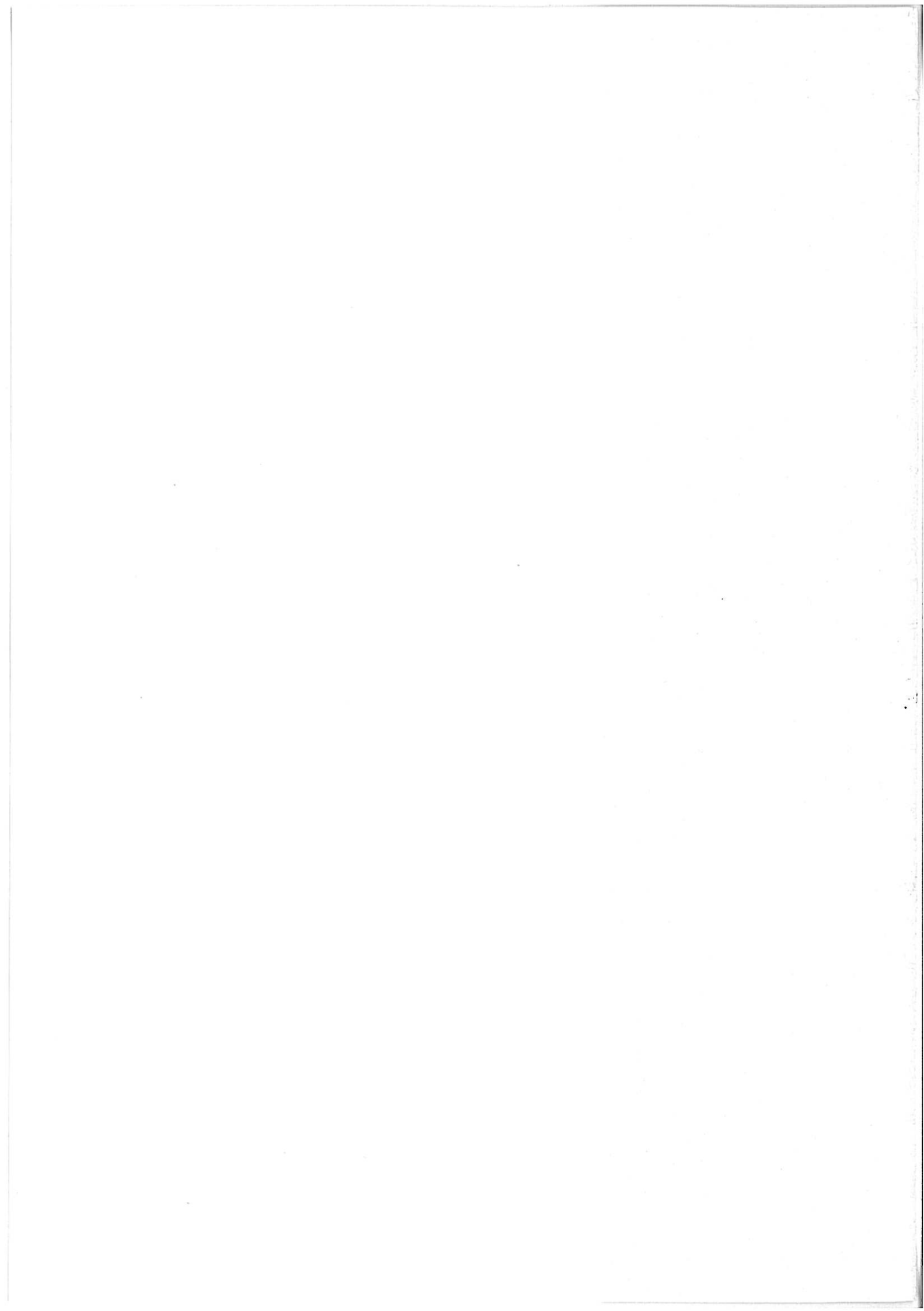


www.sintef.no





**SINTEF**

SINTEF Unimed

Postadresse: 7465 Trondheim
 Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
 Telefon: 73 59 25 90
 Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA


SINTEF RAPPORT

TITTEL

**"Forsøk med Samliv- og Prevensjonsveiledning
 i Kommuner 1997-2000"**


**Delrapport C: Kommunikasjon rundt prevensjon og kunnskap
 og overbevisninger vedrørende p-piller blant elever i de
 videregående skoler i Trondheim**

FORFATTER(E)


 Thomas Hansen og Finn Egil Skjeldestad

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial og Helsedepartementet

RAPPORTNR. STF78 A022501	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Lisbeth Haarstad
GRADER. DENNE SIDE	ISBN 82-14-02617-2	PROSJEKTNR. 782501.10
		ANTALL SIDER OG BILAG 50 sider
ELEKTRONISK ARKIVKODE	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Finn Egil Skjeldestad	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE	DATO 2002-01-15	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Finn Egil Skjeldestad, forskningssjef 

SAMMENDRAG

Rapporten baseres på data fra en spørreskjemaundersøkelse omhandlende kommunikasjon rundt prevensjon og kunnskap og overbevisninger vedrørende p-piller blant elever i den videregående skolen i Trondheim for skoleåret 1999/2000 (73% av elevene deltok).

Elevene diskuterte prevensjon i hovedsak med nære venner og kjæreste. Jenter hadde flere samtaleparter og snakket oftere om prevensjon enn gutter. Til tross for at det var flere jenter enn gutter som snakket med foreldrene om prevensjon var det kun hver femte jente som oppga å ha åpenhet til hjemmet. Åpenheten til venner og foreldre etableres i hovedsak før elevene begynner i den videregående skolen.

Kunnskap om p-piller ble målt gjennom 15 spørsmål inndelt i tre kunnskapsindekser. Kunnskapsnivået var langt bedre blant jentene enn guttene, spesielt vedrørende kunnskap om "kroppslige endringer under p-pillebruk" (indeks I). Begge kjønn hadde relativt god kunnskap om "p-pillens relative effektivitet" (indeks II) og lite kunnskap om "sykdomsrisiko" (indeks III). Feiloppfatninger var utbredt vedrørende p-pillens effekt på vektøkning og humørforandringer, samt p-pillens relative effektivitet sammenlignet med spiral og kondom. Jenter erverver mye kunnskap om p-piller gjennom eget p-pillebruk og i noen grad gjennom å diskutere prevensjon med nære venner. Gutter erverver kunnskap om p-piller gjennom å diskutere prevensjon med nære venner og seksualpartner. Samtaler om prevensjon med lege eller helsesøster hadde ingen betydning for kunnskapsnivå.

Vi målte overbevisninger om p-piller langs en positiv-negativ dimensjon gjennom tre spørsmål som omfattet mengde ubehag, prevensjonssikkerhet og sykdomsrisiko assosiert med bruk. 85% av jentene og 60% av guttene svarte positivt på minst 2 av disse 3 spørsmålene. Positive overbevisninger var sterkt assosiert med god kunnskap om p-piller, åpenhet rundt prevensjon og p-pillebruk (jentene).

Prevensjonsundervisningen må styrkes, spesielt i ungdomsskolen, men også i den videregående skolen der temaet er fraværende i undervisningsplanene. Det er spesielt viktig å øke faktakunnskapen, samt å lære guttene et språk. Gutter trenger rammer for hvordan man kan snakke naturlig om disse temaene.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	P-piller	Oral contraceptives
GRUPPE 2	Kunnskap	Knowledge
EGENVALGTE	Overbevisninger	Beliefs
	Kommunikasjon	Communication

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	5
1.1	KOMMUNIKASJON RUNDT PREVENSJON.....	6
1.1.1	<i>Hvem snakker ungdom med om prevensjon?</i>	6
1.1.2	<i>Det sosiale miljø kan stimulere til sikrere prevensjonsatferd</i>	7
1.2	VIKTIGSTE KILDER TIL INFORMASJON OM PREVENSJON.....	8
1.3	KUNNSKAP OM PREVENSJON OG P-PILLER	9
1.4	OVERBEVISNINGER OM FORDELER OG ULEMPER VED P-PILLER	11
1.5	FORMÅLET MED UNDERSØKELSEN	12
2	MATERIALE OG METODE	13
2.1	PROSEDYRE.....	13
2.2	UTVALG.....	13
2.3	DEFINISJON OG KATEGORISERING AV VARIABLER.....	14
2.4	BRUK AV KUNNSKAP SINDEKSER OG ANALYSER	16
3	RESULTATER	19
3.1	KOMMUNIKASJON RUNDT PREVENSJON.....	20
3.1.1	<i>Antall parter man prater hyppig med om prevensjon</i>	20
3.1.2	<i>Prevensjonssamtaler og alder</i>	21
3.2	KUNNSKAP OM P-PILLER	22
3.2.1	<i>Kjønnsforskjeller i kunnskapsnivå</i>	24
3.2.2	<i>Kjønns spesifikke analyser av kunnskap</i>	25
3.3	OVERBEVISNINGER OM FORDELER OG ULEMPER VED P-PILLEN	28
3.3.1	<i>Positiv overbevisning om p-piller</i>	29
3.3.2	<i>Positiv overbevisning om p-piller blant jenter</i>	30
3.3.3	<i>Positiv overbevisning om p-piller blant gutter</i>	31
4	DISKUSJON	33
4.1	ÅPENHET I PREVENSJONSSPØRSMÅL.....	33
4.2	KUNNSKAP OM P-PILLER	35
4.2.1	<i>Hvilken kunnskap hadde elevene om p-piller?</i>	36
4.2.2	<i>Kjønnsforskjeller vedrørende kunnskap om p-piller</i>	38
4.2.3	<i>Kunnskap om p-piller blant jentene</i>	38
4.2.4	<i>Kunnskap om p-piller blant guttene</i>	39
4.3	OVERBEVISNINGER OM FORDELER OG ULEMPER VED P-PILLEN	40
4.3.1	<i>Positiv overbevisning om p-piller blant jenter</i>	41
4.3.2	<i>Positiv overbevisning om p-piller blant gutter</i>	41
5	IMPLIKASJONER	43
5.1	STYRKET SEKSUALUNDERVISNING I UNGDOMSSKOLEN.....	43
5.2	SEKSUALUNDERVISNING I DEN VIDEREGÅENDE SKOLEN	43
5.3	FORELDRE OG HELSEARBEIDERES ROLLE	44
6	OPPSUMMERING	45
7	REFERANSER	46

1 INNLEDNING

I Norge har det i mange år vært et overordnet mål å senke forekomsten av uønskede svangerskap og abort, spesielt i aldersgruppa 13-19 år (1). Målsetting, tiltak og strategier er belyst i en rekke offentlige dokument (1-3). En fersk rapport fra Unicef (4) viser at Norge har relativt høy forekomst av svangerskap blant tenåringer, høyest blant de nordiske landene. Norge har imidlertid hatt en jevn nedgang i forekomsten av uønskede svangerskap siden 70-tallet, men regjeringens mål er at nedgangen skal fortsette og at innsatsen på det forebyggende området skal ytterligere intensiveres.

I arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap og abort i Norge er et av hovedmålene å øke kunnskapen om seksualitet og prevensjon (1). Strategier for å øke kunnskapen og lette tilgjengeligheten på informasjon har bl.a. vært å benytte massemedia samt utvikle undervisningsopplegg for bruk i skolene. Offentlige dokumenter har dessuten vektlagt holdningsskapende arbeid som gjør det lettere for unge å snakke om seksualitet og prevensjon på en trygg og åpen måte. Det har spesielt vært påpekt å øke guttenes åpenhet omkring prevensjon. Det HIV-forebyggende arbeidet har bidratt til økt åpenhet ved å rette oppmerksomheten mot seksualitet og prevensjon og alminneliggjort temaene som samtaleemne.

Offentlige strategier for å senke forekomsten av uønskede svangerskap har fremhevet at tiltak må gjøres kjønns- og aldersspesifikke. Nedgangen i svangerskapsavbrudd ser ut til å henge sammen med i hvilken grad tiltak er målrettet, spesielt i forhold til ungdom. I disse offentlige dokumentene (1-3) etterspørres derfor forskning som belyser risikogrupper og som kan frembringe kunnskap for hvordan tiltak kan styrkes og gjøres målrettede.

Den foreliggende rapporten fokuserer på unges kommunikasjon rundt temaet prevensjon og kunnskap og overbevisninger vedrørende p-piller. Intensjonen var å bidra med kunnskap som vil være viktig for å styrke tiltak som kan føre til mer effektiv bruk av prevensjon blant ungdom.

Innledningsvis presenteres funn fra tidligere forskning på kommunikasjon rundt prevensjon og studier av kunnskap og overbevisninger om p-piller. Fortrinnsvis var det ønskelig å gi en oversikt over funn fra andre undersøkelser omhandlende elever i de videregående skoler. Det viste seg imidlertid at det foreligger få studier av elever i videregående skoler (5-8). Det var derfor hensiktsmessig å inkludere studier omhandlende ungdomsskoleelever (9), høyskole/universitet studenter (10-17), en blanding av elever/studenter på videregående- og høyskolenivå (18,19), klienter ved ulike typer ungdomsklinikker (20-25) eller studier omhandlende ungdom generelt i alderen 16-19 år (26-40). Vi har også inkludert studier av populasjonsbaserte utvalg i aldersgruppen $\approx 12-17$ år (41-44), $\approx 19-23$ år (45-48) og $\approx 18-45$ år (49-53).

Vi søkte fortrinnsvis studier som inkluderte begge kjønn (5,6,9,14,16,19,21,28-30,32,33,37-39,42,43,46,47), andre undersøkelser omfatter utelukkende jenter. Litteraturhenvisningene refererer til amerikanske studier, foruten en rekke nordiske

studier (4,21,23,24,28-31,40,44,45,47,52,57,58) eller studier fra øvrige vestlige land (8,35,43,49).

1.1 Kommunikasjon rundt prevensjon

I det følgende presenteres funn fra studier som belyser åpenhet rundt prevensjon blant ungdom. Åpenhet rundt seksualitet og prevensjon kan være en faktor som bidrar til å bedre prevensjonsbruken og derigjennom senke forekomsten av uønskede svangerskap blant tenåringer. Nederland kjennetegnes tradisjonelt ved stor grad av åpenhet og har samtidig blant den laveste forekomsten av tenåringssvangerskap i verden (4,35). USA er et eksempel på det motsatte (4).

Studier av hvem unge diskuterer prevensjon med, og hvor hyppig, indikerer hvilken relativ betydning ulike samtalepartnere har som informasjonskilde og hvilken innflytelse de har på overbevisninger og holdninger til prevensjon. Studier av kommunikasjonsmønsteret hos unge rundt prevensjon kan antyde hvilke kanaler man kan anvende for å nå fram til unge med informasjon og prevensjonsbudskap.

1.1.1 Hvem snakker ungdom med om prevensjon?

Studier viser generelt at jenter er mer åpne for prevensjonssamtaler enn gutter (6,28). Gutter kan ofte være vanskelig å kommunisere med om prevensjon og seksualitet, da tema oppleves som pinlig og de ofte er negativt innstilt til å diskutere (55).

Venner og kjæreste som samtalepartner

Tenåringer diskuterer seksualitet og prevensjon i hovedsak med venner og jevnaldrende (28,46). Omlag 65% av norsk ungdom prater mest med venner, langt færre oppgir lærer/foreldre (10%) eller helsearbeidere (5%) (30).

Vårt litteratursøk fant få studier som omhandlet samtaler med venner om prevensjon. Imidlertid har flere studier indirekte vist at venner er svært betydningsfulle samtalepartnere, da unge ofte oppgir venner som en av de viktigste informasjonskildene om prevensjon (5,23,27,43,44,46,47).

Utenlandske studier har vist at samtaler med kjæresten om prevensjon er vanlig blant tenåringer (49). I en amerikansk studie (12) hadde 4 av 5 unge pratet med kjæresten om prevensjon.

Foreldre som samtalepartner

Mye tyder på at foreldresamtaler om prevensjon forekommer relativt sjelden blant tenåringer (5,18,20,46,54). Ungdom og foreldre føler ofte det er problematisk å diskutere seksualitet og prevensjon med hverandre. Slike samtaler oppleves ofte som pinlig og ubehagelig og tenåringene motsetter seg ofte å føre slike diskusjoner.

På 70-tallet oppga kun 4% av norske jenter og gutter at de ville snakke med foreldrene om de ønsket råd om prevensjon (29). I en norsk undersøkelse fra 1989

svarte 52% av jentene og 31% av guttene bekreftende på om de noen gang hadde diskutert prevensjon med foreldre (28). Også blant amerikanske ungdom oppgir nærmere halvparten av jentene og en tredjedel av guttene at de noen gang har diskutert prevensjon med sine foreldre (6,9,20,53).

Åpenhet mellom ungdom og foreldre i spørsmål knyttet til seksualitet og prevensjon synes i hovedsak å forekomme mellom mor og datter (6,18,28,55). I den grad unge ønsker å diskutere prevensjon med foreldre (som regel mor) vil dette ofte være for å få pålitelig faktakunnskap (21,23,28,46).

