrar til en overestimering av «nei» gruppen med tanke på at «usikker/husker ikke» er inkludert. Ved spørsmål om bruk av rusmidler, både alkohol og hasj, ble svarkategoriene omgjort fra fem svaralternativer til tre og ved bruken av helsetjenester ble denne omgjort fra fire svaralternativer til to svaralternativer. For variabler som har mange verdier kan det i et analyseformål være hensiktsmessig å forenkle og gruppere inndelingen slik det er gjort her (Hellevik, 2002). Samtidig kan denne omkodingen ha bidratt til at individer har blitt kategorisert feil. Tatt i betraktning denne studiens formål anses likevel inndeling og kategorisering av utvalgte variabler som valid og dekkende for å besvare problemstillinger.

7.0 Konklusjon og implikasjoner

Et av hovedfunnene i denne studien viste at en stor andel av ungdommene, henholdsvis 34 %, ikke brukte prevensjon ved sin seksuelle debut. Videre viste resultatene en sammenheng mellom manglende prevensjon og et høyt forbruk av alkohol og hasj. Resultatene fra denne studien er dermed i tråd med resultater fra annen forskning. De alvorlige konsekvensene et ubeskyttet samleie kan medføre for ungdommen, indikerer at dette bør være satsingsområde for både det forebyggende ungdomshelsearbeid og for det generelle folkehelsearbeidet.

Funnene videre indikerte sammenheng mellom sosioøkonomisk status og manglende prevensjonsbruk, hvor andelen som oppgav dette var høyere i lavere sosiale lag. Dette funnet kan antyde viktigheten av å jobbe forebyggende på flere arenaer, eksempelvis med skoletiltak siden dette er en arena ungdom tilbringer mye av sin tid på. Samtidig har forskning vist at foreldres påvirkning er av betydning og derfor må tiltak også rettes mot foreldre for å øke deres kunnskapsnivå om ungdoms atferd. Teoretiske atferds modeller, som The theory of

planned behaviour (Ajzen, 1991) og sosioøkologiske modeller som Bronfenbrenner (1979), har vist at det er mange faktorer i den sosiale konteksten til ungdommer som kan påvirke deres atferd.

Bruken av helsetjenester for ungdom viste i denne studien at ungdom som oppsøkte helsetjenester i større grad, brukte mindre prevensjon. Dette funnet får ikke støtte fra annen forskning hvor et gjentakende funn er at bruk av disse tjenestene virker beskyttende i forhold til manglende prevensjonsbruk. Med støtte i problematferdsteorien (Jessor & Jessor, 1977) kan det tenkes at denne studien har identifisert en liten gruppe ungdommer som utelater prevensjon ved sin seksuelle debut, har et høyt forbruk av alkohol og hasj, og samtidig opplever sammensatte vansker slik at de ofte oppsøker helsetjenester tilrettelagt for ungdom.

Det er imidlertid behov for mer forskning på dette området. En videre forskning bør innebære longitudinelle studier som ser nærmere på korrelasjonen mellom ulike typer av problematferd. Med et større innblikk i hvilken atferd som opptrer først hos ungdom og hvilke faktorer i den sosiale kontekst som påvirker i størst grad, kan det være lettere å utarbeide forebyggende intervensjoner for prevensjonsbruken i folkehelsearbeidet.

Litteraturliste

- Aarø, L.E., Hauknes, A. & Berglund, E.L. (1981). Smoking among Norwegian schoolchildren 1975–1980: II. The influence of the social environment. *Scandinavian Journal of Psychology*. Volume 22, Issue 1. Pages 297-309.
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York academy of Sciences*, 896(1), 3-15.
- Albarracin, D., Johnson, B.T, Fishbein, M. & Muellerleie, P.A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour as Models of Condom Use: A Meta-Analysis. *Psychol Bull*, Jan;127(1):142-61. doi: 10.1037/0033-2909.127.1.142.
- Almquist, Y.B., Ashir, S. & Brännström, L. (2015). A guide to quantitative methods, version 1.0.3. <http://www.chess.su.se/education/a-guide-to-quantitative-methods-1.173478>.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes* 50: 179-211.
- Armitage, C.J., & Conner.M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour. A metaanalytic review. *British Journal of Social Psychology* 40: 471–99.
- Armor T. & Haynie, D. L. (2007). Adolescent sexual debut and later delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 141–152. 11.
- Bache-Hansen, E. (2007). Alvorlige og mindre alvorlige atferdsproblemer blant ungdom, I: Kvale, I.L. & Wichstrøm, L. (red.), *Ung i Norge – psykososiale utfordringer*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. ISBN 978-82-02-26288-4. 2. s. 127-144.
- Bakken, A., Frøyland, L.R. & Sletten, M.A. (2016). Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene? NOVA Rapport 3/16. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Bakken, A. (2018). Ungdata. Nasjonale resultater 2018, NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA.
- Bakken, A. (2019). Ungdata. Nasjonale resultater 2019. NOVA rapport 9/19. Oslo: NOVA
- Bengesai, A., Khan, H. & Dube, R. (2018). The association between sexual behaviours and initiation of post secondary education in South Africa. *Journal of Biosocial Science*, 51 (1). pp. 59-76.<https://doi.org/10.1017/S0021932017000670>
- Brindis, C. D., Klein, J., Schlitt, J., Santelli, J., Juszczak, L., & Nystrom, R. J. (2003). School-based health centers: Accessibility and accountability. *Journal of Adolescent Health*, 32(6), 98-107. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(03\)00069-7](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00069-7)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005) (Red.). *Making human beings human*. Bioecologica perspectives on human development. Thousand Oaks, London & New Dehli: Sage Publications.
- 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).

- Clark, D.A, Donnellan, M.B, Durbin, C.E, Nuttall, A.K, Hicks, B.M. & Robins, R.W (2020) Sex, drugs, and early emerging risk: Examining the association between sexual debut and substance use across adolescence. *PLoS ONE* 15(2).
- Cornelius J. R., Clark D. B., Reynolds M., Kirisci L. & Tarter R. (2007). Early age of first sexual intercourse and affiliation with deviant peers predict development of SUD: A prospective longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 32, 850–854.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.027> P
- 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.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T. & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429-1436.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- DiClemente, R.J., Salazar, L.F. & Crosby, R.A. (2013). *Health behavior theory for public health*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- DiCenso, A., Guyatt, G., Willan, A. & Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: Systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 324 (7351) 1426-1420.
- Doran, K.A. & Waldron, M. (2017) Timing of First Alcohol Use and First Sex in Male and Female Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, Volume 61, Issue 5, pages 606- 611.
- Eaton, L., Flisher, A.J. & Aarø, L.E. (2004). Unsafe sexual behaviour in South African youth. In Djamba YK, red. Sexual behaviour of adolescents in contemporary sub-Saharan Africa. Lewiston, New York: Edwin Mellen Press, 65-109.
- Elstad, J. (2010). Spørreundersøkelsens fallgruber. I D. Album, M. Hansen & K. Widberg (Red.), *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning* (s. 155-169). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, I. M., Sletten, M. A., & von Soest, T. (2017). Stress og press blant ungdom: Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Folkehelseoven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Frøyland, L. R. (2017). Ungdata - Lokale ungdomsundersøkelser. Dokumentasjon av variablene i spørreskjemaet. Hentet fra <http://www.ungdata.no/Forskning/Metode-og-dokumentasjon/Ungdata-dokumentasjonsrapport-2010-2019>
- Galavotti, C. & Lovick, S.H. (1989). School-based clinic use other factors affecting adolescent contraceptive behavior. *Journal of Adolescent Health Care*, Volume 10, Issue 6, Pages 506-512. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(89\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0197-0070(89)90013-2)

Gibbons, J.L. (2000). Personal and social development of adolescents: Integrating findings from preindustrial and modern industrialized societies. I U.P. Gielen & A.L. Comunian (Eds.), *International perspectives on human development* (ss.403-429). Lengerich: Pabst Science Publ.

Goodman, E (1999). The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *American Journal of Public Health*, 89, 1522–1528.

Gochman D.S. (1997). Health behaviour research: definitions and diversity. I Gochman DS, red. *Handbook of health behaviour research*, Vol. 1: Personal and social determinants. New York: Plenum Press.

Guleria, S., Juul, K.E., Munk, C., Hansen, B.T, Arnheim-Dahlstöm, L., Liaw, K.L, Nygård, M. & Kjaer, S.K. (2017) Contraceptive non-use and emergency contraceptive use at first sexual intercourse among nearly 12 000 Scandinavian women. *Acta Obstet Gynecol Scand., Mar;96(3):286-294*. doi: 10.1111/aogs.13088.

Haugland, S. (2009). Skolehelsetjenesten-en unik posisjon. I LE Aarø, & K.-I. Klepp (Red.). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*, 3, 305-319.

Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helmius, G. (1990) Mogen för sex? Det sexuellt restriktiverande samhället och ungdomars heterosexuella glädje. Uppsala: Universitet.

Helse og omsorgsdepartementet (2017). Snakk om det! – strategi for seksuell helse (2017-2022).

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsedirektoratet (2017) Tidlig innsats.forebygging.no. En av fem unge har hatt uønsket sex. Hentet 03.06.20 fra <http://tidliginnsats.forebygging.no/Nyheter/En-av-fem-unge-har-hatt-uonsket-sex/>

Helsedirektoratet (2019). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje. Hentet 3. april. 2020. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Holstein, B.E., Currie, C., Boyce, W., Damsgaard, M.T., Gobina, I., Kokonyei, G. ... Due, P. (2009). Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: International comparative study in 37 countries. *Int. J. Public Health*, 54, 260–270.

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.

Illeris, K., Katznelson, N., Nielsen, J.C., Simonsen, B. & Sørensen, N.U. (2009). *Ungdomsliv – mellom individualisering og standardisering*. Fredriksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem Behaviour and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press.
- 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.
- Johansen, A., Rasmussen, S., & Madsen, M. (2006). Health behaviour among adolescents in Denmark: Influence of school class and individual risk factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 32–40. <https://doi.org/10.1080/14034940510032158>
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelige metode* (4.utg). 9. Oslo: Abstract
- Kasl, S.V. & Cobb, S. (1966) Health behaviour, illness behaviour and sick-role behaviour – 1: Helath and illness behaviour. *Archives of Environmental Health* 1996; 12: 246-66.
- Kisker, E. E., & Brown, R. S. (1996). Do school-based health centers improve adolescents' access to health care, health status, and risk-taking behavior?. *Journal of Adolescent Health*, 18(5), 335-343.
- Klepp, K.I. & Aarø (2009). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Koivusilta, L., Rimpelä, A., & Vikat, A. (2004). Erratum to "Health behaviours and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow up study from Finland"[*Social Science & Medicine* 57 (4)(2003) 577-593]. *Social Science & Medicine*, 1(59), 221.
- Kraft, P. & Rise, J. (1994). The relationship between sensation seeking and smoking, alcohol consumption and sexual behavior among Norwegian adolescents, *Health Education Research*, Volume 9, Issue 2, June 1994, Pages 193–200, <https://doi.org/10.1093/her/9.2.193>
- 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: Cappelen Damm Akademisk. ISBN 978-82-02-26288-4. 2. s. 17 - 32
- 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.
- Luder, M.T., Pittet, I., Berchtold, A., Akre, C, Michaud, P. A. & Surís, J.C. (2011). Associations Between Online Pornography and Sexual Behavior Among Adolescents: Myth or Reality? *Arch Sex Behav.* ;40(5):1027-35. doi: 10.1007/s10508-010-9714-0
- Lunde, E.S, Otnes, B. & Ramm, J. (2017). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging. Rapport 2017/16 Statistisk sentralbyrå (SSB).
- Malamuth, N. & Huppini, M. (2005) Pornography and Teenagers: The Importance of Individual Differences. *Adolesc Med Clin, Jun;16(2):315-26*, viii. doi: 10.1016/j.admecli.2005.02.004.

- Mäkelä, K. (1997). Drinking, the majority fallacy, cognitive dissonance and social pressure. *Addiction*; 92: 729-36.
- Manning, W., Longmore, M., & Giordano, P. (2000). The Relationship Context of Contraceptive Use at First Intercourse. *Family Planning Perspectives*, 32(3), 104-110. doi:10.2307/2648158
- Medietilsynet (2020). Barn og Medier. Ungdoms erfaringer med porno på nett. Delrapport 5. Hentet 10.juni 2020 fra:
https://medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/200526-delrapport-5-ungdoms-erfaring-med-porno-pa-nett_barn-og-medier-2020_.pdf
- Moor, I., Richter, M., Ravens-Sieberer, Ul, Ottová-Jordan, V., Elgar, F. J. & Pförtner, T. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *European Journal of Public Health*, 25 (suppl 2), 57–60
- Moos, M.K., Bartholomew, N.E. & Lohr, K.N. (2003). Counselling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: An evidence based research agenda. *Contraception* 67(2), 115-32.
- Myklestad I. & Rise J. (2007). Predicting Willingness to Engage in Unsafe Sex and Intention to Perform Sexual Protective Behaviors Among Adolescents. *Health Education & Behavior* 34(4):686-99 DOI: 10.1177/1090198106289571
- Myklestad, I. & Rise, J. (2008). Predicting intentions to perform protective sexual behaviours among Norwegian adolescents, *Sex Education*, 8:1, 107-124. DOI: [10.1080/14681810701811886](https://doi.org/10.1080/14681810701811886)
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- NOVA. (2016). Hva er Ungdata? Hentet 10 april, 2020 fra <http://ungdata.no/Omundersokelsen/Hva-er-Ungdata>
- Pape, H. & Ingeborg Rossow I. (2007) Farlig fyll Overstadig drikking og problemer knyttet til alkoholbruk blant skoleungdom. *Tidsskrift for Ungdomsforskning*, 7(1):113–125.
- Pedersen, W. (1989). Impulsive and risky sexual behaviour among youth. *Nordisk Psykologi*, 41, 241–251.
- Pedersen, W. (1993). The Majority Fallacy reconsidered. *Acta Sociologica*; 36: 343-55.
- Pedersen, W. & Samuelsen, S.O. (2003). New patterns of sexual behaviour among adolescents. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 21, 3006-9.
- Pedersen, W, Samuelsen S.O. & Wichstrøm, L. (2003) Sexual debut age: Poor resources, problem behaviour or romantic appeal? A population-based longitudinal study. *Journal of Sex Research*, 40: 333-45.
- Peter, J. & Valkenburg, P. (2016). Adolescents and Pornography: A Review of 20 Years of Research. *The journal of sex research*, 53(4-5), 509-531.

