

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Tidig debutålder – kopplad till sexuellt risktagande och till sex
utan att huvudmotivet är sexuell lust**

Anette Nilsson

Självständigt arbete 15 poäng
Fördjupningsarbete i psykologi
(PC1508)
Höstterminen 2012

Handledare: Anne Ingeborg Berg
Inga Tidefors

Tidig debutålder – kopplad till sexuellt risktagande och till sex utan att huvudmotivet är sexuell lust

Anette Nilsson

Sammanfattning. Ett syfte med studien var att undersöka om unga med tidig sexdebut tog större sexuella risker. Jag ville också veta om tidiga debutanter hade högre benägenhet att utöva sex utan att huvudmotivet var sexuell lust. Studien genomfördes på en ungdomsmottagning, där 138 ungdomar besvarade en enkät. Av svaren framgår att ungdomar med tidig sexdebut hade större bekräftelsebehov. De var även mer benägna att förknippa ensamhet, ångest och olust med att ha sex. Tidiga debutanter hade också haft fler sexpartners, använde mer sällan kondom vid vaginala samlag och hade i större utsträckning haft klamydiainfektion. Bland tidiga debutanter förekommer unga som tar sexuella risker. De måste få stöd för att berätta om sina sexuella erfarenheter.

Enligt policyprogrammet för Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) är det övergripande målet för ungdomsmottagningarna ”att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner” (FSUM.org.se).

Till en ungdomsmottagning kommer sökanden med skilda sexuella erfarenheter och med olika grad av sexuellt risktagande. I varje ungdomsgrupp verkar det finnas en mindre grupp av ungdomar som är riskbenägna, och sexuellt risktagande kan också vara en del av en mer självdestruktiv livsstil (Forsberg, 2006). Två indikationer på sexuellt risktagande kan vara tidig sexualdebut och fler sexpartners (Edgardh, 2002; Forsberg, 2006; Svedin & Priebe, 2009; Tikkanen, Abelsson & Forsberg, 2011). Även om det finns en koppling mellan låg debutålder och sexuellt risktagande gäller detta naturligtvis inte alla som debuterar tidigt, och tidig samlagsdebut innebär inte nödvändigtvis att den enskilde individen generellt tar större risker (Forsberg, 2006).

Liljeros (2003) påpekar i studien om sexuella nätverk, att det i varje ungdomsgeneration finns en mindre andel som har haft många samlagspartner. De individer som har många samlagspartners utgör en grupp som riskerar att smitta andra, som inte har haft många sexuella partners, med exempelvis klamydia. En analys av den statistiska fördelningen av sexuella kontakter visade att antalet kontakter inte samlades runt ett medelvärde. Under ett år hade de flesta personer få partners, några hade fler och ett fåtal hade många eller väldigt många. Denna kunskap har praktisk betydelse för att kunna bromsa spridningen av sexuellt överförbara infektioner (Liljeros & Edling, 2003).

Det är känt att olika riskbeteende såsom; tidig sexualdebut, fler sexpartners, att sällan eller aldrig använda kondom, berusning i samband med sex, att ha fått ersättning eller haft sex mot sin vilja kan hänga ihop med varandra i så kallade ”clusters” (Abelsson & Hulusjö, 2008; Bauermeister, Elkington & Zimmerman, 2010; Forsberg, 2006; Svedin & Priebe, 2009; Tikkanen m.fl., 2011). Flera studier visar att det är vanligare med sexuellt risktagande i samband med alkohol och droger (Bauermeister m.fl., 2010; Forsberg, 2006; Hammarlund,

2009; Harris & Shrier, 2002; Svedin & Priebe, 2009; Tikkanen m.fl., 2011).

Enligt rapporten Skolelevers drogvanor från 2006, utgiven av Centralförbundet för narkotika och alkoholupplysning (CAN), var sexuellt risktagande tydligt kopplad till alkohol; ju högre konsumtion, desto vanligare var det att personen i fråga hade erfarenheter av sexuellt risktagande. Berusning kan öka lusten, minska förmågan att tänka klart och därmed försämra omdömet men också förmågan att samtala om kondom (Bauermeister m.fl., 2010; Hammarlund, 2009). Den grupp av unga som tar sexuella risker har oftare problem med psykisk ohälsa, bristande självkänsla samt dålig relation till föräldrar under uppväxten (Bauermeister m.fl., 2010; Forsberg, 2006; Svedin & Priebe, 2009). Flera forskare kopplar ihop mental ohälsa med sexuellt risktagande (Abelsson & Hulusjö, 2008; Bauermeister m.fl., 2010; Harris & Shrier, 2002; Larry & Brown, 2006; Svedin & Priebe, 2009). Att vara nära någon och ha sex skulle då användas som en slags självmedicinering i syfte att dämpa ångest och depression (Bauermeister m.fl., 2010; Larry & Brown, 2006). Mental ohälsa och bristande självkänsla kan också vara förenat med fler sexpartners, och att mer sällan använda kondom (Bauermeister m.fl., 2010; Larry & Brown, 2006). Studier visar att psykisk ohälsa kan vara en indirekt orsak till sexuellt risktagande och att den direkta orsaken är användning av alkohol och droger, till följd av psykisk ohälsa. Därför bör de som arbetar med prevention av sexuellt överförbara infektioner fokusera på åtgärder för att minska mental ohälsa och användning av alkohol och droger (Bauermeister m.fl., 2010).