Helsesøster og lege som samtalepartner

Tradisjonelt har prevensjonsveiledning og foreskriving av p-piller vært knyttet til legen. De nordiske land har i dag ulik praksis for hvem som veileder unge i prevensjonsspørsmål og foreskriver p-piller. I Sverige og Finland har hhv. jordmødre og helsesøstre rett til å foreskrive p-piller.

Norske leger angir at de fører samtaler med unge mennesker om prevensjon relativt ofte. I en fersk studie oppga 4 av 5 allmennleger at de gir prevensjonsveiledning ukentlig eller oftere, og over 30% av legene oppga at slik veiledning forekommer minst daglig. Videre oppga 60% av de allmennpraktiserende legene at de av og til eller ofte tar opp prevensjon med kvinner mellom 14-19 år, der konsultasjonen har et annet utgangspunkt (57). Tilsvarende anga 30% av legene at de tok opp prevensjon med gutter 14-19 år. Vi vet ikke hvor mange konsultasjoner leger har som rommer samtaler med ungdom om prevensjon på årsbasis.

Prevensjonssamtaler med helsearbeidere blir imidlertid ikke vektlagt av ungdom (29,32,40,41,42). Kun 7% av norsk ungdom svarer de prater mest om seksualitet med lege og helsesøster (30). Bildet var trolig noe annerledes tidligere. I en norsk undersøkelse på 70-tallet (29) var lege/helsesøster den tenåringene foretrakk å prate med for å få veiledning om prevensjon (77% av jentene og 44% av guttene). Unge i dag foretrekker heller å prate med venner (30).

1.1.2 Det sosiale miljø kan stimulere til sikrere prevensjonsatferd

Sosial aksept er viktig for tenåringer. Meninger og atferd blant ”betydningsfulle andre” øver stor innflytelse på ungdoms egne prevensjonsvalg (13,14,53,54). Betydningsfulle andre er særlig venner og jevnaldrende og i noen grad foreldre. Oppfordring eller støtte fra venner og partner om å bruke prevensjon synes i stor grad å predikere bruk og negative reaksjoner predikerer ikke-bruk (12,16,19,28,53). Venner synes å utøve sterkere innflytelse på prevensjonsatferd enn foreldre og seksualundervisning (14). Yngre tenåringer påvirkes sterkere av sosialt press enn eldre tenåringer (54). Råd og informasjon fra jevnaldrende kan ha ulik innflytelse på unges prevensjonsatferd, avhengig av i hvilken grad kunnskapen som formidles er korrekt og hvilke holdninger informantene har til prevensjon. Informasjon fra jevnaldrende kan være uriktig, villedende eller skremmende og kan ha negativ påvirkning på den enkeltes prevensjonsbruk (56).

Mange studier omfatter analyser på sammenhengen mellom foreldresamtaler om prevensjon og effektiv prevensjonsatferd blant ungdom (5,18-20,28,30,34,36,53,54). Flere har dokumentert at kommunikasjon med foreldre i prevensjonsspørsmål øker sannsynligheten for at ungdom effektivt beskytter seg mot uønsket graviditet (5,30,34,36,53,54). Det er blitt hevdet at denne sammenhengen gjelder kun blant jenter (28) eller kun mellom mor-datter (20). Effekten av foreldresamtaler synes å være avhengig av foreldres kommunikative stil, hvor en åpen, empatisk, vennlig og lyttende stil er mest virkningsfull (9,14,18,38), spesielt for de yngste tenåringene (18). Rigide, kontrollerende foreldre kan ha en omvendt effekt (18). Videre vil unges prevensjonsvalg påvirkes av om foreldre oppfordrer til, eller støtter opp om, prevensjonsbruk (18,19,36), og negative foreldrereaksjoner kan predikere ikke-bruk (19).

En amerikanske metaanalyse (19) viste gjennomsnittlige korrelasjoner mellom sosial påvirkning og prevensjonsbruk. Støtte fra foreldre/venner eller kommunikasjon med partner om prevensjon var korrelert med bruk ($r=.14-.24$). Positiv oppfordring var sterkere assosiert med mer bruk av prevensjon ($r=.35$). Foreldre og partners syn hadde en sterkere effekt på de mellom 13-15 enn for de mellom 16-19 år. Det er et åpent spørsmål om sammenhengen mellom kommunikasjon og atferd er kausal av natur og i hvilken retning kausaliteten eventuelt går. Det er imidlertid mye som tyder på at kommunikasjon om seksualitet kan være en av forutsetningene for å bruke prevensjon (28). Vi har allerede pekt på eksemplet med Nederland, hvor flere hevder at utbredt bruk av effektive prevensjonsmidler blant unge henger sammen med åpenhet og kommunikasjon i tidlig alder (udokumentert) (4,35).

1.2 Viktigste kilder til informasjon om prevensjon

En rekke studier har spurt ungdom hvem de vektlegger som de viktigste kildene til informasjon om prevensjon, og studier har konkludert noe ulikt. De viktigste informasjonskildene omfatter foreldre (5,8,18,23,27,28,46), media (5,26,27), skolen (5,6,8,21,23,46), venner/kjæreste (5,23,27,43,44,46,47), bøker/blader (5,21,23,43,47) og helsevesenet (5,8,21,41,44). I utenlandske studier vektlegges foreldre, spesielt mor (18,23,46), som sentral informasjonskilde. Mye tyder på at foreldre spiller en relativt beskjeden rolle som informasjonskilde for nordisk ungdom, spesielt for gutter (21,23,28,30,44,47).

I de nordiske undersøkelsene (23,28-30,44,47) er det spesielt skoleundervisning, venner og individuell lesning (bøker, blader, aviser) som de unge vektlegger som de mest betydningsfulle informasjonskildene til prevensjon.

Lege og helsesøster synes å ha en mindre rolle som informasjonskilde blant nordisk ungdom. Legen synes imidlertid å få en viktigere rolle som informasjonsformidler blant eldre tenåringer (42,44,47). Norske jenter mellom 18-24 år fra Oslo får mest informasjon om p-piller fra lege (22%), bruksanvisningen i pakken (22%), brosjyrer (14%) og venner (14%), mens bare 4% anga foreldre og helsesøster (44).

Som vist prater ungdom om prevensjon i hovedsak med jevnaldrende. Omlag 65% oppgir venner, kun 5% oppgir helsearbeidere, som den de prater mest med om tema rundt seksualitet. Samme undersøkelse viser imidlertid at om de trenger faktaopplysninger, så foretrekker 50% å henvende seg til venner, 20% foretrekker helsearbeidere og 10% foreldre (28). På spørsmål om hvem de unge stoler mest på når det gjelder seksualopplysning, svarer de fleste helsepersonell (80%), mens de færreste angir venner (10%) (28). Konklusjonen blir at det er et misforhold mellom hvem ungdom foretrekker å snakke med om prevensjon og hvor de føler de får mest pålitelig informasjon. Jevnaldrende oppleves som viktige, men mindre pålitelige kunnskapskilder, helsearbeidere omvendt (28,33,46). Paradokset kan tyde på at helsepersonell ikke er tilstrekkelig tilgjengelige til at unge orker bryet med å oppsøke dem for å få råd om prevensjon.

Mye tyder på at massemedia, spesielt i USA, er et lettvinnt og økende populært medium blant unge, og er veien å gå for nå fram til unge med prevensjonsbudskap (26,41). Tendensen betraktes med bekymring ettersom blader og TV ikke er interaktive medier og unge derfor ikke får spurt om saker som er relevant for dem (41). I tillegg er mye av den informasjonen som mottas gjennom disse kanalene feilaktig (44). Medias fremstilling av enkeltsaker kan i stor grad være bestemt ut fra økonomiske hensyn, og deres fremstillinger og budskap inneholder ofte uriktig eller fordreid informasjon som unge aksepterer som fakta (26,43). Media kan bidra til å skape unødig frykt for p-piller (44). Mye tyder på at foreldre og helsepersonell bør bli bedre og tryggere i diskusjoner om seksualitet og prevensjon med unge (34,41,46).

1.3 Kunnskap om prevensjon og p-piller

Studier på kunnskap om prevensjon og p-piller har variert betydelig i utforming og innhold. Den foreliggende studien baserer seg på langt flere og mer detaljerte spørsmål om p-piller spesielt, enn hva som har vært benyttet i de fleste studiene av prevensjonskunnskap vi referer til.

Hva vet de unge om prevensjon og p-piller?

Undersøkelser fra Sverige tyder på at ungdoms generelle kjennskap til ulike prevensjonsmetoder og grunnleggende kunnskap om effektiv beskyttelse mot svangerskap er god (21,23).

Flere norske studier har konkludert at ungdom, spesielt gutter, har mangelfull kunnskap på bestemte tema rundt seksualitet og prevensjon (28,30). SUSS – telefonen (Senter for Ungdom, Seksualitet og Samliv sin grønne linje) er en nasjonal rådgivnings- og hjelpetelefon for ungdom med målsetting å forebygge uønskede svangerskap og abort. Erfaringer fra SUSS telefonen 1992-1994 i Norge viste et stort behov for individuell opplysning og veiledning blant ungdom. Som gjengitt i Handlingsplan 1999-2003 (2), dreide en god del av samtalene seg om å gi ungdom basalkunnskaper om bl.a. seksualitet og prevensjon, kunnskap som burde vært dekket av hjem og skole.

Detaljerte studier på kunnskap spesielt om p-piller er få, men en norsk (44) og to amerikanske (10,15) studier av jenter i aldersgruppen 18-24 år fant at jentene generelt var feilopplyst om hvordan p-pillebruk påvirker risikoen for negative helsemessige konsekvenser. Mange unge er urealistisk negative og overvurderer risikoen for å oppleve bivirkninger eller sykdom som følge av p-pillebruk (10,15,35,44,46). Blant norske jenter i aldersgruppen 18-24 år er det en utbredt misoppfatning at p-piller kan medføre infertilitet og opphør av menstruasjon, samt at man bør slutte med pillen etter 10 års bruk (44). Unge er videre ofte uvitende om helsemessige fordeler ved p-piller og kjennskap til fordeler begrenser seg ofte til kortsiktige effekter (10,15). Det er blitt hevdet at mange unge har lite kunnskap om p-piller grunnet inadekvat informasjon fra helsearbeidere (15) eller gjennom upresis eller feilaktig presentasjon av p-piller i media (15,44).

En upublisert undersøkelse utført av Statens Helsetilsyn i 1998, gjengitt i Handlingsplan 1995-1998 (1), viste at unge var lite opplyste om prevensjonsmetodenes relative sikkerhet. Mange unge i aldersgruppen 15-18 år trodde kondom var like sikker som p-pillen.

Er det samsvar mellom god kunnskap og effektiv prevensjonsbruk?

En rekke studier (10,13,15,16,19,21,23,30,32,34) har studert sammenhengen mellom prevensjonskunnskap og effektiv prevensjonsbruk, men har konkludert noe ulikt. Flere undersøkelser fant at god kunnskap om prevensjon er assosiert med det å praktisere en tryggere og mer ansvarlig prevensjonsbruk (10,15,16,32). En metaanalyse av studier blant amerikanske tenåringsjenter (19) fant en signifikant sammenheng mellom kunnskap om seksualitet og prevensjon og bruk av prevensjon ($r=.17$). Mangel på informasjon var assosiert med ikke-bruk av prevensjon, spesielt blant de yngste tenåringsjentene. Videre har studier vist at brukere av en metode har mer kunnskap om metoden enn ikke-brukere (6,19). Kun tre undersøkelser (10,15,44) omhandlet p-piller spesielt, og fant at god kunnskap om p-piller økte sannsynligheten for p-pillebruk blant jenter (18-24 år) og at brukere hadde betydelig mer kunnskap enn ikke-brukere.

Kunnskap relatert til kommunikasjon rundt prevensjon, seksuell aktivitet, kjønn og alder

Studier har vist at kunnskap om seksualitet og prevensjon generelt er bedre blant unge som er åpne og som kommuniserer rundt temaene. Økt kunnskapsnivå er blitt assosiert med kommunikasjon med venner (28,30) og foreldre (7,28). Åpenhet til foreldre var spesielt assosiert med økt kunnskap blant guttene (28). En studie (7) av mor-datter kommunikasjon fant at samtaler om prevensjon økte seksualkunnskapen hos tenåringsjentene. Spørsmålet om kausalitet ved sammenhenger mellom kommunikasjon og kunnskap er åpent. Erverves kunnskap ved å kommunisere, gjør kunnskap det lettere å diskutere eller handler det i stor grad om en gjensidig påvirkning?

Generelt viser studier at alder, kontrollert for andre faktorer, kun i moderat grad er assosiert med økt kunnskap om seksualitet og prevensjon i aldersgruppen 17-19 år (6,28). En norsk ungdomsundersøkelsen fra 1989 dokumenterte en sammenheng mellom kunnskap og seksuell aktivitet (28,30). Ungdom med seksuell erfaring hadde

generelt mer kunnskap om seksualitet og prevensjon enn de som ikke hadde debutert (28,30). Det ble videre funnet at effekten av alder på kunnskap var avhengig av om man hadde debutert seksuelt, debuten syntes å representere et vendepunkt for å anskaffe seg prevensjonskunnskap. Man forberedte seg ikke på forhand, men i etterkant. Det var ingen økning i kunnskap etter alder blant de uten samleieerfaring. Det ble resonnert at unge ikke ser det som relevant å tilegne seg slik kunnskap før de debuterer.

Gutter er mindre opplyst en jenter om helse generelt (55) og om seksualitet og prevensjon (6,18,28,30). Tidligere forskning har vist at kunnskap om prevensjon er bruksrelatert (se forrige avsnitt), og det er sannsynlig at jenter har mer kunnskap enn gutter grunnet mer direkte erfaring med prevensjonsmidler. Dette indikeres ytterligere ved at guttene er *mer* opplyst om kondombruk enn jenter når dette måles separat (6,37). En norsk undersøkelse (30) fant at de store kjønnsforskjellene som eksisterte vedrørende kunnskap om seksualitet og prevensjon var mindre for tema med relativt lik relevans for begge kjønn, f.eks. ved spørsmål om onani. Gutter var mer opplyst enn jenter om menns seksuelle utvikling.

1.4 Overbevisninger om fordeler og ulemper ved p-piller

Kunnskapsspørsmål omhandler presis, objektiv faktakunnskap om p-piller. Det foreligger flere studier som fokuserer på overbevisninger og holdninger vedrørende p-piller, og som i stor grad måler persepsjon av fordeler og ulemper langs en positiv-negativ dimensjon.

De viktigste karakteristika ved en prevensjonsmetode man vurderer å bruke er at den tilbyr sikker beskyttelse mot svangerskap og at den ikke innebærer noen helserisiko (49). De fleste unge synes å være positive til p-pillens prevensjonssikkerhet (15,22,27,33,49). Imidlertid er det mange unge som har en ambivalent eller negativ innstilling til p-piller generelt (23,34). Blant unge er mange skeptiske til helsesikkerheten ved p-pillebruk (10,15,27,33,44,48), og forbinder pillen med bivirkninger (17,22) og stor kreftisiko (15,17,23).

Det er blitt hevdet (44) at unges skepsis i stor grad er skapt av medias dekning av enkeltepisoder hvor bivirkninger har fått uheldige utslag. Mye tyder imidlertid på at unges prevensjonsvalg i liten grad påvirkes av risiko for fremtidig alvorlige sykdommer (33,52). Studier viser at frykten for bivirkninger skremmer mange fra å bruke pillen (19,29,33,56), spesielt blir vektøkning, humørforandringer eller andre mentale bivirkninger ofte oppgitt som årsak til ikke-bruk (27,31,34,58).

Skepsisen til p-piller er størst blant dem som selv ikke bruker p-piller (15,44,48,49,51). Studier tyder på at de fleste unge p-pillebrukere generelt er positive til p-pillen (15,51). Brukere av pillen vektlegger fordelene og er i mindre grad negative til ulempene sammenlignet med ikke-brukere. Ikke-brukere av p-pillen rapporterer større persiperte problem i forhold til vektøkning og senket humør sammenlignet med brukere (49). At brukere er mer positive enn ikke-brukere kan

trolig bidra til å forklare at menn generelt er mer negative til egenskaper ved p-pillen enn jenter (6).

Korrelasjonsstudier har vist at positive overbevisninger vedrørende p-pillens prevensjonseffektivitet og helsemessige konsekvenser i sterk grad er assosiert med p-pillebruk blant unge (19,22,25,48). To studier, hvorav en metastudie (19), har funnet at følelsesbaserte holdninger og subjektive overbevisninger er sterkere assosiert med prevensjonsbruk enn objektiv, rasjonell kunnskap (19,49). Forsøk på å avdekke kausalitetsforhold har vist at positive overbevisninger om p-piller predikerer bruk av pillen ett år senere i tid (22,25).

Positive holdninger og overbevisninger er assosiert med seksuell erfaring (22) og høy grad av seksuell aktivitet blant ungdom (11). Videre er persepsjon av pillen i sterk grad påvirket av de holdninger og overbevisninger som er gjeldende i det sosiale miljø (53). Alder, kontrollert for andre faktorer, synes ikke å predikere om unge er positive til p-pillen (25).