- Rashad, I. & Kaestner, R. (2004). Teenage sex, drugs and alcohol use: problems identifying the cause of risky behaviours. *Journal of Health Economics* 23, s.493-503.
- Redd Barna (2020). «Et skada bilde av hvordan sex er». Ungdoms perspektiver på porno. Rapport. Hentet 10 juni 2020 fra: https://medietilsynet.no/globalassets/dokumenter/rapporter/200526_redd_barna_rapport_porno.pdf
- Rehm, J., Shield, K.D, Joharchi, N. & Shuper, P.A. (2012) Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction*. Jan;107(1):51-9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03621.x. Review.PMID: 22151318.
- Richter, M., Moor, I., & van Lenthe, F. J. (2012). Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health*, 66(8), 691-697.
- Rommetveit, R. (1995). *Social norms and roles*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rutter, M. & Rutter, M. (1993). *Developing Minds. Challenge and Continuity across the Life Span*. New York: BasicBooks.
- Schofield, H.T., Bierman, K.L., Heinrichs, B. & Nix, R.L. (2008). Predicting Early Sexual Activity with Behavior Problems Exhibited at School Entry and in Early Adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 36, 1175–1188. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9252-6>.
- Singh, S. & Darroch, J.E. (2000). Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives*, 32, 14-23.
- Smedslund, G. (2000). A pragmatic basis for judging models and theories in health psychology: The axiomatic method. *Journal of Health Psychology*, 5(2), 133-149.
- Sosial- og helsedepartementet (2001). Fylkeslegens fellestilsyn med skolehelsetjenesten. Oslo.
- Starfield, B., Riley, A. W., Witt, W. P. & Robertson, J. (2002). Social class gradients in health during adolescence. *J. Epidemiol Community Health*, 56, 354–361.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, s.69-74.
- St.mld. nr.13 (2018-2019), (2019). Muligheter for alle -Fordeling og sosial bærekraft. Oslo: Finansdepartementet.
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behavior: How well are we doing? *Journal of applied social psychology*, 28(15), 1317-1338.
- 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.
- Træen, B. & Kvaalem I.L. (1996). Sexual socialization and motives for intercourse among Norwegian adolescents. *Archives of Sexual Behaviour* 1996; 25(3): 289-302.

- Træen, B., Stigum, H., & Magnus, P. (2003). Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, og 2002. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Træen, B. (2009). Seksualitet og seksualatferd. I: Klepp, K.I. & Aarø, L.E. (red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. ISBN 82-00-42965-2. s.233-248.
- Vildalen, S. (2014) *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379, 1641- 1652. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4).
- Von Tetzchner, S. (2001). *Utviklingspsykologi: barne-og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wardle, J., Robb, K. & Johnson, F. (2002). Assessing socioeconomic status in adolescents: the validity of a home affluence scale. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(8), 595-599.
- Webb, P., Bain, C., & Page, A. (2017). *Essential epidemiology: an introduction for students and health professionals*. Cambridge University Press.
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C.H. ... Field, J. (2001) Sexual behavior in Britain: Early heterosexual experience. *Lancet*; 385: 1843-50.
- Welti, K., Wildsmith, E. & Manlove, J. (2011). Trends and Recent Estimates: Contraceptive Use Among U.S. Teens and Young Adults. Child Trends Research Brief. Publications, 23.
- 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.
- West P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci Med*, 44:833-58
- West, R. (2006). *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwells.
- Wight, D., Williamson, L. & Henderson, M. (2006). Parental influences on young people's sexual behaviour: A longitudinal analysis. *Journal of Adolscence*, Volume 29, Issue 4, Pages 473-494.
- World Health Organization (WHO) (1948). WHO definition of health. In *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*.
- World Health Organization (WHO) (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Sexual Health Document Series. Geneva.
- Xu, Y., Norton, S. & Rahman, Q. (2018). Early life conditions, reproductive and sexuality-related life history outcomes among human males: A systematic review and meta-analysis. *Evolution and Human Behavior*, Volume 39, Issue 1, Pages 40-51.

Åstrøm, A.N. (2009). Ungdoms tannhelseatferd -et sosialpsykologisk perspektiv på forebyggende tannhelseatferd. I: Klepp, K.I. & Aarø, L.E. (red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. ISBN 82-00-42965-2. s. 89-102.

Ungdom, seksuell debut og bruk av prevensjon. Hvilken betydning har bruk av rusmidler?

Stine Johansen

Institutt for folkehelsevitenskap, LANDSAM, Norges miljø og biovitenskapelige universitet, Ås.

Ungdomstiden er for mange en utforskende tid hvor seksuell debut og en utprøving av rusmidler hører med. Samtidig vil ungdom være uerfarne og atferden settes ofte i en risikokontekst. Flere studier viser at en stor andel ungdommer ikke benytter prevensjon ved sitt første samleie.

Målet med denne studien var å undersøke om det var sammenheng mellom ungdom som ikke brukte prevensjon ved sin seksuelle debut og et høyt forbruk av alkohol eller hasj. I tillegg var det ønskelig å se om bruk av helsetjenester kunne ha beskyttende effekt. Funnene i studien er basert på tverrsnittsundersøkelsen Ungdata 2017–2019 (n=63623) gjennomført blant ungdom fra videregående skoler i hele Norge.

Resultatene viste at 34 % av ungdommene oppgav manglende bruk av prevensjon ved sin seksuelle debut. Det ble funnet signifikante sammenhenger med et høyt forbruk av alkohol og hasj de siste 12 månedene. Bruken av helsetjenester hadde ingen positiv innvirkning på prevensjonsbruken.

Innledning

Den seksuelle debut vil for mange ungdommer være en viktig erfaring i ungdomslivet og en milepæl. Valget om å bruke prevensjon ved den seksuelle debut er et viktig valg, men tall fra Ungdataundersøkelsene fra årene 2015-2017 viser at 32 % av ungdommene oppgir å ikke ha brukt prevensjon. Tidligere undersøkelser i Norge, deriblant den norske seksualvaneundersøkelsen fra 2002, bekrefter funnene, hvor 33.5 % av de spurte ungdommene oppgir manglende bruk av prevensjon ved sitt første samleie (Træen, et al., 2003). En nyere studie som inkluderte alle land i Skandinavia viser imidlertid en større andel prevensjonsbrukere, med kun 14 % som oppgir manglende prevensjon, men her har man kun sett på kvinner (Guleria et al., 2017). De færreste ungdommer planlegger graviditet i sine ungdomsår og bruken av kondom vil også være beskyttende for seksuelt overføre sykdommer. Det kan tenkes at jenter og gutter har ulik atferd både med tanke på prevensjonsbruk, bruk av rusmidler og benyttelse av helsetjenester, så i denne studien vil det bli sett på begge kjønn både samlet og hver for seg. Bruken av prevensjon er et delt ansvar, men tilgangen til prevensjonsmidlene er ulikt. Det vil for eksempel være enklere for gutter å få tilgang på kondomer i butikk enn for jenter å skaffe seg p-piller gjennom helsetjenester. Konsekvensene av en graviditet må også kunne sies å være ulikt for jenter og gutter.

Valget om å bruke prevensjon ved den seksuelle debut er viktig for ungdommen av flere grunner. Uønskede tenåringsgraviditeter er uvanlig i Norge i dag, ifølge statistikken til Folkehelseinstituttet går tallene på tenåringsfødsler og svangerskapsavbrudd i aldersgruppen 15–19 år stadig nedover. Eksempelvis var tallene for aborter i den nevnte aldersgruppen 22.4 per 1000 kvinner i 1980, mens i 2017 var tallene 6.3 aborter per 1000 kvinner (Løkeland et al., 2018). Når det gjelder seksuelt overførbare sykdommer er forekomsten en annen. Folkehelseinstituttet sine tall på seksuelt overførbare sykdommer viser en stabil forekomst av for eksempel klamydia, som er den dominerende kjønnssykdommen blant de yngre aldersgrupper. Til enhver tid har om lag 1 av 20 seksuelt aktive unge klamydia. I 2018 ble det diagnostisert 26 570 tilfeller, 502 per 100 000 innbyggere i Norge, sett på hele befolkningen, men forekomsten er høyest hos ungdom under 25 år (Blystad, Caugant, Kløvstad, Nilsen & Rykkvin, 2019).

Samtidig som en stor del av ungdommen debuterer seksuelt før fylte 18 år, vil flertallet av norske ungdommer også debutere med alkohol i løpet av de samme ungdomsårene (Bakken, 2018). Flere studier, både norske og utenlandske, har sett på sammenhengen mellom

prevensjonsbruk og bruk av rusmidler hos ungdom (Træen & Kvalem, 1996; Pape & Rossow, 2007; Rehm, Shield, Joharchi & Shuper, 2012). Funnene fra disse studiene er samsvarende og tilsier at bruken av rusmidler bidrar til mindre prevensjonsbruk. Forklaringer på denne sammenhengen er blant annet en opplevelse av nedsatt dømmekraft, rusmidler kan bidra til at det blir vanskeligere å sette grenser for seg selv og ungdommene kan oppleve mindre hemninger i beruset tilstand.

En litteraturgjennomgang viser at en større del av forskningen ser på bruken av prevensjon ved siste samleie, mens en mindre andel ser på prevensjonsbruk ved den seksuelle debut. Spørsmålsformuleringen omkring prevensjonsbruk ble endret i Ungdataundersøkelsen 2016 fra prevensjon ved siste samleie til den seksuelle debut. Det er derfor få studier som har sett på prevalens av prevensjon ved seksuell debut blant ungdom i Norge med nyere tall og hvilke sammenhenger det kan ha med bruken av rusmidler.

Forskningsspørsmål

Formålet med denne studien er først og fremst å undersøke sammenhengen mellom bruken av prevensjon ved den seksuelle debut og bruken rusmidler hos ungdom. Det er imidlertid flere faktorer som kan være av betydning, slik at ytterligere variabler vil belyses. For det første vil jeg (a) undersøke forekomsten av bruk av prevensjon ved den seksuelle debut, samt hvordan prevensjonsbruken fordeler seg etter kjønn, klassetrinn, alder ved debut og sosioøkonomisk status blant ungdommene. For det andre (b) vil jeg undersøke om det finnes en sammenheng mellom prevensjonsbruk og bruk av rusmidler som alkohol eller hasj. For det tredje (c) vil jeg undersøke om bruk av helsetjenester som helsesykepleier og helsestasjon for ungdom kan ha en beskyttende effekt for prevensjonsbruken. Kunnskapen om disse faktorene vil kunne ha en betydning i det forebyggende prevensjonsarbeidet.

Ungdomstid – en tid for endring og utforskning

Ungdomstiden er en tid preget av utvikling og endring på flere plan, både psykologisk og biologisk (Illeris, Katznelson, Nielsen, Simonsen & Sørensen, 2009). Tall fra Ungdataundersøkelsene de siste årene viser at andelen som har debutert seksuelt tidobler seg fra begynnelsen av ungdomstrinnet til slutten av videregående, fra 7 % til 73 % (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016). Å utforske sin egen seksualitet er en viktig del av ungdomstiden, samtidig som det er ønskelig at dette forgår innenfor trygge rammer. Både informasjon om og

tilgang på prevensjon vil være medvirkende faktorer til at disse rammene blir opprettholdt (Johansen, 2016). Samtidig står de sosiale normene sterkt i ungdomsmiljøene. En stor del av ungdomsforskningen som ser på atferd legger vekt på at ungdoms seksuelle atferd blir påvirket av normene i miljøet rundt dem (Helmius, 1990; Træen, 1993; Kvalem, 2002; Lewin & Helmius, 1983 & Træen & Kvalem, 1996). De deskriptive normene som legger vekt på hva andre personer gjør, kan for eksempel bidra til at ungdommer oppfatter at «ingen andre» bruker kondom. En slik oppfattelse kan påvirke ungdoms seksualatferd og prevensjonsbruk, selv om den kan være feilaktig (Træen, 2009).

Når det gjelder bruken av rusmidler viser tall fra blant annet Ungdataundersøkelsen 2018 at flertallet av norske ungdommer debuterer med alkohol før fylte 18 år (Bakken, 2018). Utforskningen av alkohol er en naturlig del ungdomstiden for mange og kobles ofte sammen med vennskap og det sosiale livet. Selv om alkoholbruken i Norge generelt har økt de siste årene, har forekomsten av tenåringsdriking blitt lavere siden årtusenskiftet (Pape, Rossow & Brunborg, 2018). En europeisk undersøkelse som også inkluderer Norge, «European School Project on Alcohol and other Drugs» (ESPAD) bekrefter disse funnene. Sammenliknet med andre europeiske land, viser andelen norske tenåringer mellom 15 og 16 år som har drukket alkohol det siste året en lav andel (Kraus et al., 2016). Samtidig viser funn fra denne undersøkelsen at norske tenåringer skiller seg ut ved å drikke relativt mye når de først drikker (Bye & Skretting, 2017). Det er små forskjeller aldersmessig mellom jenter og gutter for når de utforsker alkohol første gang, men undersøkelser viser at gutter drikker klart mer enn jenter (Storvoll & Krange, 2003; Pape, Rossow & Storvoll, 2008).