Ett självskadebeteende kan upplevas som att det hjälper för att dämpa ångest. De känslor individen plågas av kan lindras eller bli mer uthärdliga då de ersätts av en kroppslig och kanske mer begriplig smärta (Klefbom, 2009). Ett självskadebeteende kan ta sig många uttryck; att inte ta hand om sig själv ordentligt, utsätta sig för risker eller för personer som behandlar en illa. Det kan yttra sig som ätstörningar, att skära eller att bränna sig. Ett annat sätt är att använda sex som ett självskadebeteende (Abelsson & Hulusjö, 2008; Lindholm, 2012). Det finns olika förklaringar till varför vissa individer tillfogar sig själva skador. En förklaring är att en individ som under sin uppväxt har lidit av brist av omhändertagande eller har blivit illa behandlad av andra inte får en förmåga att ta väl hand om sig (Klefbom, 2009). Ungdomar som har ett självskadebeteende uttrycker också att de längtar efter bekräftelse och sex kan då användas för att kompensera en låg självkänsla (Klefbom, 2009). En konsekvens av låg självkänsla kan vara att ungdomen inte upplever att det är meningsfullt att vara rädd om sig; varför vara rädd om något som inte har något större värde? (Forsberg, 2006). I denna ungdomsgrupp finns en överrepresentation av unga homo- och bisexuella samt transpersoner (hbt-personer) (Abelsson & Hulusjö, 2008; Gärddedal & Nathorst-Böös, 2009; Hanner, 2005; Svedin & Priebe, 2009).

I ungdomsstyrelsens rapport, Se mig, från 2009 uppgav de elever som debuterat sexuellt att genomsnittsåldern för första samlaget var 15,4 år för pojkar och 15,3 år för flickor. Samt att tidig sexualdebut i större utsträckning var förenat med ohälsa hos pojkar. Detta kan bero på att pojkar är senare köns mogna än flickor (Svedin & Priebe, 2009). Pojkar beskrev också relationer till föräldrar som fyllda med mindre omsorg.

I samma studie rapporterade 7,1 procent av pojkarna och 25 procent av flickorna att de hade varit utsatta för någon form av sexuell handling mot deras vilja. Den vanligaste handlingen var att någon hade berört deras könsdelar, följt av blottning och genitala samlag. Studien visar att 10 procent av flickorna och 3,1 procent av pojkarna hade erfarenhet av penetrerande sexuella övergrepp. En stark koppling mellan penetrerande övergrepp och psykisk ohälsa konstaterades. Endast 12 procent av ungdomarna hade samtalat med någon professionell om de sexuella övergreppen de hade varit med om.

Vidare framkom det att det var något vanligare att pojkarna hade haft sex mot ersättning jämfört med flickorna; 1,7 procent respektive 1,2 procent. De finns också andra ungdomsstudier som visar att det är en något större andel pojkar som uppger att de har sålt

sexuella tjänster (Abelsson & Hulusjö, 2008; Grände m.fl., 2009).

För att minska utsattheten bland ungdomar krävs en god beredskap bland dem som i sin profession möter unga i riskzonen. Eftersom tidiga insatser är centrala är det viktigt att nå den faktiska riskgruppen i ett tidigt skede (Svedin & Priebe, 2009). En viktig förutsättning för att nå riskutsatta ungdomar på ungdomsmottagningar är att få dem att berätta.

I denna studie vill jag undersöka hur vanligt det är att motiven till att ha sex uppges vara "icke sexuella" som att uppvärdera en låg självkänsla, reducera ensamhet och ångest eller få bekräftelse. Jag vill också undersöka om sexuellt risktagande kan vara kopplad till tidig sexdebut. Med sexuellt risktagande menar jag fler antal sexpartners, att sällan eller aldrig använda kondom, berusning i samband med sex, samt att ha fått ersättning eller haft sex mot sin vilja.

Syftet var att närmare studera de ungdomar som hade debuterat före 15 års ålder samt vilka eventuella samband som fanns mellan tidig debut och rapportering av sexuella riskbeteenden. Vidare studerades vilka skäl de med en tidig debut uppgav till att de hade sex. Slutligen studerades skillnader i svarsmönster mellan könen.

Följande hypoteser formulerades:

1. De med tidig debut rapporterar högre grad av sexuellt risktagande.
2. De med tidig debut uppgav i högre grad att de utövar sex med motiv som är "icke sexuella".

Metod

Respondenter

I undersökningen deltog 138 ungdomar som kom till en ungdomsmottagning för att testa sig för sexuellt överförbara infektioner (sexually transmitted infections, STI). Upptagningsområdet för ungdomsmottagningen, där studien genomfördes, innefattar nordöstra Göteborg, där personer med många olika nationaliteter bor. Kravet som ställdes för att delta var att ungdomarna skulle behärska svenska så pass bra att de skulle klara att besvara enkäten utan hjälp. Ungefär 60 procent av männen och 50 procent av kvinnorna som deltog i studien, hade minst en förälder som var utlandsfödd.

Av de svarande var 57 procent (79 stycken) unga män och 43 procent (59 stycken) unga kvinnor. Ingen i studiegruppen uppgav att de var annat än man eller kvinna. Medelåldern var 22 år och åldersspannet var från 16 till 25 år. Eftersom deltagarna hade fyllt 15 år behövdes inget samtycke från målsman. Det var 99 procent av respondenterna som svarade att de hade erfarenhet av samlag.

I nedanstående tabell presenteras studiegruppens bakgrundsfakta.

Tabell 1
Bakgrundsfakta

Enkätfrågor	unga män	unga kvinnor
Sexualdebut före 15 års ålder	41 % (32/79)	27 % (16/59)
Medelåldern för sexualdebut	15,1 år	15,3 år
Erfarenhet av sex med endast motsatta könet	92 % (73/79)	80 % (47/59)
Erfarenhet av sex med endast samma kön	0 %	0 %
Erfarenhet av sex med båda könen	7,6 % (6/79)	20 % (12/59)

Medelåldern för sexuell debut var 15,1 år för männen och 15,3 år för kvinnorna. Totalt hade 41 procent (32/79) av männen och 27 procent (16/59) av kvinnorna debuterat för 15 års ålder. Majoriteten av ungdomarna, 92 procent (73/79) av männen och 80 procent (47/59) av kvinnorna, svarade att de endast hade haft sex med någon av det motsatta könet. Ingen av deltagarna uppgav att de endast hade haft sex med någon av det egna könet, medan 7,6 procent (6/79) av männen och 20 procent (12/59) av kvinnorna hade haft sex med båda könen.

