

8. Det sunde sexliv

Af Steven C. Arnffjord og Birgit Niclasen



Ifølge Inuuneritta, så ”tager forskning i seksuallivet ofte udgangspunkt i uønskede følgevirkninger af et aktivt sexliv i form af kønssygdomme, uønskede graviditeter og HIV/AIDS, mens der kun i mindre grad forskes i de mere positive sider af et aktivt sexliv” og at ”konsekvensen af denne tilgang er, at det negative fremhæves, mens de positive aspekter af sexlivet ikke berøres”.

Samtidig peger Inuuneritta også på, at uønskede graviditeter er et stort sundhedsproblem i Grønland og at forekomsten af kønssygdomme som gonorré og klamydia fortsat ligger meget højt sammenlignet med andre lande som fx. Danmark.

Inuunerittas strategier for den fremtidige forebyggelse og sundhedsfremme indenfor emnet sexliv bygger på, at enhver seksuel handling skal være baseret på lyst, gensidighed og fravær af seksuelt overført sygdom, at enhver graviditet skal være ønsket og på at fremme befolkningens handlekompetence i forhold til sunde sexvaner.

Målene – der specielt har betydning for unge – er:

- De unge skal træffe kompetente valg omkring deres seksualitet
- Alle seksuelle handlinger skal være frivillige og lovlige
- Enhver graviditet skal være ønsket
- Alle abortsøgende tilbydes rådgivning og vejledning

Den seksuelle lavalder er 15 år i Grønland, hvilket er det samme som i mange af de øvrige europæiske lande. Derfor stilles spørgsmålene om seksuel adfærd i HBSC undersøgelsen i alle lande kun til unge på 15 år og derover.

8.1 Seksuel debutalder

Spørgsmålet til seksuel debutalder, som bliver målt ud fra en positiv besvarelse af spørgsmålet ”Har du nogensinde haft samleje?” er et af de spørgsmål i HBSC undersøgelsen, hvor der er størst forskel på besvarelsen mellem landene. Forskellene mellem normerne i de enkelte lande ser dog ud til langsomt at mindskes. De fleste HBSC lande har en kultur, hvor det betragtes som normalt, at unge har et sexliv, hvor sex ses som en del af det at have et godt liv og hvor der gives information om ansvarlig seksuel opførsel, men der også enkelte HBSC lande, som har en kultur, der forsøger at begrænse seksuel aktivitet og som anbefaler seksuel afholdenhed før ægteskabet (Department of Child and Adolescent Health and Development, 2003). Den opfattelse, der ligger bag Inuunerittas mål har meget tilfælles med de tanker omkring et sundt – og ansvarligt – sexliv, som ses i de fleste europæiske lande.

Grønlandske unge adskiller sig i den europæiske sammenhæng ved at have en tidlige seksuel debutalder. Ved de sidste to dataindsamlinger i 2002 og 2006 var Grønland således det land i HBSC undersøgelsen, hvor flest unge på 15 år havde haft samleje. I 2006 var det 61 % af alle 15årige – 55 % af drengene og 66 % af pigerne - der havde haft samleje. Til sammenligning gjaldt det kun for 12 % af alle 15årige i Slovakiet, mens gennemsnittet for alle HBSC lande var 27 % af alle 15årige (Currie et al., 2008).

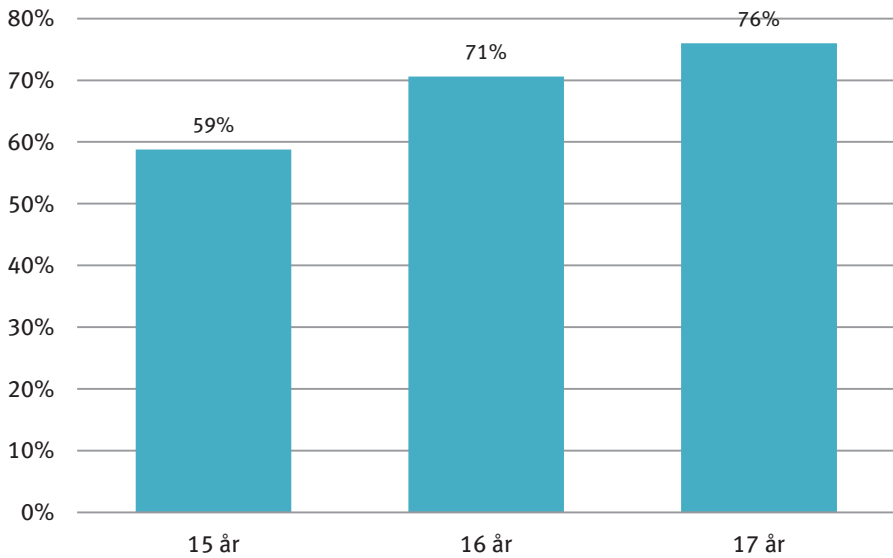
Her i 2010 var der i alt 670 unge i alderen 15 – 17 år. Af disse havde 28 % valgt ikke at besvare spørgsmålet, om de havde haft samleje. Dette bortfald kan være systematisk, men vi ved de ikke, for der eksisterer ikke tidligere forskning, som belyser, hvorvidt unge synes at det er positivt eller mindre positivt at have haft samleje, når man er 15 år gammel og derfor om vi skal forvente at bortfaldet er blandt unge, som har eller blandt unge, som ikke har haft samleje.

Andelen af præcis 15 årige (15,00 til 15,99 år), 16 årige og 17 årige, der angav at have haft samleje fremgår af Figur 8.1. Som der fremgår var der allerede en stor andel af 15årige, der har haft samleje og at andelen steg med alderen. Der er dog fortsat en andel på 38 % af 15-17årige, der aldrig har haft samleje.

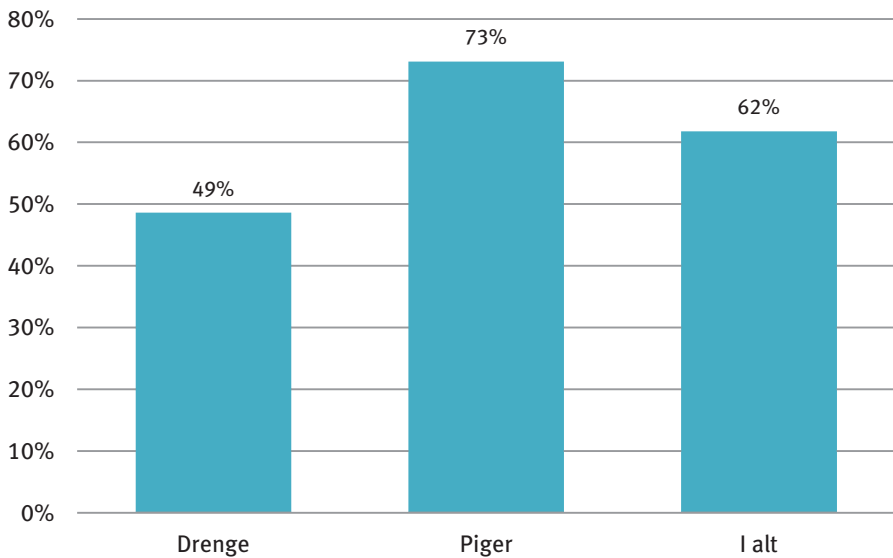
Der er betydelig forskel mellem de to køn på andelen af 15-17årige drenge og piger, der havde haft samleje. Mens 49 % af drengene angav, at de har haft samleje var det 73 % af pigerne (Figur 8.2). Det er et almindeligt fund i HBSC undersøgelsen, at i de nordiske lande har piger har tidligere seksuel debut end drenge, mens det i de fleste østeuropæiske lande er almindeligt, at flere drenge angiver at have haft seksuel debut som 15årig (Currie et al., 2008). Der blev ikke fundet forskel mellem unge i Nuuk, byer og bygder på andelen af 15-17årige, der havde haft samleje (ikke vist).

Hvor gamle de 15 til 17årige var, da de havde deres seksuelle debut blev analyseret ud fra spørgsmålet: *Hvor gammel var du, da du havde samleje første gang?*

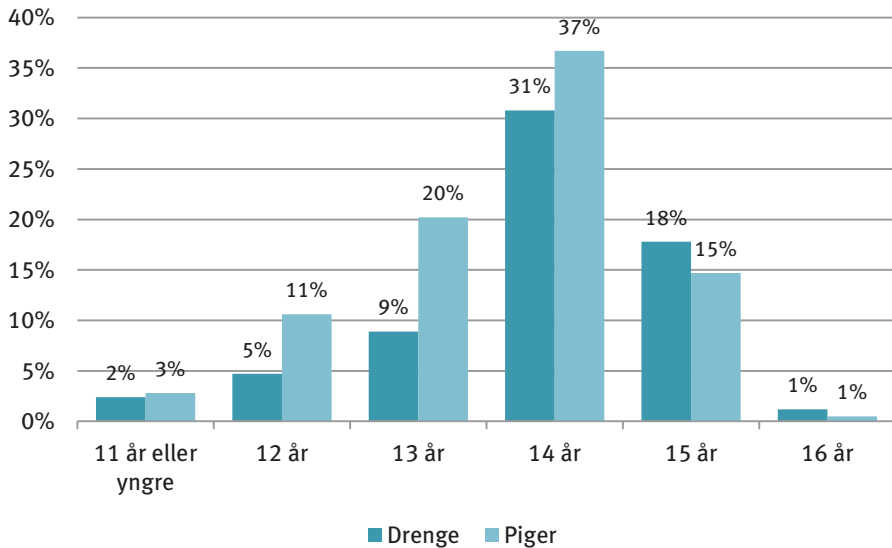
Som det fremgår af Figur 8.3 angav de 15-17årige, der havde debuteret, den mest almindelige debutalder som værende 14 år for både drenge og piger, men en relativt stor andel havde tidligere debutalder. Det gjaldt specielt for pigerne, hvor 20 % havde



Figur 8.1 Andelen i procent af 15, 16 og 17årige, der angav at have haft samleje (N=484).



Figur 8.2 Andelen i procent af 15-17årige drenge og piger, der angav at de havde haft samleje (N=484).



Figur 8.3 15-17-åriges angivelse af, i hvilken alder de første gang var seksuelt aktive (i procent af alle, der angav at have været seksuelt aktive) (N= 388).

debutalder som 13årig og 11 % som 12årig, mens i alt 14 % af drenge debuterede som 12-13årige. Den seksuelle lavalder er 15 år. Hvis to børn på under 15 år har sex med hinanden betragtes det normalt ikke som en ulovlig handling, men hvis den ene er over 15 år er det principielt ulovligt. Det er ud fra data ikke muligt at vide, hvor stor en andel af de unge, der har haft samleje inden de var 15 år, der har været udsat for en strafbar handling. Der er dog en andel på 16 %, der havde seksuel debut som 12årige og en lille gruppe på i alt 5 %, der har seksuel debut som 11årige eller før denne alder. For langt den største del af disse er den seksuelle debut sket før de er gået rigtigt ind i puberteten. Det er i bedste fald uhensigtsmæssigt og for en stor dels vedkommende vil der formentligt have været tale om ulovlige forhold.

8.2 Brug af præventionsmidler

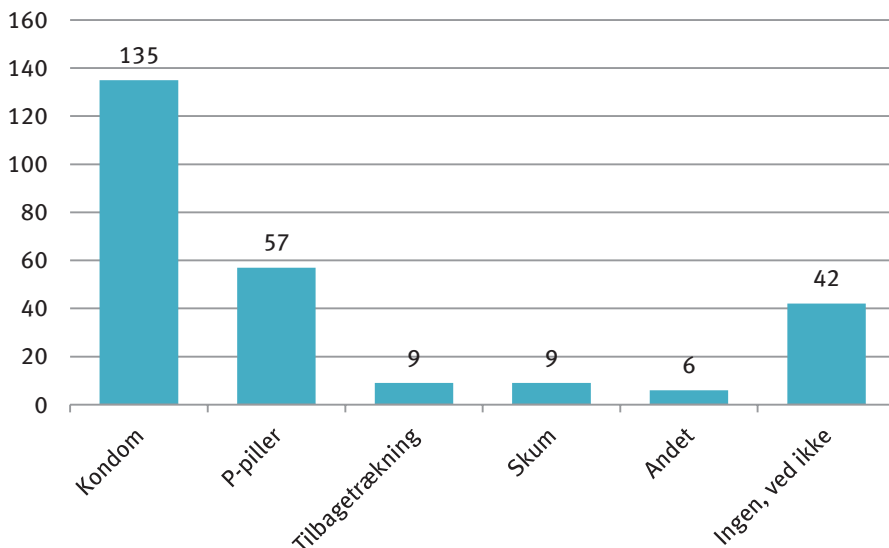
Internationalt opdeles præventionsmidler ud fra om de beskytter mod uønsket graviditet, mod kønssygdomme eller mod begge dele. Analyser af internationale data fra HBSC undersøgelsen har fundet, at det mest almindeligt brugte middel til at undgå kønssygdomme og uønsket graviditet er kondom, mens det næsthyppest er at kombinere kondom og p-piller og som det tredje hyppigste kommer p-piller alene, men at der var også en betydelig andel af 15årige, der ikke havde brugt præventionsmidler ved sidste samleje (Godeau et al., 2008; Gabhainn et al., 2009).

Seksuelt overførte sygdomme som klamydia og gonoré er relativt almindelige i Grønland og er hyppigst i aldersgruppen 14 til 19 år, hvor klamydia diagnosticeres hos omkring 10 gange så mange som i Danmark. HIV er også oftest seksuelt overført, men er ikke hyppigere end i Danmark. Til gengæld har det betydelige konsekvenser

at blive smittet. Den bedste beskyttelse mod seksuelt overførte sygdomme er brug af kondom. WHO anbefaler brug af kondom ved samleje hos alle unge, idet unge ofte har flere seksuelle partnere og partnere, som de ikke ved om har en kønssygdom (World Health Organisation, 2007). Kondom yder god beskyttelse mod seksuelt overførte sygdomme, men er ikke noget effektivt middel til at undgå uønsket graviditet. Det anbefales derfor at bruge både kondom og et effektivt middel mod uønsket graviditet. De mest almindeligt brugte midler mod uønsket graviditet er hormonelle midler som p-piller eller p-ring.

For at analysere brugen af præventionsmidler blev de unge spurgt: *sidste gang du havde samleje, hvilken metode brugte du da?* med svarmulighederne: *jeg har aldrig haft samleje, ingen metode, p-piller, kondom, tilbagetrækning, skum, andet eller ved ikke*. I alt 258 af de 15-17årige unge svarede på spørgsmålet.

Som det fremgår af Figur 8.4 var langt det hyppigste brugte middel kondom, der blev brugt af 52 % af dem, der havde svaret positivt på spørgsmålet. Næsthøjest var p-piller. De foretrukne præventionsmidler blandt grønlandske unge er således de samme som fundet blandt europæiske unge (Godeau et al., 2008; Gabhainn et al., 2009). Internationalt set ligger Grønland nogenlunde i midten for andelen af 15årige, der brugte p-piller som prævention ved sidste samleje og næsten i bund for andelen, der brugte kondom (Currie et al., 2008). Ud fra disse data ser det ud til at Inuuneritta's målsætning omkring at de unge skal træffe kompetente valg omkring deres seksualitet endnu ikke kan siges at være opnået.



Figur 8.4 15-17åriges brug af prævention ved sidste samleje. Kolonnerne angiver antal unge, der brugte midlet (N=258).

Litteratur

Acheson D. Public Health in England. The report of the committee on inquiry into the future development of public health function London: Her Majesty's Stationary Office, 1988.

Ahlstrom S. (ed.). Gender differences in youth drinking cultures London: Ashgate, 2007.

Berndt T J. Friendship Quality and Social Development. *Current Directions in Psychological Science* 2002;11:7-10.

Bjerregaard P. Folkesundhed i Grønland. *Inussuk Arktisk Forskningsjournal* 1:2004 Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2004.

Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK (eds.) Levevilkår, livsstil og sundhed i Grønland 2005-2007 København: Statens Institut for Folkesundhed, 2008.

Bjerregaard P, Young TK. The Circumpolar Inuit - health of a population in transition København: Munksgaard, 1998.

Bond L, Al E. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal* 2001;323:480-4.

Booth ML, Okely AD, Chey T, Bauman A. The reliability and validity of the physical activity questions in the WHO health behaviour in schoolchildren (HBSC) survey: a population study. *British Journal of Sports Medicine* 2001;35:263-267.

Camenga D, Klein J, Roy J. The changing risk profile of the American adolescent smoker: implications for prevention programs and tobacco interventions. *Journal of Adolescence Health* 2006;39:120.e1-e10.

Cantrill H. The pattern of human concern, New York: Rutgers University Press, 1965.

Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports* 1985;2.

Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research Journal* 2006;15:1577-85.

Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D. Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents København: WHO Regional Office for Europe, 2008.

Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samtal O, Al E. Young People's Health in a Context. Health Policy for Children and Adolescents København: World Health Organization, 2004.

Curtis T, Larsen HB, Helweg-Larsen K, Pedersen CP, Olesen I, Sørensen K, Jørgensen ME, Bjerregaard P. Unges trivsel i Grønland 2004 Inussuk Arktisk Forskningsjournal 1:2006 Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2006.

Department of Child and Adolescent Health and Development. Contraception, issues in adolescent health and development. København: WHO Regional Office for Europe, 2003.

Due P, Al E. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health* 2005;15:128-32.

Due P, Holstein BE, Schultz JP. Mobning som sundhedstrussel blandt store skoleelever. *Ugeskrift for Læger* 1999;161:2201-6.

Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socio-economic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57:692-8.

Ekelund U, Brage S, Froberg K, Harro M, Anderssen SA, Sardinha LB. TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: the European Youth Heart Study. *PLoS Medicine* 2006;3:e488.

Gabhainn SN, Godeau E, Baban A, Boyce W, The HBSC Sexual Health Behaviour Focus Group. How well protected are sexually active 15 year olds across Europe and Canada? Data from the 2006 WHO-HBSC study. *International Journal of Public Health* 2009;54 (Suppl 2):209-15.

Godeau E, Gabhainn SN, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J. Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse - results from 24 countries. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2008;162:66-73.

Grønlands Hjemmestyre 2007 Inuuneritta - Folkesundhedsprogram, Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007-2012. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2007.

Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *The Annals of Pharmacotherapy* 2003;37:361-6.

Hansen EH, Holstein BE, Due P, Wold B, Currie CE. Time trends in medicine use among adolescents in ten industrialised countries. *European Journal of Public Health* 2003;13(4):43.

Hansen JC (ed.). Grønlandsk kost - en miljømedicinsk vurdering. Nuuk Grønlands Hjemmestyre, 2000.

Harel-Fisch Y, Al E. Negative school perceptions and involvement in school bullying: A universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence Health* 2010 (online dec 2010).

Haugejorden O, Birkeland JM. Ecological time-trend analysis of caries experience at 12 years of age and caries incidence from age 12 to 18 years: Norway 1985-2004 *Acta Odontologica Scandinavica* 2006;64:368-75.

Idler EL, Benyamini Y. 1997. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997;38:21-37.

Irwin CE, Igra V, Millstein S. Risk-taking behaviour in adolescents: the parasigm. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1997;28:1-35.

Kandel DB (ed.). Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis, New York: Cambridge University Press, 2002.

Kelleher C, Tay J, Gabhainn S. Influence on self-rated health of socio-demographic, lifestyle and affluence factors: an analysis of the Irish and International Health Behaviours Among School-Aged Children (HBSC) datasets 1998. *Irish Medical Journal* 2007;100:43-6.

Kitzmann KMEA. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71:339-52.

Laursen B, Collins WA (eds.). Parent-child communication during adolescence, Mahwah: NJ Erlbaum, 2004.

Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal* 2000;50:129-139.

Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Toothbrushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Dental Journal* 2006;56:159-167.

Matthisessen J, Rothausen BW, Sørensen MR, Biltoft-Jensen A, Trolle E, Kørup K, Bay H, Groth MV. Fysisk aktivitet i den voksne danske befolkning 2003 – 2006 . Med fokus på anbefalingerne for fysisk aktivitet. København: DTU og Fødevarerinstitutionen, Afdeling for Ernæring, 2009.

Molcho M, Gabhainn SN, Kelly C, Friel S, Kelleher C. Food poverty and health among schoolchildren in Ireland: findings from the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study. *Public Health Nutrition* 2007;10:364-70.

Mortimer J, Larson R (eds.). *The Changing Adolescent Experience: Societal trends and the Transition to Adulthood*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

National Institute for Health and Clinical Excellence. *Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.

Niclasen B. Børns sundhed i socialt perspektiv med udgangspunkt i Inuuneritta- Folkesundhedprogrammet. Nuuk: Meeqqat Inuusuttullu Pillugit Illisimasaqarfik, 2009.

Niclasen B, Bjerregaard P. Child Health in Greenland. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007;35:313-22.

Niclasen B, Løngaard K, Laursen LK, Schnohr C. Sundhed på toppen. *Inussuk Arktisk Forskningsjournal* 1-2007. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2007.

Niclasen B, Løngaard K, Laursen LK, Schnohr C. Peqqineq pitsaanerpaaq. *Inussuk Arktisk forskningsjournal* 1-2008. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2008.

Niclasen B, Rasmussen M, Borup I, Schnohr C. The intake of fruit and sweets in rural and urban Greenland - development from 1994 to 2006 *International Journal of Circumpolar Health*, 2010. Accepteret.

Niclasen B, Schnohr C. Has the curve been broken? - Trends between 1994 and 2006 in smoking and alcohol use among Greenlandic school-children and areas to consider in future preventive strategies. *International Journal of Circumpolar Health* 2008;67:299-307.

Niclasen BV-L. Changes in drug prescription over a decade to an Arctic child population. *Acta Pædiatrica Scandinavica* 2006;95:1456-60.

Parker RD, Buriel B (eds.). *Socialization in the family: Ethnic and Ecological Perspective*, New York: Wiley, 2006.

Pedersen JM. Sundhedsadfærd blandt grønlandske skolebørn. DIKEs Grønlandsskrifter. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1997.

Pedersen JM. Den grønlandske folkeskole – et arbejdsmiljø for skolebørn Nuuk: Ineri-saavik, 2000.

Raitakari OT, Leino M, Rakkonen K, Porkka K, Taimela S, Rasanen L, Viikari J. Clustering of risk habits in young adults. *The Cardiovascular Risk in Young Finns Study*. *American Journal of Epidemiology* 1995;142:36-44.

Sallis JF, Conway TL, Prochaska JJ, McKenzie TL, Marshall SJ, Brown M. The association of school environments with youth physical activity. *American Journal of Public Health* 2001;91:618-20.

Schnohr C, Niclasen BV. Bullying among Greenlandic schoolchildren: development since 1994 and relations to health and health behaviour. *International Journal of Circumpolar Health* 2006;65:305-12.

Schnohr C, Pedersen J, Alcón M, Niclasen B. Sundhed og helbred hos skolebørn i Grønland fra 1994 til 2002. *Inussuk Arktisk Forskningsjournal* 2-2004. Nuuk: Grønlands Hjemmestyre, 2005.

Swinburn B, Shelly A. Effects of TV time and other sedentary pursuits. *International Journal of Obesity (London)* 2008;32:S132-6.

Troelsen J, Roessler KK, Nielsen G, Toftager M. De bolignære områders betydning for sundhed. Hvordan indvirker bolignære områder på sundheden – og hvordan kan udformningen gøres bedre. Institut for idræt og biomekanik: Københavns Universitet, 2008.

Turrell G, Oldenburg B, McGuffog I, Dent R. 1999. Socioeconomic determinants of health: towards a national research program and a policy and intervention agenda. *Ausinfo*. Canberra: Queensland University of Technology, School of Public Health, 1999. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht J-P. 2003. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003;362:233-41.

Vindfeld S, Schnohr C, Niclasen B. Trends in physical activity in Greenlandic schoolchildren from 1994 to 2006. *International Journal of Circumpolar Health* 2009;68:42-52.

Walkie KE, Poulton R. The burden of illness associated with headache disorders among young adults in representative cohort study. *The Journal of Head and Face Pain* 2002;42:612-.

World Health Organisation. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2013: Breaking the chain of transmission. Geneva: World Health Organization, 2007.

World Health Organisation. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.

World Health Organisation Regional Office for Europe. Ottawa Charter for Health Promotion. København: World Health Organization Regional Office for Europe, 1986.

World Health Organisation Regional Office for Europe. Health21: The health for all policy frameworks for the WHO European Region. European Health for all Series No. 6. København: World Health Organization Regional Office for Europe, 1999.

World Health Organisation Regional Office for Europe. Public health action for healthier children and populations. The European Health Report 2005. København: World Health Organization, 2005.

World Health Organisation Regional Office for Europe. European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. København: World Health Organization Regional Office for Europe, 2007.