Bruk av narkotiske midler, deriblant hasj, er ulovlig i Norge. På 1990-tallet så man en økning i bruken av hasj blant ungdom, etterfulgt av en markant nedgang frem til midten av det første tiåret etter årtusenskiftet. Etter har det vært en stabil utvikling, men det ser nå ut til å være en trend med økende bruk blant ungdom (Bakken, 2018). Hasj skiller seg ut som det narkotiske stoffet ungdom bruker mest, sammenliknet med andre narkotiske stoffer som ecstasy, kokain og heroin hvor rapportert bruk er lav i denne gruppen (Sandøy, 2018; Bakken, 2018). Ser vi til andre land, ligger norsk ungdoms bruk av hasj nokså lavt (Bye & Skretting, 2017). Det viser seg at noen grupper ungdommer skiller seg ut med økt bruk og dette er ungdom fra de større byene og da spesielt hovedstaden (Pedersen, Bakken & von Soest, 2019). Oslo by ligger på topp i landet og tall fra ungdataundersøkelsen «Ung i Oslo» viser en økning i bruken fra 2015 til 2018 med 4 prosentpoeng og nivået er nesten tilbake til andelen ungdom som oppgav bruk av hasj i 1996 (Bakken, 2018). Oslo by viser også en interessant

fordeling av bruken, hvor ungdommer fra de vestlige bydeler, som normalt sett har bedre levekår, rapporterer en høyere bruk enn ungdom fra de østlige bydeler (Pedersen et al., 2019). Gutter har en større erfaring i bruken av hasj enn jentene, for eksempel viser tall fra Ungdataundersøkelsen 2018 at 25 % av guttene på Vg3 oppgav at de hadde forsøkt hasj i løpet av det siste året, mens det tilsvarende tallet for jentene var 13% (Bakken, 2018). Diskusjonen omkring hvorvidt bruken av hasj er mer skadelig enn bruken av alkohol, er hyppig diskutert og preget av uenigheter (Nutt, King & Philips, 2010; Tveit & Kristensen, 2018). På tross av diskusjoner vil den erkjennelsen at hasj er et illegalt rusmiddel medføre at ungdom som utforsker hasj bryter en ekstra barriere (Bakken, 2018).

Det viktige valget

De første seksuelle erfaringene for ungdom kan være preget av spenning, lyst og glede, men samtidig vil ungdommene være uerfarne og det kan være vanskelig å sette grenser for seg selv. Enkelte ungdommer opplever sin seksuelle debut preget av vonde følelser og tvang. På grunnlag av uerfarenheten settes ofte ungdoms seksualitet i en risikokontekst (Bakken et.al., 2016). Nevnt innledningsvis er valget om å bruke prevensjon for ungdom en viktig avgjørelse. Det er mange faktorer som har vist seg å ha en påvirkning på valget om bruken av prevensjon hos de unge (Myklestad & Rise, 2007). Alder ved seksuell debut er en av faktorene som hyppig blir omtalt fra forskningen som en viktig faktor. Tall fra Ungdataundersøkelsene fra blant annet 2018, viser at det er en liten andel av ungdommene som debuterer seksuelt før fylte 14 år (Bakken, 2018). Samtidig viser studier at ungdommer i denne aldersgruppen har lavere bruk av prevensjon enn eldre ungdommer (Wellings et.al. 2001; Hawes, Wellings & Stephenson, 2010). Dette funnet støttes av andre studier som viser at jo tidligere debut, jo mindre sannsynlig er det at ungdom bruker prevensjon ved den seksuelle debut (Guleria et al, 2016). Studien forklarer dette med manglende seksuell kunnskap som var signifikant høyere hos 13–14 åringene når de sammenlignet med ungdom som debuterte etter fylte 16 år (Wellings et.al., 2001). Jenter debuterer seksuelt noe tidligere enn gutter. Ulike undersøkelser viser litt forskjellige anslag, men alderen har vært relativt stabil de siste 20 årene med debutalder på ca. 17 år for jenter og ca. 18 år for gutter (Bakken, 2019; Kraft, 1991; Træen et al., 2003). Samtidig som jenter gjennomsnittlig er noe tidligere ute med samleie, har de også en høyere rapportert prevensjonsbruk. Tallene for kjønnsforskjeller i prevensjonsbruken har også vært relativt stabile de siste 20 årene, med ca. 37 % av guttene og ca. 31 % av jentene som oppgir at de ikke brukte prevensjon ved debuten i 2002 (Træen, et al., 2003), mens

tallene fra Ungdataundersøkelsen fra 2018 viser at 30 % av guttene og 27 % av jentene utelot prevensjon ved debuten (Bakken, 2018).

Manglende bruk av prevensjon blir knyttet til risikoatferd hos ungdommen. En slik risikoatferd innebærer i mange tilfeller også bruk av rusmidler som alkohol og hasj. Pape & Rossow (2007) har sett at ungdom som debuterer tidlig med rusmidler oftere er involvert i andre typer risikoatferd. En annen studie har funn som indikerer at enkelte ungdommer tilhører en minoritet som markerer seg negativt med tanke på atferd som er normbrytende (Rossow, 2008). Denne negative atferden kan innebære tidlig seksuell debut med manglende prevensjonsbruk, ofte i kombinasjon med bruk av rusmidler. Denne sammenhengen er funnet i flere studier (Træen & Kvalem, 1996; Pedersen, 1989).

Ungdom og problematferd

Ungdomstiden beskrives ofte som en overgangsfase (Ileris et al., 2009). De unge beveger seg gradvis fra å være barn til en ungdomstid hvor de etter hvert vil tilegne seg en mer voksen atferd med alt det innebærer av roller og forventninger. Denne gradvise overgangen innebærer blant annet å utvikle selvstendighet og utforske nye områder i livet. For de fleste ungdommer vil episoder med problematisk atferd som strider med samfunnets normer og forventninger være en normal del av utforskningen i ungdomstiden. For enkelte kan imidlertid balansegangen i det å utforske nye områder i livet bli problematisk (Frøyland & Sletten, 2012). Dette er gjerne hos de ungdommene som har et mønster av problematferd hvor de er involvert i flere problematferder over en lengre periode. Forskning har vist at deltakelse i ulike former for problematferd i tidlige ungdomsår øker sannsynligheten for flere utfordringer i senere ungdomsår. (Keenan, Loeber & Green, 1999). En tidlig involvering i problematferd kan også føre til andre negative konsekvenser senere i livet. Stattin & Magnusson (1996) fant i sin studie at spesielt jenter med problematferd i tidlige ungdomsår hadde en sterk sammenheng med mange seksualpartnere og dårligere partnerrelasjoner når de var 25 år og dårlig familiemiljø eller skilsmisse når de var 37 år.

Teoretiske modeller som ser på ungdoms atferd kan hjelpe oss med å forstå hvorfor ungdom handler som de gjør. I denne studien blir det lagt vekt på årsaksmekanismer for den risikofylte atferden. Teorien om problematferd, utviklet av Jessor & Jessor (1977), er en sosial-psykologisk teori som definerer problematferd som atferd som avviker fra de sosiale normer som regulerer hva som er passende for den aktuelle alder. Teorien er inndelt i et system som

inneholder tre komponenter; personlige egenskaper, opplevde omgivelser og atferden. Selve atferden deles inn i en konvensjonell del og en ukonvensjonell del, hvor den konvensjonelle er sosialt akseptert, mens den ukonvensjonelle representerer uønsket atferd. Ifølge Costa og medarbeidere (1996) blir bruken av prevensjon sett på som helsebeskyttende og konvensjonell atferd. Et viktig moment ved teorien er tanken om at ungdom som deltar en i risikoatferd har økt sannsynlighet for å delta i andre former for risikoatferd. Aarø & Laberg (1995) forklarer dette med korrelerende atferd hvor en problematferd følger en annen, atferden følger et mønster med for eksempel bruk av alkohol i ung alder som igjen kan bidra til tidlig seksuell debut uten bruk av prevensjon.

Teorien om problematferd er mye brukt innenfor ungdomsforskning og flere studier, både nasjonale (Pedersen, Samuelen & Wichstrøm, 2003; Bakken, 1998) og internasjonale (Melkman, 2015; Donovan & Molina, 2014; Costa, Jessor, Fortenberry & Donovan, 2017) støtter seg til teorien i sin forskning på problematferd. Sterrett et al. (2014) har brukt teorien for å se på sammenhenger mellom atferdsproblemer, en risikabel seksuell atferd og bruk av rus. Funnen fra denne studien indikerte at vanskelige familierelasjoner, en påvirkning fra jevnaldrende og mestringstro var faktorer som predikerte for problematferd.

Helsetjenester tilrettelagt for ungdom

For ungdommene har både skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom flere formål. Skolehelsetjenesten er den første helsetjenesten som barn og ungdom kan oppsøke uten at foreldre er med og som de kan oppsøke på eget initiativ. Undersøkelser viser at erfaringene ungdommene gjør seg gjennom denne kontakten kan legge et grunnlag for deres videre relasjon til helsevesenet (Gammelsrud Finpå, Gravdal Kvarme & Misvær, 2017). Ifølge tidligere Ungdata undersøkelser oppgir nærmere 80 % av ungdommen at fysisk og seksuell helse er hovedårsaken til at de oppsøker tjenestene. De resterende oppgir psykisk helse som grunnen (Bakken et al. 2016).

Politisk har vi sett en økning i bevilgninger for å styrke skolehelsetjenesten gjennom de senere år og samtidig har den seksuelle helsen blitt satt på dagsorden med blant annet strategien «Snakk om det» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Med tanke på prevensjonsarbeidet legger strategien vekt på tidlig innsats, økt kunnskap og tilgjengelighet for ungdommen. Selv om antallet uønskede graviditeter i denne aldersgruppen er lavt, er forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer stabil, om enn noe økende for enkelte av

sykdommene (Blystad et al., 2019). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sin oppsummering av tilgjengelig forskning på effekter av skolehelsetjenesten, presenterer funn som er i tråd med de politiske retningslinjer, hvor tilgjengelig skolehelsetjenester fører til økt bruk av tjenestene (Dahm, Landmark, Kirkehei & Reinar, 2010). Oppsummeringen konkluderer videre med at kombinasjon av undervisning og tilgang på prevensjon kan øke bruken hos ungdommen. Studier som har sett på kjønnsforskjeller i bruken av helsetjenester for ungdom viser den samme trenden som hos voksne, jenter oppsøker helsetjenester i større grad enn gutter (Langaard, 2006; Sollesnes, 2010). I de kvalitative studiene forklarer ungdommene selv denne ulikheten med at jenter og gutter har ulike mestringsstrategier ved et hjelpebehov. Jenter oppsøker helsetjenesten da de opplever samtale som verdifullt, mens guttene ventet lenger med å oppsøke hjelp og de hadde også mindre kunnskap om hvor de skulle henvende seg (Langaard, 2006; Sollesnes, 2010).

Ungdommens sosioøkonomiske bakgrunn

Det er velkjent at det er vanlig å finne en tydelig sosial gradient i helse hos voksne, et lavere nivå av sosioøkonomisk status henger sammen med dårligere helsetilstand og annen bruk av helsetjenester, eksempelvis mindre bruk av tannhelse- og spesialisthelsetjenesten (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014). Studier har også sett den samme sosiale gradienten hos ungdom, hvor ungdom med familier med lavere sosioøkonomisk status opplever dårligere helsetilstand (Næss, Rognerud & Strand, 2007; Starfield Riley Witt & Robertson, 2002; Moor et al., 2015). Dette er imidlertid omdiskutert da ungdom generelt har færre helseplager og skal ha lik tilgang på helsetjenester (Bakken et al., 2016). Det blir i denne sammenheng lagt størst vekt på betydningen av subjektive helsemål og helseatferd hvor man har funnet en klar sosial gradient hos ungdom hvor disse har en mer helsefremmende atferd jo høyere sosioøkonomisk status (Moor et al., 2015; Richter, Moor & Lenthe, 2012; Holstein et al., 2009; Piko & Fitzpatrick, 2007). Annen forskning viser til funn hvor ungdomstiden er den tidsperioden hvor helsen kan være minst påvirket av sosial klasse (West, 1997). Dette begrunnes med at ungdomskulturen står sterk med en påvirkning fra venner og skolemiljøet som overstyrer påvirkning fra familiens sosioøkonomiske bakgrunn. Samtidig som ungdom støtter seg til venners sosiale normer kan foreldrenes tilstedeværelse, støtte og oppdragerstil også påvirke ungdommenes helseatferd. Studier har funnet sammenhenger mellom ungdom som debuterer tidlig og lavere sosioøkonomisk status, lavere selvbylde og dårligere foreldrestøtte (Valle, Torgersen, Røysamb, Klepp & Thelle, 2005). Forskning som har sett på oppdragerstil viser at

ungdom som opplever at foreldrene er lite deltagende i livene deres, oftere er seksuelt aktive og bruker mer rusmidler som alkohol og hasj (Miller, Benson & Galbraith, 2001). En hypotese som omtaler mulige forklaringer på ungdoms atferd og problemer knyttet til den sosioøkonomiske status, er hypotesen om familiestress (Conger et al., 1992; Solantaus, Leinonen & Punamaki, 2004). Den legger til grunn at hjemmemiljøet til ungdommen har betydning for deltagelse i risikoatferd, relasjoner til jevnaldrende og helserelaterte valg (Hyggen, Brattbakk & Borgeraas, 2018). Årsaksforklaringene er komplekse, men en forklaring på hypotesen er at familier med en knapphet på ressurser opplever et stress i sin hverdag som igjen påvirker relasjonen mellom ungdom og foreldre. De kan ha mindre tid og overskudd til å følge opp og gi støtte til ungdommen. Foreldre vil også kunne være rollemodeller for sine barn og sosiale forskjeller kan bidra til at foreldrene med lavere sosioøkonomisk status i mindre grad enn andre styrer barna mot helsefremmende atferd (Sletten, 2015).

Hensikt

En viktig målsetting med analysene er å undersøke hvilke ungdommer som utelater prevensjon ved sin seksuelle debut og se om disse har mer risikopreget atferd i forhold til bruken av rusmidler som alkohol eller hasj. Gjennomgang av tidligere forskning gir grunn til å forvente en sammenheng mellom manglende prevensjonsbruk og bruk av rusmidler. Det er også forventet at det forekommer kjønnsforskjeller, derfor blir analysene gjort separat for gutter og jenter. I tillegg vil studien se om andre faktorer kan påvirke valget om prevensjon. Et av formålet med helsestasjons – og skolehelsetjenesten er informasjon om og utdeling av prevensjonsmidler (Helsedirektoratet, 2019). Denne variabelen er derfor tatt med i studien for å se om en hyppig bruk av disse tjenestene kan bidra til ungdommen oftere har brukt prevensjon. Sosioøkonomiske faktorer er kjent for å påvirke helseatferd og denne studien inkluderer foreldrenes utdanningsnivå og økonomiske status som bakgrunnsvariabler.