Drygt hälften, 56 procent av respondenterna, kom för att testa sig för säkerhets skull, dvs. för att vara säkra på att de inte hade någon könssjukdom, medan 21 procent uppgav att de hade symtom och resterande 20 procent, att de kommit upp i ett spårningsärende för klamydia. Det fanns ingen signifikant skillnad avseende sökorsak mellan de som hade debuterat före respektive efter 15 års ålder och inte heller mellan de kvinnliga och manliga respondenterna.

Instrument

Som instrument användes ett frågeformulär med 19 frågor (bilaga 1). Frågorna i enkäten hämtades delvis från tidigare studier; dels från UngKAB09 (Tikkanen m.fl., 2011), dels från KK-risk (Diaz & Nilsson, 2011), medan delfrågorna gällande upplevelser förknippade med sex, fråga 18, utarbetades av forskaren. Enkäten inleddes med fem bakgrundsfrågor gällande ålder, kön, sexuell läggning, ålder för sexualdebut och sökorsak. Därefter bestod frågeformuläret av två delar. Fram till fråga 17 ställdes frågor om eventuellt sexuellt riskbeteende såsom antal sexpartners de senaste tolv månaderna, kondom användning, erfarenhet av klamydiainfektion, sexuell teknik, erfarenhet av alkohol och droger i samband med sex, att ha erhållit eller gett ersättning för sex, att ha haft sex mot sin vilja eller tvingat någon annan till sex, samt en fråga om upplevelsen i vilken grad föräldrar hade tillgodosett den unges behov. Vid frågor gällande kondom användning (vid vaginala och anala samlag, samt vid samlag tillsammans med alkohol och cannabis) och frågan om i vilken grad föräldrar hade tillgodosett den unges behov användes en femgradig Likertskala, där respondenten

ombads svara genom skattning, där 1 var aldrig och fem var alltid. En linjal användes för att kunna mäta skalan med en decimal. Frågor gällande kategorisk data, vilket var de övriga frågorna i del ett, hade slutna svarsalternativ.

Fråga 18 i frågeformuläret innehöll sju delfrågor, där respondenterna ombads skatta hur mycket följande upplevelser kopplades ihop med att ha sex; attraktiv partner, lust, olust, att minska känslor av ensamhet, minska känslor av ångest, få bättre självförtroende samt få bekräftelse. Även här gjordes skattning på en femgradig Likertskala, där 1 var aldrig och 5 alltid. Frågeformuläret avslutades med en öppen fråga, för att ge respondenterna en möjlighet att avsluta frågeformuläret på ett mer positivt sätt. Svaren på den sista frågan har inte tagits med i studien.

Tillvägagångssätt

Jag frågade en ungdomsmottagning om de ville delta i studien. En pilotstudie (N=6) utfördes på samma ungdomsmottagning för att säkerställa att respondenterna förstod frågorna i formuläret. En mindre korrigering gjordes för att förtydliga en av frågorna. Ungdomarna tillfrågades av vårdpersonal om att delta i studien i samband med att de kom för att testa sig för STI. Efter att ha genomgått testning för STI fick ungdomarna både muntlig och skriftlig information om studien, där det framgick att deltagandet var anonymt och helt frivilligt. Det framgick av deltagarinformationen att ämnen som togs upp kunde väcka frågor och tankar och att de ungdomar som önskade var välkomna att ta kontakt med personal på ungdomsmottagningen. Endast ungdomar som angav att sökorsaken var ”att testa sig” fick delta i studien (bilaga 2). Den ifyllda enkäten lades i en separat låda i väntrummet. Datasamlingen skedde mellan 9 februari och 8 maj 2012.

Dataanalys

Innan en analys påbörjades lyftes totalt 4 enkäter ut. Samtliga dessa enkäter bedömdes vara otillräckligt ifyllda. De statistiska analyserna utfördes med hjälp av dataprogrammet Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Resultatet redovisas med frekvenser, medelvärden, standardavvikelser och *p*-värden. Skillnader mellan variabler testades med envägs oberoende variansanalys (ANOVA) där beroendevariabel var; icke sexuellt motiv, antal partner de senaste tolv månaderna, kondom användning, samt om föräldrar hade tillgodosett den unges behov och oberoende variabel; debutålder och kön. Skillnader mellan frekvenser testades med χ^2 -test (Pearson's Chi-square).

Resultat

Först presenteras skillnader mellan tidig och senare debut, därefter skillnader gällande kön. Tabeller i resultatdelen berör endast skillnader mellan debutålder. Undantag är tabell 4, där även skillnader mellan kön presenteras.

Hypotes 1: De med tidig debut rapporterar högre grad av sexuellt risktagande.

Variationsbredden för antal sexpartners var 1-40 för hela studiegruppen (N=138), 1-40 för tidiga debutanter (n=48), 1-15 för senare debutanter (n=80), 1-40 för unga män (n=79), och 1-25 för unga kvinnor (n=59). Medianen för antal sexpartners de senaste tolv månaderna var 4,0 i den totala studiegruppen, 6,0 för tidiga debutanter, 4,0 för senare debutanter, samt 4,0 för både män och kvinnor. Medelvärdet för hela studiegruppen var sex partners och den

tionde decentilen var tolv. Den tionde decentilen när det gällde antal partners, är de tio procent som hade haft flest partners.

En envägs oberoende ANOVA utfördes med antal partners under de senaste tolv månaderna som beroende variabel samt debutålder och kön som oberoende variabel. Statistisk skillnad avseende antal sexpartners påvisades, tidiga debutanter rapporterade fler sexpartners, $F(1, 102) = 6,60, p <, 05$.