1.5 Formålet med undersøkelsen

Den foreliggende undersøkelsen er utført blant elever i de videregående skoler i Trondheim og fokuserer på kommunikasjon rundt prevensjon, samt kunnskap og overbevisninger vedrørende p-piller. Vi ønsket å studere kjønnsforskjeller hva gjelder åpenhet rundt prevensjon og oppfatninger om p-piller. Videre var det ønskelig å indikere faktorer som bidrar til god kunnskap og positive holdninger vedrørende p-piller.

2 MATERIALE OG METODE

2.1 Prosedyre

Undersøkelsen er utført i Trondheim Kommune som ledd i et større prosjekt. «Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000» var et prosjekt hvor utvalgte helsestasjoner i Trondheim fikk mulighet til å dele ut gratis p-piller. Bakgrunn og gjennomføring av tiltaket er beskrevet inngående i hovedrapporten fra prosjektet (58).

Divisjon Utdanning, Sør-Trøndelag Fylkeskommune og Trondheim Kommune ble invitert til å delta i en spørreskjemaundersøkelse for å evaluere sider ved gjennomføringen av prosjektet, samt studere forhold rundt elevenes prevensjonsbruk og kjennskap til p-piller. Divisjon for Utdanning orienterte alle rektorene ved de videregående skolene i Trondheim kommune og oppfordret sterkt til at hver skole måtte delta.

Det ble utarbeidet protokoll og spørreskjema for prosjektet. Protokollen ble vurdert av Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Helseregion IV, som tilrådte at prosjektet ble satt i gang.

Undersøkelsen ble gjennomført fra 25. januar til 17. februar 2000. Det ble avsatt en skoletime ved hver skole. Prosjektledelsen brakte på undersøkelsesdagen spørreskjemaene til skolene. Spørreskjemaene ble delt ut i alle klassene i samme skoletime av timens lærer. Etter utfylling ble spørreskjemaene lagt i anonyme svarkonvolutter som ble samlet inn av læreren ved timens slutt. Prosjektledelsen tok så hånd om skjemaene og klargjorde dem for skanning.

Alle skjemaer ble skannet av firmaet SENTIO. Det ble utført manuell verifisering av alle data som skanneren avviste.

2.2 Utvalg

Utvalget består av elever i den videregående skolen i Trondheim for skoleåret 1999/2000. Dette året var det registrert 4937 elever i de 13 videregående skolene i kommunen. To videregående skoler med lavt elevtall takket "nei" til å delta i undersøkelsen (hovedsakelig gutteskoler med totalt 287 elever skoleåret 1999/2000). Ved de 11 skolene som deltok i undersøkelsen var det 4650 elever, hvorav 3386 (73%) elever besvarte spørreskjema.

I analyser utgår de skjemaene som manglet svar på spørsmålet om kjønn og/eller klassetrinn (totalt 283 skjema). For videre analyser inngår dermed de 3103 elevene som har svart både på spørsmålene om kjønn og klassetrinn.

2.3 Definisjon og kategorisering av variabler

Spørreskjemaet inneholder spørsmål om **kjønn og klassetrinn**. Siden det ikke foregår noen form for obligatorisk undervisning i prevensjon i den videregående skolen i Trondheim, vil klassetrinn først og fremst være et uttrykk for alder, fysisk og psykisk modenhet.

Datasettet inneholdt også spørsmål om **samtaler med andre om prevensjon**. Vi spurte spesifikt hvor ofte man snakker med venninner, kamerater, kjæreste og foreldre. Svaralternativene på disse kommunikasjonsspørsmålene var ukentlig, månedlig, årlig eller aldri. I analyser er ukentlig og månedlig slått sammen til kategorien "hyppig", mens årlig/aldri/ubesvart er definert som uttrykk for "sjelden". Ettersom svært få pratet \geq månedlig (månedlig eller oftere) med foreldre, ble det ansett som hensiktsmessig å definere samtaler \geq årlig som "hyppige" samtaler.

Fra samtalspørsmålene ovenfor ble det laget en ny variabel; "**antall samtaleparter**". Denne variabelen angir antall parter, blant venninner, kamerater, kjæreste og foreldre som de unge anga å prate med hyppig om prevensjon.

På samme måte som for samtalspørsmålene ovenfor spurte vi elevene om **samtaler med helsearbeidere om prevensjon**. Elevene ble spurt hvor ofte de pratet med lege og helsesøster om prevensjon. Ettersom svært få diskuterte prevensjon \geq månedlig med lege eller helsesøster, ble samtaler \geq årlig definert som "hyppige" samtaler. Datainnsamlingen foregikk på et tidspunkt hvor mange av jentene som brukte p-piller hadde ervervet disse gjennom konsultasjoner med helsesøster. Det ble vanskelig å skille effekten av samtaler med helsesøster og lege, ettersom mange som fikk p-piller av helsesøster også tidligere hadde pratet med lege om prevensjon. Vi fant det derfor hensiktsmessig å kombinere samtaler med helsesøster og/eller lege (\geq årlig) til en ny variabel. Kategorier på denne variabelen ble "hverken samtaler med helsesøster eller lege", "kun samtaler med helsesøster", "kun samtaler med lege" og "samtaler med både helsesøster og lege".

Vi målte **kunnskap om p-piller langs tre dimensjoner**: Vi var interessert i å få informasjon om hvilke kroppslige endringer som skjer under bruk av p-piller (kunnskapsindeks I). Videre var vi interessert i få vite hva respondentene vet om p-pillens evne til å forhindre svangerskap sammenlignet med andre prevensjonsmidler (kunnskapsindeks II). Kunnskapsindeks III omhandler p-pillens potensielle evne til å framkalle/forebygge mer alvorlig sykdom. De tre indeksene består av hhv. 6, 5 og 4 spørsmål. Alle enkeltspørsmålene ber respondenten krysse av for ett av fire svaralternativer, hvorav det ene alternativet er "vet ikke".

Kunnskapsindeks I består av 6 spørsmål om kroppslige endringer som følge av p-pillebruk. De korrekte svaralternativene er som følger:

- *Ved p-pillebruk vil menstruasjonssmertene forbli uforandret eller minke noe.*
- *Ved p-pillebruk vil tallet blødningsdager forbli uforandret eller minke noe.*
- *Ved p-pillebruk vil størrelsen på brystene øke noe eller forbli uforandret.*
- *Ved p-pillebruk vil sexlysten forbli uforandret eller minke noe.*
- *Ved p-pillebruk forekommer vektøkning hyppigere i startfasen.*
- *Ved p-pillebruk forekommer humørforandringer hyppigere i startfasen.*

Kunnskapsindeks II omfatter 5 spørsmål om p-pillens relative sikkerhet til å forhindre svangerskap sammenlignet med andre typer prevensjon. De korrekte svaralternativene er som følger:

- *P-piller er sikrere enn spiral (kopper).*
- *P-piller er sikrere enn kondom.*
- *P-piller er sikrere enn minipille.*
- *P-piller er sikrere enn avbrutt samleie.*
- *P-piller er mindre sikker enn sterilisering.*

Kunnskapsindeks III er basert på 4 spørsmål om sykdomsrisiko for blodpropp og kreft som følge av p-pillebruk. Følgende alternativer angir korrekte svar på spørsmålene:

- *Sjansen for blodpropp i bena øker noe.*
- *Sjansen for blodpropp i lungene øker noe.*
- *Sjansen for livmorkreft minker noe.*
- *Sjansen for kreft i eggstokkene minker noe.*

Spørreskjema inneholdt tre spørsmål om **overbevisninger om fordeler og ulemper ved p-pillen**. Overbevisninger skiller seg fra kunnskap ved at de mangler en absolutt sannhet, de er uttrykk for subjektive oppfatninger av p-piller langs en verdiskala. Det første spørsmålet var "hvor mye ubehag tror du det er med å bruke p-piller", hvor svaralternativene var "for mye", "noe, men det er OK", "lite, ubetydelig" og "vet ikke". I videre analyser ble "noe" og "lite" slått sammen til "lite", som ble definert som en positiv overbevisning på dette spørsmålet.

Det andre spørsmålet om overbevisninger var "hvor sikker er p-pillen til å forhindre svangerskap", hvor respondenten ble bedt svare "svært sikker", "sikker", "mindre sikker" eller "vet ikke". "Svært sikker" og "sikker" ble begge sett på som uttrykk for en positiv overbevisning om p-pillens evne til å beskytte mot svangerskap.

Det siste spørsmålet ba elevene angi hvorvidt sjansen for å få blodpropp og kreft var så stor at det fikk konsekvenser for elevenes anbefaling til en venninne. Svarkategorier var her "ja", "nei" eller "vet ikke". Spørsmålet ble definert som et spørsmål om respondenten assosierte p-pillen med stor risiko for blodpropp og kreft, og "nei" ble definert som en positiv overbevisning om helserisiko. Vi summerte sammen antall positive svar på de tre spørsmålene om overbevisninger. Vi definerte minst 2 positive svar som uttrykk for en **generell positiv overbevisning om p-piller**.

Elevene ble spurt om **seksuell aktivitet** gjennom et indirekte spørsmål "har du de siste 4 ukene hatt behov for prevensjon". Svaralternativer var "ja", "nei" og "vil ikke svare".

Jentene ble spurt om **p-pillebruk**, hvor svarkategoriene var "bruker nå", "bruker ikke nå, men har brukt tidligere over et lengre tidsrom" (≥ 4 måneder), "bruker ikke nå, men har brukt tidligere over et kortere tidsrom" (≤ 3 måneder) eller "har aldri brukt". Variabelen "p-pillebruk" ble omformet til en "dummy" variabel med to kategorier, hvor "brukere" definerer jenter som bruker per tiden eller har brukt tidligere over et lengre tidsrom. "Ikke-brukere" omfatter jenter som aldri har brukt eller kun har brukt tidligere over et kortere tidsrom.

Vi fant at p-pillebruk og seksuell aktivitet var høyt korrelert blant jentene, og det var derfor naturlig å lage en ny variabel hvor vi kombinerte seksuell aktivitet og p-pillebruk. Kategorier på denne variabelen ble "hverken hatt sex eller brukt p-piller", "hatt sex, men ikke brukt p-piller", "ikke hatt sex, men har brukt p-piller" og "både hatt sex og brukt p-piller".

2.4 Bruk av kunnskapsindekser og analyser

Kunnskap om p-piller er målt ved hjelp av indekser som består av en rekke beslektede spørsmål. Vi har målt kunnskap om p-piller langs dimensjonene «kroppslige endringer som følge av p-pillebruk», «kunnskap om p-pillens relative sikkerhet i forhold til andre prevensjonsmidler» og «kunnskap om sykdomsrisiko som følge av p-pillebruk». I analysene har vi vært interessert i å studere forskjeller i kunnskap etter kjønn, alder, prevensjonssamtaler, seksuell aktivitet og p-pillebruk (kun jentene).

Indeksene som er anvendt for å måle kunnskap er basert på enkeltspørsmål omkring p-piller og p-pillebruk. Utgangspunktet for å benytte indekser i stedet for å analysere enkeltspørsmål, ligger i at vi ønsker å se på den samlede kunnskapsmengden til elevene. Det er også slik at de ulike spørsmålene som er brukt ikke har like mange alternativer. Noen spørsmål har for eksempel to korrekte svarkategorier, mens andre har kun ett. Dette betyr at muligheten til å sammenligne direkte mellom svaralternativ vanskeligjøres. Teoretisk innebærer det at dersom en elev ikke vet det korrekte svaret, så er sjansen for å gjette seg til riktig svar avhengig av hvor mange kategorier man kan krysse av. Ved å benytte indekser vil betydningen av eventuelle gjetninger bli mindre. Sjansen for at en «gjetter» for flere riktige svar vil da bli mindre jo flere indikatorer som tas med i indeksen. Hvis elevene i undersøkelsen kun hadde gjettet så ville antallet korrekte svar vært betydelig lavere.

Elever som har noe kunnskap, men som kanskje ikke er helt sikker, vil ha større mulighet til å svare riktig når de blir presentert for det riktige alternativet blant flere uriktige svar. Det vil si at unge kvinner som har kunnskap, men at denne kunnskapen «sitter langt inne» har større sjanse for å svare riktig enn om de selv måtte formulere det riktige svaret. Dette betyr at den metoden vi har valgt for å avdekke kunnskap favoriserer dem med noe kunnskap i forhold til de som vet lite eller ingenting. Samtidig vil det trolig bety at de som svarer galt, i liten grad har kunnskap om temaet.

Kunnskapsvariablene ble opprinnelig målt på ordinalnivå, dvs. at verdiene på variablene kan rangeres, men det er problematisk å konkretisere avstand mellom dem. Kunnskapsindeksene varierte i score fra 0 til score 4, 5 eller 6 (avhengig av antall spørsmål innen hver indeks). Total kunnskapsscore hadde en øvre grense på score 15, tilsvarende det totale antallet spørsmål. Vi valgte å omkode kunnskapsmålene til binomiske variabler, dvs. variabler med to verdier; høy eller lav kunnskapsscore. Dette ble gjort ved hjelp av definerte "kuttpunkter". Kuttpunktet er den score som skiller mellom lav og høy kunnskap. For kunnskapsindeksene er kuttpunktet satt til score lik 3, slik at alle scorer fra og med 3 (til 4, 5 eller 6) tilsvarer "høy kunnskap". Score 2 eller lavere tilsvarer "lav kunnskap". For variabelen totalkunnskap ble kuttpunktet satt til 9, da totalkunnskap var basert på de 3 kunnskapsindeksene som hver hadde kuttpunkter lik 3 ($3+3+3=9$). Pga. omkodingen av kunnskapsvariablene til binomiske variabler ble binomisk logistisk regresjon anvendt i alle analysene.

Ettersom indeks III kun omfatter 4 spørsmål ble det stilt strengest krav til "høy kunnskap" på denne indeksen. Vi kunne valgt et kuttpunkt lik 2, men det ville da blitt stor sannsynlighet for å gjette seg til "høy kunnskap" (3 svaralternativ, ekskludert "vet ikke", gir 33% sjanse til å gjette riktig på hvert spørsmål).

I forarbeidet til de logistiske regresjonsanalysene ble det kontrollert for om forklaringsvariablene var internt korrelerte og/eller om forklaringsvariabler hadde signifikante interaksjonseffekter. Vi fant at kunnskapsindeks I (kroppslige endringer) og kunnskapsindeks II (prevensjonssikkerhet) påviste signifikante interaksjonseffekter i de logistiske analysene og ble derfor kombinert til en ny variabel "Kunnskap på indeks I og II". Kategorier på denne variabelen ble "lav kunnskap på begge indekser", "høy kunnskap på indeks I, lav på indeks II", "lav kunnskap på indeks I, høy på indeks II" og "høy kunnskap på begge indekser".

Det er verdt å merke seg at vi på enkelte variabler har celler med svært få respondenter, spesielt mannlige. Svært få gutter oppga prevensjonssamtaler med lege og helsesøster (se Tabell 3-1), og samtalevariabelen som omhandlet prevensjonssamtaler med helsearbeidere ble derfor utelatt i analysene omfattende guttene. Videre var det svært få gutter som hadde score tilsvarende kuttpunktet på kunnskapsindeks III og på totalindeks for kunnskap (se Tabell 3-3), og analyser av disse indeksene ble utelatt for guttene.

Ved analyser av et høyt antall sammenhenger er det et statistisk faktum at hver 20. analyse kan gi signifikante funn på .05-nivå ved en tilfeldighet (type I feil). I rapporten har vi derfor valgt å tone ned betydningen av sammenhenger som er signifikante kun på laveste nivå ($p < .05$). Alle analyser er gjort ved hjelp av deskriptiv statistikk og logistiske regresjonsanalyser i SPSS (versjon 5.0).

3 RESULTATER

Tabell 3-1 gir en oversikt over hvordan utvalget fordeler seg på variabler som senere anvendes som forklaringsvariabler i de logistiske regresjonsanalysene. Størst andel elever i utvalget er fra 1. klasse (40%), noe mindre fra 2. klasse (35%) og færrest fra 3. klasse (25%).