Metode

Studiepopulasjon og utvalg

Datamaterialet i artikkelen er hentet fra Ungdataundersøkelsen 2017-2019 som er lokale tverrsnittsundersøkelser utført blant ungdom, mellom 13 og 19 år, på ungdomsskolen og i

videregående skole over hele landet. Forskningsinstituttet NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) ved Oslo Met og syv regionale kompetansesentre innen rus (KoRus) står bak undersøkelsene. Data fra de lokale Ungdataundersøkelsene fra kommuner og fylkeskommuner blir samlet i en nasjonal database hvor NOVA står som eier av dataene (Bakken, 2018). Spørsmålene i undersøkelsen tar for seg et stort spekter av ungdommens liv og gir på denne måten et godt grunnlag for å undersøke oppvekstvilkårene.

I utvalget til denne studien vil kun elever fra det videregående trinn bli inkludert da elevene på ungdomsskole ikke har fått spørsmål omkring seksualitet. Dette utvalget utgjør (n=127 637). Det ble videre konstruert et analytisk utvalg begrenset til kun å inkludere de ungdommer som svarer «ja» på spørsmålet om de har debutert seksuelt (n=63623). Begge kjønn er inkludert i analysene.

Avhengig variabel

I denne studien er prevensjon blitt brukt som den avhengige variabelen. Det har i tidligere Ungdata undersøkelser blitt spurt om prevensjon ved siste samleie. Fra 2016 undersøkelsen er spørsmålsformuleringen endret til prevensjonsbruk ved sin seksuelle debut. Videre blir det spurt om alder ved den seksuelle debut.

I variabelen om bruk av prevensjon får ungdommen spørsmål om de har brukt prevensjon ved sin seksuelle debut hvor svaralternativene er «ja», «nei» og «usikker/husker ikke». Her er variablene gjort dikotome ved at «nei» og «usikker/husker ikke» er slått sammen til ett svaralternativ.

Uavhengige variabler

I undersøkelsen er det flere variabler som omhandler rus. Her er det valgt å kun ta med variabler som omhandler alkohol og hasj/cannabis da tall fra undersøkelsen viser at disse er de mest brukte rusmidlene. Ungdommene fikk spørsmål om de, i løpet av de siste tolv måneder har «drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset» og «brukt hasj/marihuana/cannabis». Svar ble gitt på en 5-punktsskala med svaralternativer: 1 = «ingen ganger», 2 = «1 gang», 3 = «2-5 ganger», 4 = «6-10 ganger» og 5 = «11 ganger eller mer». Svaralternativene til begge variablene ble omkodet til å innebære tre verdier hvor 1 = «ingen ganger», 2 = «1-5 ganger» og 3 = «6 eller flere ganger».

Variabler med spørsmål om bruk av helsetjenester skiller mellom flere ulike typer tjenester. I denne studien er det valgt ut to variabler som spør om bruk av helsesykepleier

(skolehelsetjenesten) og helsestasjon for ungdom da tallene fra undersøkelsen viser at det er disse to tjenestene som er mest brukt av ungdommen og det kan tenkes at disse to er de tjenestene som er mest tilgjengelig. Ungdommen får spørsmål om «hvor mange ganger har du brukt følgende helsetjenester (helsesykepleier/helsestasjon for ungdom) i løpet av de siste tolv månedene?». Svaralternativene er «1 = ingen ganger», «2 = 1-2 ganger», «3 = 3-5 ganger» og «4 = 6 ganger eller mer». Begge disse variablene er omkodet fra nominale med fire verdier til dikotome, hvor «ingen ganger» og «1-2 ganger» er slått sammen og «3-5 ganger» er slått sammen med «6 ganger eller mer» til kategoriene «få besøk» og «mange besøk».

Demografiske variabler – klassetrinn og sosioøkonomisk status (SØS)

Det blir ikke spurt direkte om alder i undersøkelsene, men klassetrinn gir en indikator. Svaralternativene er «1, 2, 3 klasse videregående». Svarprosenten blant elevene i 3 vgs. er noe lavere enn fra de andre klassetrinnene. En av årsakene til dette kan være at en større del av elever fra yrkesfaglig retning er ute i lære i sitt siste år og ikke er til stede på skolen. Det er også et økende frafall av elever i løpet av videregående opplæring. Dette gjør at utvalget er litt skjevt, og i mindre grad representativt for all ungdom i denne alderen, det vil kun være representativt for dem som er elever.

På grunn av den unge alderen til respondentene er det naturlig å se på foreldrene og familiens samlede ressurser for å definere den sosioøkonomiske statusen. For å indikere den sosioøkonomiske status ble det laget en samlevariabel som inneholdt opplysninger om både foreldrenes utdanning, familiens kulturelle ressurser og den økonomiske situasjonen til familien. Samlevariabelen er inndelt som en femdelt ordinal skala, der verdiene går fra «1 = lavt», «2 = middels lavt», «3 = middels», «4 = middels høyt» og «5 = høyt». Variabelen ble laget på bakgrunn av totalt seks spørsmål fordelt på tre dimensjoner. De inkluderte spørsmålene; «1. foreldrenes utdanningsnivå», «2. antall bøker i hjemmet» og «3. familiens materielle ressurser». For å få et bilde av familiens velstandsnivå er det fire spørsmål som er inkludert i den siste dimensjonen: «har familien din bil?», «har du eget soverom?», «hvor mange ganger har du reist et sted på ferie med familien din i løpet av de siste året?» og «hvor mange datamaskiner har familien din?». En slik måte å stille spørsmål om ressurser på, kan gi et valid mål på den sosioøkonomiske bakgrunnen til ungdommen (Bakken et al, 2016).

Statistiske metoder

Dataene er analysert ved hjelp av analyseverktøyet SPSS, versjon 26. I første runde av analysene ble det gjort deskriptive analyser for en gi en oversikt over fordelingen på de

utvalget variablene. Deretter ble det brukt krystabellanalyser med kjiqvadrattest for å se på prevensjonsbruk opp mot bruk av rusmidler og bruk av helsetjenester. Videre ble det gjort bivariate analyser og deretter en logistisk regresjon for å kontrollere hvordan de utvalgte variablene kunne påvirke sannsynligheten for at ungdom bruker prevensjon. Denne ble gjort separat for jenter og gutter.

Sammenhengen mellom utfallsvariabel og de uavhengige variabler ble rapportert med oddsratio (OR). Et tilhørende konfidensintervall ble satt til 95 % (KI). P-verdier mindre enn 0.05 anses som statistisk signifikante.

Etiske overveielser

Ungdataundersøkelsene er anonyme og det er ikke benyttet personidentifiserbar informasjon. Undersøkelsene blir gjennomført i skoletiden. Både ungdom og foreldre blir informert om undersøkelsen i forkant. Elevene sitter adskilt fra hverandre og svarer på undersøkelsen elektronisk. Det er frivillig for elevene å delta og de kan selv velge hvilke spørsmål de vil svare på. De har også mulighet til å trekke seg underveis i gjennomføringen av undersøkelsen uten å oppgi noen grunn til dette. I etterkant av undersøkelsene blir skolene oppfordret til å legge til rette for at alle elever får mulighet til å snakke med ansatte i helsetjenesten om de skulle ha behov for det (Bakken, 2018). NOVA har ansvaret for at både gjennomføringen og oppbevaring av data er i tråd med forskningsetiske retningslinjer (NOVA, 2016).

Resultater

Egenskaper ved studieutvalget

Utvalget besto av 63623 ungdommer fra den videregående skole fra hele Norge, hvor respondentene fordelte seg på 29363 gutter og 32185 jenter, (for 2075 ungdommer hadde vi ikke kunnskap om kjønn - missing), (se tabell 1a). Andelen som ikke har svart på de ulike variablene varierer mellom 0-5 % og disse er ikke inkludert i analysene. Det er kun ungdommer som hadde svart ja på at de har debutert seksuelt som ble inkludert i utvalget. Det er en noe mindre andel ungdommer fra det siste trinnet på videregående som har svart på undersøkelsen enn fra de to første trinn. Variabelen for sosioøkonomisk status var delt inn i fem kvintiler og ungdommene fordelte seg jevnt i de ulike grupperingene.

Av gutter og jenter samlet rapporterte 63 % at de hadde brukt prevensjon ved sin seksuelle debut. Andelen som svarte nei til prevensjonsbruk var 34 %. Når det gjelder alder ved debut viste tallene at de fleste ungdommer debuterte når de var mellom 15 og 16 år. Det er en liten andel som debuterte ved 13 års alder og tidligere (6,3 %).

Tabell 1b presenterer den deskriptive statistikken over ungdommens bruk av rusmidler og helsetjenester. Når det gjelder bruken av rusmidler, kommer det tydelig frem at en større andel av ungdommene har en jevnlig bruk av alkohol. Eksempelvis oppgav 20 % av ungdommene at dem ikke hadde vært tydelig beruset i løpet av de siste månedene, mens andelen som har vært tydelig beruset 1-5 ganger var 35 %. Den største gruppen finner vi blant dem som oppgir en tydelig beruselse mer enn 6 ganger med 42 % av ungdommene. Når det gjelder bruken av hasj ser man en motsatt fordeling, med den største gruppen blant dem som aldri har brukt hasj i løpet av de siste 12 måneder med 76 % av ungdommene. Totalt 14 % av ungdommene oppgav en bruk på mellom 1 og 5 ganger, mens vi finner den minste gruppen med 7 % blant de som oppgav en bruk på mer enn 6 ganger. Tallene for bruken av helsetjenester viste en jevn fordeling mellom bruk av helsesykepleier og helsestasjon for ungdom. Det er en stor gruppe som rapporterte få besøk, henholdsvis 83 % og 87 %, så gruppen ungdommer som rapporterte mange besøk var relativt liten.

Tabell 1a. Deskriptiv oversikt over utvalget, basert på Ungdata 2017–2019 (n=63623)

Variabler	n (%)
Kjønn	
Gutt	29364 (46)
Jente	32185 (51)
<i>Missing</i>	2074 (3)
Klasse	
1.vgs	22251 (35)
2.vgs	23149 (36)
3.vgs	18223 (29)
<i>Missing</i>	0
Alder ved debut	
13 år eller yngre	4020 (7)
14 år	8365 (13)
15 år	16675 (26)
16 år	20107 (32)
17 år	8946 (14)
18 år	3245 (5)
19 år eller eldre	762 (1)
<i>Missing</i>	1503(2)
Prevensjon	
Ja	39929 (63)
Nei	21883 (34)
<i>Missing</i>	1811 (3)
SØS	
Lavest	12888 (20)
Lav	12998 (20)
Middels	13559 (21)
Høy	13024 (21)
Høyest	11109 (17)
<i>Missing</i>	45 (1)
Total (n)	63623

n: antall; SØS: sosioøkonomisk status.

Prosentvis fordeling er regnet ut kolonnevis

**Tabell 1b. Deskriptiv oversikt over utvalget,
basert på Ungdata 2017–2019 (n=63623)**

Variabler	n (%)
Bruk av alkohol siste 12 mnd.	
Ingen ganger	12656 (20)
1-5 ganger	22052 (35)
6 ganger eller flere	26713 (42)
<i>Missing</i>	2202 (3)
Bruk av hasj siste 12 mnd.	
Ingen ganger	48020 (76)
1-5 ganger	8862 (14)
6 ganger eller flere	4619 (7)
<i>Missing</i>	2122 (3)
Bruk av helsesykepleier	
Få besøk	52474 (83)
Mange besøk	7996 (13)
<i>Missing</i>	3153 (4)
Bruk av helsestasjon for ungdom	
Få besøk	55045 (87)
Mange besøk	5055 (8)
<i>Missing</i>	3523 (5)
Total (n)	63623

n: antall

Prosentvis fordeling er regnet ut kolonnevis

Prevalens av prevensjon

I tabell 2 viser jeg forekomsten av bruken av prevensjon ved den seksuelle debut fordelt på kjønn, klassetrinn og sosioøkonomisk status. Tallene viser at jentene rapporterer en høyere bruk av prevensjon enn guttene. Andelen som har brukt prevensjon er omtrent lik på alle tre klassetrinn. Videre viser tabellen at andelen som har brukt prevensjon øker jevnt fra 59 % i laveste gruppering til 68 % i høyeste sosioøkonomiske gruppering.

Tabell 2. Prevalens av prevensjon ved seksuell debut basert på Ungdata 2017–2019 (n=63623)

Variabler	%	n
Gutt	58 %	29364
Jente	67 %	32185
<i>Missing</i>		2074
Klassetrinn		
1 vgs	65 %	21433
2 vgs	63 %	22452
3 vgs	65 %	17925
<i>Missing</i>		1813
SØS		
Lav	59 %	12415
Middels lav	64 %	12636
Middels	65 %	13201
Middels høy	67 %	12697
Høy	68 %	10830
<i>Missing</i>		1844

n: antall; SØS: sosioøkonomisk status

Sammenheng mellom bruk av prevensjon og andre variabler

For å se på sammenhengen mellom bruken av prevensjon ved den seksuelle debut, bruk av rusmidler, bruk av helsetjenester, alder ved debut og de demografiske variablene ble det brukt krystabeller (tabell 3). Analysene er gjort separat for gutter og jenter. Alle sammenhenger med bruk av prevensjon er statistisk signifikante, bortsett fra klassetrinn jenter. Årsaken til at klassetrinn gutter er signifikant kan være det store datamaterialet. Variabelen om klassetrinn har for øvrig ingen verdi i forhold til spørsmålet om prevensjonsbruk da spørsmålet om debut er retrospektivt, men det belyser fordelingen av ungdommene. Når gutter og jenter analyseres hver for seg, har guttene i alle trinn en lavere prevensjonsbruk enn jentene. Når det gjelder alder ved seksuell debut og bruk av prevensjon er tallene tydelige. De yngste debutantene brukte mindre prevensjon enn de som debuterte når de var eldre. Eksempelvis oppgav 67 % av guttene som debuterte ved 13 års alder eller tidligere, en manglende bruk av prevensjon. Tallet for jentene i samme aldersgruppe var 54 %. Til sammenlikning oppgir 35 % av guttene og 29 % av jentene som debuterte når de var i 16 års alderen en manglende prevensjonsbruk. Det er verdt å merke seg at tallene for en manglende prevensjonsbruk går ned for gruppen som debuterte når de var 18 og 19 år, dette mønsteret vises hos begge kjønn.