I nedanstående tabell presenteras svarsfördelningen mellan debutålder, gällande sexuellt risktagande.

Tabell 2.

Svarsfördelning i procent (antal svarade/respektive åldersgrupp) gällande skillnader för sexuellt risktagande enligt utförd χ^2 -test

Sexuellt risktagande	Sexuell debut före 15 år	Sexuell debut efter 15 år
8 sexpartners eller fler senaste 12 mån	40 % (19/47) *	22 % (17/77)
Erfarenhet av anala samlag med ny/tillfällig partner	49 % (23/47)	39 % (31/80)
Varit berusad och haft samlag med ny/tillfällig partner	94 % (45/48)	85 % (68/80)
Har använt cannabis och har haft samlag med ny/tillfällig partner	35 % (17/48)	24 % (19/80)
Erfarenhet av klamydiainfektion	40 % (19/48) *	22 % (18/80)
Reinfektion av klamydia	12 % (6/48)	6.2 % (5/80)

* $p <, 05$

Skillnader i sexuellt risktagande avseende antal sexpartners, erfarenhet av anala samlag, alkohol och cannabis tillsammans med sex samt erfarenhet av klamydiainfektion testades med χ^2 -test. Signifikanta skillnader konstaterades gällande debutålder, som tabell 2 visar. Det var mer vanligt att de som hade debuterat före 15 års ålder hade haft 8 sexpartner eller fler de senaste tolv månaderna, $\chi^2 = (1, N=115) = 4,17, p <, 05$, de tidiga debutanterna rapporterade mer erfarenhet av klamydiainfektion, $\chi^2 = (1, N=128) = 4,26, p <, 05$.

Signifikanta skillnader påvisades också mellan könen. Män hade i större utsträckning erfarenhet av analsex med ny/tillfällig partner, $\chi^2 = (1, N=138) = 13,46, p <, 001$, och hade oftare använt cannabis i samband med sex med ny/tillfällig partner, $\chi^2 = (1, N=138) = 11,73, p <, 001$.

Följande tabell visar svarsfördelningen mellan debutålder, gällande i vilken utsträckning kondom användes.

Tabell 3

Medelvärde, (standardavvikelse) samt signifikansnivå för ANOVA för de som debuterat före respektive efter 15 års ålder avseende i vilken utsträckning respondenterna uppgav att de använde kondom med ny/tillfällig partner.

Kondomanvändning med Ny/tillfällig partner	Sexuell debut före 15 år (n=48) M (s)	Sexuell debut efter 15 år (n=80) M (s)
Vaginala samlag	2.4 (1.2) [*]	2.9 (1.3)
Anala samlag	2.4 (1.5)	2.7 (1.6)
Berusad med alkohol	2.6 (1.4)	3.0 (1.3)
Cannabis	2.4 (1.7)	2.8 (1.5)

Skalan gick från 1 till 5, där 1 var aldrig och 5 alltid ^{*} $p < .05$

I tabell 3 visas medelvärden för de som debuterat före respektive efter 15 års ålder gällande kondomanvändning. En envägs oberoende ANOVA utfördes med kondomanvändning med ny/tillfällig partner (vid vaginala samlag, anala samlag, samlag vid berusning av alkohol, samlag under påverkan av cannabis) som beroende variabel samt debutålder och kön som oberoende variabel. En signifikant skillnad påvisades avseende skillnad i debutålder, där de som debuterat före 15 års ålder uppgav att de mer sällan använde kondom vid vaginala samlag med ny/tillfällig partner, $F(1, 124) = 3,89, p < .05$.

I nedanstående tabeller presenteras svarsfördelningen mellan debutålder och kön gällande frågor om ersättning för sex och sex mot sin vilja.

Tabell 4

Svarsfördelning i procent (antal svarade/respektive åldersgrupp) gällande skillnader avseende frågor om ersättning för sex och tvingande eller övertalande till sex enligt utförd χ^2 -test

Enkätfrågor	Sexuell debut före 15 år (n=48) antal/åldersgrupp	Sexuell debut efter 15 år (n=80) antal/åldersgrupp
Fått ersättning för sex, eller uppgivit att det kunde vara så	6,2 % (3/48)	2,5 % (2/80)
Gett ersättning för sex, eller uppgivit att det kunde vara så	8,3 % (4/48)	3,8 % (3/80)
Haft sex mot sin vilja, eller uppgivit att det kunde vara så	23 % (11/48)	12 % (10/80)
Tvingat/övertalat någon till sex, eller uppgivit att det kunde vara så	6,2 % (3/48)	1,2 % (1/80)

Svarsfördelning i procent (antal svarade/kön) gällande skillnader avseende frågor om ersättning för sex och tvingande eller övertalande till sex enligt utförd χ^2 -test

Enkätfrågor	Unga män (n=79) antal/kön	Unga kvinnor (n=59) antal/kön
Fått ersättning för sex, eller uppgivit att det kunde vara så	7,6 % (6/79)*	0 % (0/59)
Gett ersättning för sex, eller uppgivit att det kunde vara så	11 % (9/79)***	0 % (0/59)
Haft sex mot sin vilja, eller uppgivit att det kunde vara så	6,3 % (5/79)	27 % (16/59)***
Tvingat/övertalat någon till sex, eller uppgivit att det kunde vara så	3,8 % (3/79)	0 % (0/59)

* $p < ,05$ *** $p < ,001$

Frågorna avseende om man hade fått eller hade gett någon ersättning för sex, samt tvingat/övertalat någon eller blivit övertalad/tvingad till sexuella handlingar, testades med χ^2 -test. Ingen statistisk signifikans fanns i dessa avseenden mellan de som hade debuterat före respektive efter 15 års ålder, som tabell 4 visar.