Tabell 3-1: Utvalgsfordeling på utvalgte variabler

		Jenter		Gutter		
		N	%	N	%	
Klassetrinn	1.klasse	658	38	592	43	
	2.klasse	619	36	468	34	
	3.klasse	437	26	329	24	
Seksuell aktivitet de siste 4 ukene	Ja, har vært aktiv	748	44	310	22	
	Nei, ikke aktiv	875	51	902	65	
	Ubesvart	91	5	177	13	
P-pillebruk	Bruker nå	583	34	i.a.	i.a.	
	Har brukt tidl. over lengre tidsrom	105	6	i.a.	i.a.	
	Har brukt tidl. over kortere tidsrom	67	4	i.a.	i.a.	
	Har aldri brukt	902	53	i.a.	i.a.	
	Ubesvart	57	3	i.a.	i.a.	
Seksuell aktivitet og p-pillebruk	Ikke hatt sex, ikke brukt p-piller	833	49	1079	78	
	Hatt sex, men ikke brukt p-piller	193	11	310	22	
	Ikke hatt sex, men har brukt p-piller	133	8	i.a.	i.a.	
	Hatt sex og har brukt p-piller	555	32	i.a.	i.a.	
Hyppige prevensjonssamtaler med	Venninner	minst månedlig	1321	77	294	21
	Kamerater	minst månedlig	547	32	592	43
	Kjæreste	minst månedlig	792	46	402	29
	Foreldre	minst årlig	771	45	295	21
Antall samtaleparter*	0	300	18	634	46	
	1	439	26	349	25	
	2	473	28	225	16	
	3 og 4	502	29	181	13	
Prevensjonssamtaler med helsearbeidere	Helsesøster (årlig eller oftere)	667	39	200	14	
	Lege	505	29	92	7	
Prevensjonssamtaler med helsearbeidere	Ingen (årlig eller oftere)	853	50	1163	84	
	Helsesøster	356	21	134	10	
	Lege	194	11	26	2	
	Helsesøster + Lege	311	18	66	5	

i.a. = ikke anvendbar

*antall parter, av venninner, kamerater, kjæreste og foreldre, man prater med hyppig om prevensjon

Tabell 3-1 viser at dobbelt så mange jenter (44%) som gutter (22%) har samleierfaring fra den siste måneden. Blant de seksuelt aktive jentene har majoriteten (74%) brukt p-piller.

3.1 Kommunikasjon rundt prevensjon

Samtaler om prevensjon ble målt gjennom seks spørsmål omhandlende hvor ofte man prater med venninner, kamerater, kjæreste, foreldre, helsesøster og lege om prevensjon. For begge kjønn unnlater vel 20% å svare på hvert av disse seks spørsmålene.

Tabell 3-1 viser at langt flere jenter enn gutter oppga hyppige samtaler med andre om prevensjon. Dette gjelder for alle samtalepartnere, bortsett fra "kamerater". Kommunikasjonsmønsteret rundt prevensjon blant guttene hadde flere likhetstrekk med jentenes. Også blant guttene var samtaler med venner av samme kjønn det vanligste, dernest samtaler med kjæreste og samtaler med venner av motsatt kjønn. Foreldresamtaler om prevensjon var i hovedsak forbeholdt jentene.

Nærmest alle jentene som besvarte spørsmålet om venninnesamtaler svarte bekreftende på at de diskuterer prevensjon med venninner minst månedlig. Over 40% av guttene diskuterer prevensjon hyppig med kamerater. Hyppige prevensjonssamtaler med venner av motsatt kjønn ble oppgitt noe oftere av jenter (30%) enn av gutter (20%), tilsvarende også for prevensjonssamtaler med kjæreste (50% vs. 30%).

Få gutter (7%) diskuterer prevensjon minst månedlig med sine foreldre, mens dette blir oppgitt noe oftere blant jentene (20%). Flere jenter (45%) og gutter (20%) oppgir imidlertid at slike samtaler forekommer på (minst) årsbasis. Tilsvarende oppgir de færreste, nærmest ingen gutter, å føre minst månedlige prevensjonssamtaler med helsearbeidere. Blant jentene er det imidlertid flere som oppgir (minst) *årlige* samtaler med helsesøster (40%) og lege (30%).

3.1.1 Antall parter man prater hyppig med om prevensjon

Åpenheten rundt prevensjon er større blant jentene enn guttene. Like mange gutter som jenter har besvart at de har regulære samtaler med en part, men det er langt vanligere blant jentene å oppgi 2, 3 eller flere parter de hyppig prater med om prevensjon. Jenter angir i gjennomsnitt 1,9 parter de hyppig fører samtaler med om prevensjon, mens guttene angir 1,0.

Blant guttene er andelen som ikke har oppgitt noen samtalepartnere nesten tre ganger større enn hos jentene. Disse avkrysser enten årlig/aldri eller unnlater å svare på samtlige 6 spørsmål. Svært få ignorerer hele samtaledelen av spørreskjema, da kun 4% av jentene og 8% av guttene lar samtlige 6 spørsmål stå ubesvart. Betydelig flere gutter enn jenter angir "aldri/årlig" på alle 6 spørsmålene (22 vs. 7%).

Analysen ble gjort for de som oppga 0, 1, 2, osv. antall parter de hyppig prater med om prevensjon. Etter oppdeling i slike grupper basert på antall samtaleparter, kunne vi studere hvem disse partene var. For jenter som prater om prevensjon med kun en part er denne nesten alltid (82%) venninner eller kjæreste (13%). For jenter med to

samtaleparter, omfatter disse to svært ofte venninner (98%), kjæreste (60%) eller kamerater (32%).

Blant gutter som oppgir hyppige prevensjonssamtaler med kun en part, er denne kamerater (59%) eller kjæreste (34%). For de 220 mannlige elevene som oppgir to samtaleparter om prevensjon, er disse nærmest alltid (92% av tilfellene) kamerater, kjæreste eller venninner.

Det mest oppsiktsvekkende resultat fra disse analysene var prevensjonssamtaler med foreldre, som funksjon av antall samtalepartnere. Analyser viste at det er kun 2% som prater ofte om prevensjon utelukkende med foreldre. Analysene viste at samtaler med foreldre om prevensjon kun er vanlig blant de som allerede har åpenhet om prevensjon til venninner, kamerater og kjæreste. Det var en sterk tendens at åpenhet til foreldre var et "4. valg".

3.1.2 Prevensjonssamtaler og alder

Tabell 3-2 viser andelen jenter og gutter på ulike klassetrinn som oppgir hyppige prevensjonssamtaler med de 6 ulike partene. Resultatene viser at det er moderate endringer i samtalemønsteret som følge av alder. Andelene jenter og gutter som kommuniserer hyppig med venner er relativt konstante mellom klassetrinnene.

Tabell 3-2: Samtaler med andre som funksjon av klassetrinn. Prosent. 100%= alle jenter/gutter i det gitte klassetrinn.

Prater ofte om prevensjon med....		Jenter			Gutter		
		1. klasse N = 658	2. klasse N = 619	3. klasse N = 437	1. klasse N = 592	2. klasse N = 468	3. klasse N = 329
venninner	minst månedlig	74	77	82	22	20	22
	kamerater	31	31	36	41	45	43
kjæreste	minst månedlig	36	47	60	25	29	37
	foreldre	38	46	53	19	22	25
helsesøster	minst årlig	35	41	42	18	12	10
	lege	20	31	42	6	6	8

Prevensjonssamtaler med kjæresten blir vanligere som følge av økt alder. Tendensen er noe sterkere blant jentene. Vi må regne med at sannsynligheten for å ha kjæreste øker med alder.

Samtaler minst årlig med foreldre eller helsearbeidere om prevensjon er relativt konstant mellom klassetrinn blant guttene. Slike samtaler, spesielt med lege, blir blant jentene noe mer vanlig med økende alder.

3.2 Kunnskap om p-piller

Tabell 3-3 viser andelen gutter og jenter som svarte korrekt på de 15 spørsmålene som inngikk i kunnskapsindeksene. Kunnskapen var spesielt dårlig hva gjelder fremtidig risiko for kreft og blodpropp som følge av p-pille bruk (indeks III). Kunnskapsnivået var langt bedre hva gjelder kroppslige endringer (indeks I) og p-pillens relative prevensjonssikkerhet (indeks II).

Tabell 3-3: Andel jenter og gutter som svarte korrekt på påstander om p-piller og p-pillebruk.

	Jenter N=1714 %	Gutter N=1389 %
Kunnskapsindeks I. Kunnskap om kroppslige endringer som følge av p-pille bruk:		
Menstruasjonssmertene vil forbli uforandret eller minke noe	83	35
Tallet blødningsdager vil forbli uforandret eller minke noe	77	36
Størrelsen på brystene forbli uforandret eller øke noe	78	46
Sexlysten vil forbli uforandret eller minke noe	67	41
Vektøkning forekommer hyppigere i startfasen	36	12
Humørforandringer forekommer hyppigere i startfasen	14	8
<i>Gjennomsnitt</i>	59	30
<i>Andel med høy kunnskap (≥ 3 korrekte svar)</i>	79	37
Kunnskapsindeks II. Kunnskap om prevensjonssikkerhet		
P-piller er sikrere enn spiral (kopper)	35	39
P-piller er sikrere enn kondom	41	24
P-piller er sikrere enn minipille	42	29
P-piller er sikrere enn avbrutt samleie	87	65
P-piller er mindre sikker enn sterilisering	80	73
<i>Gjennomsnitt</i>	57	46
<i>Andel med høy kunnskap (≥ 3 korrekte svar)</i>	65	45
Kunnskapsindeks III. Kunnskap om sykdomsrisiko som følge av p-pillebruk:		
Sjansen for blodpropp i bena øker noe	35	12
Sjansen for blodpropp i lungene øker noe	19	8
Sjansen for livmorkreft minker noe	12	3
Sjansen for kreft i eggstokkene minker noe	10	3
<i>Gjennomsnitt</i>	20	7
<i>Andel med høy kunnskap (≥ 3 korrekte svar)</i>	9	2
Totalscore		
<i>Gjennomsnitt</i>	48	29
<i>Andel med høy kunnskap (≥ 9 korrekte svar)</i>	32	8

Resultatene viser at jentene gjennomgående hadde mer kunnskap enn guttene på de 15 spørsmålene om p-piller. Gjennomsnittlig antall korrekte svar var 4,4 for guttene og 7,2 for jentene (omlag hhv. 1/3 og 1/2 av spørsmålene). Kjønnsforskjellene i kunnskapsnivå var betydelige hva gjelder kunnskap om kroppslige endringer og sykdomsrisiko (indeks I og III). Forskjellen i kunnskap var noe mindre vedrørende kunnskap om p-pillens relative effektivitet sammenlignet med annen prevensjon (indeks II).

På spørsmålene om kroppslige endringer (indeks I) hadde elevene god kunnskap om hvordan p-piller kan påvirke menstruasjonsforhold, bryststørrelsen og seksuallyst. Kunnskapsnivået var langt lavere om de grunnene som fører til at mange slutter med p-piller relativt raskt etter oppstart; nemlig at vektøkning og humørsvingninger forekommer hyppigere i startfasen enn senere i bruksperioden.

Hva gjelder p-pillens relative effektivitet (indeks II) var det relativt god kunnskap om at p-piller er sikrere enn avbrutt samleie og at p-piller er mindre sikker enn sterilisering. Få visste at p-piller er sikrere enn spiral, kondom og minipille. Kun 40% av kvinnene og 25% av guttene visste at p-piller er mer effektive til å forhindre graviditet enn kondom.

I motsetning til indeks I og II, var det for spørsmålene om sykdomsrisiko (indeks III) lite kunnskapsvariasjon da kunnskapsnivået var gjennomgående lavt på samtlige spørsmål. Svært få elever hadde korrekt kunnskap om at p-pillebruk i noen grad øker sjansen for blodpropp og at p-piller har en forebyggende effekt på risiko for livmorkreft og kreft i eggstokkene. Utvalget var noe bedre opplyst om de negative helseeffektene sammenlignet med de forebyggende effektene.

At kunnskapsnivået var påfallende lavt på enkelte spørsmål skyldes ofte negative vurderinger av p-pillen. Elevene var urealistisk negative vedrørende p-pillens effekt på vektøkning og humørforandringer, da nærmere 50% av jentene og 25% av guttene svarte "av og til" der riktig svar var at slike bivirkninger "forekommer hyppigere i startfasen". Videre var det mange som undervurderte p-pillens prevensjonsevne sammenlignet med spiral, kondom og minipille. Omlag 25% av jentene vurderte p-pillen kun som "like sikker" og 15% som "mindre sikker" på disse tre spørsmålene, tilsvarende omlag 15% og 10% blant guttene. Blant guttene vurderte 43% p-pillen som "mindre sikker" enn kondom. Elevene var også pessimistiske ved spørsmålene om kreftisiko, hvor nærmere 25% av jentene og 20% av guttene feilaktig svarte at risikoen "øker noe" ved p-pillebruk.

3.2.1 Kjønnsforskjeller i kunnskapsnivå

Datamaterialet gir muligheter for å studere sammenheng mellom kunnskap og forklaringsvariablene kjønn, klassetrinn, prevensjonssamtaler, seksuell aktivitet og p-pillebruk (kun jentene). Vi fant imidlertid at kjønn samvarierte sterkt med samtlige uavhengige variabler, noe som gjorde det nødvendig å studere effekten av de øvrige forklaringsvariablene på kunnskap separat for jenter og gutter (se Tabell 3-5 og 3-6). Tabell 3-4 viser resultatene fra en logistisk regresjonsanalyse der vi studerte effekten av kjønn på de ulike kunnskapsmålene. I analysene er det kontrollert for effekten av alder (klassesstrinn), seksuell aktivitet og samtaler med andre om prevensjon.

Tabell 3-4: Kunnskap etter kjønn. Odds ratioer (95% KI)

		N	Indeks I	Indeks II	Indeks III	Totalindeks
Kuttunkt			3	3	3	9
Kjønn	Gutter (ref.)	1389	1.0	1.0	1.0	1.0
	Jenter	1714	5.8 (4.9,6.8)***	2.0 (1.7,2.4) ***	6.5 (3.4,12.1) ***	5.2 (4.1, 6.6) ***

p<.001 ***

For alle kunnskapsmål gjelder at kjønn er den av de uavhengige variablene som har størst forklaringskraft. Resultatene viser at jenter har betydelig mer kunnskap om p-piller enn guttene. Jentene har tilegnet seg langt mer kunnskap om p-piller enn guttene totalt (total kunnskapsscore), samt kunnskap om kroppslige forandringer under p-pillebruk (indeks I) og om sykdomsrisiko (indeks III). Omlag 6 ganger så mange jenter som gutter har "høy kunnskap" på disse kunnskapsmålene (OR ≈ 6.0, p< .001). Jentene vet mer enn guttene også om p-pillens relative prevensjonssikkerhet (indeks II), men kjønnsforskjellene er mindre enn for de øvrige indeksene (OR =2.0, p< .001). Kjønnsforskjellene i kunnskap om p-piller kan også leses ut fra Tabell 3-3 (ujusterte estimat).

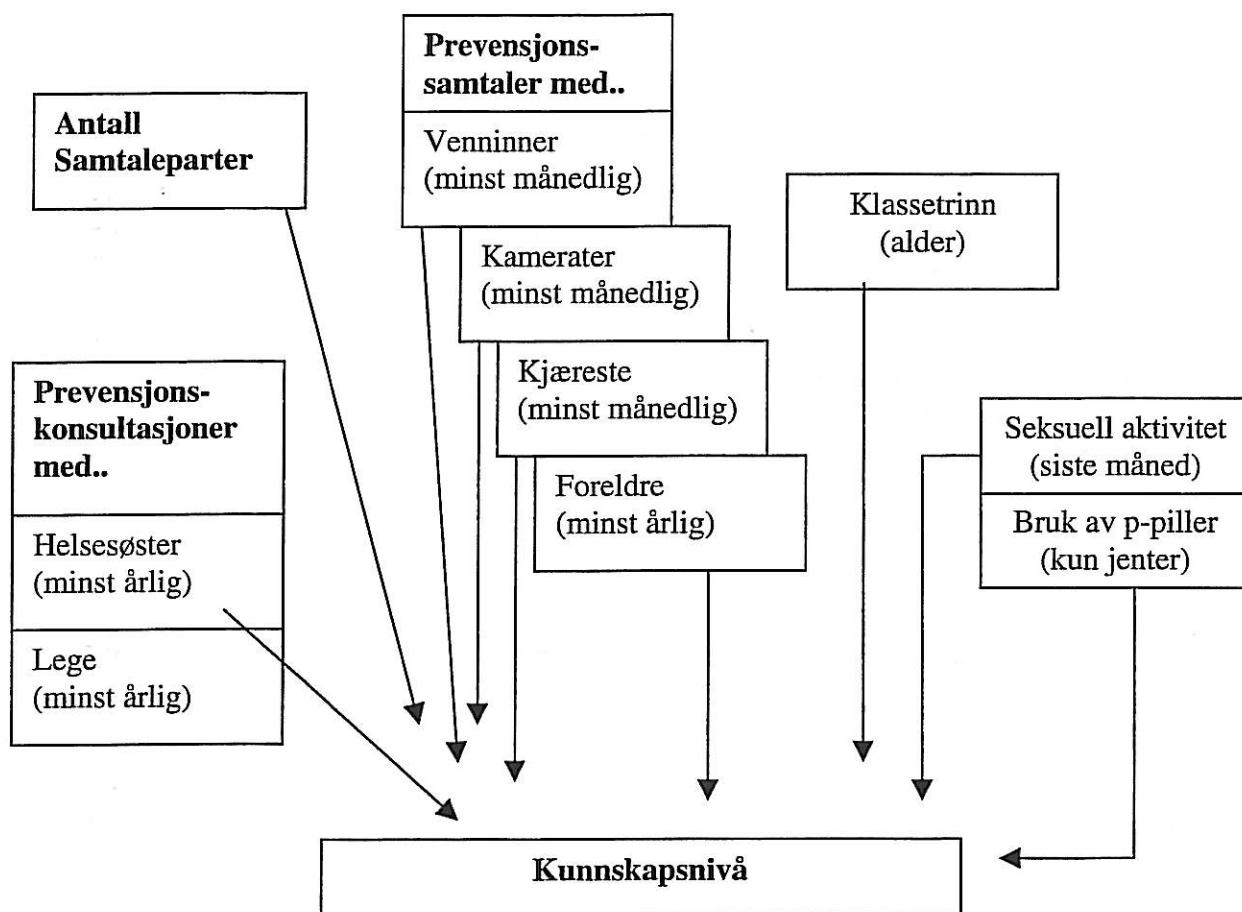
Vi kan forklare odds ratio på følgende måte. I den logistiske regresjonen skal vi predikere hva som forklarer høy kunnskap om f.eks. relativ prevensjonssikkerhet (indeks II). Vi er spesielt interessert i om det er kjønnsforskjeller i høy kunnskap om relativ prevensjonssikkerhet. Analysene viser at estimatet for høy kunnskap er 2,0 for jenter sammenlignet med gutter (1,0 = referansegruppe). Det vil si at oddsen for å ha høy kunnskap ved kunnskapsindeks II er 2,0 ganger større for jenter enn gutter. Sagt på en annen måte så "befinner det seg to jenter for hver gutt i gruppen med høy kunnskap".