Når det gjelder sammenhengen mellom bruk av rusmidler og prevensjon ved seksuell debut, så synker bruk av prevensjon ikke uventet med økende bruk av både alkohol og hasj. Det

samme mønsteret viste seg hos begge kjønn. Eksempelvis viste tallene at både jentene og guttene som ikke hadde drukket seg beruset siste 12 måneder, hadde en høy prevensjonsbruk ved debuten, henholdsvis 75 % og 68 %. Av ungdommene som rapporterte en hyppig bruk av hasj med mer enn 6 ganger siste året, var det en relativt stor andel uten bruk av prevensjon ved debuten, henholdsvis 51 % for gutter og 44 % for jenter.

Bruken av helsetjenester som helsesykepleier og helsestasjon for ungdom viste at ungdom som oppgav å bruke begge helsetjenestene 3 ganger eller flere de siste 12 månedene hadde brukt mindre prevensjon ved sin debut enn ungdom som hadde brukt disse tjenestene mindre enn 2 ganger siste 12 måneder. Dette gjaldt begge kjønn.

Når det gjelder den sosioøkonomiske status viste prevensjonsbruken en gradvis stigning sammenfallende med den femdelte skalaen, sagt med andre ord, jo høyere sosioøkonomisk status, jo høyere prevensjonsbruk. Dette gjaldt begge kjønn. Eksempelvis viste tallene at 47 % av guttene fra den laveste sosioøkonomiske gruppe ikke hadde brukt prevensjon, tallet for jentene var 37 %. Sammenlignet med gruppen med høyest sosioøkonomisk status oppgav 36 % av guttene og 28 % av jentene manglende prevensjon.

Hovedinntrykket er altså at gutter i noe mindre grad enn jenter, har brukt prevensjon ved seksuell debut. Sammenhengen mellom prevensjonsbruk og ulike bakgrunnsvariabler ser imidlertid ut til å være omtrent lik for begge kjønn. Bruken av prevensjon ved seksuell debut er noe lavere blant ungdom i lavere sosiale lag. Samtidig øker risikoen for ikke å ha brukt prevensjon ved lav debut alder og det å ha mye erfaring med bruk av rusmidler. Særlig blant gutter ser man også en tendens til at de som oppgir mange besøk på helsestasjon for ungdom, i mindre grad har brukt prevensjon ved sin seksuelle debut.

Tabell 3. Krysstabell med bruk av prevensjon som den avhengige variabel.
Tabellen viser prevensjonsbruk ved seksuell debut sett i sammenheng med alder ved debut, bruk av rusmidler, helsetjenester og demografiske variabler

Analytisk utvalg <i>Klasse</i>	Gutter			<i>p</i> **	Jenter			<i>p</i> NP
	Nei	Ja	N		Nei	Ja	N	
1.vgs	39 %	61 %	10317		31 %	69 %	10400	
2.vgs	41 %	59 %	10738		32 %	68 %	11082	
3.vgs	39 %	61 %	7318		31 %	69 %	9966	
<i>Alder ved debut</i>				***				***
13 år eller yngre	67 %	33 %	2261		54 %	46 %	1584	
14 år	40 %	60 %	3595		35 %	65 %	4376	
15 år	37 %	63 %	7362		29 %	71 %	8653	
16 år	35 %	65 %	8998		29 %	71 %	10276	
17 år	38 %	62 %	4090		29 %	71 %	4513	
18 år	41 %	59 %	1495		34 %	66 %	1606	
19 år eller eldre	48 %	52 %	408		48 %	52 %	293	
<i>Bruk av alkohol</i>				***				***
Ingen ganger	32 %	68 %	5964		25 %	75 %	5843	
1-5 ganger	36 %	64 %	8786		29 %	71 %	12025	
6 ganger eller flere	45 %	55 %	12326		37 %	63 %	12980	
<i>Bruk av hasj</i>				***				***
Ingen ganger	36 %	64 %	19529		29 %	71 %	25661	
1-5 ganger	45 %	55 %	4459		40 %	60 %	3952	
6 ganger eller flere	51 %	49 %	3122		44 %	56 %	1280	
<i>Helsesøster</i>				***				***
Få besøk	39 %	61 %	24952		31 %	69 %	24487	
Mange besøk	43 %	57 %	1494		34 %	66 %	6128	
<i>Helsestasjon for ungdom</i>				***				***
Få besøk	38 %	62 %	25410		31 %	69 %	26550	
Mange besøk	47 %	53 %	860		36 %	64 %	3917	
<i>Søs</i>				***				***
Lav	46 %	54 %	5594		37 %	63 %	6422	
Middels lav	40 %	60 %	5651		32 %	68 %	6546	
Middels	39 %	61 %	6036		31 %	69 %	6745	
Middels høy	37 %	63 %	5926		29 %	71 %	6385	
Høy	36 %	64 %	5146		28 %	72 %	5341	

n: antall. Prosentvis fordeling er regnet ut radvis.

Signifikansnivå *** $p < .001$, ** $p < 0.01$, * $p < .05$, NS $p > .05$

Betydning av bruk av rusmidler og helsetjenester for begge kjønn

Et av formålene med artikkelen var blant annet å se på kjønnsforskjeller i prevensjonsbruken og se om bruken av rusmidler og helsetjenester hadde ulik betydning for gutter og jenter. I tabell 4 blir dette undersøkt med en logistisk regresjon i to trinn hvor det også blir kontrollert for alder ved debut og de demografiske variablene. Bruk av prevensjon ble brukt som den avhengige variabel og det ble sett på sannsynligheten for å ha brukt prevensjon ved seksuell debut. De ujusterte sammenhengene i modell 0 viser en signifikant sammenheng mellom bruk av prevensjon ved seksuell debut og en rapportert bruk av rusmidler de siste 12 måneder når man sammenligner med ungdom som har vært avholdende det siste året. Dette er som forventet basert på funn i tabell 3. Det samme mønsteret ses hos begge kjønn. Når man sammenligner gutter som rapporterte at de hadde vært tydelig beruset mer enn 6 ganger i løpet av det siste året og gutter som ikke hadde drukket noe, hadde sistnevnte gruppe 1.66 større odds for å ha brukt prevensjon ved sin seksuelle debut. Sammenliknet med gruppen som oppgav å ha vært tydelig beruset 1-5 ganger de siste 12 månedene, reduserte oddsen seg til 1.43 i forhold til gruppen med størst forbruk. Tilsvarende tall for jentene er henholdsvis odds på 1.71 for å ha brukt prevensjon for gruppen som ikke har drukket alkohol sammenliknet med gruppen med et høyt forbruk. Når det gjelder bruken av hasj ser man den samme tendensen hos begge kjønn. Eksempelvis har gutter som ikke har forsøkt hasj 1.89 større odds for å ha brukt prevensjon sammenliknet med gutters som oppgir en bruk på 6 eller flere ganger det siste året. Tilsvarende tall for jenter er odds på 1.87.

Ved bruk av helsetjenester ser man at oddsen for å ha brukt prevensjon er 0.87 for både besøk hos helsesykepleier og helsestasjon for jenter når man sammenlikner få og mange besøk. Dette samsvarer med resultatet fra tabell 3. De samme tallene ses hos gutter, hvor oddsen er henholdsvis 0.82 for besøk hos helsesykepleier og 0.71 for helsestasjon for ungdom. Med andre ord betyr dette at ungdom som oppgir mange besøk hos helsetjenestene i løpet av det siste året, har færre i denne gruppen brukt prevensjon ved sin seksuelle debut.

Variablene for alder ved debut viser det samme mønster som i tabell 3 hvor de yngste aldersgrupper skiller seg ut med lav prevensjonsbruk sammenliknet med dem som debuterer i 16-17-års alderen. For de yngste, 13 år eller yngre er imidlertid ikke sammenhengene signifikante for jenter, mens de er det for guttene. Her viser også tallene, noe overraskende at ungdom som debuterer når de er 18-19 år har en mindre prevensjonsbruk enn de som debuterer i 16-17 års alderen. Den sosioøkonomiske status har lik betydning for begge kjønn

og vi ser den samme stigningen i oddsen for å bruke prevensjon sammenfallende med den fendelte skalaen, det vil si høyere bruk, jo høyere status.

Ved å kontrollere for andre variabler i den justerte modell 1, hvor det blir gjensidige justerte anslag, vises små endringer. Dette gjenspeiler seg for alle variabler og for begge kjønn.

Tabell 4a. Logistisk regresjon viser sammenhengen mellom bruk av prevensjon ved seksuell debut og bruk av alkohol/hasj og helsetjenester for gutter, basert på Ungdata 2017-2019 (n=63623)

Gutter				
Variable	Modell 0		Modell 1	
	OR (95% KI)		OR (95% KI)	
<i>Klassetrinn</i>				
VG1	0.99 (0.94-1.06)	NS	0.92 (0.86-0.99)	*
VG2	0.91 (0.86-0.97)	**	0.87 (0.81-0.93)	***
VG3 (ref.)	1.00		1.00	
<i>Søs</i>				
Lavest	0.64 (0.59-0.69)	***	0.67 (0.61-0.73)	***
Lav	0.82 (0.75-0.88)	***	0.82 (0.75-0.89)	***
Middels	0.87 (0.80-0.94)	***	0.85 (0.79-0.93)	***
Høy	0.94 (0.87-1.01)	NS	0.89 (0.83-0.98)	*
Høyest (ref.)	1.00		1.00	
<i>Alder ved debut</i>				
13 år eller yngre	0.44 (0.36-0.54)	***	0.48 (0.38-0.62)	***
14 år	1.33 (1.08-1.63)	**	1.31 (1.03-1.60)	*
15 år	1.55 (1.27-1.90)	***	1.47 (1.16-1.85)	**
16 år	1.71 (1.40-2.09)	***	1.56 (1.24-1.97)	***
17 år	1.48 (1.21-1.82)	***	1.36 (1.07-1.72)	*
18 år	1.29 (1.03-1.60)	*	1.17 (0.91-1.51)	NS
19 år eller eldre (ref.)	1.00		1.00	
<i>Bruk av alkohol</i>				
Ingen ganger	1.66 (1.56-1.77)	***	1.59 (1.47-1.71)	***
1-5 ganger	1.43 (1.35-1.51)	***	1.34 (1.26-1.42)	***
6 eller flere (ref.)	1.00		1.00	
<i>Bruk av hasj</i>				
Ingen ganger	1.89 (1.75-2.03)	***	1.50 (1.38-1.64)	***
1-5 ganger	1.31 (1.19-1.43)	***	1.16 (1.05-1.26)	**
6 ganger eller flere (ref.)	1.00		1.00	
<i>Besøk hos helsesykepleier</i>	0.82 (0.74-0.92)	***	0.99 (0.89-1.12)	NS
<i>Besøk hos helsestasjon for ungdom</i>	0.71 (0.62-0.82)	***	0.88 (0.75-1.02)	NS

Modell 0: ujusterte sammenhenger.

Modell 1: klassetrinn, søs, alder ved debut, alkohol, hasj, besøk hos helsesykepleier, besøk på helsestasjon for ungdom.

OR: oddsratio; KI: konfidensintervall; ref. Referansekategori;

Søs: sosioøkonomisk status.

Signifikansnivå ***p < .001, **p < 0.01, *p < .05, NS p > .05

Tabell 4b. Logistisk regresjon viser sammenhengen mellom bruk av prevensjon ved seksuell debut og bruk av alkohol/hasj og helsetjenester for jenter, basert på Ungdata 2017-2019 (n=63623)

Variabler	Jenter	
	Modell 0 OR (95% KI)	Modell 1 OR (95% KI)
<i>Klassetrinn</i>		
VG1	0.99 (0.94-1.06) NS	0.90 (0.84-0.97) **
VG2	0.96 (0.91-1.02) NS	0.87 (0.83-0.97) ***
VG3 (ref.)	1.00	1.00
<i>SØS</i>		
Lavest	0.67 (0.62-0.73) ***	0.72 (0.66-0.78) ***
Lav	0.82 (0.76-0.89) ***	0.83 (0.76-0.90) ***
Middels	0.89 (0.82-0.96) **	0.89 (0.82-0.97) **
Høy	0.95 (0.88-1.03) NS	0.95 (0.87-1.03) NS
Høyest (ref.)	1.00	1.00
<i>Alder ved debut</i>		
13 år eller yngre	0.78 (0.61-1.00) NS	0.91 (0.69-1.21) NS
14 år	1.73 (1.36-2.19) ***	1.92 (1.46-2.52) ***
15 år	2.20 (1.74-2.78) ***	2.28 (1.74-2.98) ***
16 år	2.27 (1.80-2.86) ***	2.26 (1.73-2.96) ***
17 år	2.20 (1.73-2.79) ***	2.15 (1.64-2.82) ***
18 år	1.80 (1.40-2.31) ***	1.73 (1.30-2.30) ***
19 år eller eldre (ref.)	1.00	1.00
<i>Bruk av alkohol</i>		
Ingen ganger	1.71 (1.60-1.83) ***	1.70 (1.58-1.84) ***
1-5 ganger	1.41 (1.33-1.48) ***	1.36 (1.29-1.44) ***
6 eller flere (ref.)	1.00	1.00
<i>Bruk av hasj</i>		
Ingen ganger	1.87 (1.67-2.09) ***	1.41 (1.25-1.59) ***
1-5 ganger	1.17 (1.03-1.33) *	1.05 (0.91-1.20) NS
6 ganger eller flere (ref.)	1.00	1.00
<i>Besøk hos helsesykepleier</i>	0.87 (0.82-0.92) ***	0.92 (0.87-0.98) *
<i>Besøk hos helsestasjon for ungdom</i>	0.87 (0.72-0.83) ***	0.87 (0.80-0.93) ***

Modell 0: ujusterte sammenhenger.