Resultat visade dock på signifikanta skillnader mellan könen, vilket tabell 4 visar. Män uppgav oftare att de hade fått ersättning för sexuella handlingar eller att det kunde vara så att de fått det, $\chi^2 = (1, N=138) = 4,68, p < ,05$, samt att de hade gett ersättning för sexuella handlingar eller att det kunde vara så att de hade gett det, $\chi^2 = (1, N=138) = 7,19, p < ,001$. Kvinnor uppgav i större utsträckning att de hade haft sex mot sin vilja eller att de kunde vara så att de haft det, $\chi^2 = (1, N=138) = 11,32, p < ,001$.

Hypotes 2: De med tidig debut uppger i högre grad att de utövar sex med motiv som är "icke sexuella".

I följande tabell presenteras svarsfördelningen mellan debutålder gällande "icke sexuella" motiv till att sex utövades.

Tabell 5

Medelvärde, (standardavvikelse) samt signifikansnivå för ANOVA för de som hade debuterat före respektive efter 15 års ålder avseende i vilken utsträckning respondenterna förknippade följande upplevelser med att ha sex med någon.

"icke sexuella" motiv	Sexuell debut före 15 år (n=48) M (s)	Sexuell debut efter 15 år (n=80) M (s)
Minska känsla av ensamhet	2.9 (1.4) **	2.4 (1.2)
Minska känsla av ångest	2.4 (1.5) *	1.9 (1.1)
Få bättre självförtroende	2.9 (1.5)	2.6 (1.4)
Bli bekräftad	2.9 (1.3) a	2.5 (1.3)

Skalan gick från 1 till 5, där 1 var aldrig och 5 alltid

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ a $F(1, 119) = 2,78, p < ,098$

Medelvärdet för motiv till sex som var "icke sexuella" skattades högst av de som hade debuterat före 15 års ålder, som tabell 5 visar. En envägs oberoende ANOVA utfördes för de olika "icke sexuella motiven" som beroende variabel samt debutålder och kön som oberoende variabel. Skillnaden mellan att ha debuterat före respektive efter 15 års ålder var statistiskt signifikant avseende motivet till att ha sex för att minska känslor av ensamhet $F(1, 100) = 7,47, p < ,01$ och ångest $F(1, 99) = 4,80, p < ,05$. En tendens till skillnad fanns också för debutålder avseende påståendet om att utöva sex var förknippat med bekräftelse $F(1, 119) = 2,78, p < ,098$.

Signifikant skillnad påvisades också mellan könen, där män oftare förknippade sex med att få bättre självförtroende $F(1, 128) = 4,09, p < ,05$, medan kvinnor tenderade att förknippa sex med att minska känslor av ensamhet $F(1, 129) = 3,71, p < ,05$.

I följande tabell presenteras svarsfördelningen mellan debutålder gällande frågor om lust, olust och attraktiv partner.

Tabell 6

Medelvärde, (standardavvikelse) samt signifikansnivå för ANOVA för de som hade debuterat före respektive efter 15 års ålder avseende i vilken utsträckning respondenterna förknippade sexuell lust, olust samt om "partner var attraktiv" med sexuella handlingar.

Frågeområde	Sexuell debut före 15 år (n=48) M (s)	Sexuell debut efter 15 år (n=80) M (s)
Sexuell lust	4.2 (0.8)	4.2 (0.8)
Olust	1.9 (1.1) ^a	1.6 (0.7)
Partner attraktiv	4.1 (1.0)	4.1 (0.9)

Skalan gick från 1 till 5, där 1 var aldrig och 5 alltid

^a $F(1, 123) = 2,86, p < ,09$.

Majoriteten av respondenterna skattade sexuell lust och att partner var attraktiv högt, medan olust skattades lågt, vilket tabell 6 visar. En envägs oberoende ANOVA utfördes med sexuell lust, olust, attraktiv partner som beroende variabel, samt debutålder och kön som oberoende variabel. Det fanns inga statistiska skillnader i svarsmönster mellan debutålder och kön avseende sexuell lust och attraktiv partner. Olust däremot, skattades något högre av de som debuterat före 15 års ålder och en tendens till skillnad påvisades $F(1, 123) = 2,86, p <, 09$.

Frågan med avseende på i vilken grad respondenten upplevde att föräldrar sett till deras behov skattades också på en femgradig Likertskala. Ingen signifikant skillnad fanns mellan de som debuterat före respektive efter 15 års ålder gällande denna fråga. Däremot upplevde män i högre grad att deras föräldrar inte sett till deras behov $F(1,130) = 7,87, p <, 001$.

Diskussion

Studien ger stöd för hypotesen att de som debuterat före 15 års ålder oftare utövar sex med motiv som uppgavs vara ”icke sexuella”. Det finns också stöd för hypotesen att tidiga debutanter i större utsträckning tar sexuella risker. Skillnader i svarsmönster mellan könen var inte lika tydliga. Unga män tog vissa sexuella risker medan unga kvinnor hade benägenhet att ta andra. Unga män visade sig dock utöva något högre grad av sexuellt risktagande. En bidragande orsak till detta kan vara att en större andel unga män i denna studie hade debuterat före 15 års ålder.

Resultaten visar att ungdomar som sökte till ungdomsmottagningen för att testa sig, generellt utsatte sig för högt sexuellt risktagande. Det var endast drygt hälften av de sökande som uppgav att de kom för att testa sig för säkerhets skull, dvs. för att vara säkra på att de inte hade någon könssjukdom. Övriga kom för att de upplevde symtom eller för att de hade kommit upp i ett smittspårningsärende.