Forklaringsvariabel	Odds ratio	Sannsynlighet for å være i gruppen med høy kunnskap
Kjønn		
Jenter	2.0	♀ ♀ for hver ♂
Gutter (ref.)	1.0	

3.2.2 Kjønnsspesifikke analyser av kunnskap

Resultatene av de kjønnsspesifikke logistiske regresjonsanalysene av kunnskap om p-piller er presentert i Tabell 3-5 (jenter) og 3-6 (gutter). Figur 3-1 presenterer analysemodellen for prediksjon av kunnskap om p-piller.

Figur 3-1: Faktorer som kan predikere god kunnskap om p-piller



3.2.2.1 Kunnskap om p-piller blant jenter

Tabell 3-5 viser resultatet av en multivariat logistisk regresjonsanalyse for kunnskap blant jentene i elevutvalget. Modellen viser effekten av forklaringsvariabler på kunnskapsmengden.

Tabell 3-5: Kunnskap blant jenter. Odds ratio (95% KI)

Kjønn = jenter		Indeks I	Indeks II	Indeks III	Totalindeks	
Kuttpunkt		3 (3-6)	3 (3-5)	3 (3-4)	9 (9-15)	
Klassetrinn	1.klasse (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0	
	2.klasse	1.2 (0.9,1.7)	i.s.	1.1 (0.6,1.9)	1.3 (1.0,1.7)	
	3.klasse	1.5 (1.1,2.2)*	i.s.	2.2 (1.3,3.8)*	1.6 (1.2,2.1)*	
Seksuell aktivitet og p-pillebruk	Ikke hatt sex, ikke brukt pillen (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0	
	Hatt sex, men ikke brukt p-piller	1.2 (0.8,1.8)	1.2 (0.9,1.8)	2.7 (1.3,5.5)*	1.8 (1.3,2.6)*	
	Ikke hatt sex, men har brukt p-piller	4.0 (2.0,7.8)***	0.9 (0.6,1.3)	3.5 (1.6,7.5)*	2.8 (1.8,4.3)***	
	Hatt sex og har brukt p-piller	6.2 (3.9,9.7)***	1.9 (1.4,2.6)***	3.8 (2.2,6.3)***	3.7 (2.8,4.9)***	
Hyppige prevensjons-samtaler med	Venninner	minst månedlig	i.s.	i.s.	i.s.	2.0 (1.4,2.7)***
	Kamerater	minst månedlig	i.s.	1.4 (1.0,1.9)*	i.s.	i.s.
	Kjæreste	minst månedlig	i.s.	i.s.	i.s.	i.s.
	Foreldre	minst årlig	i.s.	i.s.	i.s.	i.s.
Antall samtaleparter	0 (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0	
	1	2.7 (1.9,3.7)***	2.1 (1.6,2.9)***	i.s.	i.s.	
	2	3.6 (2.5,5.1)***	2.0 (1.4,2.8)***	i.s.	i.s.	
	3 og 4	3.1 (2.1,4.7)***	1.7 (1.1,2.7)*	i.s.	i.s.	
Minst årlige samtaler med helsearbeidere	Hverken helsesøster eller lege (ref.)	1.0	1.0	1.0	1.0	
	Helsesøster	i.s.	0.8 (0.6,1.1)	i.s.	0.9 (0.6,1.2)	
	Lege	i.s.	1.7 (1.1,2.6)*	i.s.	1.6 (1.1,2.2)*	
	Helsesøster + Lege	i.s.	1.0 (0.7,1.3)	i.s.	1.2 (0.9,1.7)	

p < .05* p < .01** p < .001***

i.s = ikke signifikant

Resultatene viste en svak tendens at jenter i 3. klasse hadde noe bedre kunnskap om p-piller generelt (totalindeks), samt kunnskap om kroppslige endringer under p-pillebruk (indeks I) og om sykdomsrisiko som følge av p-pillebruk (indeks III) sammenlignet med jenter i 1. klasse (OR ≈ 1.8, p < .05).

Jenter som brukte p-piller hadde tilegnet seg betydelig mer kunnskap om p-piller sammenlignet med jenter som hverken hadde brukt p-piller eller vært seksuelt aktive (referansegruppen). P-pillebrukere som i tillegg hadde vært seksuelt aktive var langt mer opplyste enn jenter i referansegruppen vedrørende kunnskap om kroppslige endringer (indeks I) (OR=6.2, p < .001), sykdomsrisiko (indeks III) (OR=3.8, p < .001) og generelt (totalindeks) (OR=3.7, p < .001), men var bare i noen grad mer kunnskapsrike vedrørende prevensjonssikkerhet (indeks II) (OR=1.9, p < .001).

Jenter som diskuterte prevensjon med sine venninner var bedre opplyst om p-piller generelt (totalindeks), sammenlignet med jenter uten slik kommunikasjon (OR = 2.0, p < .001). Effekten av åpenhet rundt prevensjon ble videre demonstrert ved antall

samtaleparter. Kunnskapsnivået for indeks I (kroppslige endringer) og II (prevensjonssikkerhet) var betydelig høyere blant de som hyppig diskuterte prevensjon (med en eller flere parter), sammenlignet med de som ikke oppga noen samtalepartnere om prevensjon. Det var ingen signifikant forskjell ($p < .05$) i kunnskapsnivå om prevensjon mellom de som diskuterte med 1, 2 eller flere parter.

Samtaler om prevensjon (minst årlige) med helsesøster eller lege hadde ingen vesentlig effekt på elevenes kunnskapsmengde om p-piller.

3.2.2.2 Kunnskap om p-piller blant gutter

Tabell 3-6 viser resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen med kunnskapsindeks I og II som avhengige variabler og hvor utvalget er begrenset til den mannlige delen av elevutvalget. Analyser av indeks III og totalindeks er blitt utelatt, ettersom svært få gutter hadde "høy kunnskap" på disse kunnskapsmålene.

Tabell 3-6: Kunnskap blant guttene. Odds ratio (95% KI)

Kjønn = gutter		Indeks I	Indeks II
Kuttpunkt		3 (3-6)	3 (3-5)
Klassetrinn	1.klasse (ref.)	1.0	1.0
	2.klasse	1.0 (0.8,1.4)	1.2 (0.9,1.5)
	3.klasse	1.5 (1.1,2.0) *	1.5 (1.2,2.0) *
Seksuell aktivitet de siste 4 ukene	Har ikke hatt sex (ref.)	1.0	1.0
	Har hatt sex	2.0 (1.5,2.7) ***	i.s.
Hyppige prevensjonssamtaler med	Venninner	minst månedlig	i.s.
	Kamerater	minst månedlig	i.s.
	Kjæreste	minst månedlig	i.s.
	Foreldre	minst årlig	i.s.
Antall samtaleparter	0 (ref.)	1.0	1.0
	1	2.2 *** (1.6,2.9)	1.5 * (1.1,1.9)
	2	2.4 *** (1.7,3.4)	1.8 ** (1.3,2.4)
	3 og 4	3.2 *** (2.2,4.7)	2.4 *** (1.7,3.4)

$p < .05$ * $p < .01$ ** $p < .001$ ***
i.s = ikke signifikant

Tilsvarende resultatene fra jentene, viser Tabell 3-6 at alder (klassetrinn) kun i mindre grad samvarierer med kunnskapsnivået om p-piller blant guttene. Resultatene viser en svak tendens ($p < .05$) til at kunnskapen er noe bedre i 3. klassetrinn sammenlignet med i 1. klassetrinn (OR = 1.5).

Gutter med seksuell erfaring fra den siste måneden før intervjuet var mer opplyste om kroppslige endringer som følge av p-pillebruk (indeks I) sammenlignet med gutter uten slik erfaring (OR = 2.0, $p < .001$). Seksuell aktivitet var imidlertid ikke assosiert med høyere kunnskap om prevensjonssikkerhet (indeks II).

Tilsvarende resultatene fra jentene viser regresjonsanalysen at gutter som diskuterte prevensjon med minst 1 part var mer opplyst om kroppslige endringer ved p-pillebruk (indeks I) og prevensjonssikkerhet (indeks II) enn gutter uten slik kommunikasjon. Videre var gutter som diskuterte prevensjon med minst 3 parter mer opplyste om p-piller enn gutter som kun pratet med 1 part ($p < .05$). Vi undersøkte effektene av samtaler med venninner, kamerater, kjæreste eller foreldre på kunnskapsnivået og fant ingen signifikante sammenhenger.

3.3 Overbevisninger om fordeler og ulemper ved p-pillen

Overbevisninger om p-pillen skiller seg fra kunnskap ved at de i mindre grad er orientert mot objektive fakta, men baserer seg mer på følelsesmessige holdninger. På disse "beliefs" variablene ble elevene bedt om å estimere mengde ubehag de tror p-pillebruk vil innebære, anslå p-pillens sikkerhet som prevensjon, samt angi om de assosierer p-pillen med stor risiko for fremtidig kreft og blodpropp.

Tabell 3-7: Overbevisninger om fordeler/ulempen ved p-pillen

OVERBEVISNINGER OM P-PILLER			JENTER N= 1714	GUTTER N= 1389
	KATEGORI	OVERBEVISNING	%	%
Hvor mye ubehag medfører p-pillebruk?	Lite	Positiv	77	53
	For mye	Negativ	3	2
	Vet ikke/ubesvart	Negativ	20	46
Hvor sikker er p-pillen til å forebygge graviditet?	Svært sikker	Positiv	56	38
	Sikker	Positiv	34	41
	Mindre sikker	Negativ	2	4
	Vet ikke/ubesvart	Negativ	8	17
Sannsynlighet for å få kreft og blodpropp pga. p-pillebruk?	Liten	Positiv	68	40
	Stor	Negativ	4	5
	Vet ikke/ubesvart	Negativ	28	56
Sum antall positive overbevisninger (0-3). Definert som en "generell positiv overbevisning om p-piller"	0	Negativ	5	14
	1	Negativ	10	26
	2	Positiv	29	35
	3	Positiv	56	25

Tabell 3-7 viser hvordan elevutvalget svarte på overbevisninger om p-pillen og i hvilken grad de er positive eller negative til ulike sider av p-pillebruk. Resultatene viser at elevene generelt var positive til p-piller og at jenter generelt var noe mer positive enn gutter. Jentene var videre mer sikre i sine overbevisninger om fordeler og ulemper ved p-pillen. Gutter lot ofte være å svare eller svarte "vet ikke" på holdningsspørsmålene.

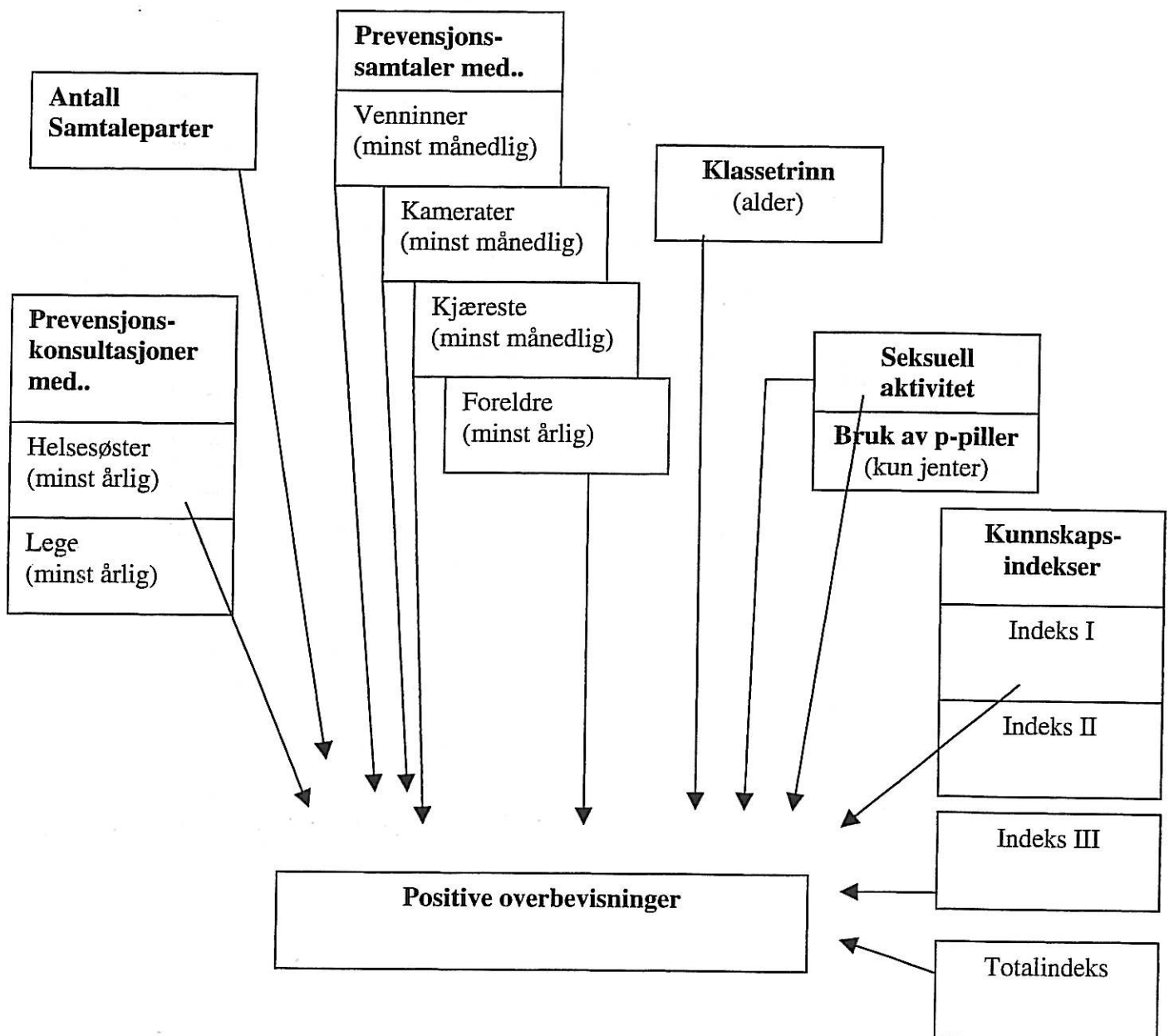
Tabellen viser en oversikt over hvor mange elever som svarte positivt på til sammen 0,1,2 eller 3 av overbevisning-variablene. Oversikten viser at 85% av jentene og 60% av guttene har en generell positiv oppfatning av p-piller (dvs. ≥ 2 positive svar).

Logistiske regresjonsanalyser viser faktorer som samvarierer med en generell positiv overbevisning om p-piller.

3.3.1 Positiv overbevisning om p-piller

Figur 3-2 viser analysemodellen for prediksjon av en generell positiv overbevisning om p-piller. Regresjonsanalysene blir utført kjønnsspesifikt og forklaringsvariabler omfatter klassetrinn (alder), samtaler med andre om prevensjon, seksuell aktivitet, p-pillebruk (jenter) og kunnskap om p-piller.

Figur 3-2: Faktorer som kan predikere en generell positiv overbevisning om p-piller.



Tabell 3-8 nedenfor viser resultatet av en logistisk regresjonsanalyse hvor en generell positiv overbevisning om p-piller blir analysert separat for jenter og gutter.

Tabell 3-8: Logistisk regresjon av en generell positiv overbevisning om p-piller. Odds ratioer (95% KI).