Modell 1: klasstrinn, søs, alder ved debut, alkohol, hasj, besøk hos helsesykepleier, besøk på helsestasjon for ungdom.

OR: oddsratio; KI: konfidensintervall; ref. Referansekategori;

SØS: sosioøkonomisk status.

Signifikansnivå ***p < .001, **p < 0.01, *p < .05, NS p > .05

Diskusjon

Formålet med denne studien var å se om det var sammenheng mellom ungdom som ikke benyttet prevensjon ved sin seksuelle debut og et forbruk av rusmidler som alkohol eller hasj. Det var også ønskelig å se om besøk hos helsetjenester kunne gi økt bruk av prevensjon.

Resultatene viste at omkring 34 % av ungdommene ikke brukte prevensjon ved sin seksuelle debut. Guttene oppgav noe lavere prevensjonsbruk enn jentene. Dette resultatet samsvarer med annen forskning på norsk ungdomspopulasjon. Den norske seksualvaneundersøkelsen fra 2002 viste en forekomst på manglende prevensjon på 33.5 % (Træen et al., 2003), mens Ungdataundersøkelser fra 2015–2017 viser samme forekomst med 32 % (Bakken, 2018). Om vi ser til utlandet viser studier fra blant annet USA at 31 % av ungdommene utelot prevensjon ved sin seksuelle debut (Manning, Longmore & Giordano, 2000). En nyere studie som inkluderte alle land i Skandinavia viste imidlertid en større andel prevensjonsbrukere, med kun 14 % som oppgir manglende prevensjon, men her har man kun sett på kvinner og i tillegg fikk denne studien kritikk for mulig informasjonsskjevhet (Guleria et al, 2017). En av årsakene til den stabile forekomsten av manglende prevensjonsbruk kan være at alderen for den seksuelle debut ifølge undersøkelser har vært relativ stabil i løpet av de siste to tiår (Bakken, 2019; Kraft, 1991; Træen et al., 2003) og at disse to faktorene henger naturlig sammen. Samtidig har det vært økt satsing på tilgjengelighet av helsetjenester tilrettelagt for ungdom hvor et av hovedformålene er prevensjonsveiledning. På grunnlag av dette kunne det forventes høyere prevensjonsbruk blant ungdom.

Rusmidlers betydning for prevensjonsbruken

Når det gjelder sammenhengen mellom manglende prevensjonsbruk og bruk av rusmidler hos ungdom, viste resultatene at både jenter og gutter, som oppgav hyppig bruk av alkohol i slik grad at de ble tydelig beruset i løpet av de siste 12 måneder, hadde signifikant større odds for ikke å ha brukt prevensjon ved sin seksuelle debut. Dette samsvarer med et solid forskningsgrunnlag, både enkeltstudier og metaanalyser, på denne sammenhengen (Træen & Kvaem, 1996; Pape & Rossow, 2007; Rehm et al., 2012). Resultatene for bruken av hasj i løpet av de siste 12 måneder viser den samme signifikante sammenhengen for både gutter og jenter. Studier som har sett på denne sammenhengen legger vekt på rusmidlers effekt på ungdom og deres atferdsmønster. Bruk av rusmidler kan bidra til at ungdom har mindre impuls kontroll, de kan miste hemninger og dermed kan ha mer risikopreget seksualatferd.

Denne atferden kan for eksempel innebære manglende prevensjonsbruk (Træen, 2009; Pedersen, 1989).

Et viktig forbehold må imidlertid poengteres omkring dette spørsmålet. Spørreundersøkelsens design som en tverrsnittstudie gjør at man ikke kan si noe sikkert om årsaksforholdet mellom seksuell debut og bruk av rusmidler. Det er ikke mulig å vite noe om ungdommene faktisk var påvirket av rusmidler under sitt første samleie, men man kan anta at det finnes et mønster av risikoatferd hos denne gruppen ungdommer ut ifra resultatene. Teorien om problematferd (Jessor & Jessor, 1977) støtter nettopp denne årsaksforklaringen, at deltakelse i en risikoatferd medfører økt sannsynlighet for å delta i andre former for risikopreget atferd. Et annet moment det er verdt å sette spørsmålsteget ved er hvilken atferd som opptrer først hos ungdommen. Er det slik at ungdom først har testet ut bruken av rusmidler eller kom den seksuelle debuten i første runde? Eller kan denne årsaksforklaringen være motsatt? Dette kommer heller ikke frem fra undersøkelsen grunnet designet, men tidligere longitudinelle studier antyder at en slik sammenheng går fra generell problemfylt atferd til seksuell risikoatferd (Pedersen et al., 2003; Schofield, Bierman, Heinrichs & Nix, 2008; Doran & Waldron, 2017). Eksempelvis fant Pedersen og medarbeidere (2003) en sterk sammenheng mellom tidlig utvikling av atferdsproblemer og påfølgende tidlig debut blant en gruppe norske ungdommer. Schofield og medarbeidere (2008) viste med sin studie en sammenheng hvor ungdom med konsentrasjonsproblemer og atferdsforstyrrelser i oppveksten hadde økt risiko for ulike typer problematferd i ungdomstiden, som igjen førte til tidligere seksuell debut for begge kjønn. Selv om størsteparten av ungdom under 18 år har debutert med alkohol, er det færre som har utforsket bruken av hasj (Bakken, 2018). Med vissheten om at bruken av alkohol er forbudt for de under 18 år og hasj er et illegalt rusmiddel, har ungdom som har utforsket disse rusmidlene i tidlig alder brutt en barriere og atferden kan karakteriseres som problemfylt (Bakken, 2018).

Betydning av kjønn og alder for prevensjonsbruk

Kjønnsforskjellen i prevensjonsbruken hvor større andel gutter enn jenter oppgir manglende prevensjonsbruk, gjenspeiler seg i alle aldersgrupper i denne studien. Dette resultatet er i tråd med annen forskning (Larsson, Tyden, Hanson & Häggström-Nordin, 2009; Bakken, 2017; Puente et al., 2011). Det kan være flere årsaksforklaringer til denne kjønnsforskjellen. Breidablik & Meland (2004) så i sin studie at jenter oftere debuterer seksuelt med en partner

som er eldre enn seg selv. Træen og medarbeidere (1992) bekrefter dette i sin forskning. Flere studier indikerer at alder ved seksuell debut har betydning for prevensjonsbruken, hvor lavere debutalder medfører lavere andel prevensjonsbrukere (Manlove, Ryan & Franzetta, 2003; Manning et al., 2000). Dette kan forklare noe av grunnen til at jenter har høyere prevensjonsbruk ved at eldre partnere er mer ansvarsfulle tatt i betraktning sin høyere alder. Forskning har sett at kunnskap om seksuell helse og risiko er faktorer som bidrar positivt til prevensjonsbruken hos ungdom (Dahm et al., 2010). Samtidig har studier vist at det er stor forskjell på jenter og gutter når det gjelder denne kunnskapen. Ferreira & Torgal (2011) så i sin studie at gutter hadde mindre interesse og mindre kunnskap om risikofaktorer ved seksuelt samvær enn jentene. En annen årsaksforklaring kan være at jenter og gutters kognitive utvikling er i utakt, hvor jentene blir tidligere modne enn guttene. Jenter kan dermed i tidligere alder ha større bevissthet omkring konsekvenser av atferd (Dahlström, 2007). Det må i denne sammenhengen kunne sies at en uønsket graviditet har større direkte konsekvens for jenter enn for gutter, dette kan bidra til at redselen er større for jenter og at de dermed tar et større ansvar. En annen årsaksforklaring kan være at seksuelt overførbare sykdommer som for eksempel klamydia kan ha et større risikoutfall for jenter som nedsatt fruktbarhet (Folkehelseinstituttet, 2011). Det er også kjent at klamydia smitte overføres lettere fra gutter til jenter enn motsatt (Kakad & Hammarstrøm, 2008), men det er uvisst om dette er en del av kunnskapsgrunnlaget til ungdom.

Samtidig som man ser at jenter debuterer med eldre partner, debuterer gutter oftest med en partner som er yngre enn seg selv (Breidablik & Meland, 2004; Træen et al., 1992). Ifølge utviklingsteori ser man ikke sammenfallende modning kognitivt og fysisk hos ungdommer, verken hos jenter eller gutter (Rutter, 1993). Dette kan dermed støtte resultatene i denne studien som viste at ungdom som debuterer i yngre alder brukte mindre prevensjon. En rekke andre studier har funn som samsvarer med dette resultatet (Wellings et al. 2001; Hawes et al, 2010; Guleria et al, 2016). Som årsaksforklaring viste Wellings og medarbeidere (2001) at manglende seksuell kunnskap var signifikant høyere blant dem som debuterte i 13-14 års alder når de sammenlignet med dem som debuterte etter 16 år. Dette kan forklare de yngste ungdommers risikoatferd med mindre modenhet og kunnskap om konsekvenser av seksuelt samvær uten prevensjon (Graber & Brooks-Gunn, 1996; Bingham & Crockett, 1996). Wellings og medarbeidere (2001) så videre at 84% av jentene som debuterte i 13-14 års alderen angret på dette og ønsket at de hadde ventet til de var eldre med å debutere seksuelt. Dette kan forklare de yngre ungdommers spontanitet hvor den seksuelle debuten ikke er

planlagt med tanke på prevensjonsatferd. Jessor og medarbeidere (1983) ser på seksuell debut i ung alder som et underliggende problematferdssyndrom og knytter dette til andre former for helserelatert risikoatferd.

Når funn fra denne studien bekrefter sammenhengen mellom manglende prevensjon og bruk av rusmidler, har det blitt nevnt at dette kan tenkes å få støtte fra problematferdsteorien (Jessor & Jessor, 1977). Samtidig er det i denne sammenhengen verdt å nevne kjønnsforskjeller innenfor problematferd. Litteraturen viser at gutter oftere enn jenter, er involvert i ulike former for problematferd (Maughan, Rowe, Messer, Goodman og Meltzer, 2004; Bakken, 2018). Dette innebærer eksempelvis hærverk, slåssing og mer utstrakt bruk av rusmidler. På den andre siden debuterer ofte jenter seksuelt noe tidligere enn gutter (Breadablik & Meland, 2004; Træen et al., 1992). Når det gjelder drikkemønster viser statistikken at jenter og gutter utforsker bruken av alkohol i omtrentlig samme alder (Bakken, 2018). Relatert til skaderisiko knyttet til alkoholbruk, er det i hvor stor grad ungdommen har vært beruset som har betydning og her viser tall at gutter både har høyere andel som har vært tydelig beruset og høyere antall ganger med beruselse (Currie et al., 2004). Når det gjelder bruken av hasj viser tall fra en nyere norsk studie at større andel gutter enn jenter bruker dette rusmiddelet, selv om det har blitt sett en økning også i jenters bruk (Pedersen et al., 2019). Slike ulikheter innenfor problematferd kan også bidra som en årsaksforklaring til kjønnsforskjellene.

Betydning av bruk av helsetjenester

Formålet til helsetjenestene tilrettelagt for ungdom er blant annet prevensjonsopplysning, utdeling av kondomer og forskrivelse av p-piller, spiral m.fl. (Helsedirektoratet, 2019). Tjenestene har også mange andre formål og ut ifra Ungdataundersøkelsen sine spørsmål har vi ikke noe informasjon om intensjonen for ungdommens besøk hos disse helsetjenestene. Ifølge Bakken (2018) oppgir 80 % av ungdommene fysisk og seksuell helse som årsak til kontakt med helsetjenestene. Engfeldt (2003) viser i sin forskning på ungdoms intensjon med bruken av helsestasjon for ungdom, at spørsmål omkring prevensjon, seksuell helse og seksuelt overførbare infeksjoner var de vanligste temaene for besøkene og dette var sammenfallende for begge kjønn.

Resultatene fra denne studien viste at ungdommene som har benyttet seg mest av helsetjenestene i løpet av de siste 12 månedene, har brukt mindre prevensjon ved sin seksuelle

debut enn ungdommene som rapporterte færre besøk. Dette kan sies å være noe overraskende ut ifra tidligere forskning. Et gjennomgående funn er at ungdom som bruker helsetjenester tilrettelagt for dem, oftere bruker prevensjon enn de som ikke oppsøker disse tjenestene (Galavotti & Lovick, 1989; Kisker & Brown, 1996; Brindis et al., 2003). Galavotti & Lovick (1989) så i sin studie at ungdommene som oppsøkte helsetjenestene ofte, hadde økt odds for å bruke prevensjon og også å være konsistent i bruken. Funn fra denne studien kan imidlertid ha flere årsaksforklaringer. Først og fremst må det igjen trekkes frem at man ikke kan si noe sikkert om årsaksforholdet grunnet undersøkelsens design som tverrsnittstudie. Ungdommens helseatferd i form av å oppsøke helsetjenester i løpet av de siste 12 månedene, trenger ikke å ha noen sammenheng med helseatferden i tiden omkring den seksuelle debut. Andre momenter det er viktig å poengtere er at ungdommene kan ha oppsøkt helsetjenestene for andre problemstillinger enn bruk av prevensjon. Eksempelvis har ikke helsesykepleiere anledning til å foreskrive prevensjon til ungdom under 16 år, dette må gjøres av lege (Helsedirektoratet, 2019), noe som igjen kan bidra til at disse ungdommene har høyere terskel for å skaffe seg prevensjon. På den andre siden kan de ha oppsøkt disse helsetjenestene som en behandlende tjeneste og ikke som en forebyggende tjeneste som er hovedformålet (Helsedirektoratet, 2019). Dette kan innebære at de kan ha kommet i etterkant av seksuell aktivitet uten bruk av prevensjon med mistanke om seksuelt overførbare sykdommer eller uønsket graviditet. Ungdom med problemfylt atferd kan ha en rekke utfordringer som gjør at de oppsøker helsetjenester, deriblant bruk av rusmidler, plager i forhold til psykisk helse og lignede. Andelen unge som debuterte seksuelt i tidlig alder er liten, men ut ifra teorien om problematferd (Jessor & Jessor, 1977) kan det tenkes at denne gruppen representerer ungdom som oppsøker helsetjenester i større grad enn andre grunnet sammensatte problemstillinger. Studier som støtter denne antagelsen har vist at det ofte er ungdom med ulike utfordringer og belastninger som oppsøker denne tjenesten (Mathias, 2002; Amaral, Geierstanger, Soleimanpour & Brindis, 2011; Haavet, Straand, Hjortdahl & Saugstad, 2005; Zachrisson, Rodje & Mykletun, 2006).