Resultat visar vidare att respondenterna i denna studie hade ett betydligt högre sexuellt risktagande än deltagarna i UngKAB09. Totalt hade 38 procent av respondenterna i denna studie debuterat före 15 års ålder, jämfört med UngKAB09, 24 procent. Medelvärdet i studien för antal sexpartners de senaste tolv månaderna var sex partners och den tionde decentilen var tolv partners eller fler. I studien från UngKAB09, var medelvärdet tre partners och den tionde decentilen, sex partners eller fler. Erfarenhet av klamydiainfektion var 30 procent, vilket kan jämföras med resultat från UngKAB09, som redovisar 10 procent. Den grupp ungdomar som ingick i detta arbete, och som utsatte sig mest för sexuellt risktagande var tidiga debutanter, vilket är i linje med tidigare forskning (Edgardh, 2002; Forsberg, 2006; Svedin & Priebe, 2009; Tikkanen m.fl., 2011).

Det finns en uppenbar koppling mellan att ha haft en klamydiainfektion, fler antal samlagspartners och mindre frekvent användande av kondom vid vaginala samlag hos tidiga debutanter. Denna kunskap är viktig information inför den sexualanamnes som vårdpersonal utför i samband med testning av STI. För att fånga in ungdomar med sexuellt risktagande bör frågan om ålder vid sexdebut ställas. Även om det finns en koppling mellan låg debutålder och sexuellt risktagande gäller detta naturligtvis inte alla som debuterat tidigt.

Trots att studiens resultat visar på högt sexuellt risktagande skattades ”sexuell lust” och att ”partner var attraktiv” högt som motiv till att ha sex. Det kan tolkas som att även om det fanns ett utbrett sexuellt risktagande bland ungdomarna var upplevelsen och den sexuella erfarenheten förknippad med positiva aspekter för majoriteten av deltagarna. Detta är i linje med det som ungdomsmedicinen anser tillhöra den normala utvecklingen i ungdomsåren; att utveckla sin självständighet, skaffa nya erfarenheter, testa gränser och att få sexuell erfarenhet. Denna process i ungdomen kan innehålla både positiva och negativa erfarenheter

(Berg-Kelly, 1998). En mindre grupp ungdomar uppgav dock att de kände olust förknippad med sex. Olust är ett starkt och laddat ord och för denna grupp tolkas upplevelsen av den sexuella erfarenheten som mer negativ. Det är ett observandum att tidiga debutanter återfanns hos dem som förknippade sexlivet med olust.

Avseende frågan i vilken utsträckning ”icke sexuella” motiv förknippades med att ha sex, är det ett intressant resultat att tidiga debutanter hade mer bekräftelsebehov samt högre benägenhet att förknippa ensamhet och ångest med att ha sex. Flera studier visar bland annat på att utövande av sex ibland används som en slag självmedicinering (Abelsson & Hulusjö, 2008; Bauermeister m.fl. 2009; Forsberg, 2006; Larry & Brown, 2006; Svedin & Priebe, 2009). Resultaten här är således inte vare sig nya eller oförklarliga. Under samtal, när sexualanamnes tas upp bör man på ett försiktigt och varsamt sätt försöka blottlägga orsaken till sexuellt risktagande. Finns det en bakomliggande orsak, som är kopplad till exempelvis ångest, bör fokus inte alltför ensidigt riktas på samtal om kondomanvändning. Då finns det en risk att skam och skuld ökar och att ungdomen riskerar att få ännu mer ångest.

Resultaten visade ingen signifikant skillnad mellan tidig och sen debutålder och benägenhet att ha haft sex mot sin vilja eller att ha fått eller gett ersättning för sex. Däremot visar resultaten att unga män var mer benägna både att ha fått samt gett ersättning för sex. Detta är i linje med tidigare forskning, som visar att unga män i något större utsträckning än unga kvinnor har fått ersättning för sex (Abelsson & Hulusjö, 2008; Forsberg, 2006; Svedin & Priebe, 2009). Resultaten här visade vidare att fler kvinnor än män uppgav att de hade haft sex mot sin vilja, vilket också är i linje med tidigare forskning (Abelsson & Hulusjö, 2008; Forsberg, 2006; Svedin & Priebe, 2009). Tilläggas bör att tidiga debutanter utgjorde en mindre del av den totala studiegruppen (38 procent) och att det troligtvis behövs en större studiegrupp för att få signifikanta skillnader gällande riskbeteenden som inte är så frekventa, bland annat frågan som berör ersättning för sex eller sex mot sin vilja.

Erfarenhet av anala samlag med ny/tillfällig partner var hög (43 procent), och kondomanvändningen rapporterades mer bristfällig vid anala samlag än vid vaginala samlag. Män praktiserade oftare anala samlag utan att använda kondom med ny/tillfällig partner, för det mesta i heterosexuella kontakter. Det finns därmed risk för utbrott av HIV i hela ungdomsgruppen.

Studien visar vidare att män i högre grad upplevde att deras föräldrar inte hade sett till deras behov, samt att de i högre utsträckning än kvinnorna hade haft sex för att uppvärdera en låg självkänsla. Detta stämmer överens med vad Svedin och Priebe kom fram till i sin studie från 2009, där manliga elever med tidig sexuell debut (<14 år) hade en sämre självkänsla samt att de beskrev föräldrar med bristande omsorg. En orsak till detta är enligt Svedin och Priebe (2009) att pojkar är senare köns mogna än flickor.

Unga kvinnor söker oftare än unga män till ungdomsmottagningarna då de är i behov av preventivmedel. I samband med att kvinnorna får preventivmedel utskrivet journalförs besöket och frågor ställs om exempelvis användande av alkohol, droger och den sociala situationen. För männen finns inget motsvarande besök. Det skulle dock vara av vikt att ställa liknande frågor när männen, och speciellt pojkarna som är yngre än 15 år, hämtar sitt preventivmedel, kondom.