		JENTER	GUTTER
Kuttspunkt		2 (2-3)	2 (2-3)
Seksuell aktivitet og p-pillebruk	Ikke hatt sex, ikke brukt p-piller (ref.)	1.0	i.s.
	Hatt sex, men ikke brukt p-piller	0.9 (0.6,1.4)	i.s.
	Ikke hatt sex, men har brukt p-piller	2.7 (1.2,6.0) *	i.a.
	Hatt sex og har brukt p-piller	3.0 (1.9,4.9) ***	i.a.
Hyppige prevensjonssamtaler med	Venninner	2.2 *** (1.6,3.0)	i.s.
	Kamerater	i.s.	i.s.
	Kjæreste	i.s.	i.s.
	Foreldre	1.5 * (1.1,2.1)	i.s.
Antall samtaleparter	0 (ref.)	1.0	1.0
	1	i.s.	2.1 (1.6,2.9)***
	2	i.s.	2.7 (1.8,4.0)***
	3-4	i.s.	2.2 (1.5,3.3)**
Kunnskap på indeks I og II	Lav kunnskap på begge (ref.)	Lite	1.0
	Lav kunnskap på I, høy på II	Noe	4.9 *** (2.9,8.3)
	Høy på I, lav på II	Noe	4.3 *** (2.8,6.5)
	Høy kunnskap på begge	Mye	8.9 *** (6.0,13.2)
			6.9 *** (4.8,9.9)

p < .05* p < .01** p < .001***

i.s. = ikke signifikant i.a. = ikke anvendbar

Variabler uten forklaringsverdi; klasstrinn, samtaler med helsearbeidere, kunnskapsindeks III (sykdomsrisiko) og totalindeks for kunnskap.

3.3.2 Positiv overbevisning om p-piller blant jenter

Tabell 3-8 viser at positive overbevisninger om p-piller blant jentene var sterkt relatert til kunnskap om p-piller, p-pillebruk, samt i noen grad til venninnesamtaler om prevensjon.

Kunnskap om kroppslige endringer under p-pillebruk (indeks I) og kunnskap om prevensjonssikkerhet (indeks II) var sterkt assosiert med jentenes overbevisninger om p-piller. Jenter med mye kunnskap om p-piller (høy kunnskap på begge indeksene) hadde langt hyppigere en generell positive overbevisning om p-piller sammenlignet med jenter med lite kunnskap (lav kunnskap på begge indeksene) (OR = 8.9, p < .001). Også jenter med noe kunnskap (høy kunnskap på en av kunnskapsindeksene) var langt oftere positive til p-pillen enn jenter med lite kunnskap (OR ≈ 4.5, p < .001).

Jenter med p-pilleerfaring hadde langt oftere en positiv oppfatning av p-piller sammenlignet med jenter uten p-pilleerfaring. Effekten av p-pilleerfaring var sterk (OR ≈ 3.0) og uavhengig av seksuell aktivitet. Videre var overbevisning om p-piller

assosiert med venninnesamtaler om prevensjon. Jenter som hadde snakket med venninner om prevensjon minst månedlig var mer positive til egenskaper ved p-pillene sammenlignet med jenter uten slik kommunikasjon (OR = 2.2, $p < .001$).

3.3.3 Positiv overbevisning om p-piller blant gutter

Forklaringsmodellen for positive overbevisninger var mer oversiktlig blant guttene, da det var kun kunnskap og antall samtaleparter som hadde forklaringsverdi (Tabell 3-8).

Også blant gutter hadde kunnskap om p-piller en markant effekt på overbevisninger. De mest kunnskapsrike guttene, de med høy kunnskap på både kunnskapsindeks I (kroppslige endringer) og II (prevensjonssikkerhet), var langt oftere positive til p-piller sammenlignet med gutter med lav kunnskap på begge indekser (OR = 6.9, $p < .001$). Også gutter med noe kunnskap (høy score på en av kunnskapsindeksene) var relativt ofte positive til p-pillen sammenlignet med gutter med lav kunnskap på begge indekser ($p < .001$).

Gutter som kommuniserte om prevensjon (≥ 1 samtalepart) tenderte til å være mer positive til p-piller enn gutter uten slik åpenhet (OR ≈ 2.3 , $p < .001$). Positive overbevisninger var like utbredt blant de som diskuterte prevensjon med 1, 2 eller flere parter.

4 DISKUSJON

Den foreliggende studien fokuserer på kommunikasjon rundt prevensjon og kunnskap og overbevisninger vedrørende p-piller. Kjønnsspesifikke analyser av nevnte forhold kan bidra med kunnskap som kan styrke og målrette tiltak ovenfor unge. Litteraturgjennomgangen synliggjorde et behov for detaljerte studier av kommunikasjon rundt prevensjon og oppfatninger av p-piller blant tenåringer, da slike tema i liten grad er blitt forsket på tidligere.

Vi inviterte alle videregående skoler i Trondheim til å delta i undersøkelsen, hvorav 11 av 13 skoler deltok. En responsrate på 73% regnet på grunnlag av alle elevene innskrevet i den videregående skole i Trondheim er akseptabelt. Vi har undersøkt om deltakende elever skilte seg fra de som av ulike grunner ikke besvarte spørreskjema. Vi fant ingen signifikante forskjeller med hensyn til kjønn eller alder. Eneste systematiske skjevhet vi kunne finne var at skoler med allmennfaglig studieretning hadde en noe høyere svarprosent enn de mer yrkesrettede skolene (ikke signifikant). Trolig skyldes dette at flere elever ved de yrkesrettede skolene var borte i praksisundervisning på undersøkelsesdagen.

Samtlige unge i Norge har tilbud om, og de aller fleste takker ja til, videregående utdanning. Videregående skoleelever vil derfor i høy grad representere et tverrsnitt av norsk ungdom. På grunn av den relativt høye svarprosenten i vår undersøkelse er det rimelig å anta at resultatene gir et representativt bilde av hva ungdom vet og mener. Vi har ingen grunn til å tro at ungdomskulturen i Trondheim skiller seg fra ungdomskulturer ellers i landet og vi regner det derfor som sannsynlig at resultatene vil ha gyldighet generelt blant norsk ungdom 16-18 år.

4.1 Åpenhet i prevensjonsspørsmål

Økt åpenhet og kommunikasjon rundt prevensjon kan være en viktig faktor i arbeidet med å bedre prevensjonsbruken blant unge i Norge. Det er blitt hevdet at Nederland er det beste eksempelet på at åpenhet i tidlig alder er relatert til lave svangerskapsrater blant de yngste (4,35). Nederlenderne åpner for diskusjoner rundt seksualitet ved en tidlig alder, og forespørsel etter prevensjon blant tenåringer er i liten grad forbundet med skam eller pinlighet. Media brukes aktivt for å nå de unge med eksplisitte prevensjonsbudskap (4). Spesielt kritikere i USA har påpekt at åpenhet i tidlig alder kan medføre økt seksuell aktivitet og risikoatferd blant de unge, og derigjennom høye svangerskapsrater. USA har argumentert at avholdenhet er det eneste passende seksualbudskapet for ugifte tenåringer (4). Imidlertid viser studier at åpenheten i Nederland ikke er assosiert med tidligere seksuell debut eller økt seksuell aktivitet (4). Nederland kjennetegnes ved høy gjennomsnittlig debutalder og høyt bruk av effektive prevensjonsmidler sammenlignet med de andre vestlige land (60).

Jenter mer åpne enn gutter vedrørende prevensjon

Tilsvarende funn fra tidligere studier (21,28,55) fant vi at jenter kommuniserte mer om prevensjon enn gutter. Majoriteten (83%) av jentene og halvparten (55%) av

guttene oppga at de diskuterer prevensjon minst månedlig. Hver jente oppga i gjennomsnitt at hun diskuterte prevensjon hyppig med to parter (av venninner, kamerater, kjæreste og foreldre), mens hver gutt tilsvarende oppga kun en part.

Prevensjon diskuteres i hovedsak med venner og seksualpartner

Studier viser at unge diskuterer seksualitet og prevensjon i hovedsak med venner og i liten grad med voksne (5,12,20,23,28,41,46). Nærmest samtlige jenter som besvarte spørsmålet om venninnesamtaler svarte positivt på at slike forekom minst månedlig. Blant de gutter som relativt ofte førte samtaler med andre om prevensjon (55%), oppga de fleste hyppige prevensjonssamtaler med kamerater (80%), kjæreste (50%) eller venninner (40%).

Vårt litteratursøk fant ingen inngående studier av unges kommunikasjon rundt prevensjon med seksualpartnere. Den foreliggende studien viste imidlertid at åpenhet med kjæresten forekom relativt ofte og representerte den nest viktigste samtalepartneren om prevensjon etter venner av samme kjønn. Halvparten av jentene og en tredjedel av guttene oppga at de pratet med kjæresten om prevensjon minst månedlig. Spørsmålet kan imidlertid forstås som hva de normalt gjør i perioder de har kjæreste. Uansett gir resultatet forutsetning for å fastslå at det er relativt vanlig å snakke med kjæresten i prevensjonsspørsmål.

Både det at unge i stor grad diskuterer prevensjon med kjæreste, samt med venner av motsatt kjønn, er med å underbygge viktigheten av å studere guttenes rolle i et større prevensjonsperspektiv. Det er derfor av betydning at også guttene har kunnskap om prevensjon og at de har et ordforråd som gjør dem i stand til å snakke om prevensjon.

Foreldresamtaler om prevensjon

Resultater fra norske (28) og amerikanske studier (5,6,9,18,20,55) tyder på at foreldre generelt spiller en liten rolle som samtalepartner i prevensjonsspørsmål, men at jenter oftere diskuterer prevensjon med sine foreldre enn gutter. Samme tendens fant vi også i vår studie, hvor hyppige prevensjonssamtaler med foreldre i hovedsak var forbeholdt et mindretall av jentene (20% diskuterte månedlig, 45% årlig).

Et interessant funn var at foreldresamtaler om prevensjon nærmest utelukkende forekom blant de mest åpne, de som i tillegg diskuterte prevensjon med både venninner, kjæreste og venner av motsatt kjønn. Foreldre syntes således å representere et klart "4. valg". Vi kan derfor si at foreldresamtaler om prevensjon var noe som i hovedsak var knyttet til jenter med kjæreste/seksualpartner. Av de jentene som oppga hyppige foreldresamtaler om prevensjon hadde over 60% vært seksuelt aktive den siste måneden og kan følgelig ha hatt mer behov for slike samtaler, sammenlignet med jenter uten slik foreldrekommunikasjon. Studier viser at unge stoler mindre på informasjon fra jevnaldrende og fester mer lit til informasjon fra voksne (28,33,46). Samtaler med foreldre kan dermed være en måte å få faktakunnskap om metoder som er av stor relevans for jentene med tanke på par- eller seksualforhold de er involvert i. Dersom foreldre har en datter som er involvert i et parforhold er det også naturlig at de tar mer initiativ til prevensjonssamtaler ettersom det er jenta som må "ta mest av støytten" ved en graviditet. Foreldre vil ofte behandle gutter og jenter ulikt og diskutere mer helse og svangerskapsrelaterte spørsmål med døtre (55).

Prevensjonssamtaler med helsearbeidere

I samsvar med andre studier (30,41,42) fant vi at samtaler om prevensjon med helsearbeidere var uvanlig. Slike samtaler forekom kun på årsbasis, blant halvparten av jentene og 15% av guttene (!). Det var vanligere blant jentene enn guttene å oppgi minst årlige samtaler om prevensjon med helsesøster (40 vs. 15%) og lege (30 vs. 10%). Svært få pratet med lege uten at de også pratet med helsesøster, og det kan virke som at barrieren for å diskutere prevensjon med helsearbeidere er mindre for helsesøster. Omfanget av samtaler med helsesøster er ikke representerbart for ungdom i Norge generelt, ettersom flere av jentene deltok eller hadde deltatt i "p-pille forsøket" hvor helsesøstre i Trondheim for en forsøksperiode i 1998-2000 var gitt muligheten til å foreskrive p-piller (58).

Prevensjonssamtaler etter alder

Resultatene viste at det kun skjer marginale endringer i samtalemønsteret rundt prevensjon med venner og foreldre etter at de begynner i den videregående skolen. Man kunne forvente at åpenhet rundt prevensjon utvikles og økes som følge av at elevene blir eldre, mer seksuelt aktive og bedre kjent med sine klassevenner. Imidlertid fant vi at det kun var omfanget av prevensjonssamtaler med kjæreste som i vesentlig grad økte som følge av høyere alder. Dette skyldes i hovedsak at kjæresteforhold oftere forekommer blant de eldre elevene. Resultatene viser at åpenhet rundt prevensjon etableres tidlig. For å endre det etablerte samtalemønsteret og øke åpenheten rundt prevensjon er det følgelig mest effektivt med tiltak på ungdomsskolenivå.

Samtaler med helsearbeidere på årsbasis ble mer vanlig blant jentene med økende alder, spesielt hva gjelder samtaler med lege. Samtaler med helsearbeidere forekom hovedsaklig blant p-pillebrukere, og resultatene reflekterer at p-pillebruk ble mer vanlig med økt alder.

Prevensjonssamtaler etter seksuell aktivitet

Elever som hadde vært seksuelt aktive i løpet av de siste 4 ukene oppga langt oftere at de hyppig diskuterte prevensjon sammenlignet med elever som ikke hadde vært seksuelt aktive i dette tidsrommet. Majoriteten av seksuelt aktive jenter (94%) og gutter (88%) diskuterte prevensjon hyppig. Omlag 80% av seksuelt aktive elever (begge kjønn) hadde diskutert prevensjon hyppig med kjæreste.

4.2 Kunnskap om p-piller

Kunnskap er en del av grunnlaget for å kunne foreta rasjonelle valg. En rekke studier har vist en markant sammenheng mellom god kunnskap om seksualitet og prevensjon og en mer ansvarlig prevensjonsatferd blant unge mellom 16-24 år (6,10,32,44). Mangel på kunnskap er assosiert med ikke-bruk av prevensjon, spesielt blant de yngste tenåringsjentene (19).

Den foreliggende undersøkelsen gir detaljert informasjon om på hvilke områder unge har god eller mangelfull kunnskap om p-piller. Tilsvarende detaljerte studier av kunnskap om p-piller foreligger kun på utvalg bestående av jenter i alderen 18-24 år

(10,15,44). Det foreliggende datamaterialet ga gode muligheter for å kunne indikere faktorer som bidrar til å øke kunnskapsmengden blant unge, hvordan kunnskap overføres i det sosiale miljø eller bygger på personlige erfaringer.

4.2.1 Hvilken kunnskap hadde elevene om p-piller?

Kunnskap om p-piller ble målt ved hjelp av indekser som består av en rekke beslektede spørsmål. Vi har målt kunnskap om p-piller langs dimensjonene "kroppslige endringer som følge av p-pille bruk" (indeks I), "kunnskap om p-pillens relative sikkerhet i forhold til andre prevensjonsmidler" (indeks II) og "kunnskap om sykdomsrisiko som følge av p-pille bruk" (indeks III).

Indeks I: Kunnskap om kroppslige endringer som følge av p-pillebruk

Kunnskapsnivået var svært forskjellig for de seks spørsmålene som omhandler kroppslige endringer under p-pillebruk. Utvalget hadde relativt god forståelse av hvordan p-pillebruk påvirker menstruasjonssmerter, blødningsdager, bryststørrelse og sexlyst. De fleste var imidlertid ikke klar over at vektøkning og humørforandringer forekommer hyppigst i startfasen. Tidligere studier viser at mange unge i overdreven grad forbinder p-piller med bivirkninger (35,44,46). Bivirkninger, spesielt vektøkning og humørforandringer, er ulemper som gjør at mange unge slutter med p-pillen (31,34,58). En naturlig konsekvens av disse resultatene er at forebyggende helsearbeid bør fokusere på kunnskap om vektøkning og humørforandringer og i mindre grad på informasjon om de andre kroppslige reaksjonene som kan oppstå under p-pillebruk.

Indeks II: Kunnskap om p-pillens relative beskyttelse mot graviditet

Elevene avslørte mangelfull kunnskap om p-pillens relative sikkerhet jamført med spiral, kondom og minipille. Spiral og kondom ble av mange (hhv. 40% og 60%) ansett som minst like sikker som p-piller. Over 40% av utvalget svarte "vet ikke" på spørsmålet om p-pillens effektivitet sammenlignet med minipille. Det er ikke sikkert at alle respondentene visste hva som er forskjellen på en minipille og en p-pille. Minipiller er lite brukt i Norge, også for aldersgruppen som deltok i undersøkelsen. At få hadde riktig oppfatning av hvor sikker p-pillen er i forhold til spiral kan forklares med at de aller fleste unge (kvinner) opplever spiral som et lite attraktivt prevensjonsmiddel og derav har lite kunnskap. De fleste visste at p-pillen er sikrere enn avbrutt samleie og mindre sikker enn sterilisering.

Det er spesielt verdt å merke seg at p-pillens relative sikkerhet sammenlignet med kondom ofte er undervurdert. P-piller er langt sikrere enn kondom, men bare 40% av jentene og 25% av guttene var i besittelse av denne kunnskapen. Spesielt blant guttene var det mange som overvurderte kondometts relative evne til å forebygge svangerskap da 45% vurderte p-pillen som mindre sikker enn kondom. En upublisert undersøkelse utført av Statens Helsetilsyn i 1998, gjengitt i Handlingsplan 1995-1998 (1) viste at mange unge undervurderte p-pillens relative effektivitet. Spesielt var det mange som antok at kondom er sikrere enn p-piller.

Kondom kan være et godt prevensjonsmiddel for dem som sjeldent er seksuelt aktive. Ved lavere seksuell aktivitet er konsistent bruk av kondom mulig å gjennomføre over

tid. For gruppen unge med lav seksuell aktivitet er kondom både effektivt i å forebygge uønskede svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer. Ved hyppigere seksuell aktivitet er kondom lett å glemme. Sett på denne bakgrunnen er det foruroligende av kunnskapen om p-pillens relative beskyttelse mot svangerskap i forhold til kondom er så lav. Resultatene gir klare holdepunkter for at informasjon om prevensjon og effektivitet må knyttes til seksuell aktivitet. Prevensjonskonsultasjoner for jenter skal inneholde en samtale om seksuell aktivitet. Her er det naturlig at helsearbeider gir informasjon om effektivitet vedrørende p-piller og kondom knyttet til konsistent bruk og seksuell aktivitet.

Indeks III: Kunnskap om sykdomsrisiko som følge av p-pillebruk

Kunnskapen var spesielt dårlig vedrørende sykdomsrisiko. For hvert av de fire spørsmålene om risikoen for kreft og blodpropp var "vet ikke" det mest avkryssede svaralternativet (omlag 60%). Kun 1 av 3 hadde minst ett korrekt svar. Også tidligere studier har vist at unge har lite nøyaktig kunnskap om sannsynligheten for mer alvorlige helseproblemer som følge av p-pillebruk (35,44,46).

Kunnskapen var bedre om de negative helseeffektene for blodpropp enn om den forebyggende effekten på kreft i livmor og eggstokker. Få (5-10%) visste at p-pillebruk har en forebyggende effekt på disse kreftformene, mens flere (20%) antok at risikoen øker ved p-pillebruk. Resultatene samsvarer med tidligere forskning som viser at mange unge overdriver risikoen for sykdom (10,46) og har lite kjennskap til de helsemessige fordelene assosiert med p-pillebruk (10).

Tidligere studier viser at helserisiko kan skremme mange fra å bruke p-piller (19,27,31,33,34,52,56), men frykten synes i hovedsak å omhandle kortsiktige bivirkninger og ikke fremtidig sykdom. Studier viser imidlertid at negative mediaoppslag ("pill scares"), hvor enkeltepisoder setter pillen i et negativt lys, kan ha en effekt på praktisk bruk (52). Da det ble kjent senhøstes 1995 at brukere av en type p-pille (Marvelon) hadde dobbel risiko for å få blodpropp enn brukere av andre typer p-piller (59), sluttet nær 75% av norske kvinner med Marvelon (61). Imidlertid gikk salget tilbake til normalnivå etter 8-10 måneder og saken medførte ingen økning i antall aborter i Norge (52). Prevensjons- og aborttall i Finland var upåvirket av "Marvelon-saken" (40). Dette kan tyde på at kunnskapen om de mer sjeldne, men alvorlige bivirkningene, på lang sikt betyr lite for faktisk bruk. Unge kvinner som bruker p-piller har god helse og ungdomskulturen bærer lite preg av bekymringer for mer alvorlige sykdommer som rammer sjelden. Forebyggende helsearbeid kan følgelig ha mer å hente ved å redusere frykten for kortsiktige bivirkninger, spesielt vektøkning og humørforandringer.

4.2.2 Kjønnforskjeller vedrørende kunnskap om p-piller

Tidligere studier har vist at jenter har betydelig mer kunnskap om seksualitet og prevensjon enn gutter (6,18,28,30). I vår studie var jentene vesentlig bedre opplyst om p-piller enn guttene. Langt flere jenter enn gutter hadde en høy kunnskapsscore, dvs. svarte korrekt på minst 9 av de 15 spørsmålene om p-piller (OR = 5.2, $p < .001$).

Tidligere studier har vist at kjønnforskjeller i kunnskap om seksualitet og prevensjon er mindre for tema som har relativt stor relevans også for guttene (6,28,30,37). Vår studie viste at jentene hadde tilegnet seg langt mer kunnskap enn guttene om helsemessige konsekvenser av p-pillebruk (indeks I og III), forhold som kun har direkte betydning for brukere og hvor det derfor er naturlig at menn vet noe mindre. Kjønnforskjellene var langt mindre hva gjelder kunnskap om relativ prevensjonssikkerhet (indeks II), hvor spørsmålene involverer svangerskapsrisiko, som i større grad har direkte betydning også for mannen i seksualrelasjonen.

4.2.3 Kunnskap om p-piller blant jentene

Generelt kan kunnskap erverves på to ulike måter, enten på grunnlag av egne erfaringer eller ved kunnskapsformidling. Vår undersøkelse viste at kunnskap om p-piller blant de kvinnelige elevene i sterk grad var relatert til p-pillebruk og i noen grad til kommunikasjon rundt prevensjon med nære venner.

Tidligere forskning har vist at kunnskap om prevensjon i betydelig grad er assosiert med praktiske bruk, og at p-pillebrukere har mer kunnskap om p-piller enn ikkebrukere (10,19,44). Tilsvarende fant vi at jenter med p-pilleerfaring (bruker nå eller har brukt tidligere over lengre tidsrom) hadde tilegnet seg betydelig mer kunnskap om helsemessige konsekvenser av p-pillebruk (indeks I og III), samt p-pillekunnskap generelt (totalindeks), sammenlignet med jenter uten brukserfaring. Kunnskap om assosiert risiko for bivirkninger eller sykdom vil være av størst relevans for jenter som selv bruker p-piller, og resultatene indikerer at brukere har vært motivert til å skaffe seg denne kunnskapen. Brukere hadde imidlertid ikke på tilsvarende vis tilegnet seg bedre kunnskap om p-pillens relative evne til å beskytte mot graviditet (indeks II), sammenlignet med jenter uten p-pilleerfaring.

Tilsvarende funn i tidligere studier (7,28), fant vi at de av jentene (83%) som var åpne i prevensjonsspørsmål var mer opplyste om p-piller sammenlignet med jenter som ikke diskuterte prevensjon. Vi undersøkte om kunnskapsnivået varierte etter hvem man pratet med eller hvor mange parter de diskuterte med, men fant at disse forholdene var av underordnet betydning. Åpenhet rundt prevensjon blant jentene var imidlertid i hovedsak rettet mot venninner og seksualpartner. Resultatene tyder på at samtalen med disse har hatt et innhold som innebærer en kunnskapsoverføring om p-piller. Åpenhet viste imidlertid ingen sammenheng med kunnskapsnivået for sykdomsrisiko (indeks III), trolig fordi unge i mindre grad er opptatt av eller diskuterer risiko for alvorlige sykdommer som forekommer sjelden og fortrinnsvis blant eldre.

Vi var interessert i å studere om kunnskapsnivået ble påvirket av samtaler med helsepersonell. Analyser viste at jenter som har diskutert prevensjon med helsepersonell er p-pillebrukere og har fått formidlet p-piller av disse. Vi vet ikke hvor mange konsultasjon jentene som har pratet med lege har hatt, men vi kjenner til at jentene i prosjektet har hatt nærmere 3 prevensjonskonsultasjoner med helsesøster (variasjon 1-6) i prosjektperiodens 16 måneder (58). Helsepersonell plikter å informere ungdom om viktige sider ved p-pillen ved foreskriving, og vi kunne forvente at samtaler var forbundet med økt kunnskapsnivå. Analysene for hver av indeksene viste imidlertid gjennomgående at samtaler med helsepersonell ikke var assosiert med økt kunnskap om p-piller. Resultatene tyder på at det å bruke p-piller øker kunnskapsnivået, men at de samtaler som følger i prosessen med anskaffelse ikke er assosiert med høyere kunnskap om p-piller. Resultatene tyder også på at det spiller mindre rolle hvem unge mottar p-piller av. For kunnskapsnivået synes årlige prevensjonskonsultasjoner på 20 minutter å bety lite sammenlignet med den hyppigere kommunikasjonen de fleste jenter (80%) har med venninner.

Det er lite trolig at unge kvinner søker helsevesenet for sin første informasjon om prevensjon. Det er god grunn til å tro at konsultasjonen med helsesøster og/eller lege er siste leddet i informasjonsprosessen for å komme i besittelse av p-piller, og at disse jentene allerede er i besittelse av grunnleggende kunnskap om p-piller. I denne situasjonen kan det være et misforhold i forståelsen av hva innholdet i konsultasjonen skal være; om hvilken informasjon unge kvinner har behov for ved reseptforeskriving og hvilken informasjon helsetjenesten mener de bør tilby.

I samsvar med andre studier (6,28) fant vi at alder (klassetrinn) hadde liten betydning for kunnskapsnivået om p-piller blant videregående skoleelever. Kunnskapsnivået var noe høyere blant jenter i 3. klasse sammenlignet med jenter i 1. klasse. Etersom mange elever har svært mangelfull kunnskap om p-piller indikerer resultatet at en videreføring av den seksualundervisningen som finner sted i ungdomsskolen kan komme mange elever til gode. Å innføre seksualundervisning i den videregående skole har også vært en av målsettingene i Regjeringens plan for å senke forekomsten av uønskede svangerskap blant ungdom (1,2).

4.2.4 Kunnskap om p-piller blant guttene

Resultatene viste at kunnskapsnivået vedrørende p-piller blant guttene var relativt høyt blant de som hadde en seksualpartner og blant de som kommuniserte med nære venner rundt prevensjonsspørsmål. Dette samsvarte med tidligere forskning som har påvist en sammenheng mellom prevensjonskunnskap og seksuell aktivitet (30) og åpenhet (7,28,30).

De 55% av guttene som månedlig diskuterte prevensjon var generelt langt mer opplyste om egenskaper ved p-pillen sammenlignet med de resterende som bare sjelden eller aldri diskuterte prevensjon. Resultatene viste videre en svak signifikant økning i kunnskap for de som pratet med 3 eller flere parter sammenlignet med de som pratet med kun 1 part. Gutter med stor grad av åpenhet, som kommuniserer rundt prevensjon med minst 3 parter, er gutter som har kjæreste og som kan ha lært mye om

p-piller gjennom denne relasjonen. Resultatene indikerer at også guttenes diskusjoner rundt prevensjon berører faktainformasjon om p-piller.

Ettersom kunnskapen om p-piller blant guttene er relativt dårlig, kan det virke paradoksalt at samtaler med kamerater er assosiert med en kunnskapsøkning. Resultatene kan indikere at guttene lærer mye gjennom diskusjoner med jenter (seksualpartnere). Resultatene gir uansett holdepunkter for at helseforebyggende arbeid bør søke å stimulere guttene til åpenhet rundt prevensjon og søke å bedre kvaliteten på diskusjoner i venne-nettverket.

Kunnskap om p-piller blant guttene hadde i noen grad sammenheng med seksuell aktivitet. De 22% av guttene som hadde samleierfaring fra den siste måneden var mer opplyst om hvilke kroppslige endringer som ofte skjer under p-pillebruk (indeks I), sammenlignet med gutter uten samleierfaring fra denne tiden. Sammenhengen kan forstås ved at guttene har lært om bivirkninger gjennom relasjonen til kvinnelige seksualpartnere og at seksuell erfaring bidrar til å motivere ungdom til å skaffe seg kunnskap om prevensjon.

Som for jentene var kunnskapen om p-piller bare i marginal grad påvirket av alder blant guttene. Gutter i 3.klasse kunne noe mer om p-piller enn gutter i 1.klasse. Liten kunnskapsøkning mellom klassetrinn gjenspeiler det faktum at den videregående skole ikke har seksualundervisning som del av sin undervisningsplan.

4.3 Overbevisninger om fordeler og ulemper ved p-pillen

Overbevisninger skiller seg fra kunnskap ved at de baserer seg mindre på objektive faktaopplysninger, men bygger mer på følelser og forutinntatthet. Tidligere resultat tyder på at positive overbevisninger kan være mer prediktiv for god prevensjonsbruk enn korrekt kunnskap (19,49,50).

Mens tidligere studier (23,27,33,34,44,46) har funnet at negative overbevisninger vedrørende p-pillen er utbredt, var det en klar tendens i vår studie at majoriteten generelt var positive til egenskaper ved p-pillen. Utvalget var i hovedsak positive til p-piller både i forhold til mengde ubehag assosiert med bruk, prevensjonssikkerhet og estimert risiko for kreft og blodpropp. Som vist i tidligere resultat, var gutter noe mer skeptiske til konsekvensene av p-pillebruk enn jenter (6). De fleste av jentene (85%) og over halvparten av guttene (60%) ga positive responser på minst to av de tre holdningsspørsmålene som inngikk i definisjonen av "en generell positiv overbevisning om p-piller".

4.3.1 Positiv overbevisning om p-piller blant jenter

Blant jenter var en generell positiv overbevisning om p-piller i betydelig grad relatert til kunnskap om p-piller, p-pillebruk, samt i noen grad til venninnesamtaler om prevensjon.

Kunnskap om p-piller var den forklaringsvariabel som hadde størst forklaringskraft for overbevisninger om p-piller blant jentene. Positive overbevisninger var vesentlig mer utbredt blant jenter med god kunnskap om p-piller sammenlignet med jenter med lite slik kunnskap. For jentene var det imidlertid kun kunnskapsindeks I (kroppslige endringer) og II (prevensjonssikkerhet) som hadde signifikant forklaringsverdi for overbevisninger. Kunnskap om risikoen for kreft og blodpropp (indeks III) hadde ingen forklaringsverdi, hvilket indikerer at risiko for alvorlige sykdommer betyr mindre for unges holdninger rundt p-piller. Resultatene viste at jenter med noe kunnskap (høy kunnskap på enten indeks I eller indeks II) var signifikant oftere positive til p-piller sammenlignet med jenter med lite kunnskap (lav kunnskap på begge indekser). Videre hadde jenter med mye kunnskap (høy kunnskap på begge indekser) signifikant oftere en generell positiv overbevisning til p-piller sammenlignet med jenter med noe kunnskap. Jenter med god kunnskap på begge kunnskapsmålene (57% av jentene) hadde 9 ganger større sannsynlighet ($OR = 9$) for å være i kategorien med "en generell positiv overbevisning om p-piller" sammenlignet med jenter med lite kunnskap (12% av jentene).

Positive overbevisninger om p-pillen var langt mer utbredt blant de 40% av jentene som brukte p-piller sammenlignet med de resterende uten p-pilleerfaring. Funnet kan tyde på at positive overbevisninger er en av forutsetningene for å bruke p-piller. Dette vil underbygge viktigheten av å fokusere på de holdninger og subjektive overbevisninger unge har vedrørende p-piller. Resultatene tyder på at god kunnskap, positive overbevisninger og p-pillebruk virker selvforsterkende på hverandre.

Det sosiale miljø kan ha en markant innflytelse på unges holdninger til prevensjon (53). Resultatene viste at jentene som hyppig diskuterte prevensjon med sine venninner var oftere positive til kvaliteter ved p-pillen. Resultatet tyder på at venninnesamtaler fremhever positive fordeler ved pillen i større grad enn ulemper. Videre var positive overbevisninger i noen grad assosiert med foreldresamtaler om prevensjon. En nærliggende tolkning er at foreldre i sine samtaler med barna generelt er positive til p-piller og til bruk av prevensjon.

4.3.2 Positiv overbevisning om p-piller blant gutter

Positive overbevisninger om p-piller var blant guttene, som for jentene, i betydelig grad assosiert med god kunnskap om p-piller. Gutter som var velopplyste om hvordan p-pillebruk påvirker kroppslige forhold og om p-pillens relative evne til å beskytte mot graviditet (indeks I og II) var langt oftere positive til p-pillen enn gutter med mindre slik kunnskap. "En generell positiv overbevisning" om p-piller var 7 ganger mer utbredt ($OR = 6.9$) blant de 22% av guttene med mye kunnskap (god kunnskap på

begge indekser) sammenlignet med de 40% av guttene som hadde lite kunnskap (lav kunnskap på begge indekser).

Gutter som hyppig diskuterte prevensjon med 1 eller flere parter hadde over dobbelt så ofte (OR > 2) "en generell positive overbevisning" om p-pillen, sammenlignet med gutter uten en slik åpenhet. Gutter som ikke diskuterer emnet med andre mennesker er trolig mer henvist til TV, bøker og blader for å få informasjon om prevensjon (33). Resultater fra den foreliggende studien indikerer at kommunikasjon rundt prevensjon med andre mennesker bidrar til god kunnskap og positive holdninger vedrørende p-piller. Også andre studier har vist at det sosiale miljø kan stimulere til positive prevensjonsholdninger blant ungdom (53).

5 IMPLIKASJONER

Den foreliggende studien belyser sider ved ungdom og prevensjon, og gir viktige implikasjoner for fremtidig helsearbeid.

5.1 Styrket seksualundervisning i ungdomsskolen

Læreplanen for den 10-årige grunnskolen (62) angir ingen retningslinjer for seksualundervisning i grunnskolen, unntatt for 10. klassetrinn hvor det finns få og vage føringer. En målrettet satsning mot økt åpenhet og bedre kunnskap vedrørende prevensjon, også i de foregående klassetrinn, kan bidra til å bedre holdninger og prevensjonsatferd blant unge. Unge selv gir tilbakemeldinger om at den undervisning de mottar kommer på et for sent tidspunkt (41).

Åpenheten rundt prevensjon synes å være etablert før elevene begynte i den videregående skolen. Dette tyder på at åpenhet og evnen til å snakke i stor grad utvikles i årene de unge går på ungdomsskolen. Ungdomsskolen bør legge vekt på å lære spesielt guttene et ordforråd som gjør det lettere å snakke om seksualitet og prevensjon på en naturlig måte.

Intervensjoner på gruppenivå eller i venne-nettverk kan være effektive tiltak for å stimulere til økt åpenhet rundt prevensjon (14). Tradisjonell seksualundervisning og andre strategier kan ha en tendens til å bli for tungt, kjedelig og ekspertpreget. Vi tror gruppebasert, tema-orientert læring kan stimulere elever, også guttene, til å prate mer om seksualitet og prevensjon.

5.2 Seksualundervisning i den videregående skolen

Ungdom er ofte seksuelt aktive før effektive prevensjonsvaner er etablert og tiden rett etter seksuell debut er forbundet med høy risiko for uønsket graviditet (22,39). Gjennomsnittlig seksuell debutalder i Norge er 17-18 år og følgelig er det mange som har sin debut mens de går i den videregående skolen. Studien har avdekket at elever i den videregående skolen mangler faktakunnskap for å praktisere en trygg seksualatferd. For å skape sunne prevensjonsvaner og bedre tryggheten for den enkelte bruker vil det derfor være av betydning å vedlikeholde og påbygge prevensjonskunnskap fra ungdomsskolen i den videregående skolen.

Åpenhet og kunnskap vedrørende prevensjon bedres i liten grad fra 1. til 3. klassetrinn, noe som trolig i stor grad skyldes at læreplaner for den videregående skolen per i dag ikke inneholder momenter vedrørende seksualundervisning (63). Et strukturert opplegg for seksualundervisning bør innføres også i undervisningsplanene for de videregående skoler, som foreslått av Regjeringen i lengre tid (1-3). Slik undervisning kan vært et viktig redskap for å bedre kunnskapen blant unge om p-piller, en kunnskap som utveksles i det sosiale miljøet. Studien har vist områder hvor unge bør gis bedre informasjon.

5.3 Foreldre og helsearbeideres rolle

Omfanget av kommunikasjon med voksne er marginal sammenlignet med åpenheten de unge har til nære venner. Samtaler med helsearbeidere oppsto i hovedsak ved konsultasjoner for å skaffe seg p-piller. Videre viste resultatene at møter med helsearbeidere ikke predikerte bedre kunnskap eller mer positive holdninger vedrørende p-piller. Helsearbeideres rolle med hensyn til unges kunnskap og holdninger om p-piller synes å være av mindre betydning.

Våre resultat tyder på at tiltak for å øke kunnskapen og påvirke holdninger kan vise seg effektive ved å styrke kommunikasjonen om prevensjon i vennenettverket. For unge er påvirkning fra venner og det sosiale miljø viktigere enn råd fra foreldre eller seksualundervisning på skolen (14). For å bedre kvaliteten på råd og samtaler i vennenettverket er det imidlertid av betydning at unge nytter seg av den kunnskapen voksne besitter. En forutsetning er at voksne blir dyktigere i å kommunisere med ungdom om prevensjon. Voksne som opptrer positivt, lyttende og støttende og føler seg trygge i prevensjonssamtaler har større mulighet til å påvirke unges prevensjonsatferd (9,14,18,38). Vår studie tyder på at åpenheten mellom ungdom og foreldre kan styrkes. I Finland sender styresmaktene ut et skriv til alle 16-åringene om bl.a. seksualitet, prevensjon og samliv. Skrivet omfatter et bilag til foreldrene, og er ment å stimulere til diskusjon mellom ungdom og foreldre om prevensjon (45). Kanskje den norske helseministeren skulle initiere et brev til hjemmene som tilsvarer det som styresmaktene sender ut i Finland? Det er viktig å understreke foreldres ansvar for å snakke med sine barn om seksualitet og prevensjon.

6 OPPSUMMERING

Resultatene fra denne undersøkelsen kan oppsummeres på følgende måte:

- Åpenheten rundt prevensjon var langt større blant jentene enn guttene. Omlag 85% av jentene og 55% av guttene diskuterer prevensjon minst månedlig.
- Elevene diskuterer prevensjon i all hovedsak med jevnaldrende. 80% av jentene diskuterer prevensjon med sine venninner minst månedlig, tilsvarende 40% av guttene med sine kamerater. Tilsvarende åpenhet med kjæreste er også noe vanligere blant jenter.
- Få oppga månedlige prevensjonssamtaler med voksne. Slike samtaler var imidlertid noe mer vanlig på årsbasis blant jentene – både med foreldre (45%), helsesøster (40%) og lege (30%).
- Det skjer få endringer i kommunikasjonsmønsteret rundt prevensjon mellom 1. og 3. klassetrinn. Åpenhet rundt prevensjon etableres i hovedsak før elevene begynner i den videregående skolen.

- Kunnskapsnivået på de 15 spørsmålene om p-piller var langt høyere blant jentene enn blant guttene. Kjønnforskjellene var betydelige for kunnskap om kroppslige endringer under p-pillebruk (bivirkninger) og mindre for kunnskap om p-pillens prevensjonssikkerhet jamført andre preventiver.
- Elevene mangler kunnskap på bestemte områder. Få er klar over at vektøkning og humørforandringer forekommer hyppigst i startfasen ved p-pillebruk. Mer enn 6 av 10 elever vet ikke at p-pillen er mer prevensjonssikker enn kondomet. Kun 10-20% av respondentene visste hvordan p-pillebruk påvirker risikoen for kreft og blodpropp.
- Jenter erverver kunnskap om p-piller gjennom eget p-pillebruk og i noen grad gjennom åpenhet i prevensjonsspørsmål med nære venner.
- Gutter erverver kunnskap om p-piller gjennom å diskutere prevensjon med nære venner og seksualpartner.

- Positive overbevisninger om p-piller ble målt gjennom 3 spørsmål om mengde ubehag, prevensjonssikkerhet og sykdomsrisiko som elevene assosierte med p-pillebruk. 85% av jentene og 60% av guttene svarte positivt på minst 2 av disse 3 spørsmålene, hvilket definerte en "generell positiv overbevisning".
- Ingen elever var uttalt negative til egenskaper ved p-pillen, men guttene svarte noe oftere "vet ikke" på spørsmålene om overbevisninger.
- Blant jenter er en generell positiv overbevisning om p-piller i sterk grad assosiert med god kunnskap om p-piller, og i noe mindre grad relatert til p-pilleerfaring og åpenhet rundt prevensjon med venninner.
- Blant gutter er en generell positiv overbevisning om p-piller i sterk grad predikert ved god kunnskap om p-piller og i noen grad ved åpenhet i prevensjonsspørsmål.

7 Referanser

1. Handlingsplan 1995-1998. For forebygging av uønskede svangerskap og abort. Oslo: Statens Helsetilsyn, Sosial- og Helsedepartementet, Barne- og Familiedepartementet, 1995.
2. Handlingsplan 1999-2003. Forebygging av uønskt svangerskap og abort. Oslo: Sosial- og Helsedepartementet, 1999.
3. St.meld. nr 16. (1995-1996). Om erfaringer med lov om svangerskapsbrudd.
4. Unicef Report. A League Table Of Teenage Births In Rich Nations. Innocenti Report Card Issue No. 3. Florence: Innocenti Research Centre, 2001.
5. Hacker K, Amare Y, Strunk N, Horst L. Listening to Youth: Teen Perspectives on Pregnancy Prevention. *J Adol Health* 2000; 26: 279-88.
6. Leland N, Barth R. Gender Differences in Knowledge, Intentions, and Behaviors Concerning Pregnancy and Sexually Transmitted Disease Prevention Among Adolescents. *J Adol Health* 1992; 13: 589-99.
7. Inazu J, Fox G. Maternal Influences on the Sexual Behavior of Teen-Age Daughters. *J Fam Issues* 1980; 1: 81-102.
8. Lindsay J, Smith A, Rosenthal D. Conflicting advice? Australian adolescents' use of condoms or the pill. *Fam Plann Perspect* 1999; 31: 190-4.
9. Miller K, Kotchick B, Dorsey S, Forehand R, Ham A. Family Communication About Sex: What Are Parents Saying and Are The Adolescents Listening? *Fam Plann Perspect* 1998; 30: 218-35.
10. Bryden P, Fletcher P. Knowledge of the risks and benefits associated with oral contraception in a university-aged sample of users and non-users. *Contraception* 2001; 63: 223-27.
11. Glor J, Severy L. Frequency of Intercourse and Contraceptive Choice. *J Biosoc Science* 1990; 22: 231-37.
12. Poppen P. Adolescent Contraceptive Use and Communication: Changes over a decade. *Adolescence* 1994; 29: 503-14.
13. Lowe C, Radius S. Young adults contraceptive practices: An investigation of influences. *Adolescence* 1987; 22: 291-302.
14. Lear D. Sexual communication in the age of AIDS: The construction of risk and trust among young adults. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1311-23.

15. Tessler SL, Palpert JF. Perceptions of Contraceptive Effectiveness and Health Effects of Oral Contraception. *Womens Health Issues* 1997; 7: 400-6.
16. Burger JM, Inderbitzer HM. Predicting Contraceptive Behavior Among College Students: The role of Communication, Knowledge, Sexual Anxiety, and Self-Esteem. *Arch Sex Beh* 1985; 14: 343-50.
17. Fletcher PC, Bryden PJ, Bonin E. Preliminary examination of oral contraceptive use among university-aged females. *Contraception* 2001; 63: 229-33.
18. Mueller K, Powers W. Parent-Child Sexual Discussion: Perceived Communication Style And Subsequent Behavior. *Adolescence* 1990; 25: 469-82.
19. Whitley B, Schofield J. A Meta-Analysis of Research on Adolescent Contraceptive Use. *Population and Environment* 1986; 8: 173-203.
20. Furstenberg F, Herceg-Baron R, Shea J, Webb D. Family Communication and Teenagers' Contraceptive Use. *Fam Plann Perspect* 1984; 16: 163-9.
21. Persson E, Jarlbro G. Sexual behaviour among youth clinic visitors in Sweden: knowledge and experiences in an HIV perspective. *Genitour Med* 1992; 68: 26-31.
22. Moore P, Adler N, Kegeles S. Adolescence and the Contraceptive Pill: The Impact of Beliefs on Intentions and Use. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 48-56.
23. Tyden T, Björkelund C, Olsson S. Sexual behavior and sexually transmitted diseases among Swedish university students. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 219-24.
24. Persson E. The sexual behaviour of young people. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 1074-6.
25. Adler NE, Kegeles, SM, Irwin CE, Wibbelsman C. Adolescent contraceptive behavior: An assessment of decision processes. *The Journal of Pediatrics* 1990; 116: 463-71
26. American Academy of Pediatrics. Sexuality, Contraception, and the Media. *Pediatrics* 2001; 107: 191-4.
27. Riphagen F, Ketting E. Comparative overview of results from eight surveys on contraceptive behaviour. I: Ketting, E, red. *Contraception in Western Europe; a current appraisal*. Camforth: Parthenom Publishing Group, 1990: 77-110.
28. Pape H, Træen B. Kunnskap og kommunikasjon om sex og prevensjon. I: Træen B, red. *Ungdomsseksualitet i AIDS-tider*. Oslo: Statens Institutt for Folkehelse, 1990: 93-103.

29. Erdal-Aase A. Kilder til seksualopplysning hos de unge. I: Walløe L, red. Seksualitet, familieplanlegging og prevensjon i Norge. Oslo: Universitetsforlaget, 1977: 167-74.
30. Kraft P. Sexual knowledge among Norwegian adolescents. *J Adolescence* 1993; 16: 3-21.
31. Larsson G, Milsom I, Andersch B, Blohm F. A Comparison of Contraceptive Habits and Pregnancy Outcome at 19 Years of Age in Two Cohorts of Swedish Women Born 1962 and 1972. *Contraception* 1996; 53: 259-65.
32. Eisen M, Zellman G, McAlister A. Evaluating the Impact of a Theory-Based Sexuality And Contraceptive Education Program. *Fam Plann Perspect* 1990; 22: 21-6.
33. Kisker E. Teenagers Talk About Sex, Pregnancy and Contraception. *Fam Plann Perspect* 1985; 17: 83-91.
34. Braverman P, Strasburger V. Contraception. *Clin Pediatr* 1993; 32: 725-34.
35. Peckham S. Preventing Unintended Teenage Pregnancies. *Public Health* 1993; 107: 125-33.
36. Casper LM. Does Family Interaction Prevent Adolescent Pregnancy? *Fam Plann Perspect* 1990; 22: 109-14
37. Kegeles S, Adler N, Irwin CJ. Sexually active adolescents and condoms: Changes over one year in knowledge, attitudes and use. *Am J Public Health* 1988; 78: 460-1.
38. Whitaker D, Miller K, May D, Levin M. Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: the importance of parent-teenager discussions. *Fam Plann Perspect* 1999; 31: 117-21.
39. Leigh B, Morrison D, Trocki K, Temple M. Sexual Behavior of American Adolescents: Results from a U.S. National Survey. *J Adolesc Health* 1994; 15: 117-25.
40. Kosunen E, Huhtala H, Rimpela A, Rimpela N, Liinamo A. Public scare has not deterred Finnish teenagers from using oral contraceptives. *BMJ* 1997; 314: 1348.
41. Scott J. School's out...for family planning. *Nursing Standard* 1995; 9: 20-1.
42. Malus M, LaChance P, Lamy L, Macaulay A, Vanasse M. Priorities in Adolescent Health Care: The teenager's Viewpoint. *J Fam Pract* 1987; 25: 159-62.
43. Egarter C, Strohmer H, Lehner R, Foldy M, Leitich H, Berghammer P. Contraceptive Knowledge and Attitudes of Austrian Adolescents After Mass Media Reports Linking Third-Generation Oral Contraceptives With an Increased Risk of Venous Thromboembolism. *Contraception* 1997; 56: 147-52.

44. Træen B, Iversen O, Fjellvang N. Beliefs about use of oral contraception among women in Oslo. *Scand J Sexology* 2000; 4: 3-24.
45. Kosunen E, Sihvo S, Koponen P, Hemminki E. Do young women have specific problems in contraceptive use and counselling? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio* 1999; 83: 15-20.
46. Peremans L, Hermann I, Avonts D, Van Royen P, Denekens J. Contraceptive knowledge and expectations by adolescents: an explanation by focus groups. *Patient Education and Counselling* 2000; 40: 133-41.
47. Virjo I, Kirkkola A, Isokoski M, Mattila K. Contraceptive Methods: Knowledge Sources Rated by Women and Men. *Contraception* 1999; 59: 257-63.
48. Tanfer K, Rosenbaum E. Contraceptive Perceptions and Method Choice Among Young Single Women in the United States. *Stud Fam Plann* 1986; 17: 269-77.
49. Oddens B. Determinants of Contraceptive Use Among Women of Reproductive Age in Great Britain and Germany II: Psychological factors. *J Biosoc Sci* 1997; 29: 437-70.
50. Forrest J, Frost J. The Family Planning Attitudes and Experiences of Low-Income Women. *Fam Plann Perspect* 1996; 28: 246-55.
51. Forrest J, Fordyce R. Women's Contraceptive Attitudes and Use in 1992. *Fam Plann Perspect* 1993; 25: 175-9.
52. Skjeldestad F. P-pillesal, fødsler og svangerskapsavbrot før og etter "Marvelon-saken". *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 330-4.
53. Gruber E, Chambers C. Cognitive development and adolescent contraception: Integrating theory and practice. *Adolescence* 1987; 22: 663-70.
54. Brooks-Gunn J, Furstenberg F. Adolescent Sexual Behavior. *Am Psychol* 1989; 44: 249-57.
55. Scowen P. CPHVA Annual Professional Conference 1997. Pulling together for health: 2. Professional Care of Mother and Child 1998; 8: 55-6.
56. Wysocki S. Improving Patient Success with Oral Contraceptives: The Importance of Counselling. *Nurse Pract* 1998; 23: 51-62.
57. Aasland O. Evaluering av Legeforeningens handlingsplan for bedre prevensjonsveiledning og reduserte aborttall. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1642-45.
58. Skjeldestad F. Forsøk med Samliv- og Prevensjonsveiledning i Kommuner 1997-2000. Trondheim: Sintef Unimed, 2001.

59. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. *Lancet* 1995; 346:1582-8.
60. Stammers T, Ingham R. Education and debate: For and against – Doctors should advise adolescents to abstain from sex. *BMJ* 2000; 321: 1520-2.
61. Rygh LH. Tvilsomt om Marvelon-saken førte til p-pillefrykt. *Nytt om legemidler*, 1997; 20: 3-4.
62. Kirke-, Utdannings- og Forskningsdepartementet (KUF). Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen. Oslo: KUF, 1996.
63. Kirke-, Utdannings- og Forskningsdepartementet (KUF). Reform '94. Videregående opplæring. Oslo: KUF, 1993.