Betydning av den sosioøkonomiske status

Resultatene fra de innledende analysene viste at den sosioøkonomiske bakgrunnen til ungdommene hadde en betydning for prevensjonsatferden. Resultatene hadde en signifikant sammenheng med mindre prevensjonsbruk gradvis sammenfallende med den femdelte skalaen. Sagt på en annen måte rapporterte større andel ungdom fra lavere sosiale lag om

mindre prevensjonsbruk ved debuten sammenliknet med ungdom fra høyere sosiale lag. Dette er i tråd med tidligere forskning hvor man har sett at ungdom fra lavere sosiale lag i mindre grad bruker prevensjon, og forekomsten av både aborter og tenåringssvangerskap er noe høyere enn hos ungdom fra høyere sosiale lag (Dunn, Xiong, Nuernberger & Normann, 2019; Coker et al., 1994; Sundet, Magnus, Kvalem, Samuelson & Bakketeig, 1992). Et interessant funn fra Dunn og medarbeidere (2011) viste at ungdom fra høyere sosiale lag var mer seksuelt aktive, men fremstod bedre rustet til å ta riktige prevensjonsvalg. En Ungdata rapport om sosiale forskjeller i ungdoms liv fra 2014-2015 undersøkelsene viste imidlertid usikre sammenhenger mellom den sosioøkonomiske status og prevensjonsbruk. Analysene antydte allikevel at jenter fra lavere sosiale lag debuterte tidligere og at kun 52 % av gutter fra laveste sosiale lag hadde brukt prevensjon ved siste samleie, mot 64 % av guttene fra høyeste sosiale lag (Bakken et al., 2016). Denne sammenhengen kan ha mange årsaksforklaringer og forhold omkring den sosioøkonomiske status må sies å være komplekse. Det er grunn til å tro at noe av forklaringen kan få støtte fra familiestress teorien (Conger et al., 1992; Solantaus et al., 2004). Foreldre som opplever sin hverdag som krevende, med en knapphet på ressurser, kan ha mindre kapasitet til å følge opp sine barn, som igjen påvirker relasjonen til ungdommen. Denne årsaksforklaringen får støtte fra forskning som har sett at ungdom fra familier med lav sosioøkonomisk status og dårligere foreldrestøtte debuterer tidligere seksuelt (Valle et al. 2005). Videre støttes funnet i annen forskning som viser at ungdom som opplever at foreldre er lite deltagende i livene deres, oftere er seksuelt aktive og bruker mer rusmidler som alkohol og hasj (Miller et al., 2001).

Med vissheten om at lav sosial status i mange tilfeller korrelerer med dårligere helsetilstand (Dahl et al., 2014), kan dette ha betydning for ungdommenes helseatferd og valg. Selv om både de subjektive og moralske normene i vennemiljøet hos ungdommen står sterkt, vil foreldre i mange tilfeller være naturlige rollemodeller for sine barn og unge. Dette kan igjen påvirke de helsesrelaterte valgene. På samme måte som helseatferd kan gå i arv, har forskning vist at rusatferd hos foreldre kan ha innvirkning på ungdommens holdning og bruk av rusmidler (Rossow & Rise, 1994). I denne sammenhengen kan også familiestress hypotesen (Conger et al., 1992; Solantaus et al., 2004) få støtte ved at foreldre som i mindre grad er til stede og delaktige med kontroll og oppfølging av ungdommens atferd, i lavere grad klarer å forhindre ungdommen i å delta i risikopreget atferd.

Styrker og begrensninger ved studien:

Hovedstyrken til denne studien er at den er populasjonsbasert med et stort antall respondenter og høy svarprosent. Spørreskjemaet i undersøkelsen inneholder en rekke spørsmål og dette gav muligheten til å undersøke flere ulike sammenhenger og samtidig kontrollere for potensielle konfundere. Ungdom fra videregående skoler fra hele landet var deltagende, slik at resultatene kan sies å være representative for ungdomsbefolkningen.

Studien har imidlertid flere begrensninger. For det første er studien en tverrsnittstudie som begrenser muligheten til å trekke konklusjoner om årsakssammenhenger. Det er for eksempel mulig at ungdom har debutert seksuelt uten bruk av prevensjon før de har utforsket rusmidler eller motsatt. Når det gjelder bruken av helsetjenester kan ungdom ha endret atferd i løpet av ungdomsårene og brukt disse tjenestene mer eller mindre før de siste 12 månedene. I tillegg er ikke årsaken for bruk av helsetjenestene kartlagt. Disse faktorene understreker at det ikke er mulig å trekke kausale slutninger. I denne tverrsnittstudien kan man likevel oppdage trender og mønstre av atferd som kan være viktige for å forstå hvilke ungdommer som utelater prevensjon ved sin seksuelle debut. Med et stort fokus på problematferd i studien, ville det styrket validiteten om variabler omkring en slik atferd hadde blitt inkludert i analysene. Samtidig støtter resultatene problematferdsteorien og annen forskning der sammenhengen mellom variablene fremstår kausale slik det er argumentert for i denne studien.

For det andre kan informasjonsskjevheter forekomme da alle spørsmålene i Ungdata undersøkelsen er selvrapporterte. Ungdommene får spørsmål om rus og helse atferd i løpet av de siste 12 månedene og det kan tenkes at det vil være vanskelig for enkelte å anslå riktig antall ganger både når det gjelder beruselse og besøk hos helsetjenestene. Når det gjelder den seksuelle debut kan ungdommen ha debutert for mange år siden på undersøkelsestidspunktet og det kan være vanskelig å huske om de brukte eller ikke brukte prevensjon.

For det tredje kan det stilles spørsmål om operasjonalisering og dikotomisering av variablene har hatt innvirkning på resultatene. Når det gjelder den avhengige variabel om bruk av prevensjon ved den seksuelle debut, ble denne gjort dikotom ved at «nei» og «usikker/husker ikke» ble slått sammen til ett alternativ. Tanken bak dette var at den seksuelle debut er en viktig hendelse for de unge og at de i større grad ville huske en prevensjonsbruk enn at de ikke husket det. Samtidig kan det være tilfeller hvor ungdommene ikke hadde informasjon om den andre parten brukte prevensjon. Det er også en svakhet at det ikke er tatt med variabler omkring type prevensjonsmidler. Det er i Ungdataundersøkelsene imidlertid kun et spørsmål

omkring kondombruk og ingen spørsmål omkring hormonell prevensjon. Variabelen om bruk av kondom ved seksuell debut hadde en missing prosent på ca. 40 % og ble derfor ikke inkludert i analysen. Når det gjelder variablene omkring bruk av rusmidler ble svarkategoriene omgjort fra fem svaralternativer til tre svaralternativer og ved bruk av helsetjenester, ble svarkategoriene omgjort fra fire svaralternativer til to. Denne omkodingen kan ha begrenset validiteten.

For det fjerde kan ikke seleksjonsskjevhet utelukkes på grunn av fravær eller frafall på skolen, spesielt i 3 klasse videregående. Ungdommer som går på yrkesfaglig retning kan ha vært i praksis på undersøkelsestidspunktet. Ungdommer med ulike utfordringer og med et høyt fravær på skolen, kan ha hatt fravær på undersøkelsesdagen. Manglende deltakelse og svar fra en gruppe ungdommer kan representere skjevhet for prevalensraten dersom deltakerne i undersøkelsen skiller seg fra dem som ikke deltok. Samtidig er det en høy deltakelse i undersøkelsen og andeler verdier som mangler (missing) for ulike spørsmål er lav. Denne feilkilden kan også føre til seleksjonsskjevhet, men det er vanskelig å anslå konsekvensene av denne. For denne studien er andelen som ikke svarer og andelen manglende verdier lav, slik at den trolig ikke har alvorlige konsekvenser for resultatene.

Endelig må det nevnes at generelt ved spørreundersøkelser som Ungdata finnes det fallgruver som kan ha betydning. En evaluering av «Ung i Oslo 2006» viste at andelen av ungdommen som falt fra utover i spørreundersøkelsen var svært høy (Elstad, 2010). En årsak til det kan være mange spørsmål og manglende konsentrasjon utover i undersøkelsen. Dette kan også påvirke ungdommens tolkning av spørsmålsformuleringen eller svaralternativene (Elstad, 2010). Ut ifra denne studiens utvalgte variabler har de fleste av dem fått plass tidlig i skjemaet, slik at det kan tenkes at dette ikke har påvirket i stor grad.

Konklusjon:

Hovedfunnene i denne studien viste at ungdom som ikke hadde brukt prevensjon ved sin seksuelle debut rapporterte om større bruk av rusmidler som alkohol eller hasj i løpet av de siste 12 månedene. Dette gjaldt både jenter og gutter. Dette kan indikere at en gruppe ungdom innehar problematferd som innebærer både seksuell debut uten bruk av prevensjon og høy bruk av rusmidler. Denne sammenhengen er i tråd med problematferdsteorien hvor tanken er at ungdom som deltar i en risikoatferd har økt sannsynlighet for å delta i andre former for risikoatferd. Den sosioøkonomiske status viste at blant ungdom fra lavere sosiale lag rapporterte en større andel lavere prevensjonsbruk og dette funnet kan få støtte fra foreldrestress hypotesen når man har sett på viktigheten av foreldrenes sosiale kontroll og tilstedeværelse. Bruk av helsetjenester gav imidlertid ikke støtte til antakelsen om at hyppig bruk gav høyere prevensjonsbruk, men her kan årsakssammenhengene være komplekse og spørreundersøkelsens design kan bidra til nedsatt validitet.

Det vil være interessant i senere studier, både kvantitative og kvalitative, å se nærmere på ungdoms intensjon ved ikke å bruke prevensjon ved seksuell debut. Det vil også være interessant å gå i dybden på hensikten med ungdoms besøk hos helsetjenester og se om det forebyggende prevensjonsarbeidet til disse instansene når ut til sin målgruppe til riktig tidspunkt. Funn fra denne studien indikerer at det er behov for et bredt forebyggende arbeid, først og fremst ved å øke kunnskapen om farene ved å utelukke prevensjon hos ungdom i alle aldersgrupper. Bruk av prevensjon ved den seksuelle debut er med på å sikre god helse til dagens ungdom og er viktig i et folkehelseperspektiv.

Litteraturliste

- Aarø, L.E., Laberg, J.C. & Wold, B. (1995). Health behaviours among adolescents: towards a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research*, 19 (1): 83-93.
- Amaral, G., Geierstanger, S., Soleimanpour, S. & Brindis, C. (2011). Mental health characteristics and health-seeking behaviors of adolescent school-based health center users and nonusers. *Journal of School Health*, 81(3), 138-145.
- Bakken, A. (1998). Ungdomstid i storbyen. NOVA- rapport nr. 7. Oslo: NOVA.
- Bakken, A., Frøyland, L.R. & Sletten, M.A. (2016). Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene? NOVA Rapport 3/16. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Bakken, A. (2017). Ungdata. Nasjonale resultater 2017, NOVA Rapport 10/17. Oslo: NOVA.
- Bakken, A. (2018). Ungdata. Nasjonale resultater 2018, NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA.
- Bakken, A. (2019). Ungdata. Nasjonale resultater 2019, NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA
- 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.
- Breidablik, H.J. & Meland, E. (2004) Ungdom og seksualitet i Utkant-Norge 1997-2001. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 13-14, 2004;124.
- Brindis, C. D., Klein, J., Schlitt, J., Santelli, J., Juszczak, L., & Nystrom, R. J. (2003). School-based health centers: Accessibility and accountability. *Journal of Adolescent Health*, 32(6), 98-107. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(03\)00069-7](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00069-7)
- Blystad, H., Caugant, D., Kløvstad, H., Nilsen, Ø. & Rykkvin, R. (2019). Overvåkning av seksuelt overførbare infeksjoner og blodbårne hepatitter. Årsrapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet. ISSN ELEKTRONISK: 2387-3450
- Bye, E. K. & Skretting, A. (2017). [Bruk av rusmidler blant 15–16-åringene. Resultater fra ESPAD 1995–2015](#). Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport 06.2017. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-851-4.
- Coker, A. L., Richter, D. L., Valois, R. F., McKeown, R. E., Garrison, C. Z., & Vincent, M. L. (1994). Correlates and consequences of early initiation of sexual intercourse. *Journal of School Health*, 64(9), 372-377.
- Conger, Rand D., Conger, Katherine J., Elder, Glen H., Lorenz, Frederick O., Simons, Ronald L. & Whitbeck, Les B. (1992). A Family Process Model of Economic Hardship and Adjustment of Early Adolescent Boys. *Child Development*, 63(3), 526–541.
- Costa, F.M, Jessor, R., Fortenberry, J.D, & Donovan, J.E (1996). **Psychosocial conventionality, health orientation, and contraceptive use in adolescence.** *Journal of Adolescent Health*, 18 (6), 404–416.