Denna studie har bidragit till att synliggöra sexuella vanor och sexuellt risktagande hos ungdomar som sökt för att testa sig för en könssjukdom på en viss ungdomsmottagning. Motivet var att undersöka om sexuellt risktagande var kopplat till tidig sexdebut. Sammanfattningsvis ger resultaten stöd för att det i gruppen tidiga debutanter var betydligt vanligare att utsätta sig för både sexuellt risktagande samt utöva sex med motiv som uppgavs vara ”icke sexuella”. Det skulle vara av intresse att genomföra liknande enkätstudier på andra ungdomsmottagningar för att se hur pass generella resultaten från denna studie är, samt för att se om det finns skillnader i utövande av sexuellt risktagande mellan ungdomar från olika

samhällsklasser och med olika etnicitet. Jag skulle gärna se en studie dels med ett större underlag, dels där svaren på enkätstudien kompletterades med intervjustudier. Sex är ett komplext och känsligt ämne och för att få svar på studiens huvudfråga krävs komplettering med fokusgrupper eller enskilda intervjuer. En huvudsaklig begränsning är att det inte går att uttala sig om vad respondenterna har haft i åtanke då de tagit ställning till vilka upplevelser de förknippar med sexualitet, såsom lust, olust, ensamhet, ångest, självförtroende och bekräftelse. En fördjupad förståelse av detta kan erhållas via intervjustudier. Samma begränsning gäller även frågan om upplevelsen av att föräldrar sett till den unges behov, något som också bör studeras via kvalitativ metod.

Jag vill nämna att svarsfrekvensen på frågeformuläret var mycket god. Det tyder på att ungdomarna har förstått frågorna och att de också tyckte att det var intressant att svara på enkäten. En fråga sticker dock ut och det är frågan om ålder vid debut. Det är den enda frågan som har låg svarsfrekvens och sammanlagt har tio ungdomar inte svarat. Detta kan bero på hur frågan är ställd och att frågan om samlag och sexdebut kan ha en bredare definition. För de som är unga idag kanske samlaget inte är synonymt med sexdebut.

Bland tidiga debutanter finns således ungdomar som tar sexuella risker. Det är viktigt att de känner förtroende för den person de samtalar med för att kunna berätta om sina erfarenheter. Unga berättar nästan aldrig sådant som mottagaren inte är känslomässigt eller mentalt beredd att höra. Det kan därför vara bra att fundera över sina egna föreställningar och fördomar. Att prata om sex i stort utan att moralisera kan vara ett bra sätt att närma sig det man vill fråga om. För att få förtroende är det också viktigt att mottagaren lyssnar aktivt och är intresserad av att höra mer. Ett sätt att fördjupa sig under samtalet är att ställa öppna men riktade frågor om sex (Grände m.fl., 2009).

”Jag kan tycka att vissa borde fråga mer. Bara för att man inte tar upp det själv betyder det inte att man inte vill prata om det. Då kanske det inte räcker med att man frågar en gång. Man kanske måste fråga fem gånger, men egentligen vill man ingenting hellre än att prata om det. Man vill inte vara jobbig och så man frågar någon så många gånger så vet man ju att de verkligen menar det. Det är ett lätt sätt att visa att de verkligen vill höra. Och säg inte: ‘Du får säga till om du behöver prata om det’. För man säger inte till. Jag har aldrig gjort det, även om jag har velat” (Grände, 2007, s.77).

Referenser

- Abelsson, J., & Hulusjö, A. (2008). *I sexualitetens gränstrakter - En studie av ungdomar i Göteborg med omnejd som säljer och byter sexuella tjänster* (elektronisk version). Göteborg: Social resursförvaltning. Göteborgs stad.
- Bauermeister, J., Elkington, K., & Zimmerman, M. (2010) Psychological distress, substance use, and HIV/STI risk behaviors among youth. *Journal of Youth Adolescence*, 39, 514-527.
- Berg-Kelly, K. (1998) *Ungdomsmedicin*. Stockholm: Liber.
- CAN – Centraförbundet för alkohol och narkotikaupplysning. Hur är det egentligen med alkohol och sex...?, Thomas Hvitfeldt, april,2010. Hämtad 20 april 2012.
<http://www.can.se/sv/Drogfakta/Fragor-och-Svar/Alkohol/>
- Edgardh, K. (2002). Sexual behavior in a low-income high school setting in Stockholm. *International Journal of STD & AIDS*, 13, 160-167.
- Forsberg, M. (2006). *Ungdomar och Sexualitet. En Forskningsöversikt år 2005*. Stockholm:

- Statens folkhälsoinstitut.
- FSUM - Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. Hämtad 15 april, 2012, från <http://www.FSUM.org.se/>
- Grände, J. (2007). *Utsatt för våldtäkt? En bok till dig som blivit drabbad*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Grände, J., Lundstöm Mattson, Å., Nyman, M., & Åkerman, I. (2009) *Men fråga mig bara!* Stockholm: Allmänna barnhuset och Ungdomsstyrelsen.
- Gärdedal, M., & Nathorst-Böös, H. (2009). Unga sex och internet. I Ungdomsstyrelsens rapport 2009:9, *Se Mig – Unga om Sex och Internet*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Hammarlund, K. (2009). *Riskfyllda möten – en studie om unga människors upplevelser av sexuellt överförbara infektioner och sexuellt risktagande*. Opublicerad doktorsavhandling, Växjö universitet: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.
- Hanner, H. (2005). *Intervjuundersökning/Pilotstudie av Homo- och Bisexuella Ungdomars Psykiska Hälsa*. NASP, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Harris, S., & Shrier, L. (2002) Temporal associations between depressive symptoms and self-reported sexually transmitted disease among adolescents, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 599-606.
- Klefbom, J. (2009) Självskadebeteende, hämtad 120320 <http://www.psykologiguide.se/www/pages/?ID=170&sjalvskadebeteende2009-04-29>
- Larry, K., & Brown, M. D. (2006) Depressive symptoms as a predictor of sexual risk among African American adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 39, 444. e1-444.e8.
- Liljeros, F. & Edling, C. (2003) Sexual Networks implications for the transmission of sexually transmitted infection. *Microbes and Infection*, 5, 189-196.
- Lindholm, M. Skada sig själv hämtad 120320 <http://www.umo.se/Att-ma-daligt/Skada-sig-sjalv/>
- Svedin, C-G., & Priebe, G. (2004). *Ungdomars Sexualitet – Attityder och Erfarenheter. Att Sälja Sex mot Ersättning/Pengar*. Stockholm: SOU 2004:71.
- Svedin, C-G., & Priebe, G. (2009). Unga sex och internet. I Ungdomsstyrelsens rapport 2009:9, *Se Mig – Unga om Sex och Internet*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen
- Tikkanen, R., Abelsson, J., & Forsberg, M. (2011). *UngKAB09 Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga*. Göteborg: Göteborgs universitet.

Enkätfrågor

1. Vilket år är du född?

19____

2. Är du

- Kille
- Tjej
- Annat _____

3. Varför vill du testa dig vid ditt besök idag? Kryssa i rätt alternativ i rutan. Flera alternativ kan kryssas i.

- För säkerhets skull, utan att du har symtom
- För att du har symtom
- Du har fått partnerbrev eller för att din partner har testat sig och har en klamydiainfektion.
- Annat, förklara _____

4. Har du haft samlag? Med samlag menas här vaginala och anala samlag.

- Ja
- Nej

**Om du svarat ja på ovanstående fråga.
Hur gammal var du första gången du hade samlag?**

Uppskatta ålder om du inte minns.

_____ år

5. Har du haft sex med

- Kvinnlig partner
- Manlig partner
- Båda könen

6. Hur många personer har du haft samlag med de senaste 12 månaderna? Uppskatta om du inte minns.

_____ personer

7. Hur många av dessa personer var tillfälliga sexpartners, det vill säga någon du hade samlag med vid något enstaka tillfälle? (1-2 gånger)

_____ personer

8. Har du någon gång fått ersättning eller betalning för en sexuell tjänst?

- Ja
- Nej
- Vet inte, kan vara så

9. Har du någon gång gett någon person ersättning eller betalning för en sexuell tjänst?

- Ja
- Nej
- Vet inte, kan vara så att jag gjort det

10. Har du någon gång blivit tvingad eller övertalats till sex mot din vilja?

- Ja
- Nej
- Vet inte, kan vara så

11. Har du någon gång tvingat eller övertalat någon till sex mot den personens vilja?

- Ja
- Nej
- Vet inte, kan vara så att jag gjort det

**12. Har du testat dig positivt för klamydia någon gång?
(dvs. har du haft en klamydiainfektion)**

- Nej aldrig
- Ja, en gång
- Ja, flera gånger, nämligen _____ gånger

13. Hur ofta använder du kondom vid samlag med ny/tillfällig partner?

Kryssa i på en skala från 1 till 5, där 1 är aldrig och 5 är alltid.

**Vaginala samlag
kondom
ny/tillfällig partner**

1 _____ 5
Aldrig Alltid

- Har inte haft vaginala samlag med ny/tillfällig partner

**Anala samlag
kondom
ny/tillfällig partner**

1 _____ 5
Aldrig Alltid

- Har inte haft anala samlag med ny/tillfällig partner

14. Har du varit berusad (alkohol) och haft samlag?

- Ja
- Nej

Om du svarat ja på ovanstående fråga.

Använder du kondom om du är berusad med ny/tillfällig partner

Kryssa i på en skala från 1 till 5, där 1 är aldrig och 5 är alltid.

Berusad 1 _____ 5
kondom Aldrig Alltid
ny/tillfällig partner

15. Har du använt cannabis (hasch, marijuana) och haft samlag?

- Ja
- Nej

Om du svarat ja på ovanstående fråga.

Använder du kondom om du använder cannabis med ny/tillfällig partner

Kryssa i på en skala från 1 till 5, där 1 är aldrig och 5 är alltid.

Cannabis 1 _____ 5
kondom Aldrig Alltid
ny/tillfällig partner

**16. I vilken utsträckning upplever du att dina föräldrar har sett till dina behov?
(eller de som varit i föräldrars ställe)**

Med behov menar jag här:

Att de har lyssnat på dig

Att de har uppmuntrat dig

Att de har hjälpt dig när du har haft svårigheter

Kryssa i på en skala från 1 till 5, där 1 betyder att du tycker att dina föräldrar aldrig har sett till dina behov, och 5 att du tycker att de alltid sett till dina behov.

1 _____ 5
Aldrig Alltid

17. Har du hittills under din skolgång fått godkända betyg i alla ämnen?

- Ja
- Nej

**18. I vilken utsträckning förknippar du följande upplevelser med att ha sex med någon?
Kryssa i på en skala från 1 till 5, där 1 är aldrig och 5 är alltid.**

Sexuell lust

1 _____ 5
Aldrig Alltid

Olust

1 _____ 5
Aldrig Alltid

Partner är attraktiv

1 _____ 5
Aldrig Alltid

**Minska känslor av
ensamhet**

1 _____ 5
Aldrig Alltid

**Minska känslor av
ångest**

1 _____ 5
Aldrig Alltid

**Få ett bättre
självförtroende**

1 _____ 5
Aldrig Alltid

Bli bekräftad

1 _____ 5
Aldrig Alltid

19. Vad är det bästa med att ha sex för dig?

Tack för att du hjälpt till med att svara på frågorna.

Lägg enkäten i lådan märkt enkätsvar.

Söker du i första hand till ungdomsmottagningen idag för att du vill testa dig för en könssjukdom?

- Ja
- Nej

Om du svarat ja på ovanstående fråga är det meningen att du ska fortsätta fylla i enkäten med frågor.

Om du däremot i första hand söker för något annat, exempelvis undersökning då du fått utslag eller klåda på könsorgan, kroppsfrågor eller recept på p-piller, då ska du inte fortsätta fylla i formuläret.

Lägg i så fall frågeformuläret redan nu i lådan märkt med ”enkätsvar”.