- Costa, F. M., Jessor, R., Fortenberry, J. D., & Donovan, J. E. (2017). Problem Behavior Theory and Contraceptive Use in Adolescence. In *Problem Behavior Theory and Adolescent Health* (pp. 529-548). Springer, Cham.
- Curie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmussen, V. B. (2004). Young people's health in context. *Health policy for children and adolescents*, 4.
- Dahm, K.T., Landmark B., Kirkehei I. & Reinart L.M. (2010) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. Oslo: Rapport fra Kunnskapssenteret nr 17–2010.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dahlström, A. (2007). *Könet sitter i hjärnan*. Göteborg: Corpus Gullers.
- Donovan, J.E. & Molina, B.S.G. (2014). Antecedent Predictors of Childrens's Initiation of Shipping/Tasting Alcohol. *Alcoholism clinical & experimental research*, Volume 38, Issue 9, page 2488-2495.
- Doran, K.A. & Waldron, M. (2017) Timing of First Alcohol Use and First Sex in Male and Female Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, Volume 61, Issue 5, pages 606- 611
- Dunn, S., Xiong, A. Q., Nuernberger, K., & Norman, W. V. (2019). Non-use of contraception by Canadian youth aged 15 to 24: findings from the 2009–2010 Canadian Community Health Survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(1), 29-37.
- Dunn, S., Wise, L., Johnson, L., Anderson, G., Ferris, L.E., Yeritsyan, N., ... Bierman, A.S. (2011). Reproductive and Gynaecological Health, Chapter 10. I: Bierman AS, editor. Women's Health Evidence-Based Report (POWER).
- Elstad, J. (2010). Spørreundersøkelsens fallgruber. I D. Album, M. Hansen & K. Widberg (Red.), *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning* (s. 155-169). Oslo: Universitetsforlaget.
- Engfeldt L. (2002). Helsestasjon for ungdom. En landsomfattende kartlegging av omfang og innhold. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan.
- Ferreira, M., M, D., S., & Torgal, M., C., L., D., F., P., R. (2011). Life styles in adolescence: sexual behavior of Portuguese adolescents I: *Rev Esc Enferm USP* 45 (3): 588- 94.
- Folkehelseinstituttet (2011). Om klamydia. Oslo. <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/sekssualitet-og-helse/diag/fakta-om-klamydia/>
- Frøyland, L.R. & Sletten, M.A. (2012). Mindre problematferd for de fleste, større problemer for de få? En studie av tidstrender i problematferd: 1992, 2002 og 2010. *Tidsskrift for ungdomsforskning*. ISSN 1502-7759. 12(2), s 43- 66.
- Galavotti, C. & Lovick, S.H. (1989). School-based clinic use other factors affecting adolescent contraceptive behavior. *Journal of Adolescent Health Care*, Volume 10, Issue 6, Pages 506-512. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(89\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0197-0070(89)90013-2)

Gammelsrud, T. F., Kvarme, L. G., & Misvær, N. (2017). Hvem går til helsesøster? *Tidsskrift for Ungdomsforskning*, 17 (1):54-77.

Graber, J. A. & Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and Turning Points: Navigating the Passage From Childhood Through Adolescence. *Developmental Psychology*, 32 (4): 768-776.

Guleria, S., Juul, K.E., Munk, C., Hansen, B.T, Arnheim-Dahlstöm, L., Liaw, K.L, Nygård, M. & Kjaer, S.K. (2017) Contraceptive non-use and emergency contraceptive use at first sexual intercourse among nearly 12 000 Scandinavian women. *Acta Obstet Gynecol Scand Mar*;96(3):286-294. doi: 10.1111/aogs.13088.

Haavet, O. R., Straand, J., Hjortdahl, P. & Saugstad, O.D. (2005). Do negative life experiences predict the health-care-seeking of adolescents? A study of 10th-year students in Oslo, Norway. *Journal of Adolescent Health*, 37(2):128-134.

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: 137-52.

Helmius, G. (1990) Mogen för sex? Det sexuellt restriktiverande samhället och ungdomars heterosexuella glädje. Uppsala: Universitet.

Helse og omsorgsdepartementet (2017). Snakk om det! – strategi for seksuell helse (2017-2022).

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsedirektoratet (2019). Retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Hentet 15.05.20 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-for-ungdom>

Holstein, B.E., Currie, C., Boyce, W., Damsgaard, M.T., Gobina, I., Kokonyei, G., Hetland, J., de Looze, M., Richter, M. & Due, P. (2009). Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: International comparative study in 37 countries. *Int. J. Public Health*, 54, 260–270.

Hyggen, C., Brattbakk, I. & Borgeraas, E.M. (2018). Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier. NOVA rapport 11/2018. En kunnskapsoppsummering.

Illeris, K., Katznelson, N., Nielsen, J.C., Simonsen, B. & Sørensen, N.U. (2009). *Ungdomsliv – mellom individualisering og standardisering*. Fredriksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press.

Johansen, M. (2016) eMetode bok for seksuell helse. Oslo: Sex og samfunn/Helsedirektoratet. ISBN (digital): 978-82-994139-9-2

Kakad, M., Hammerstrøm, K., Fretheim, A. & Kirkehei, I. (2008). Tiltak blant unge menn for å øke bruken av kondomer. Rapport Nr. 9. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

- Keenan, K., Loeber, R. & Green, S. (1999). Conduct disorder in girls: A review of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 3-19.
- Kisker, E.E. & Brown, R. S (1996). Do school-based health centers improve adolescents' access to health care, health status, and risk-taking behavior? *Journal of Adolescent Health*, Volume 18, Issue 5, Page 335-343. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00236-L](https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00236-L)
- Klepp, K.I. & Aarø, L.E. (2009). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kraus, L., Guttormsson, U., Leifman, H., Arpa, S., Molinaro, S., Monshouwer, K. ... Hibell, B. (2015). [ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs](#). Publications Office of the European Union.
- Kraft, P. (1991). Age at first experience of intercourse among Norwegian adolescents: a lifestyle perspective. *Social Science and Medicine*, 33(2):207-13.
- Kvalem, I.L. (2002). Understanding and changing adolescent contraceptive behaviour. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitet.
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 6(2), 25-40.
- Larsson, M., Tydén, T., Hanson, U. & Häggström-Nordin, E. (2007). Contraceptive use and associated factors among Swedish high school students. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. Volume 12 (2): 119-24.
- Lewin, B. & Helmius, G. (1983). Ungdom och sexualitet; En sociologisk studie av ungdoms sexuella föreställningar och erfarenheter. Rapport. Uppsala: University Press.
- Løkeland, M., Heiberg-Andersen, R., Akerkar, R., Pedersen, Y., Bøyum, B., Hornæs, M., Seliussen, I. & Ebbing, M. (2018) Rapport om svangerskapsavbrot 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet. ISSN ELEKTRONISK: 891-6392
- Manning, W., Longmore, M., & Giordano, P. (2000). The Relationship Context of Contraceptive Use at First Intercourse. *Family Planning Perspectives*, 32(3), 104-110. doi:10.2307/2648158
- Manlove, J., Ryan, S. & Franzetta, K. (2003). Patterns of Contraceptive Use Within Teenagers' First Sexual Relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Volume 35, Issue 6, page 246-255.
- Mathias, K. (2002). Youth-specific primary health care—access, utilisation and health outcomes. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 609-621. doi:10.1111/j.1469- 7610.2004.00250.
- Melkman, E. (2015). Risk and protective factors for problem behaviours among youth in residential care. *Children and Youth Services Review*, Volume 31, page 117-124.

- Miller, B. C., Benson, B. & Galbraith, K.A. (2001). Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis. *Developmental Review*. 21: 1-38.
- Moor., I., Richter., M., Ravens-Sieberer., U.L, Ottová-Jordan, V., Elgar, F. J. & Pförtner, T. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: *The HBSC study. European Journal of Public Health*, 25 (suppl 2), 57–60.
- Myklestad I. & Rise J. (2007) Predicting Willingness to Engage in Unsafe Sex and Intention to Perform Sexual Protective Behaviors Among Adolescents. *Health Education & Behavior* 34(4):686-99 DOI: 10.1177/1090198106289571
- NOVA. (2016). Hva er Ungdata? Hentet 10 april, 2020 fra <http://ungdata.no/Omundersokelsen/Hva-er-Ungdata>
- Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010). «Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis». *The Lancet*, (10)61462-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736>
- Næss, Ø., Rognerud, M., & Strand, B. H. (2007). Sosial ulikhet i helse: en fakta rapport. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Pape, H. & Ingeborg Rossow I. (2007) Farlig fyll Overstadig drikking og problemer knyttet til alkoholbruk blant skoleungdom. *Tidsskrift for Ungdomsforskning*, 7(1):113–125.
- Pape, H., Rossow, I. & Storvoll, E.E. (2008). changes in associations between drunkenness and other problem behaviours among Norwegian youth. *European Addiction Research*, 14: 61-70.
- Pape, H., Rossow, I. & Brunborg, G.S. (2018) Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. *Drug and Alcohol review. Volume 37, Issue 37*, s. 98-114. <https://doi.org/10.1111/dar.12695>.
- Pedersen, W. (1989). Impulsiv og risikopreget seksualatferd under ungdom, *Nordisk Psykologi*, 41: 4, 241-251, DOI: [10.1080 / 00291463.1989.10636978](https://doi.org/10.1080/00291463.1989.10636978)
- Pedersen, W, Samuelsen S.O. & Wichstrøm, L. (2003) Sexual debut age: Poor resources, problem behaviour or romantic appeal? A population-based longitudinal study. *Journal of Sex Research*, 40: 333-45.
- Pedersen, W., Bakken, A. & von Soest, T. (2019) Mer bruk av cannabis blant Oslo-ungdom: Hvem er i risikozonen? *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 06 (Volum 3). <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2019-06-06>
- Piko, B.F. & Fitzpatrick, K.M. (2007). Socioeconomic Status, Psychosocial Health and Health Behaviours among Hungarian Adolescents. *Eur J Public Health. August 1;17(4):353-60*
- Puente, D., Zabaleta, E., Rodriguez- Blanco, T., Cabanas, M., Monteagudo, M., Pueyo, M. J., Jane, M., Mestre, N., Merader, M. & Bolibar B. (2011). Gender differences in sexual risk behavior among adolescents in Catalonia, Spain I: *GacSanic* 25 (1): 13- 19. Doi: 10.1016/j.gaceta.2010.07.012

- Rehm, J., Shield, K.D, Joharchi, N. & Shuper, P.A. (2012) Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction. Jan;107(1):51-9*. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03621.x. Review. PMID: 22151318.
- Richter, M., Moor, I. og van Lenthe, F.J. (2012). Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: The contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J. Epidemiol. Commun. 66*, 691–697.
- Rossow, I., & Rise, J. (1994). Concordance of parental and adolescent health behaviors. *Social science & medicine*, 38(9), 1299-1305.
- Rossow, I. (2008). Alcohol consumption and discounting. *Addiction Research & Theory, Volume 18*, issue 6, page 572-584.
- Rutter, M. & Rutter, M. (1993). *Developing Minds. Challenge and Continuity across the Life Span*. New York: BasicBooks.
- Sandøy, T.A. (2018). Narkotikabruk blant ungdom. Nettpublikasjon. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Schofield, H.T., Bierman, K.L., Heinrichs, B. & Nix, R.L. (2008). Predicting Early Sexual Activity with Behavior Problems Exhibited at School Entry and in Early Adolescence. *J Abnorm Child Psychol 36*, 1175–1188. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9252-6>.
- Sletten, M. A. (2015). Psykiske plager blant ungdom. I: *Barn i Norge 2015: Ungdom og psykisk helse*.
- Solantaus, T., Leinonen, J. & Punamaki, R.L. (2004). Children's mental health in times of economic recession: Replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Developmental Psychology*, 4(3), 412–429.
- Sollesnes, R. & Tønjum, L. (2008). "Så var det alle disse jeg hadde i øyekroken": En studie av helsesøsters arbeid i skolehelsetjenesten fra rundt 1960 til i dag. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 4(2), 1-16.
- Stattin, H. & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617 – 645. doi:10.1017/S0954579400007331.
- Starfield, B., Riley, A. W., Witt, W. P. og Robertson, J. (2002). Social class gradients in health during adolescence. *J Epidemiol Community Health; 56*: 354-361.
- Sterett, E.M., Allison, D., Dymnicki, D., Henry, D., Gayle, R.B., Bolland, J. & Mustanski, B. (2014). Predictors of Co-Occurring Risk Behavior Trajectories Among Economically Disadvantaged African-American Youth: Contextual and Individual Factors. *Journal of Adolescent Health, Volume 55*, Issue 3, Pages 380-387.
- Storvoll, E.E. & Krange, O. (2003). Osloungdom og rusmiddelbruk. Utbredelse og muligheter for forebygging. NOVA-rapport nr 26. Oslo: NOVA.

- Sundet, J.M, Magnus P., Kvalem, I.L., Samuelsen, S.O. & Bakketeig LS. (1992). Secular trends and sociodemographic regularities of coital debut age in Norway. *Arch Sex Behav. Jun;21(3):241-52*
- Træen, B., Lewin, B. & Sundet, J.M. (1992). The real and the ideal: Gender differences in heterosexual behaviour among Norwegian adolescents. *Journal of Community and Applied Social Psychology; 2: 227-37.*
- Træen, B. (1993). Norwegian adolescents' sexuality in the era of AIDS. Empirical studies on heterosexual behaviour. Oslo: National Institute of Alcohol and Drug Research.
- Træen, B., & Kvalem, I. (1996). Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction, 91, 995-1006.*
- Træen, B., Stigum, H., & Magnus, P. (2003). Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, og 2002. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Træen, B. (2009). Seksualitet og seksualatferd. I: *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveit, H. & Kristensen, Ø. (2018). Cannabis og den unge hjernen. Hvorfor er det spesielt farlig for tenåringer å bruke cannabis? *Psykologisk tidsskrift, nr 71, s. 71-81.*
- 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: 185-94.*
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C.H. ... Field, J. (2001) Sexual behavior in Britain: Early heterosexual experience. *Lancet; 385: 1843-50.*
- West P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci Med, 44:833-58*
- Zachrisson, H. D., K. Rodje & A. Mykletun (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health, 6:34-41.*



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway