



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

JOR508

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	30-04-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	06-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 JOR508 1 O 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 433

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 19247

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 1

**Andre medlemmer i gruppen:** 429

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

## **MASTEROPPGAVE**

Holdninger til seksuell helse blant  
ungdommer i Limpopo i Sør-Afrika

Attitudes towards sexual health among  
teenagers in Limpopo in South Africa

**Kandidatnr. 429 og 433**

Master i Jordmorfag,

JOR508 Masteroppgave

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato 06.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

## **Førord**

En av de mange oppgavene som jordmor har, er å undervise andre om seksuell helse.

Dette har vært en spennende oppgave å jobbe med, og vi opplever at det har beriket vår kunnskap rundt sørafrikansk kultur og skapt et større engasjement for at alle skal ha tilgang til seksualundervisning.

Vi ønsker å takke våre veiledere for inspirasjon, innspill og veiledning underveis i Mastergradsprosjektet.

Takk til familiene våre for at dere har støttet oss og heiet oss fram mot målet om å bli jordmødre.

## Abstrakt

**Bakgrunn:** Sør-Afrika har den høyeste HIV/Aids-raten i verden og svært høy forekomst av tenåringsgravitet, abort og seksuelt overførbare sykdommer (SOI). Sørafrikansk lovverk legger til rette for at alle skal ha tilgang på gratis prevensjon, muligheter til familieplanlegging og tilbud om seksualundervisning. Likevel er utfordringer innen seksuell helse store.

**Hensikt:** Øke bevisstheten rundt holdninger til seksuell helse blant ungdom i Sør-Afrika, slik at vi som jordmødre bedre kan opptre som effektive og gode rollemodeller i et flerkulturelt samfunn.

**Problemstilling:** Hvilke holdninger til seksuell helse har ungdommer i Limpopo, Sør-Afrika?

**Metode:** Kvalitativt design med empiri innhentet av I. Spjeldnæs til hennes doktorgradsavhandling gjennom semistrukturerte intervjuer. Vi har tatt i bruk Systematisk Tekstkondensering (STC) som analyseverktøy.

**Resultater:** Holdninger til seksuell helse viste seg å være uttrykt gjennom kunnskap og erfaringer. Debutalderen i Limpopo var ifølge deltagerne for lav, alle kjente til noen som var tenåringsmødre men få kjente til tenåringsfedre. Prevensjon var noe informantene ble anbefalt å bruke, men ingen av dem brukte prevensjon fast. Abort var et utfordrende tema, og SOI og HIV ble ansett som to forskjellige sykdommer. Mødre var først og fremst den de kunne stole på da fedre ofte var fraværende. Informasjonskilder som deltagerne benyttet seg av var slektninger, bøker, brosjyrer, tv, radio, seminarer og skole. Alle deltagerne ønsket egen familie i fremtiden.

**Konklusjon:** Resultatene viste varierende holdninger tilknyttet seksuell helse. Det er viktig at det blir tilbudt riktig og veiledende seksualundervisning til ungdommer, og som følge av det kan ta gode og informerte valg, slik at tallene på aborter, tenåringsgraviteter, SOI og HIV kan avta. Det å ha fokus på holdninger i et samfunn kan være et viktig steg på veien mot tilstrekkelig informasjon/kunnskap om seksuell helse.

**Nøkkelord:** *holdninger, ungdommer, seksuell helse, seksuell helse utfordringer, rollemodeller, informasjonskilde, prevensjonsundervisning.*

## **Abstract**

**Background:** South Africa has the highest prevalence of HIV/Aids in a global perspective, and a relatively high prevalence of teenage pregnancies, abortion and sexually transmitted diseases (STD). South African legislations facilitate the access to free contraceptives, family planning and sexual education, yet the numbers of sexual health problems are so high.

**Aim:** To raise the awareness of attitudes towards sexual health among teenagers in South Africa, as to improve the midwives' work as good and efficient role models in a multicultural society.

**Thesis question:** What attitudes do teenagers in Limpopo, South Africa, have towards sexual health?

**Methodology:** Qualitative design with empirical data collected by I. Spjeldnæs for her PhD thesis through semi-structured interviews. We analyzed using Systematic Text Condensation (STC).

**Results:** Attitudes towards sexual health was shown through knowledge and experiences. Age of sexual debut in Limpopo was according to the informants too low, everyone knew about someone who was a teenage mother, but few knew any teenage fathers. Contraceptives were something they were recommended to use, but none of the informants frequently used contraceptives. Abortion was a challenging subject, and STD and HIV were considered as two different affairs. Mothers were first and foremost the ones associated with trust as fathers often were absent. Sources of knowledge the informants used were relatives, books, brochures, TV, radio, workshops and school. All informants wished to start their own family in the future.

**Conclusion:** The results showed a wide range of attitudes towards sexual health. It's important that teenagers are offered correct and advisable sexual education, and because of this can take good and informative decisions, so that the numbers of abortions, teenage pregnancies, STDs and HIV can diminish. Having a focus on attitudes in a society could be an important step towards sufficient information/knowledge about sexual health.

**Key words:** *Attitudes, teenagers, sexual health, sexual health issues, role models, information sources, preventive education.*

**Terminologi og omfang i beskrivelser av befolkningen**

For å være tro mot datamaterialet vil vi bruke begreper som “hvite”, “svarte”, “fargede” og “indere”. Begrepene har sin opprinnelse fra Apartheid-regimet i Sør-Afrika og har fortsatt deskriptiv betydning i forhold til kunne beskrive forskjeller i befolkningen i dagens sørafrikanske samfunn. Personlig distanserer vi oss fra denne type benevnelser av mennesker med ulik hudfarge, da det ofte er relatert til rasistiske utsagn. Vi synes selv denne formuleringen kan være veldig direkte og uetisk, men har måtte bruke disse definisjonene for å tydeliggjøre de klare skillene mellom de ulike gruppene.

Når en leser denne oppgaven håper vi at leseren forstår omfanget av prosentandelene vi presenterer i oppgaven. I Sør-Afrika er det mer enn 56 millioner mennesker, og er det en forekomst på bare én prosent vil det dreie seg om titusentalls mennesker.

**Forkortelser**

Aids – Acquired Immunodeficiency Syndrome

FN/UN – Forente Nasjoner/United Nations

ICM - International Confederation of Midwives.

HIV – Humant Immunsvikt Virus/Human Immunodeficiency Virus

HPV – Humant Papilloma Virus

LARC – Long Acting Reversible Contraceptive

NVivo - dataverktøy

REK vest – Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk på Vestlandet

SADHS – South Africa Demographic and Health Survey

SAIRR – South African Institute of Race Relations

SARC – Short Acting Reversible Contraceptive

SATZ – South Africa and Tanzania Project

SOI - Seksuelt overførbare infeksjoner/Seksuelt overførbare sykdommer/  
kjønnsykdommer.

STATS SA – Statistics South Africa

STC – Systematisk Tekstkondensering/Systematic Text Condensation

STD/STI – Sexually Transmitted Diseases/Sexually Transmitted Infections

TOP law – (Choice of) Termination of Pregnancy Law

UNAIDS – The Joint United Nations Program on HIV and AIDS

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

WAS – World Association of Sexual Health

WHO – World Health Organization/Verdens Helseorganisasjon



## Arbeidsfordeling

Den beste måten for oss å arbeide var å sitte sammen under skriveprosessen slik at vi fortløpende kunne diskutere formuleringer, hva som skulle inkluderes og hva som skulle ekskluderes. Det var vanskelig å skrive på oppgaven i de periodene vi var i praksis ulike steder i landet, men vi brukte den tiden på å bli bedre kjent med datamaterialet vi hadde fått tildelt. I de periodene på timeplanen som var satt av til å jobbe med masteroppgaven har vi jobbet effektivt. Det at vi har jobbet mye sammen gjør det vanskelig å vise klart hvem som har hatt hovedansvaret for hva, men her er en tabell hvor vi har prøvd å vise omtrent hvordan vi har arbeidet med de ulike kapitlene.

Kapittel 1 og 2	Kandidat 433 kom med ideen om oppgaven, og så at det var sammenheng mellom deltagernes holdninger og hvilken oppvekst de hadde, som ledet oss til bakgrunn og teoretiske rammeverket.  Kandidat 429 hadde hovedansvar for å finne litteratur til å skrive innledning, bakgrunn og for å diskutere oppgaven med. Hun hadde mer engasjement til søkeprosessen og tok seg derfor av dette. Kandidat 433 hjalp til når diskusjonen skulle skrives med å finne kilder som manglet.
Kapittel 3	Teorikapittelet skrev Kandidat 433 ved å bruke både primær- og sekundærkilder innen sosialpsykologien.
Kapittel 4	Kandidat 429 gikk gjennom litteratur om ulike analysemetoder og etter vi ble enige om en metode, skrev kandidat 429 metodekapittelet.
Kapittel 5	Som nevnt i oppgaven jobbet vi parallelt med datamaterialet før vi satt oss sammen og diskuterte innholdet. Vi hadde begge trukket ut meningsbærende enheter og diskuterte dem sammen for å lage kondensater og skrive resultatdelen.
Kapittel 6	Diskusjonskapittel var i stor grad felles innsats. Kandidat 433 trakk ut poenger fra resultatene, mens kandidat 429 foreslo litteraturen som kunne være relevant for diskusjonen.
Kapittel 7	Konklusjon, abstrakt og forord har vi utarbeidet sammen. Korrekturlesning, formuleringer og setningsoppbygging har vi gått gjennom sammen.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Jordmorrollen i en global kontekst.....	4
1.1.1 Problemstilling .....	5
2.0 Bakgrunn .....	5
2.1 Provinsen Limpopo .....	6
2.2 Sør-Afrikas historie i forhold til kvinners rolle og seksualpolitikk .....	6
2.3 Reproduktiv helse i Sør-Afrika .....	8
2.3.1 Seksuelt overførbare infeksjoner.....	8
2.3.2 HIV/Aids .....	9
2.3.3 Abort .....	10
2.3.4 Prevensjon.....	10
2.3.5 Undervisning om Reproduktiv helse og Seksuelt overførbare sykdommer .....	11
3.0 Teoretisk rammeverk .....	12
3.1 Trekomponentmodellen og Endimensjonal tilnærming .....	12
3.2 Handlingsdisposisjon og holdningsdannelse .....	14
3.3 Roller og gruppepress.....	15
4.0 Metode .....	17
4.1 Design .....	17
4.2 Rekruttering.....	17
4.3 Datainnsamling .....	18
4.3.1 Intervju .....	19
4.3.2 Språk og transkribering.....	19
4.3.3 Informantene .....	20
4.4 Forforståelse .....	20
4.5 Analyse.....	21
4.6 Etikk .....	24
5.0 Resultater .....	25
5.1 Kunnskaper og erfaringer om reproduktiv helse .....	25
5.1.1 Ønsker å utsette debutalder .....	26
5.1.2 Tenåringsgraviditet er ikke ønskelig, men få benytter seg av prevensjonsmidler ..	27
5.1.3 Ambivalent forhold til abort .....	29
5.1.4 Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) blir ansett som noe annet enn HIV .....	30

5.2 Foreldrerollen bør være viktigere enn kjønnsrollen .....	31
5.3 Informasjon om seksuell helse hentes fra ulike kilder .....	34
5.4 Gode opplevelser i oppvekst gir større sannsynlighet for videreføring av holdninger..	36
6.0 Diskusjon .....	38
6.1 Rollemodeller sin betydning for holdningsdannelse .....	39
6.2 Gruppepress og dårlige rollemodeller får skylden for ung debutalder og tenåringsgraviditet .....	40
6.3 Mistenksom til prevensjon og redd for abort .....	42
6.4 Er smitte det som skal til for å få holdningsendring om SOI? .....	45
6.5 Bedre seksualundervisning .....	47
6.6 Metodekritikk .....	48
7.0 Konklusjon .....	51
Referanseliste .....	53
Vedlegg .....	i
Vedlegg I: Eksempel på matrise under analyseringsprosessen .....	i
Vedlegg II: E-post fra REK vest .....	iii

## 1.0 Introduksjon

*“(...) innen 2030 sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse, herunder familieplanlegging og tilhørende informasjon og opplæring, og sikre at reproduktiv helse innarbeides i nasjonale strategier og programmer”*

*FNs Bærekraftsmål Delmål til mål 3 (2015, pkt.3.7).*

Forente Nasjoner (FN/UN) underskrev i 2015 *The United Nations Sustainable Development Goals* (Bærekraftsmålene på norsk). Denne planen erstattet Tusenårsmålene som gikk ut i 2015, for igjen å rette fokus på skjevfordelinger av ressurser i verden og i forsøk på å utjevne forskjellene. Målene består av å sørge for gratis skolegang til alle barn, få millioner av mennesker ut av ekstrem fattigdom, samt skape tryggere rammer rundt reproduktiv helse i verden (FN-Sambandet, 2015). For å skape tryggere rammer rundt reproduktiv helse, krever FN at det er tilgang til opplæring og informasjon rundt seksuell- og reproduktiv helse. Vi vil se nærmere på Limpopo, Sør-Afrika, og rette fokus mot holdninger tilknyttet seksuell helse.

Uttrykket seksuell helse blir av Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2006/2010) definert som:

*"(...) a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. (...)"*

FN og WHO har stort fokus på at seksualundervisningen må nå ut til ungdommene. At ungdommer ikke mottar undervisning og god veiledning er en av hovedårsakene til at seksuelt overførbare sykdommer og tenåringsgraviditeter er et globalt problem (UN, 2011, s. 34; WHO, 2019a). Dessverre er ikke mangelen på tilbud til ungdommene den eneste utfordringen, men holdninger og tradisjoner i det samfunnet ungdommen kommer fra spiller en stor rolle for kvaliteten på seksualopplysningen. Blant de 33 millioner menneskene (per 2009) som lever med HIV i verden, er rundt 23 prosent av dem ungdommer under 25 år (UN, 2011, s. 37).

Sør-Afrika er et av landene med høyest HIV/Aids-rater, med 7,1 millioner smittede ifølge The Joint United Nations Program on HIV and AIDS (UNAIDS, 2018). De statlige organene i Sør-Afrika sier det er en begynnende nedgang (SAIRR, South African Institute of Race Relations, 2018), men landet er fremdeles hardt rammet av sykdommen med 1000-1500 nye tilfeller hver dag (MOBIEG, 2018). I tillegg ligger land sør for Sahara høyest på statistikken med tenåringsgraviditeter, med 122 barn per 1000 kvinne mellom 15-19 år (UN, 2011, s. 31). Med tanke på at FN og WHO mener holdninger, verdier, tradisjoner og tro står i veien for å nå målet om bedre seksuell og reproduktiv helse, ønsker vi å se nærmere på holdninger ungdommer har til temaet seksuell helse. Siden Sør-Afrika er et land med høye HIV/Aids-rater og mange tenåringsgraviditeter, ønsker vi å se på hvilke holdninger sørafrikanske ungdommene har til bruken av prevensjon som kan forebygge smitte av HIV og andre seksuelt overførbare infeksjoner.

I 2005 kom den sørafrikanske regjeringen med nytt regelverk for nasjonal helse. Der ble det blant annet lovfestet at kvinner har rett på gratis helsehjelp når det kommer til prevensjonsmidler, abort og familieplanlegging, i tillegg til at midler som kan forhindre spredning av smittsom sykdom skal være tilgjengelig for alle (National Health Act, 2005, kap. 1, pkt. 4). Det står også i lovverket at hver av landsdelene i Sør-Afrika har ansvar for informasjonsformidling som er relevant for forebyggende arbeid (National Health Act, 2005, kap. 21, pkt. 21).

Regjeringen i Sør-Afrika diskuterer at det ikke er nok med utdeling av kondomer for å forhindre spredning av seksuelt overførbare sykdommer, men at det bør rettes mer fokus på å gi informasjon til yngre grupper elever om sykdommer og forebygging (Azzakani, 2015). Helseministeren i Sør-Afrika (Motsoaledi, 2017) forklarte i et offentlig dokument hvilke tiltak som var satt i gang for å redusere forekomsten av tenåringsgraviditet og SOI. For å øke kunnskapen om graviditet og kjønnssykdommer, fikk distriktene med høyest forekomst av nye HIV/Aids-smittede undervisning av helsesykepleier på tema. Barn i fjerde klasse skal få en brosjyre om reproduktiv helse de har ansvar for å gå gjennom selv, mens ungdommer skal få tilpasset seksualundervisning og lære om reproduktive rettigheter.

Ifølge South Africa Demographic and Health Survey 2016 (SADHS, National Department of Health, Statistics South Africa, South African Medical Research Council & ICF, 2018, s. 3) er fruktbarhetsraten i Sør-Afrika i gjennomsnitt 2,1-3,1 barn per kvinne. Dette er mye lavere enn i andre afrikanske land sør for Sahara (Lesthaeghe, 2014, s. 2). Skolegang og velstand viser en sammenheng mellom når kvinnen får sitt første barn og totalt antall barn. Kvinner som har god velstand og utdanning får i gjennomsnitt sitt første barn i en alder av 24,2 år. Dette er nesten fire år senere enn kvinner uten utdanning, kvinner som bor i rurale områder og som kommer fra fattige familier. Disse er i gjennomsnitt 20,5 år når de får sin førstefødte. Av de som er mødre i Sør-Afrika er 16 % ungdommer mellom 15-19 år (SADHS, 2018, s. 4). Av Sør-Afrikas 56,7 millioner innbyggere, er det 2,6 millioner over 25 år som ikke har fullført noen form for utdanning, og 19,8 millioner som aldri fullførte mer enn syvende klasse (av tolv klassetrinn) (STATS SA, Statistics South Africa, 2016, s. 43). United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) har kommet frem til at 2,1 millioner innbyggere i Sør-Afrika er analfabeter (UNESCO, 2015).

Utdanningsnivået hadde også noe å si for debutalder blant sørafrikanerne. Flere av dem som debuterer seksuelt i yngre alder har ofte lavere utdanning, og ifølge SADHS er gjennomsnittsalderen 17,6 for menn, og 18,1 for kvinner. Femtifem prosent av menn og 48 prosent av kvinner er seksuelt aktive før fylte 18 år (2018, s. 4).

I Sør-Afrika ønsker 78 % av seksuelt aktive kvinner å utsette, eller forhindre graviditet. Nitten prosent av disse bruker ikke noe form for prevensjon. Av dem som ikke bruker prevensjon finner vi høyest prosentandel blant kvinner i aldersgruppen 15-19 år samt blant kvinner uten skolegang (SADHS, 2018, s. 6). Av gratis tilgjengelige prevensjonsmidler i Sør-Afrika finnes det p-piller, p-sprøyte, implantat, kvinnelig sterilisering og kondomer. Seksti prosent av seksuelt aktive kvinner i alderen 15-49 år bruker prevensjon. Selv om bruken av kvinnelig sterilisering, p-piller og p-sprøyte har gått ned i tidsrommet 1998-2016, har distribusjonen av kondom til gjengjeld økt kraftig, slik at den totale prevensjonsbruken har holdt seg stabil. Implantat (p-stav, spiral) er nylig blitt introdusert i Sør-Afrika og det er allerede 4 % som har tatt i bruk dette (SADHS, 2018, s. 5). Andre land i Afrika sør for Sahara har vist å ha høyere forbruk av hormonell prevensjon og kondomer enn Sør-Afrika. Sør-Afrika er ikke engang blant topp ti på samtlige prevensjonsmetoder (Lesthaeghe, 2014, s. 6). Selv om

kondomdistribusjonen har økt er det usikkert om kondomene blir brukt. I 2017 var det 4,5 millioner nye tilfeller gonoré, 5,8 millioner nye tilfeller klamydia, og ca. 500 000 tilfeller syfilis i Sør-Afrika (Kularatne, Niit, Rowley, Kufa-Chakezha, Peters, Taylor & Korenromp, 2018, s. 7).

### 1.1 Jordmorrollen i en global kontekst

International Confederation of Midwives (ICM) er en av de mest sentrale organisasjonene i utarbeidelsen av retningslinjer og anbefalinger for jordmødre, fødselsleger og andre som utøver fødselshjelp. De har som mål å forbedre fødselshjelpen som tilbys verden over, og sørge for at midlene til god reproduktiv helse er tilgjengelig for alle (ICM, 2018). De ga ut *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre* i 2008 for å veilede jordmødre med anbefalinger om hvilke holdninger og verdier de bør være representanter for (ICM, 2008/2014). I verden i dag er det registrert rundt 500 000 jordmødre (ICM, 2018), og det forventes at de skal gi veiledning og råd ved familieplanlegging til hele verdens befolkning.

Jordmorutdanningen i Norge har i læreplanen at jordmorstudentene skal lære seg hvordan en kan møte ungdommer som søker hjelp og råd om prevensjon, kjæresten og annet om seksuell helse (Helsedirektoratet, 2015, s. 10). Som helsepersonell er vi pliktet til å gi best mulig veiledning for å sikre at ungdommer er opplyst og kan sørge for personlig god fysisk og psykisk helse, og derav ta gode selvstendige avgjørelser i forhold til sin egen seksuelle helse (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, kap III, §5).

Som en del av rekvirering av prevensjonsmidler må jordmor gjøre seg kjent med hva som er viktig for den personen som sitter overfor henne ved å lage en god anamnese (Foyen & Tobiassen, 2017, s. 169). Med tanke på at Norge stadig blir et mer flerkulturelt samfunn (Aasheim & Bakken, 2017, s. 103) blir det viktigere å lære om praksis fra ulike kulturer. Fra et jordmorfaglig ståsted er det viktig å være bevisst på at det finnes ulike forståelser og overbevisninger rundt tema seksuell helse i ulike kulturer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kap. III, §3-5). Dette kan føre til en sterkere bevissthet rundt ivaretagelsen av dem vi møter i praksis. En kan ikke la sine fordommer bestemme hvilken informasjon som gis, men

heller benytte seg av kunnskapen en har fra opplæring om kulturforskjeller for å forstå hvilke problemstillinger ungdommer kan stå overfor (Smith, Mackie & Claypool, 2015, s. 232).

Som jordmødre skal vi opptre som effektive rollemodeller i helsefremming gjennom en persons *hele* livssyklus (ICM, 2008/2014). Dette går ut på å formidle ny kunnskap, forbedre praksis, lage veiledere som kan brukes i møte med ulike kulturelle bakgrunner og holde seg faglig oppdatert. Denne studien kan hjelpe oss til å belyse viktigheten av å gi tilstrekkelig informasjon slik at ungdommer og unge voksne kan oppnå positiv seksuell helse, gjennom å se hvilke holdninger de har. Resultater som kommer fram av denne oppgaven kan være relevant for jordmødre som møter sørafrikanere på sykehus og helsestasjoner. Med tanke på hvordan en skal møte dem, hvilke hensyn som bør tas med tanke på familieforhold, alder og kunnskapsgrunnlag. Det kan også være til hjelp for fagpersonell i andre land som ønsker å vite mer om kunnskapen blant ungdommer i Limpopo, Sør-Afrika, før en reiser dit for å arbeide med denne aldersgruppen.

### 1.1.1 Problemstilling

*Hvilke holdninger til seksuell helse har ungdommer i Limpopo, Sør-Afrika?*

Vi vil se nærmere på hvilken kunnskap ungdommene presenterer i datamaterialet, hvor har de fått informasjonen fra, og hvordan har de tenkt å anvende den.

## 2.0 Bakgrunn

På samme måte som mennesker blir preget av sine opplevelser, blir kulturer preget av sin historie. Maktposisjoner i samfunnet er med på å styre hvordan religion, filosofi og vitenskap påvirkes, ut ifra hva som anses å være hensiktsmessig for å bevare og utvikle samfunnet. Dette innebærer også at de med makt er med på å definere hva som er naturlig, hva som er lov, hva er skadelig og dermed også en forståelse og forvaltning av en seksualmoral og seksual atferd (Vildalen & Langfeldt, 2014, s. 19). Sør-Afrika er et land hvor tradisjon og kolonisasjon har spilt en stor rolle for kvinners rolle, reproduktiv helse og seksualpolitikk (Coovadia, Jewkes, Barron, Sanders & McIntyre, 2009, s. 817).



## 2.1 Provinsen Limpopo

Limpopo er den nordligste provinsen i Sør-Afrika og grenser til landene Botswana, Zimbabwe og Mosambik. Limpopo blir regnet som den fattigste provinsen i Sør-Afrika med de laveste gjennomsnittslønningene med 1 800 ZAR (1 140 NOK) per måned. (STATS SA, 2010, s. 4). Det er vanlig at en ofte må reise langt for å skaffe seg arbeid, og omtrent 30 % av migrasjon fra Limpopo skyldes arbeidsforholdene (STATS SA, 2018, s. 17-18). Hovedindustrien i provinsen er landbruk, gruvedrift og turisme. I Mankweng-området hvor studien har blitt utført har det vært en forbedring i levestandarden og tilgjengeligheten av tjenester de siste årene. Over 80 % har nå tilgang til elektrisitet og bruker det som sin hovedkilde til strøm. Over 90 % har tilgang til rent drikkevann direkte til husstandene, men det er fremdeles mer normalt å ha latrine enn toalett i hjemmet (1 208 924 med latrine mot 297 438 innendørs). Tilgangen til internett i husstandene er fremdeles svært lav, hvor kun opptil 11 % av befolkningen i Mankweng har internett i hjemmet. De fleste, over 90 %, eier en mobiltelefon (STATS SA, 2018).

## 2.2 Sør-Afrikas historie i forhold til kvinners rolle og seksualpolitikk

I dette kapittelet tar vi for oss utviklingen av rettigheter innen reproduktiv helse i Sør-Afrika. I det sørafrikanske sankersamfunnet før 1600-tallet var mannen overhodet i sin familie og kunne med buskap som "Bridewealth" (medgift) kjøpe kvinner enten for å selv gifte seg med dem, eller gi dem til sine sønner. Kvinnen ble ikke ansett som en del av sin nye familie før hun hadde født et barn. Klarte hun ikke å gi mannen et barn, måtte hennes familie gi fra seg en av kvinnens søstre eller nieser som kunne ta seg av denne oppgaven. Selv etter kvinnen hadde fått barn ble hun ansett som mindre verd enn sine egne sønner. Kvinner og jenter ble ansett som farlige for husdyrene. Derfor bestod arbeidsoppgavene deres i husarbeid, forberedelse og ivaretagelse av markene slik at familien kunne spise det som ble dyrket der. Guttene jobbet som gjetere, og jo eldre de ble, dess større dyr og flokker fikk de ansvar for å passe på (Ross, 2008, s. 12).

Lovene som kom under Apartheid (1948-1994) var til for å fremme den "hvite rasens" rettigheter og menneskeverd, mens dem som var definert som "svart", "farget", eller "inder" ble sett på som lavest på rangstigen (Brekke, 2013). Familieplanlegging ble introdusert til Sør-Afrika på 1960-tallet, og var et høyt finansiert prosjekt fra regjeringen. Siden den hvite

populasjonen var mye mindre enn den fargede (3 millioner mot 12 millioner), var regjeringen redd den fargede populasjonen skulle vokse raskt og at overtallet av fargede skulle bli enda større. Gratis prevensjon ble innført, og over 60 % av fargede kvinner tok imot tilbudet (Swartz, 2009, s. 490). Kvinnene som benyttet seg av tilbudet tenkte mer på sin egen evne til å forsørge familien hun allerede hadde, enn at regjeringen brukte det som et virkemiddel for å redusere den svarte folkeveksten. Kvinnene var i mange tilfeller eneste forsørger for sin familie. Mange hadde menn med jobb langt hjemmefra som ikke kunne sende penger hjem til dem. P-sprøyte var den vanligste formen for prevensjon på den tiden, noe som kan være et tegn på at kvinnene skjulte prevensjonsbruken for ektefellene og ikke hadde diskutert valget med dem (Swartz, 2009, s. 491).

*African National Congress* vant i 1994 Sør-Afrikas første demokratiske valg, med Nelson Mandela i spissen. Det første de gjorde var å forkaste alle lover som skapte diskriminering mellom hvite og fargede, og startet arbeidet med den nye grunnloven. Samtidig som de arbeidet med ny grunnlov, kom den nye regjeringen ut med midlertidig lovverk og retningslinjer samfunnet skulle rette seg etter (Eriksen & Millstein, 2016, s. 141). Her innførte de gratis helsehjelp i offentlig sektor for blant annet barn under seks år og gravide kvinner, i kontrast til de privatiserte helsetjenestene som Apartheid hadde ført. *Social grants* (trygd) ble innført som en gode flere kunne benytte seg av, som alderspensjon og barnetrygd. Kvinner fikk rett til abort hvis de hadde vært utsatt for incest, eller voldtekt, da dødeligheten i forbindelse med utrygge og ulovlig abort i Sør-Afrika var svært høy (Coovadia et al., 2009, s. 828). I en forskningsartikkel som ble publisert i 2006 var det fokus på selvbestemt abort hvor blant annet Sør-Afrika var inkludert i studien. Der kom det fram at dødsfallene relatert til abort gikk ned med hele 91 % fra 1994 og 2001 (Grimes, Benson, Singh, Romero, Ganatra, Okonofua & Shah, 2006, s. 6).

Som en del av den nye grunnloven i Sør-Afrika fikk alle innbyggere rett til “...*bodily and psychological integrity, which includes the right a) to make decisions concerning reproduction; b) to security in and control over their body*” (Bill of Rights, 1996, kap.2, pkt. 12.2.a-b). Dette ville si at familieplanleggingsprogrammer og prevensjon fremdeles skulle være tilgjengelig for befolkningen. Landet legaliserte selvbestemt abort for alle kvinner opp til svangerskapsuke tolv (TOP Law, 1996/2008, pkt.3.3.a). Senere, i 2005, kom *National Health Bill* som spesifiserer hvilke tjenester som skal være gratis tilgjengelig for alle, som

gratis nødhjelp, gratis svangerskapsomsorg, helsestasjonstjenester, og gratis prevensjonsmidler (National Health Act, 2005, kap.1). Regelverket la ansvaret på seksualopplysning og forebyggende arbeid til hver enkelt provins med de midlene provinsen mottok av statsbudsjettet. Dette kan være en årsak til store forskjeller i kvaliteten på prevensjonsinformatikkene mellom provinsene (Coovadia et al., 2009, s. 828-829). I Sør-Afrika var 40 % av "svarte" husstander i 2003 styrt av kvinner fordi menn hadde forlatt familien uten å ta ansvar for barn verken sosialt eller finansielt, og som følge av dette ble barn ofte oppdradd i fattigdom (Coovadia et al., 2009, s. 823). Derfor var tilbudet om gratis prevensjon så viktig.

### 2.3 Reproduktiv helse i Sør-Afrika

Her vil vi kort beskrive noen tema under begrepene seksualitet og reproduktiv helse. Seksualitet er et svært omfattende begrep som sier noe om en opplevelse av tanker, tro, holdninger, verdier, atferd, handlinger, rolle og relasjoner opp imot kjønnsidentitet, kjønnsroller, seksuell orientering, intimitet og reproduksjon (WHO, 2006/2010). Som jordmødre er det viktig å promotere seksuell ansvarlighet ved rett bruk av prevensjon og med respekt for andres seksualitet. Vi kaller det *positiv seksuell helse* og det kommer av at en ønsker å oppnå at hver enkelt skal være komfortabel med sin egen kropp og sin seksualitet.

#### 2.3.1 Seksuelt overførbare infeksjoner

Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) er sykdommer som smitter fra en SOI-smittet person til en annen frisk person ved vaginal-, anal-, eller oral sex. Smitten skjer ved av det deles kroppsvæsker som sekret eller blod som bærer med seg smittestoffene. En kan beskytte seg mot SOI ved bruk av kondom, femidom og slikkelapp ved samleie, men selv ikke dette kan gi 100% beskyttelse fra for eksempel Humant Papilloma Virus (HPV, årsak til livmorhalskreft og kjønnsvorter) og Herpes Simplex Virus. Har en hatt ubeskyttet sex med ny partner bør en etter to til tre uker teste seg for SOI. Dette har med inkubasjonstiden til de enkelte infeksjonene, og med tanke på at de fleste SOI kan være asymptomatiske i lang tid etter en er blitt smittet. Symptomer som kan oppstå hvis en er smittet med for eksempel klamydia og gonoré, er plagsom, misfarget utflod/sekret fra vagina, eller fra urinrørsåpningen på penis.

Andre gjenkjennelige symptomer på SOI kan være kløe på ytre kjønnsorganer, svie ved vannlating og smerte ved samleie. Det at SOI-ene får gå lenge uten å bli oppdaget, kan forårsake andre sykdommer og problemer hos bæreren, som skrotum- og bekkeninfeksjon samt økt risiko for vanskeligheter med å få barn/infertilitet (Gamnes, Johansen & Sex og samfunn, 2015, s. 105-140).

Ifølge en Grounded Theory forskningsartikkel hvor sørafrikanske medisinmenn (healere) ble intervjuet om reproduktiv helse, har de seksuelt overførbare sykdommene fått andre navn i noen områder av Sør-Afrika, og med tanke på symptomene de beskriver kan vi kun spekulere om hvilke kjønnsykdommer det er snakk om. De fortalte om seksuelt overførbare sykdommer kalt Dorobo (drop), som ifølge studien kunne tilsvare Gonore i vestlig medisin, Thusula (sores) kunne tilsvare Syfilis og Divhu (falling into) er HIV/AIDS eller tuberkulose lignende sykdom (Mulaudzi & Makhubela-Nkondo, 2006, s. 50-52).

### 2.3.2 HIV/Aids

HIV er en forkortelse for humant immunsvikt virus og er en sykdom som smitter gjennom seksuell kontakt, blodoverføring, deling av brukte sprøyter og brukerstyr, og fra mor til barn i svangerskap, under fødsel, eller ved amming (Gamnes et al., 2015, s. 125-126). Som HIV-smittet vil immunsystemet bli gradvis ødelagt og en blir mer forsvarsløs mot andre sykdommer og infeksjoner. HIV er uhelbredelig per dags dato, men en kan få behandling som forsinker sykdomsprogresjonen i kroppen. Uten denne behandlingen kan HIV i verste fall utvikle seg til Aids (Acquired Immunodeficiency Syndrome), eller gi andre alvorlige infeksjoner med dødelig utfall. HIV har vært definert som en epidemi av verdens helseorganisasjon (WHO) siden 1980-tallet (2019b). "Most young people lack comprehensive knowledge of HIV, but now know specific ways to prevent its spread" (UN, 2011, s. 38) forklarer FNs rapport om Tusenårsmålene som en av hovedårsakene til at så mange ungdommer blir smittet av HIV på verdensbasis.

Den største andelen HIV-smittede i Sør-Afrika er kvinner, og dette kan kobles opp mot at kvinner i mange år har vært det «svake kjønn»; hvor kvinner har vært offer for vold og overgrep som en del av den sørafrikanske kulturen i hundrevis av år (Coovadia et al., 2009, s.

817-821). Dette skjer fremdeles, og i sørafrikanske regelverk blir kvinner definert som en sårbar gruppe som har ekstra rettigheter knyttet til helsehjelp (National Health Act, 2005, kap.1).

### 2.3.3 Abort

Abort er en prosedyre hvor et foster fjernes fra livmoren enten ved medikamentell behandling, eller kirurgisk, når en har blitt uønsket gravid (Crafter & Brewster, 2014, s. 227). Sør-Afrikas Choice of Termination of Pregnancy Act (TOP Law) gir kvinner, og mindreårige jenter, rett til selvbestemt abort før uke 12 (Bill of Rights, 1996, 12.2 a-c; TOP Law, 1996/2008, pkt.3.3.a). Som nevnt tidligere kom det en midlertidig abortlov i 1994 som ga kvinner utsatt for voldtekt og incest rett til abort. Selv om loven var omdiskutert viser studier at det sørafrikanske folket heller vil ha den midlertidige loven enn den nye abortloven, da det kunne oppfattes som at ungdommen ble motivert til å være mer seksuelt aktive (Harrison, Karim, Floyd, Lombard, Lurie, Ntuli & Wilkinson, 2000). Fra datainnsamlingen i 2005 ble det rapportert 94 780 selvbestemte aborter i Sør-Afrika. Fram til 2014 har tallene variert fra 77 771 til 95 090 provoserte aborter per år. Siste registrerte år var i 2014 hvor det ble rapportert 89 126 selvbestemte aborter i Sør-Afrika (Johnston, 2018). Etter 20 år med abortlov kan en se at antatt antall årlige aborter, og de registrerte lovlige abortene er nærmere hverandre enn noen gang.

En studie som handlet om sørafrikanske ungdommers opplevelse av abort basert på erfaring viste at ungdommene blant annet var redde for baksnakking og utskjelling fra venner og familie hvis de fortsatte graviditeten (Ramakuela, Lebese, Maputle & Mulaudzi, 2016, s. 4-5).

### 2.3.4 Prevensjon

Prevensjon bidrar til å forhindre uønsket graviditet og redusere behovet for abort. Det finnes mange forskjellige typer prevensjon. Vi kan skille mellom barrieremetoder (kondom og femidom), hormonelle preparater og sterilisering. Av hormonelle preparater finner en LARC (long acting reversible contraceptive) som spiral og p-stav og SARC (short acting reversible contraceptive) som p-piller, p-ring og p-sprøyte. Spiral og p-stav kan en ha i opptil fem år før den må skiftes ut, mens SARC- preparatene må enten tas daglig, månedlig, eller fornyes hver

tredje måned. De hormonelle preparatene virker på forskjellig vis; de forhindrer eggøsning og modning av egget, og gjør miljøet i livmoren uegnet for befruktning. Kondom og femidom må benyttes ved hvert samleie, og er prevensjonsmidler som også kan forhindre smitte av SOI (Gamnes et al., 2015, s. 60). Hormonell prevensjon har både helsefordeler og ulemper. Hormonell prevensjon kan gi redusert smerte ved menstruasjon, mer regelmessig menstruasjon, mfl. En ulempe ved bruk av hormonelle prevensjonsmidler er at de kan ha bivirkninger hos kvinner som bl.a. vektøkning, uregelmessig blødning, humørsvingninger og høyt blodtrykk (Gamnes et al., 2015, s. 9-15). Hvis en i tillegg ikke tar prevensjonsmidlene slik de er rekvirert fra helsestasjon eller hos lege, kan det gi nedsatt effekt, og en kan bli gravid. World Association for Sexual Health (WAS) er en annen organisasjon som jobber for at prevensjonsmidler og seksualundervisning skal være tilgjengelig for kvinner over hele verden (WAS, 2014).

#### 2.3.5 Undervisning om Reproduktiv helse og Seksuelt overførbare sykdommer

Et sentralt tema innenfor tema positiv seksuell helse og seksuell ansvarlighet er å kunne beskytte seg mot uønsket graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner (SOI/kjønnsykdommer). I Norge blir barn undervist gjennom grunnskolen om reproduktiv og seksuell helse, og i løpet av tenårene skal de undervises om de forskjellige SOI i et nasjonalt og globalt perspektiv (Utdanningsdirektoratet, 2013a, b). Som nevnt tidligere mottar barn i Sør-Afrika en brosjyre om reproduktiv helse, mens ungdomsskoleelevene får mer tilpasset seksualundervisning og informasjon om rettigheter rundt reproduktiv helse som en del av læreplanen (Motsoaledi, 2017).

I 2012 ble nettkilden "MOBIEG" opprettet i Sør-Afrika, et læringsverktøy som kan sammenlignes med den norske nettsiden til Sex og Samfunn ([www.sexogsamfunn.no](http://www.sexogsamfunn.no)). Nettsiden håper å nå frem til og hjelpe ungdom og andre som skulle ønske å få informasjon om seksuelt overførbare sykdommer, prevensjonsmidler, psykiske lidelser, og rettigheter til gratis helsehjelp (MOBIEG, u.å). I tillegg til lettleste artikler med informasjon, tilbyr MOBIEG live mobil rådgivningssamtaler, helt gratis, hvor en kan samtale om psykisk helse, prevensjonsveiledning og andre spørsmål en har rundt seksuell helse.

### 3.0 Teoretisk rammeverk

Oppgaven har et sosialpsykologisk perspektiv, som vektlegger læren om hvordan kognitiv og sosial prosess påvirker hvordan enkeltindividet oppfatter (perceive), påvirker (influence) og forholder seg til andre (relate to others) (Smith et al., 2015, s. 3). Å forstå sosiale prosesser og sosialpsykologi kan hjelpe oss å forstå hvilke faktorer som er tilstede for uønskede utfall i verden, som kriminalitet og *spredning av pandemiske sykdommer* (Smith et al., 2015, s. 6). Dette perspektivet kan hjelpe oss til å forstå hva som har påvirket holdningene til ungdommer i Sør-Afrika.

Holdninger kommer til uttrykk direkte, eller indirekte, gjennom kunnskaper vi presenterer, gjennom kommunikasjon og handlinger (Smith et al., 2015, s. 235). En trekker slutninger av personens holdning basert på hans eller hennes reaksjon i ulike situasjoner. I enkelte tilfeller kan en ta feil og tillegge en person holdninger vedkommende ikke har (fordommer) (Raaheim, 2019, s. 166). Innenfor teori om holdningsdannelse er det ofte to modeller som får mer anerkjennelse; Trekomponentmodellen (the ABC model og attitudes) og den Endimensjonale tilnærmingen (Unidimensional model) (Raaheim, 2019, s. 165).

#### 3.1 Trekomponentmodellen og Endimensjonal tilnærming

Trekomponentmodellen baserer seg på forståelsen av at holdning er en kombinasjon av tre (begrepsmessige) separate reaksjoner på en bestemt hendelse, et bestemt fenomen eller et bestemt objekt (en person/ting). Denne måten å tilnærme seg en holdning på, bygger på tre ulike komponenter. En skiller mellom det kognitive (tankemessige), affektmessige (følelsesmessige) og atferdsmessige reaksjoner. På engelsk beskrives den som “the ABC model attitudes” hvor A står for affect, B står for behavior og C står for cognition (Raaheim, 2019, s. 166).

Eagly og Chaiken (1993, referert i Raaheim, 2019, s. 166) definerer holdning slik:

*“Attitude is a psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor... psychological tendency refers to a state that is internal to the person, and evaluating refers to all classes of evaluative responding, whether overt or covert, cognitive, affective or behavioral.”*

De mener at en ikke har en holdning før vedkommende må forholde seg til en hendelse, et fenomen eller et objekt på en evaluerende måte. Forklart på en annen måte så vurderer vedkommende hendelsen, fenomenet eller objektet gjennom det han eller hun tenker (kognitivt), føler eller sier (affektivt) og gjør (atferd) på bestemte måter. Studier er gjort for å kartlegge og påvirke holdninger gjennom å appellere til de tre komponentene. (Albarracín, Durantini & Earl, 2006; Albarracín, McNatt, Klein, Ho, Mitchell & Kumkale, 2003).

Gjennom disse studiene har en sett på hvilke metoder som er mest effektive for holdningsendring. Et av funnene var at om deltagerne ble undervist av profesjonelle på tema, og/eller en som tilhørte deres egen sosiale gruppe, ville den holdningen forskerne introduserte dem for ha større sjanse for å bli implementert i deltagerens egne holdninger. Studiene viste òg at hvis en kun brukte kommunikasjon for å formidle om farer og risiko tilknyttet tema (her kondombruk for HIV forebygging) hadde det liten effekt sammenlignet med hvis en hadde praktisk undervisning inkludert.

Tilhengere av Endimensjonal tilnærming betviler hvor givende Trekomponentmodellen er, fordi det ofte kan være uoverensstemmelse mellom tanker, følelser og handlinger. Noen ganger handler en på tross av hva en vet, eller på tvers av det en tidligere har gitt uttrykk for i bestemte saker og latt følelsene tatt overhånd. Andre ganger handler mennesker helt motsatt av hva følelsene forteller en og styres mer av logiske tanker. Det kan være ulike grunner til slike uoverensstemmelser. En Endimensjonal holdningstilnærming mener at noen ganger undertrykker vi hva vi kjenner på av følelser og meninger og oppfører oss på en bestemt måte som er sosialt akseptert bare for å unngå den sosiale fordømmelsen vi ellers muligens hadde blitt utsatt for. Andre ganger kan årsaken være at en ikke ønsker å skille seg eller frykt for å bli utestengt fra gruppen (Raaheim, 2019, s. 168).

Hvilke av tilnærmingene som er mest hensiktsmessig å bruke er et empirisk spørsmål. Det vil si at en må foreta en vurdering på bakgrunn av resultater fra studier hvor en har sett sammenhengen mellom de følelser, tanker og handlinger ulike deltakere har i forhold til et bestemt fenomen, objekt eller hendelse. Ulike resultat kom fram blant annet fordi sammenhengen mellom de tre komponentene varierer med kompleksiteten til de ulike fenomenene en står ovenfor. Vi har valgt å ta utgangspunkt i Trekomponentmodellen da vi



mener denne teorien bidrar til å belyse vår empiriske studie om deltakerens holdninger til reproduktiv helse i Sør-Afrika. Vi tenker at denne modellen kan anvendes da vi har tilgang til empiri hvor ungdommer forteller om sine tanker og i mindre grad har fokus på følelser i forhold til seksuell helse.

### 3.2 Handlingsdisposisjon og holdningsdannelse

Handlingsdisposisjon er en underliggende tendens til å føle, tenke og handle som ikke kan observeres direkte av andre. Tendensen innebærer at individet vil komme til å opptre på bestemte måter, men det er ikke gitt at dette er et gjentakende handling- og reaksjonsmønster på bakgrunn av individets faktiske holdning og tanker til fenomenet (Raaheim, 2019, s. 169). Et eksempel er forventningene om profesjonell opptreden blant leger i møte med abortsøkende pasienter, til tross for personlig overbevisning. En studie av Wheeler, Zullig, Reeve, Buga og Morroni (2012) viste at de fleste medisinstudenter var forberedt på å opptre profesjonell selv om de hadde en negativ holdning til abort. En medvirkende faktor var hvor langt de var kommet i studieforløpet.

Mennesker er sosiale vesener, og selv når vi er alene oppfører vi oss slik gruppen vi tilhører definerer som akseptabelt (Smith et al., 2015, s. 4). Meninger, holdninger og verdier vil i stor grad bli preget av gruppene en er en del av. I de aller fleste tilfeller så er familien den første gruppen. En annen gruppe som kan være med å danne holdningene våre er tilhørigheten til et religiøst samfunn, hvor stor påvirkning religionen har for den enkelte kan øke positive og negative holdninger mot ulike tema (Lefkowitz, Gillen, Shearer & Boone, 2003).

Holdninger baserer seg på verdier som rettes mer mot enkeltfenomener, enn verdier som retter seg mot flere grupper av personer/ting (Raaheim, 2019, s. 171). Wheeler et al. (2012) viser gjennom sin studie at tro, kultur og personlig overbevisning kunne ha noe å si for hvilket verdisyn personen hadde. Men som fremtidige leger var medisinstudentene kanskje nødt til å forholde seg til aborttjenester annerledes enn verdisynet deres tilsa.

En persons selvbylde er med på å forme hvordan andre mennesker i ulike sosiale situasjoner oppfattes. Våre holdninger til oss selv og det som skjer rundt oss vil få betydning for hvordan vi oppfatter ulike hendelser, men også hva vi velger å fokusere på. Holdningen vi har til oss selv, våre muligheter og evne er viktig når det gjelder hvilke holdninger vi ellers tar til oss. Måten vi ser oss selv på henger sammen med hvilke oppgaver vi tar del i, som igjen vil være med å definere vår opplevelse av mestring og kontroll. Den har også innvirkning på hvordan vi tolker og forklarer hva som skjer med oss selv og menneskene rundt. Det betyr at selvbylde vårt henger sammen med hvilke kunnskaper vi har om ulike fenomener og hendelser. Muligens bidrar dette til lettere å forstå at det å endre folks holdninger til noe eller noen ikke alltid er så lett (Raaheim, 2019, s. 171-173).

Selv om holdningene våre i hovedsak blir en del av oss i samspillet gjennom Trekomponentmodellen, vil det alltid være unntak hvor noen holdninger formes uten at en tar utgangspunkt i prosessene nevnt tidligere (Raaheim, 2019, s. 171-174). I møte med andre kulturer ser vi at det finnes ulike utfordringer tilknyttet tanker og holdninger om temaet seksualitet som ofte er forbundet med personlige, tradisjonelle og kulturelle overbevisninger (Aasheim & Bakken, 2017, s. 110).

Kartlegging av holdninger er utfordrende. Det er viktig å være bevisst at både forskerens og deltagerens oppførsel kan være påvirket av holdninger. Deltageren i prosjektet kan oppføre seg eksemplarisk og svare på spørsmål slik han tenker intervjuer vil, mens intervjuer kan velge fra resultater i studien sin etter det han selv føler er relevant (Raaheim, 2019, s. 181).

### 3.3 Roller og gruppepress

Individet har ulike roller i livet, som bærer med seg visse oppgaver og forventninger. De kan være ervervet, eller tilskrevet ut ifra om en er født inn i rollen (eksempel datter/sønn), eller har jobbet for den (Eksempel jordmor). Som innehaver av rollen, må en følge de normer og regler som er sosialt akseptabelt (Raaheim, 2019, s. 55-56). Rollekonflikter skjer når en møter utfordringer hvor to, eller flere, av rollene en har ikke kan samkjøres, og en må prioritere en rolle fremfor de andre, selv om dette kan være emosjonelt vanskelig. Å prioritere en rolle foran de andre kan være lett i korte perioder, men vanskeligere over lengre tid (Raaheim,

2019, s. 65). Et eksempel på rollekonflikt er når en jente blir gravid som tenåring, vil hennes rolle som skoleelev bli utfordret av morsrollen.

Rollemodell er et begrep en bruker om noen man ser opp til, og gjerne vil bli som selv. Det kan være ukjente personer som gjør noe heltemodig og forbilledlig, eller det kan være personer som står oss nær, som vi respekterer og stoler på (Raaheim, 2019, s. 56). Eksempler på en rollemodell er en forelder, eller annen person som kan ha betydd mye for oppveksten, som ofte kan defineres som en fars- eller morsfigur.

Begrepet kjønnsroller sier noe om hvordan vi fremstår som individer, slik at vi kan oppfattes av andre som det kjønn vi identifiserer oss med. Kjønnsrollene defineres sosialt og kjønnsrollemønstrene kan variere stort fra en kultur til en annen. Over tid endres disse kjønnsrollene, noen blir utvidet, mens andre igjen blir vagere (Raaheim, 2019, s. 147). Kvinner var lenge sett på som lite verd i Sør-Afrika, men anses nå i store deler av samfunnet som en gruppe som bør beskyttes (Coovadia et al., 2009, s. 817-834).

Å være konform kan betyr å være lik andre i meninger og atferd. Det vil si at i noen sammenhenger velger en å endre meninger, holdninger og væremåte for å prøve å passe inn. Redselen for å måtte stå alene er muligens sterkere enn det vi tror. Alle har vi et behov for å "høre til" (Raaheim, 2019, s. 144).

Konformitet blant ungdommer har sammenheng med status og kan lettere påvirkes av jevnaldrende med høy status, enn med lav status. Det å bli anerkjent i en gruppe kan ha betydning for egen status. Følelsen av tilhørighet bidrar til at redselen for utestengelse minskes. Konformitet kan være et strategisk trekk for å klare å takle opplevelser som har vært preget av manglende muligheter for å påvirke det som skjer. Konformitet kan oppleves ulikt, som en form for gruppepress. Noen opplever det som en nødvendighet og tvang som både har sin pris (tap av individualitet) og sin belønning (trygghet og gruppetilhørighet) (Gommans, Sandstrom, Stevens, ter Bogt & Cillessen, 2017).

## 4.0 Metode

Vi tar utgangspunkt i kvalitative empiriske datamateriale for vår studie. Denne typen datamateriale er samlet inn gjennom objektive observasjoner gjennom sansene hvor forskeren går inn i en livsverden og noterer det han observerer, uten å la notatene være påvirket av hans personlige meninger (Polit & Beck, 2017, s. 11). Vi fikk tildelt datamateriale av I. Spjeldnæs, doktorgradsstipendiat, som hun innhentet i Sør-Afrika til sin doktorgradsavhandling om familieverdier i Sør-Afrika (Spjeldnæs, 2013).

### 4.1 Design

For å finne ut mer om ungdommers holdninger til seksuell helse i Sør-Afrika, var det hensiktsmessig å ta i bruk et kvalitativt design. Dette fordi et slikt design gir muligheter til å kartlegge forskjellige følelser, erfaringer, opplevelser, fenomener og holdninger ved å hente inn data gjennom intervjuer, observasjon, dokumenter og dagbøker (Polit & Beck, 2017, s. 507).

For å få frem ungdommenes holdninger om emnet seksuell helse inspireres vi av sosialkonstruksjonistisk tilnæringsmåte, fordi fokuset rettes mot informantenes erfaringer i lys av den sosiale bakgrunnen personen har (Burr & Dick, 2017, s. 60).

Sosialkonstruksjonismen benytter seg gjerne av skrevet materiale for å finne frem til informantens sannhet om virkeligheten (Thornquist, 2018, s. 15).

### 4.2 Rekruttering

Rekrutteringen ble gjennomført i regi av prosjektet South Africa and Tanzania Projects (SATZ), som er et samarbeid mellom Universitetet i Bergen og University of Limpopo. To SATZ-forskere fra Sør-Afrika ble valgt ut til å finne en egnet skole hvor en kunne hente informanter. Fra denne skolen hjalp en lærer og en annen forskningsassistent til å finne informanter som oppfylte inklusjonskriteriene.

Kriterier for utvelgelse av skole for prosjektet var at det var både jente/- og gutteelever ved skolen. Prosjektet ønsket å finne en skole som ble regnet som en “average school” (“gjennomsnittsskole”), i Limpopo. Begrepet brukes i Limpopo for å beskrive nivå på skoler i området og henviser til en skole som ikke tilhører det private og rike sjiktet i provinsens hovedstad Polokwane, men som heller ikke er av de fattigste, mest ressursvake skolene i de mest rurale områdene i provinsen. Det ble selektert ut en stor skole med over 1000 elever. De forsøkte å finne informanter fra ulike klassetrinn og parallellklasser for at ikke klassevenner ble selektert inn i samme fokusgrupper, og dermed ville informantene heller møte andre elever som de ikke kjente fra før. Dette med tanke på å skape en åpen atmosfære og unngå fare for sladder mellom klassekamerater. Det var ikke et kriterium at elevene hadde spesifikke familieforhold, eller hvilken erfaring de hadde innen reproduktiv helse, som om eleven ventet eller hadde barn på det tidspunktet (Spjeldnæs, 2013, s. 71).

Det ble inkludert likt antall jenter og gutter for å innhente erfaringer fra begge kjønn. Informantene skulle ikke være under 15 år, “*based on the idea that mid- and late adolescent could reflect more on their future aspiration than early adolescents*” (Kroger, 2000, referert i Spjeldnæs, 2013, s. 71)

#### 4.3 Datainnsamling

Datainnsamling ble utført gjennom SATZ-prosjektet med hjelp fra prosjektassistenter fra Bergen og Limpopo i 2005 og 2007. Tjue deltagere ble inkludert, og det ble utført intervju, observasjoner, spørreundersøkelse, skrevet dagbøker og tatt bilder assosiert til tema reproduktiv helse, kjønnsroller og familieverdier for å hente ut kvalitative og kvantitative data (Spjeldnæs, 2013, s. 72).

Totalt 31 transkriberte intervjuer fikk vi utlevert, hvor sju intervjuer var fokusgruppeintervjuer, mens 24 var individuelle intervjuer. Etter å ha lest gjennom alt av transkribert datamateriale, valgte vi å inkludere individuelle jente- og gutteintervjuer fra 2005 til vårt mastergradsprosjekt. Totalt ble 18 intervjuer inkludert til denne oppgaven. I kvalitativ metode er ikke utvalget nødvendigvis så stort, da selv en mindre gruppe kan belyse et fenomen (Polit & Beck, 2017, s. 498). Vi skal bruke en tverrgående analysemetode som

krever flere deltagere enn ved langsgående analyse for å forsvarlig informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 93).

Vi har valgt å ekskludere alle utførte fokusgruppeintervju. I tillegg har vi valgt å ekskludere de individuelle intervjuene som ble utført i 2007, samt ett individuelt intervju fra 2005. Mange av temaene som ble tatt opp i samtalene var sensitive. I et fokusgruppeintervju kan sjansen være større for at deltakerne gir sosialt akseptable svar, og svarene blir ustrukturerte og overfladiske. Hvorpå individuelle intervju går mer i dybden og sannsynligheten for å få et ærlig og åpent svar er større (Polit & Beck, 2017, s. 510). 2007-intervjuene ble ekskludert fordi det var mest repetisjon fra tidligere intervju og ingenting nytt tilknyttet Mastergradsprosjektets tema. Det ene 2005-enkeltintervjuet ble ekskludert fra masteroppgaven da tema som ble tatt opp i samtalen var lite relevant inn mot vår problemstilling.

#### 4.3.1 Intervju

Intervjuene var semistrukturerte, det vil si et dypere intervju, med noen forutbestemte spørsmål, hvor deltakerne fritt fikk forklare sine holdninger og tanker (Polit & Beck, 2017, s. 510). Gjennom intervjuene kom uforutsette emner som informantene tok opp, noe som førte til at flere av informantene ble intervjuet to eller tre ganger for å få utdypet svarene som var nødvendig for å få tilstrekkelig informasjon på de ulike temaene. Det er ikke uvanlig at slike uforutsette spørsmål kommer opp når man tar utgangspunkt i kvalitativt design da dette designet ofte formes underveis i forskningsprosessen (*Emergent design*) (Lincoln & Guba, 1985, referert i Polit & Beck, 2017, s. 463). To eksempler på spørsmål som ble stilt var: A) How would you react if you realized you/your girlfriend were pregnant now? B) Where have you learnt what you know about pregnancy, contraceptives, and STDs including HIV/Aids? (-School? -Youth groups? -Friends? -Health station? -Parents/family?) (Appendix 5: Interview guides semistructured interviews 2005 and 2007, fra Spjeldnæs, 2013, s. xxxiii).

#### 4.3.2 Språk og transkribering

Prosjektleder fikk hjelp av tre forskningsassistenter fra Limpopo til å oversette under intervjuene slik at hver deltaker fikk muligheten til å velge hvilket språk intervjuet skulle

utføres på. De intervjuene som ble utført på lokalspråket SePedi ble oversatt underveis i transkriberingsprosessen av flere lokale forskningassistenter. Norske forskningsassistenter hjalp til med noe av transkriberingen av de engelske intervjuene. Deretter ble alt transkribert materiale gjennomgått for å forsikre at alle detaljer var tatt med. Materialet oversatt fra SePedi ble igjen sett på av språkkyndig her i Norge, som ikke hadde tilknytning til prosjektet, for å sjekke kvaliteten på oversettelsen.

#### 4.3.3 Informantene

Informantene gikk i tiende, ellefte og tolvte klasse, og alderen varierte fra 15-19 år. Alle utenom én var fra området, og de fleste var kristne og mente de tilhørte en lavere sosioøkonomisk klasse. Det var omtrent like mange gutte- og jenteinformanter som deltok i 2005-intervjuene.

#### 4.4 Forforståelse

Forforståelse er erfaringer og holdninger vi har med oss fra tidligere som kan påvirke både positivt og negativt hvordan vi går inn i forskningsprosjektet (Malterud, 2017, s. 44).

Vår bakgrunn og erfaringer har vært med å forme oss som personer. Vi har gjennom dette prosjektet blitt mer bevisst på hvor heldige vi har vært som har vokst opp i velferdsstaten Norge, med privilegium og rettigheter som vi har kunne tatt som en selvfølge fra barndommen av. Vi har begge fått muligheten til gratis skolegang, hatt foreldre som har oppdratt oss i trygge omgivelser, mat på bordet, tak over hodet og frihet til å velge den karrieren vi vil. Vi ønsker å kunne bruke våre kunnskaper og ferdigheter, til å hjelpe dem som trenger det. Blant dem ungdommer og kvinner som ikke har hatt samme muligheter som oss.

Vi hadde et ønske om å skrive om seksuell helse, og visste at Sør-Afrika er et land med høye HIV/Aids-rater. Vi vil hente ut informasjon fra datamaterialet og se på ulike faktorer som kan gjenspeile hvilke holdninger ungdommen i Limpopo har, og hvor de får seksualkunnskap fra.

En av oss har tidligere vært engasjert i frivillig arbeid i Mosambik over lengre perioder, samt besøkt flere ulike land i Afrika, blant annet Sør-Afrika. En av oss har erfaring fra gynekologisk avdeling i Norge, med mange ulike kasuser rundt temaet seksuell helse som for eksempel svangerskapsrelaterte sykdommer, post partum-problemer, aborter, infertilitet og ulike gynekologiske sykdommer. Jobben har gitt erfaring i møte med viktigheten av å gi god informasjon, bruk av tolketjenesten ved behov samt være fordomsfri for å kunne ivareta kvinnene på best mulig måte.

Etter vi kom sammen og skulle velge tema for masteroppgaven, viste det seg at begge to har et ønske om å jobbe som jordmor i Afrika i fremtiden. En av oss ønsker senere i karrieren jobbe med ungdommer med spesielt fokus på seksualundervisning mens den andre ønsker å kunne ha fokus på opplæring av afrikanske jordmødre. Dette har bidratt til at vi felles har fått et sterkere engasjement for tema.

#### 4.5 Analyse

Analysen av materialet tok utgangspunkt i innholdsanalyse med en induktiv tilnærming. Den induktive tilnærmingen tar utgangspunkt i empiriske data basert på menneskers fortellinger som er med å belyse forskningsspørsmålet gjennom måten vi tolker data på. Den bidrar til å sette sammen funnene vi har samlet slik at vi kan si noe mer om generelle tema. En deduktiv tilnærming derimot, er en analyse som tar utgangspunkt i en allerede eksisterende modell eller teori. Etersom forskningsspørsmålet vårt ikke var bestemt på forhånd med utgangspunkt i en bestemt teori, men utvalgt teori ble bestemt underveis i prosessen på bakgrunn av resultatene og dataanalysen, gjenspeiler dette en induktiv tilnærming (Malterud, 2017, s. 113).

Innen helseforskning benyttes en rekke ulike analyseteknikker for å kunne avdekke likheter, forskjeller og variasjoner i erfaringer, holdninger og følelser. Glaser og Strauss' Grounded theory (1967), Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (2004), Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse (1985), Braun og Clarke's tematiske analyse (2006) går alle gjennom materialet og koder i et bredt spekter (splitting) før alt settes sammen mot slutten av analysen (lumping) (Malterud, 2017, s. 95). K. Malteruds Systematiske Tekstkondensering (STC) inneholdt fellestrekk fra alle teoriene nevnt ovenfor, men skiller seg også fra de andre



analysemetodene i måten STC går frem for kondensering og abstrahering av data (2017, s. 96). Som en tverrgående analysemetode gir STC en mulighet til å trekke ut essensen fra materialet, samtidig som en ser den som en helhet, og arbeider induktivt og iterativt (Malterud, 2017, s. 116).

Systematisk tekstkondensering er ifølge Malterud en fin metode å bruke som nybegynnerforsker (Malterud, 2017, s. 91). Analysemetoden passer også inn i sosialkonstruksjonismen fordi kvalitative metoder har vist seg å være høyst effektive for å belyse både individets og de sosiale sammenhenger (Burr & Dick, 2017, s. 69). Systematisk tekstkondensering består av fire trinn:

1. Helhetsinntrykk - få en oversikt av materialet
2. Velge meningsbærende enheter og formulere foreløpige koder og tema
3. Kondensering
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.

Første analysesteg i STC er å få en oversikt i datamaterialet (*Helhetsinntrykk*) og gjøre seg notater underveis i lesningen, uten å gjøre seg opp en mening om innholdet før etter alt er lest (Malterud, 2017, s. 99). Å få en oversikt ga oss en pekepinn på tema som var aktuelle for vår problemstilling og hvilket teorigrunnlag som burde inkluderes i oppgaven. Siden vi var to som har gjennomgått datamaterialet hver for oss, hadde vi trukket ut forskjellige tema som vi opplevde oppsummerte innholdet i teksten. Noen av temaene var “tenåringsgraviditet”, “abort”, “familierelasjoner”, “oppdragelse”, “familieideal” og “kjønnsroller”.

Det skulle mange gjennomganger til før vi begynte å hente ut *Meningsbærende enheter* slik trinn to av STC beskriver. Vi filtrerte ikke ut med en gang det vi tenkte kunne ha kunnskapskraft, men så alt i en større sammenheng før vi trakk ut materialet som ga oss best grunnlag for diskusjonsdelen. Håpet var å kunne vise at vi har vist forståelse for det intervjusubjektene forteller, og finne likheter i historiene deres, så vel som ulikheter (Malterud, 2017, s. 84). De meningsbærende enhetene ble hentet ut som hele avsnitt, sitater eller dialogstykker som kunne være relevant for å belyse problemstillingen. Vi hadde hver vår

metode for denne uthenting. Den ene plasserte de meningsbærende enhetene i matrise, mens den andre brukte organiseringsverktøyet NVivo.

Underveis i uthenting skrev vi stikkord om hva hver enhet kunne handle om, noe som ga oss grunnlag for kodene og temaene vi valgte å bygge videre på i analysetrinn tre. Vi jobbet parallelt og satte opp egne koder og temaer. Sammen diskuterte vi innholdet hver av oss hadde valgt. Denne måten å jobbe sammen på er anbefalt av Malterud (2017, s. 100), fordi en andre- eller tredje person kan ha sett ting en selv har ignorert og åpne for mer refleksjon rundt betydningen bak teksten. Dette var svært givende for oss, og vi oppdaget at vi hadde mange like og ulike foreløpige koder i tankene. I tillegg gikk vi gjennom intervjuene sammen en gang før vi begynte på kondenseringen for å dobbeltsjekke at vi ikke hadde oversett noe svært betydningsfullt.

Vi kom frem til kodegruppene “Seksualitet”, “Informasjonskilde”, “Roller” og “Fremtidsplaner”, hvor for eksempel kodegruppen “Seksualitet” hadde subgruppene “abort”, “SOI”, “graviditet” og “debutalder”. Disse benevningene brukte vi langt inn i analyseprosessen selv om vi var bevisst på at det var lov å endre navn underveis i analyseprosessen, da Malterud beskriver kodegruppene som dynamiske (2017, s. 103-101).

I det tredje analysesteget skal en *kondensere*. Kondensering er et begrep Malterud benytter for å beskrive et kunstig sitat som skal bære med seg det konkrete innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 106-107). Hver intervjudeltager kunne ha flere meningsbærende enheter innen hver subgruppe, og vi kondenserte hver enkeltpersons bidrag før vi satt det sammen i et større kondensat (totalkondensat) som ble førsteutkast for det som skulle presenteres i resultatdelen, i trinn fire (Malterud, 2017, s. 108). Kondensatene ble skrevet i “jeg”-form slik Malterud beskriver. Igjen gikk vi tilbake i empirien for å se om det var noe data vi hadde gått glipp av.

I det fjerde analysesteget, *syntetisering*, tok vi i bruk kondensatene våre og startet prosessen for å gjøre dette til en analytisk tekst som bærer med seg budskapet som har kommet frem i materialet (Malterud, 2017, s. 108). Teksten ble nå skrevet i tredjeperson, og vi forsøkte å

lage setninger som generaliserte enkelte synspunkt som kom frem i analysen for å markere fellestrekk, samtidig som vi prøvde å formidle enkeltstående utsagn, uten at det blir oppramsing av alle funn. Til hver sub-gruppe valgte vi ut et “*gullsitat*” som gjenspeiler funnene diskutert i datamaterialet. Når vi presenterer sitatene i resultatdelen under, bruker vi pseudonymene deltagerne har fått tildelt i anonymiseringsprosessen. I de tidligere analysetrinnene arbeidet vi med empirien på engelsk slik det var transkribert, men i dette trinnet gikk vi over til en norsk rekonstruksjon av resultatene. Vi oversatte med et kritisk blick, hvor vi diskuterte flere mulige oversettelser og konfererte med ordbøker på uttrykk vi var usikre på. For å kontrollere syntesen vår gikk vi tilbake til den originale empirien. I tillegg konsulterte vi prosjektloggen vi hadde ført underveis i prosessen for å se om det var noen spesielle aspekter som ikke hadde kommet frem i resultatene, eller som kunne hjelpe oss i diskusjonsdelen (Se vedlegg 1: Eksempel på matrise under analyseringsprosessen).

#### 4.6 Etikk

Da prosjektet skulle settes i gang måtte det tas hensyn til samtykke, konfidensialitet og kompensasjon. Prosjektet fikk etter søknad etisk godkjenning fra Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk på Vestlandet (REK vest), *Medunsa Campus Ethics Committee* på Universitetet i Limpopo, og Limpopos regionale helse- og sosial-departementet i Polokwane, Sør-Afrika (Spjeldnæs, 2013, s. 90).

Før rekrutteringen fikk alle elevene et informasjonsskriv om studien, samt mulighet for å delta på et uforpliktende møte i forkant av studien. Møtet foregikk i klasserommet etter skoletid, og informasjonen ble formidlet på lokalspråket deres SePedi av en sosialarbeider i lokalmiljøet. Det ble gjort en gjennomgang av den planlagte studien, hvor tema, metode, tidsramme, og etiske rammer ble beskrevet. Etterpå ble det åpnet opp for spørsmål. De ble forsikret om at informasjonen de delte var konfidensiell, og at det var mulighet for å trekke seg når som helst.

I kontrakten som ble gitt til deltakerne i forkant av studien stod det at lydopptak kun kom til å bli tatt i bruk i forbindelse med studiene til Spjeldnæs (2013). Derfor har vi ikke fått tilgang til disse lydfilene i analyseringsprosessen inn mot vårt mastergradsprosjekt. For å kunne ta i bruk

lydopptak fra datainnsamlingen, ville vi ha måtte søke spesialtillatelse fra etisk forskningscenter. Lydopptakene kunne bidratt til å fange opp reaksjoner, følelser og stemmeleie som kanskje ikke er nedskrevet i transkripsjonene.

Prosjektleder konsulterte forskningscenteret ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) om retningslinjene for anonymisering før data ble overlevert til oss gjennom en kryptert minnepenn. Navn og andre gjenkjennbare data ble erstattet med annen kode/pseudonymer. Indirekte gjenkjenning ble forsøkt kamuflert i anonymiseringsprosessen. Det vil si at alle stedsnavn, ungdomsklubber, butikker, kirker, foreldres arbeidsplass, mfl. ble anonymisert med en generell betegnelse. Vi undersøkte med REK vest og forskningscenteret på HVL hvordan vi kunne motta data og samtidig ivareta personvernet. Vi fikk til svar at hvis datamaterialet var anonymisert riktig, kunne det overleveres via minnepenn som kryptert materiale. REK vest formidlet at det ikke var behov for å søke videre om etisk godkjenning fra dem (se vedlegg 2: E-post fra REK vest).

## 5.0 Resultater

Gjennom analysen kom vi fram til fire kodegrupper; «seksualitet», «fremtidsplaner», «informasjonskilder», «roller», som igjen hadde opptil fire subgrupper. I Resultatdelen vil vi presentere sitat som oppsummerer innholdet i resultat etter hvert som en leser, eller gir et eksempel på holdning som kommer frem i tekst. Disse kommer til å være signert med de falske navnene (pseudonymer) deltakeren har blitt gitt gjennom anonymiseringsprosessen, i tillegg til deres alder.

### 5.1 Kunnskaper og erfaringer om reproduktiv helse

Resultatene fra kodegruppen «seksualitet» viste at ungdommene ønsket å utsette debutalder, at tenåringsgraviditet ikke er ønskelig, at de har et ambivalent forhold til abort og at SOI blir ansett som noe annet enn HIV.

### 5.1.1 Ønsker å utsette debutalder

Mange fortalte at de ikke følte seg klare for å debutere seksuelt. Én av grunnene som kom fra jentene var at de ikke følte seg klare for å bli gravide. Jentene fortalte at ikke alle gutter var like forståelsesfulle når de sa de ønsket å vente med sex, heldigvis gjaldt ikke dette alle gutter, noen respekterte og var enig i jentens ønske. Flere uttrykte negativ holdning mot at det var så mye press i de sosiale kretsene til å inngå i seksuelle relasjoner. Én jente sa at en ikke burde føle behov for å imponere andre, at det var opp til en selv når en ønsket å debutere seksuelt.

*“It’s like when you are really ready for it, and you really want to have sexual intercourse with someone, but just not like oh I am ready, when you know that they are not ready. Try to impress someone, but what about you, who are going to impress you when you are trying to do things to impress other people. Think about your needs first, think about you, you know, it’s ok if I’m ready, lets go for it, but what if you are not? If someone forces you to be ready when you are not, don’t be it cause you want to please the boyfriend or girlfriend, just think about it. “You want to go and have sex? Lets go have sex” think about it, think what will happen after you have sex, what is going to happen in the future.”*

“Pernill”, 16 år

Noen av ungdommene uttrykte et ønske om å vente med sex til etter ekteskapet, helst etter fylte 20 år. Tre av ungdommene var ærlig om at de allerede hadde debutert seksuelt, og én av dem fortalte at hun angret litt på det og ønsket at hun hadde ventet noen år til. Både gutter og jenter ønsket å gifte seg etter de var ferdig med studier og hadde skaffet seg jobb, for hvis en skulle bli gravid i ung alder ville det bli svært utfordrende med mye ansvar de ikke følte seg klare for enda. Flere jenter sa at å få barn i ung alder ville ødelegge hele fremtiden.

Majoriteten mente at veldig mange debuterte altfor tidlig, og kunne gi eksempler på medelever som hadde begynt allerede som 12-åringer og som hadde blitt gravide som følge av dette. Selv å debutere i 16-17-årsalderen ble ansett som å være for ungt. Igjen kommenterte ungdommene effekten gruppepress hadde på den seksuelle debuten i området. Én jente fortalte at en årsak var gjerne at eldre ungdommer lovet yngre å gi dem gaver til gjengjeld for seksuelle tjenester. To andre jenter fortalte om dårlig mor-datter forhold som kunne være årsak til den tidlige debuten, i noen tilfeller som at mor stod frem som dårlig eksempel for barna sine. Ungdommene fortalte at blant jenter var det å være jomfru noe å være stolt over

og jenter kunne lyve over sin "status" som jomfru for å fremdeles bli inkludert i vennegjengen. For gutter var det noe å le av hvis han sa han fremdeles var jomfru i ungdomsårene.

#### 5.1.2 Tenåringsgraviditet er ikke ønskelig, men få benytter seg av prevensjonsmidler

Ungdommene ble spurt om deres erfaringer i forhold tenåringsgraviditet, og selv om de ikke hadde erfaring med det å få barn selv, kjente de til flere i nærmiljøet som hadde blitt mødre og fedre i svært ung alder. De kunne fortelle mer om tenåringsmødrene enn fedrene, fordi fedrene ofte ikke var involvert i barnets liv. Alle hadde en negativ holdning til det å få barn i tenårene, da de mente det ødela fremtidsutsiktene til jentene. Ungdommene fortalte at når en får barn i ung alder mottar en pengestøtte fra staten, og at dette var en sterk drivkraft hos ungdommen for å bli gravid. Ungdommene ble gravide for å få penger til seg selv, for å kjøpe dyre klær og andre ting for å imponere venninner og gutter. To av jentene mente at hvis en fjernet pengestøtteordningen ville ungdomsgraviditeter ta slutt. De mente pengestøtte burde være en gode kun for de fattige som virkelig trengte penger.

Manglende kunnskap om hvordan en blir gravid kunne òg være en årsak til tenåringsgraviditeten mente flere. Én av guttene mente ungdommer så på seg selv som voksne nok til å ha sex, og at opplæring på skolen om reproduktiv helse var for dårlig. På motsatt side mente én jente at ungdommene i dag hadde all kunnskapen de trengte om kondombruk og reproduktiv helse, men rett og slett ignorerte det.

*There is nothing except for I would like to see teenagers here in South Africa as... Nowadays children become sexually active, even primary kids. I think they should be advised at that young age because even if you look at this primary school here in the community, I think most recently in the past two to three years it has had one of the highest pregnancy rates in the community amongst these two primaries because the children tend to think that they are all grown up. Being influenced by teachers not disciplining them and not trying to advise them properly."*

"Jay", 17 år

En gjentagende overbevisning blant jentene var at hvis de hadde kjærester som bodde langt unna dem, kunne de ha ubeskyttet sex uten å bli gravide. Dette hadde med at en da hadde så

sjelden sex, i tillegg gjorde distansen mellom kjærestene det mindre utfordrende å avstå fra sex. Én jente, som hadde hatt ubeskyttet sex med kjæresten ved flere anledninger, fortalte om et rykte blant ungdommen at hvis en hadde sex som jomfru, kunne en ikke bli gravid.

*“There was a rumor that if you are a virgin you won't get pregnant so that's why we had sex and did not even use a condom.”*

“Sade”, 15 år

Én av jentene fortalte at når hun selv skulle bli mor, ville hun bli gravid med 7 barn på en gang, bare gutter, og alle skulle fødes vaginalt. Hun fortalte at det gikk an å gå på en spesiell diett som forhindret henne i å få jentebarn. Hun hadde også hørt at hun måtte passe på å ikke bruke trange bukser under graviditeten, fordi da ville barnets hode bli stort. Til tross for planene hennes, var hun redd for å inngå intim kontakt med en annen person. Hun ønsket å ha sex kun for reproduktive intensjoner.

Ungdommene hadde kjennskap til piller, injeksjon og sterilisering som prevensjonsmetoder. Ene jenten fortalte at hun hadde fått drop (gonoré) ved bruk av kondom og hadde fått en negativ holdning til kondombruk etter dette. Flere av jentene hadde nære relasjoner som hadde gått på p-piller med negative erfaringer. Flere hadde hatt rask og stor vektøkning samt at noen var blitt syke, og hun hadde blitt anbefalt å holde seg vekke fra piller da det tuklet med kroppens utvikling. Ungdommen generelt mente at den beste form for prevensjon var å avstå fra sex.

Kun to jenter virket positiv til p-sprøyte. Injeksjonen hadde få brukerfeil, og ble satt én gang i måneden sammenlignet med p-pillen som en måtte ta hver dag til samme tid. Ene jenten fortalte at hun fortsatt ville valgt injeksjon som prevensjonsmetode selv om den ville gitt henne vektøkning.

Halvparten av jentene ville brukt prevensjon inntil de var klare for å få barn, mens den andre halvpart ønsket ikke å benytte seg av det. Ingen av dem brukte medikamentell prevensjon på

den tid intervjuene ble gjort. Guttene ble ikke stilt spørsmål om prevensjonsbruk, men flere av dem visste at en burde bruke kondom ved sex.

Alle ungdommene ønsket å bli foreldre en dag. Jentene fortalte at grunner til å bli mor var det å kunne utvide familien sin, sørge for barnebarn til sine mødre, og det å bli kalt mor. Det å ikke få barn ville gjøre at alderdommen kunne bli vanskeligere. Hvis en selv ikke kunne få barn, var både guttene og jentene positive til adopsjon.

### 5.1.3 Ambivalent forhold til abort

Alle jentene ble spurt om hva de ville gjort hvis de viste seg å være gravide i dag for å få vite mer om holdningene deres til abort. Responsen var at alle ville gått til en person de stolte på og spurt dem om råd først. Tankene om valget som ville bli gjort var ulikt mellom de ulike jentene. De som ville ha tatt abort forsvarte det med at de ønsket å fullføre utdanningen sin, og at et barn bare ville vært i veien for den drømmen, og at de var usikre på om barnefaren ville være delaktig i forsørgelsen og oppdragelsen av barnet, de ville ikke oppdra barnet alene. Motstanderne av abort la vekt på at abort var galt, noen kalte det for mord, og at det var bedre å fullføre svangerskapet og gi barnet til adopsjon. Abort ble sett på som noe farlig og skremmende, og jentene kunne ikke være sikker på om det var det siste barnet de noen gang fikk sjanse til å få. Et barn ble beskrevet som en gave fra Gud.

*“Interviewer- imagine another question, that you realize today that you are pregnant? What will you do?”*

*“Penda” (16 år)-I will just tell my mother, and I won’t have an abortion, because I won’t know if this is the last child of mine. I’ll just keep it, and next year continue my studies.*

*Interviewer -Ok, could you think of a situation where you would choose taking and abortion?”*

*“Penda”-at this age I think an abortion would come to mind. Cause I think some people would just laugh at me, and the studies would be so bad, and I wont be able to finish them.*

*Interviewer-Ok, so you would consider to take an abortion.*

*“Penda”-yes, if the situation goes like that.”*



#### 5.1.4 Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) blir ansett som noe annet enn HIV

Det var store forskjeller i hva ungdommene kunne fortelle intervjuer om seksuelt overførbare infeksjoner. Alle var enige om at kondom kunne forebygge både SOI og HIV. HIV og SOI ble omtalt som to forskjellige ting. HIV ble beskrevet som en folkesykdom, mens SOI var noe en kunne få hvis en hadde ubeskyttet sex. Å være en trofast partner var også viktig for å forebygge sykdom. Én jente var svært interessert i HIV/Aids problematikken, og kunne fortelle om alle smittemåtene og hvordan en kunne leve lenge med HIV. Andre fortalte også om smitte via sæd, blod, nåler og barberblad, mor til barn og amming, men noen nevnte gjerne bare én hver, etter at intervjuer tipset dem.

De ulike SOI-ene som ble nevnt blant ungdommene var drop (gonoré), thrush (syfilis), og én nevnte Pneumoni (medisinsk navn for lungebetennelse i "vestlig verden"). Sjelden ble HIV nevnt sammen med SOI, og ble nevnt etter intervjuer hintet til at det også var en SOI. Én jente beskrev symptomene på SOI, fordi hun ikke husket navn på noen av infeksjonene. Hun fortalte om smerte ved vannlating, grønt eller gulaktig utflod og sår på ens private deler.

*"Interviewer: we spoke about STIs sexual transmitted diseases?"*

*"Sade" (15 år): Yes.*

*Interviewer: So what do you know about them?*

*"Sade": I think is the diseases that transmitted through sex.*

*Interviewer: And the what happens after you get infected?*

*"Sade": If that infection can take time in your body without cure then it will be incurable.*

*Interviewer: Okay. What kind of STIs do you know off?*

*"Sade": Is thrush, pneumonia, Gonorrhoea and maybe some I forgot.*

*"Interviewer: And HIV?"*

*"Sade": Yes."*

Det var to jenter som fortalte at de allerede hadde testet seg for HIV. Den ene hadde et ønske om å vite hva som foregikk i kroppen hennes før hun begynte å ha sex, mens den andre hadde blitt med moren til klinikken for testing. Kun jentene ble spurt om testing av SOI. Et par av dem som ikke hadde testet seg sa de ønsket å vente til etter de debuterte seksuelt, eller var

gammel nok, mens to andre sa de ikke ville teste seg fordi det ville være for stressende hvis det viste seg at de var HIV-positive.

## 5.2 Foreldrerollen bør være viktigere enn kjønnsrollen

Ungdommene beskrev både positive og negative erfaringer tilknyttet egne opplevelser rundt foreldreroller i oppveksten. Flere av ungdommene fortalte at stefedre, tanter, onkler og besteforeldre kunne oppleves som en forelder for dem. Begge kjønn fortalte om fedre som hadde forlatt familien av ulike grunner. Én fortalte at faren hans hadde dødd for to år tilbake pga. tuberkuloserelatert sykdom. Han savnet ham veldig, og skulle ønske faren kunne vært der for å se ham lykkes, hjelpe ham gjennom ungdomsårene og at han kunne se hva slags mann han kom til å bli. Andre fortalte om familiekonflikter som hadde resultert i skilsmisser. Disse hadde enten ingen, eller lite bekjentskap til den biologiske faren sin. Én av guttene berettet at han i alle år hadde trodd at mannen moren var sammen med var hans biologiske far, men da han var 15 år fortalte moren at han ikke var det. Han tok kontakt med faren, men følte de aldri ville bli godt kjent, at det var for sent. Han klandret både stefaren og sin biologiske far for at moren strevde så hardt med å forsørge barna sine, de burde ha hjulpet mer til.

*“Cay” (20 år): My mother raised me alone. She raised me as a single parent, so I don’t think I really needed him in my life. My mom gave me everything that I wanted. I studied and everything.*

*Interviewer: Okay. But you also wrote here that you wished you had one because it is not always easy to talk to your mother about certain things.*

*“Cay”: Ya. Sometimes I wished that.*

*Interviewer: When did you wish it?*

*“Cay”: When I started developing.”*

Istedenfor en biologisk far, stod bestefedre og onkler sentralt i oppveksten til flere av guttene. Én fortalte at både hans bestefar og stefar hadde oppdratt ham, og hadde vært gode farsfigurer for ham. Én annen skrøt av sin onkel for hans hardtarbeidende og lojale personlighet, som ga ham motivasjon til å følge drømmene sine. Flere av jentene kunne fortelle om gode relasjoner

til faren sin, selv om faren var mye utenbys på grunn av arbeid. De følte seg nær fedrene sine, men ikke så nær at man kunne prate med dem om sensitive ting slik de kunne med moren sin.

De fleste opplevde å ha et godt forhold til moren sin, eller andre kvinnelige familiemedlemmer. Mødrene deres var ofte en de kunne snakke åpent med, og som ga dem råd. Ikke alle hadde mødre som arbeidet, men følte at uavhengig av om hun hadde jobb eller ikke, tok hun vare på barna sine.

Én av guttene som hadde vokst opp uten en farsfigur fortalte at han ikke så det som noen ulempe å ha blitt oppdratt av kvinner, selv om han i løpet av barndommen hadde savnet å ha en mann som kunne fortelle ham ting rundt det å bli mann. I en ideell verden ville det å ha både en mor og en far vært det beste for barnet i oppveksten.

*“I would say it would be good to have a male figure growing up in my ideal world. I would appreciate it if it were both cases, the male and the female around because they all interlink. It would build me in a firm way.”*

“Wyatt”, 18 år

Når de ble spurt om hva det ville si å være en god forelder beskrev ungdommene positive egenskaper basert på hva de selv hadde opplevd eller savnet hos sin egen forelder. Guttene fortalte at en god far var en som ikke drakk ute på puben, men som tilbrakte mest mulig tid med barna sine. En god far hadde jobb og sørget for mat og klær til familien sin. Ene jenten beskrev en god mor som kjærlig, beskyttende, forståelsesfull og enkel å snakke med om hva som helst.

*“Characteristics of a good father. I think he must love the children, spend more time with the children and then try to solve their problems. I think that’s all.”*

“Jonas”, 17 år

Det kommer frem ulike holdninger til hvert kjønn sin rolle i samfunnet og hjemmet. Flere forteller at de mener at mannen skal ha det økonomiske ansvaret i familien. Tre ungdommer

forklarer at i Sør-Afrika er det ikke sjeldent at en mann stikker av etter han har gjort en kvinne gravid, og frasier seg alt ansvar. Flere av guttene poengterer at ansvarlighet er noe menn bør tilstrebe å bli assosiert med, istedenfor å være kjønnet som assosieres utroskap, løgner og alkohol. Jentene legger til at gutter ofte blir sett på som aggressive, involvert i rusmidler og lite ansvarsfulle. Én av jentene mener at gutters behov for å ha kontroll er en kulturell ting, men ofte overleverer mannen problemer i hjemmet til kvinnen, slik at hun skal ta seg av det.

Én jente forteller at hennes far lærte henne at hun skulle respektere sin fremtidige mann, samtidig som at hun fikk respekt tilbake.

*“When I am with my father he tells me that there are boys who play with us outside but in future I must have someone to love and I must know that that person sometimes he is going to give me a real love sometimes he is going to need dignity so I must respect him and he must respect me and it must not be that person who says when we have a home I am going to be the head of the family and I must tell him that if you are the head of the family then I am the neck of the family so which means me and you we must be one thing”*

“Josie”, 19 år

Én gutt forteller om en tradisjon hvor mannens familie velger kone for ham, at en ikke gifter seg på grunn av kjærlighet. Det er mindre vanlig nå, men fortsatt en tradisjon som praktiseres på landsbygda. Faren brøt denne tradisjonen i sin familie, noe som gutten tror er årsak til at farens familie valgte å ta avstand fra dem. Flere gutter påpekte at kvinnen hadde hovedansvaret for husvask, stell av barn og matlaging.

*“The thing is, in our African culture, you find that maybe if you are a man, your family wants to choose a wife for you. And then if you choose a wife for yourself then it becomes a problem because they won't accept her. That's the problem in our African communities. I think that's where lies the problem. This problem is not in family only but in most the families.*

*But then that one is no longer practiced because I cannot allow them to choose a wife for me. I have to choose a wife for myself. Somebody that I love.*

*I don't think they will ever consider choosing a wife for me because we are living in a different community now. We are not living in the rural areas where we know that this thing is practiced. I don't think any parent would want to choose a wife for their son.”*

“Freddy”, 20 år

Både gutter og jenter forteller at jenter må være mer forsiktig enn gutter med tanke på at de kan bli gravide i ung alder. Noen ønsket seg helst guttebarn i fremtiden av denne grunn. De som ønsket jentebarn mente at jenter er lettere å håndtere og snakke til hvis de ikke oppfører seg.

Flere nevnte at det burde være slik at barnet skal kunne snakke med begge sine foreldre om problemene sine og spørsmål, mens én var uenig og mente at jenter skal snakke med sin mor, mens gutter må snakke med sin far. Én av guttene så fordelene med å bli oppdratt av kvinner selv om han var gutt. Han mente kvinner var flinkere til å lære fra seg gjestfrihet, og at det hjalp gutten å bedre forstå seg på kvinner.

Én jente beskrev et barns “ansvarsområde”. Hun sier et barn har tre roller/ tre måter å forholde seg til verden på. På skolen skal barnet lære, i den sosiale verden skal barnet utfordre seg selv og leke med andre barn. I den siste den rollen som skal fylles, skal barnet respektere sine foreldre.

*“I think to be a child is to manage three worlds where by the first one you have to go to school and learn and the second one is risk and play where by your friends influence you to have a child and third one is for your parents where by you have to listen to them and the treat you like their child.”*

“Sade”, 15 år

### 5.3 Informasjon om seksuell helse hentes fra ulike kilder

Informasjonen du får om seksuell helse avhenger av hvilke venner du bruker tid med og hvilke miljø du vokser opp i, forteller én gutt. Han utdyper med at noen opplever det for personlig å snakke om HIV og reproduktiv helse, mens andre synes det går bra å snakke om det.

De aller fleste ungdommene forteller at de har minst én person i familien som informerer dem om problematikk rundt reproduktiv helse som HIV, SOI og graviditet i tillegg til at de kan være åpen med dem og stille spørsmål. Det ble nevnt mødre, fedre, besteforeldre, tanter, onkler, søsken og søskenbarn. Moren til en av jentene hadde fortalt henne om pubertet og seksualitet etter hennes første menstruasjon. I et av de få tilfellene far ble nevnt som kilde til informasjon, kommenterte jenten at det var uvanlig at såkalt "svarte" ungdommer hadde et slikt nær forhold til faren som hun hadde. Én gutt fortalte at han ikke kunne prate med foreldrene sin om tema og kun har fått informasjon fra skolen og gjennom ulike medier som TV, radio og magasiner.

*"Interviewer: Does your mother or father teach you about reproductive health, HIV/Aids and sexuality?"*

*"Jonas" (17 år): No.*

*Interviewer: Do you know anything about these things?"*

*"Jonas": I just know that there are diseases and you must protect yourself. When you have sex you must use a condom.*

*Interviewer: Where did you learn that?"*

*"Jonas": At school. I read magazines and also on TV."*

De som likte å lese fant informasjonen de trengte gjennom bøker og magasiner. De ble ofte tilbudt bøker og brosjyrer av foreldre som ikke ville prate med dem om temaene. Flere fortalte at deres mor var hovedkilden til informasjon da de ofte følte at de kunne snakke åpent med dem og stolte på rådene som ble gitt. Til stadighet ble de påminnet av sin mor å bruke kondom hvis de skulle ha sex og være en trofast partner.

Guttene fortalte at det var foretrukket at de fikk snakke med menn om pubertet og seksualitet, mens jentene oftest følte seg mest åpen med sin mor. Ikke alle guttene hadde hatt en tilstedeværende far å snakke med, av ulike grunner, og de savnet å få vite mer om det å bli mann. To av guttene følte det ikke var noe problem å snakke med moren sin om dette, men det var litt flaut. Én gutt nevnte at han ikke ville snakke med søstrene sine om sex, fordi de ville bare fortelle ham at han var for ung til å gjøre slike ting.

Ungdommene ønsket at det skulle bli økt fokus på seksualundervisning. Både fra informantenes side, og ungdommenes side. Én gutt savnet engasjement fra dagens ungdom, og at de for ofte ignorerer hva som skjer i lokalmiljøet og landet deres. Én av jentene hadde samme tanke, og ville oppfordre ungdom til å besøke helsestasjoner på eget initiativ, slik hun hadde gjort, for å tilegne seg mer kunnskap. Ungdommene hadde forskjellig opplevelse av kvaliteten og tilbudet om seksualundervisning på skolen. Noen mente de hadde fått nyttig informasjon på skolen, enten ved besøk fra helsepersonell, eller av lærere på skolen. Andre mente de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon på skolen, mens én kommenterte at de ikke hadde fått noe undervisning på skolen. Hvis de hadde fått bedre informasjon på skolen kunne det bidratt til å få ned antall tenåringsgraviditeter, ifølge én av guttene.

*“My mother and aunt sat down with me, and my aunt, and my brother too. And they talked to the older ones, if they had sex right now they should use condoms and stuff. She did like give examples and all...and my mother told me, taught me, at the age of 9 I think. I don't want people to think like that, because it is bad for you. If you do things like that I want to beat you, I like ok.”*

“Cassandra”, 17 år

#### 5.4 Gode opplevelser i oppvekst gir større sannsynlighet for videreføring av holdninger

Når guttene skulle forklare hvilken type far de ønsket å være, la samtlige vekt på at de ville være tilstede for barna sine, og ikke måtte være borte fra dem i lengre perioder. De guttene som ikke hadde hatt gode farsfigurer i oppveksten, ønsket å være en bedre rollemodell enn det de selv hadde opplevd. To fortalte at de ikke ønsket å drikke alkohol, da de hadde sett de negative effektene av det i familien og i nærmiljøet.

Når jentene skulle forklare hvilken type mor de ønsker å være, var det mange egenskaper som var gjentakende. De fleste ønsket å være som sin egen mor; kjærlig, ansvarlig, forståelsesfull, beskyttende, åpen, vennlig og omsorgsfull. Jentene hadde ulike meninger om hvor mange barn som var “nok”, hvor én ønsker 11, mens de andre syntes to til fire er nok, med tanke på at de burde ha ressurser til å kunne forsørge dem.

*“Interviewer- How many children do you think you want to have?”*

*“Pernill” (16 år)- I think I’ll have 2 children.*

*Interviewer-why do you want to have 2?*

*“Pernill”- because, like, I only have two hands (hihi) I think 2 is enough, like, a number that I like very much. I’ll make sure that they have everything they want, because of the salary. Imagine if I have 10 children and earning only 5 times...it will not cover all the ten children. Financial problem...”*

Én av jentene forteller at hun ikke ønsker å være så streng som sin egen mor, og vil heller prøve å løse konflikter ved å snakke med barna framfor å fysisk straffe dem. Én annen jente forteller at hun vurderer å sende sine fremtidige barn på kostskole, slik at de kan få en bedre utdanning. Det at barna kan komme og snakke med foreldrene om alt synes flere av jentene var viktig.

Begge kjønn hadde tanker rundt ekteskap, og majoriteten ønsket å gifte seg. Det var ulike meninger om en skulle gifte seg før eller etter en fikk barn. To av jentene beskrev at de ønsket å bevise at de kunne få barn før de giftet seg, men hovedfokuset til jentene var at de ønsket barn etter de hadde fullført utdanning og skaffet seg jobb og hjem. Én av guttene fikk spørsmål om barn før ekteskap var viktig for ham, men han svarte at det ikke var et behov. Kunne ikke hans fremtidige kone få barn, hadde han ingen problem med å adoptere. Enkelte gutter og jenter så på ekteskap som en større forpliktelse enn et normalt forhold.

Flesteparten ønsket å oppdra barna sine sammen med sine framtidige ektefeller. Enten ved å fordele arbeidsoppgaver i hjemmet, eller å ta alle avgjørelser sammen. Én av guttene nevnte igjen at han som mann ville ha det finansielle hovedansvaret i familien mens konen hadde ansvar for barna. I motsetning, ville en annen at både han og konen skulle jobbe for å unngå samme situasjon som han selv hadde vokst opp med hvor det ikke hadde vært tilstrekkelig at kun én hadde stått for familiens inntekt. Én av guttene forteller at han vil være flink å anerkjenne sin kone, da dette vil bidra til enhet i familien samtidig som det vil lære barna om respekt.

*“As in how you groom them. It starts with how you relate with your companion first. Then way you relate with your companion will actually have an impact on your*



*children. If you relate very well they will see there's unity in the family. And I would like to say that in my family I would say we should grow them equally. Like say if I have a daughter and a son, maybe the son should be close to the mother or not, no. Just equally, I want my children to feel free."*

“Wyatt”, 18 år

De fleste ønsket å videreformidle kunnskap om seksualitet, reproduktiv helse, SOI og HIV til barna sine når de blir tenåringer. Men var noe uenig om hvordan og når dette skulle gjøres. Én fortalte han ikke ville snakke med barna sine om temaene før etter de var blitt seksuelt aktive, fordi han ikke ønsket gi dem lyst til å debutere seksuelt mens de fremdeles var unge tenåringer.

*“According to me teaching them about those things I think encourages them to indulge in such activities. When you do not talk about such issues, they never think about those things. The more you speak about them, the more they start to think about them. That is how I think.”*

“Ben”, 19 år

Jentene fortalte at ved undervisning av sine egne barn om seksuell helse kom de til å gjøre det tilnærmet likt måten mødrene deres har formidlet informasjon til de selv på. De ønsket å enten sette seg ned med dem og forklare dem alt, og én la vekt på at hvis barna selv ikke tok initiativ til å snakke om tema, ville hun gi dem brosjyrer og bøker de kunne lese gjennom på egenhånd.

## 6.0 Diskusjon

Vi vil nå drøfte resultatene rundt holdninger til seksuell helse, rollemodeller, informasjonskilder og fremtidsplaner opp mot om holdningsteori samt forskning og statistikk som kan være med å belyse aktuelle utfordringer innenfor seksuell helse. Vi vil diskutere rollemodeller sin betydning for holdningsdannelse, hvordan gruppepress og dårlige rollemodeller får skylden for ung debutalder og tenåringsgraviditet, at de er mistenksom til prevensjon og redd for abort, om det er smitte som skal til for å få kunnskap om SOI, og at det er et ønske om bedre seksualundervisning.

Deretter vil vi diskutere vår oppgaves validitet og refleksivitet.

### 6.1 Rollemodeller sin betydning for holdningsdannelse

Rollemodeller hadde mye å si for ungdommenes fremtidsplaner. Det kom fram gjennom spørsmål om fremtidsplaner at deres egne erfaringer fra barndommen var med å definere hva de selv ønsket å endre på, eller hvilke holdninger de ville ta med seg videre inn i fremtiden. Dette viser at teori om holdningsdannelse skjer i oppveksten og at den de selv føler har mest betydning på livet sitt, har lettere for å forme holdningene våre (Smith et al., 2015, s. 4). Hadde de ikke hatt en far i oppveksten, ville ungdommene bli tilstedeværende foreldre når de selv startet sin egen familie. De ville prøve å få seg jobb i samme by som deres egen familie bodde, for de selv hadde sett hvor viktig det var å ha gode rollemodeller i hjemmet.

Ungdommene fortalte også om rollemodellers viktighet for de verdiene de ønsket å ta med seg videre. Flere av de mannlige deltagerne hadde vokst opp bare med mor som forelder. Hadde de en positiv erfaring med dette, ønsket de at kvinnen skulle ha innflytelse på hans fremtidige familie. Jenter ble noe som en måtte beskytte, noe som gjenspeiler samfunnets definisjon av kvinner som en sårbar gruppe (National Health Act, 2005, kap. 1). De negative sidene med å ikke vokse opp med en farsfigur, var at en savnet å kunne se opp til noen i deres kommende rolle som mann, og kunne stille spørsmål som var tilknyttet kjæresten, farsrollen og puberteten.

Deltagerne som hadde vokst opp med nære slektninger i foreldrerollen, ønsket å kopiere deres måte å gjøre ting på. Hvis mannen i huset var dominant samtidig som han var kjærlig mot familien sin, ble dette ansett av de mannlige deltagerne som en god farsfigur i familien. De ønsket selv å ha større ansvar enn kvinnen i sin fremtidige husstand og videreformidlingen av verdier er et eksempel på konformitet. Hvis en har et godt forhold til sin familie, vil det å videreføre holdninger fra sin egen oppdragelse til sin fremtidige familie være et tegn på respekt. Med dette vil en vise at en fremdeles føler seg som en del av familien selv om en har flyttet hjemmefra (Raaheim, 2019, s. 144). Et eksempel på hva som kan skje hvis en ikke er konform fant vi i datamaterialet. Faren til en av deltagerne ble utestengt fra familien sin, fordi han ikke lot familien velge kone for han, da dette var en kulturell tradisjon der han kom fra.

Ungdommene forteller om viktigheten av tilstedeværelse i deres framtidige barns oppvekst, ved å bruke tid med dem og vise dem kjærlighet og respekt. Samfunnets definering av kjønnsroller burde ikke gå på bekostning av barna, med foreldre i en rollekonflikt som å bli skadelig over tid (Raaheim, 2019, s. 65). Som det å bli mor som tenåring og skulle klare å fullføre skolegangen. Mange av deltagerne snakket utfra egen erfaring og ønsker selv å være en mer tilstedeværende forelder for sine fremtidige barn. De som hadde positive erfaringer fra barndommen, forklarte at de hadde et ønske om å videreføre disse holdningene til neste generasjon, mens de som ikke hadde foreldre å prate med om ulike ting, beskrev et savn rundt dette.

## 6.2 Gruppepress og dårlige rollemodeller får skylden for ung debutalder og tenåringsgraviditet

Ungdommene fortalte at mange i lokalmiljøet debuterte seksuelt i alderen 12-17 år, og mente at dette fortsatt var for ung alder. Dette gjenspeiles i Demographic and Health survey (SADHS, 2018, s. 4) hvor de kom frem til at 48 % av kvinner, og 55 % av menn var seksuelt aktive før de fylte 18 år. Undersøkelsen kom frem til at gjennomsnittsalder for debut i Sør-Afrika er 17,6 år for menn, mens den er 18,1 år for kvinner.

Deltagerne mente at medvirkende faktorer til den unge debutalderen var gruppepress, manipulering og behovet for tilhørighet. Som forklart gjennom Trekomponentmodellen (Raaheim, 2019, s. 166) har ulike uttrykk og signaler personen får utenifra, effekt på hvordan den personen handler. Gjennom oppveksten skjer det holdningsdannelser og de påvirkes av de gruppene en er en del av. Hvordan disse tilknytningene skjer og hvordan vi opplever at omgivelsene reagerer på oss kan være med å definere hvordan vi ser på oss selv. Når det kommer til gruppepress kan det være ulike faktorer som gjør at det å stå for sine meninger kan være utfordrende, eller føle seg nødt til å ta valg på tross av egne verdier eller overbevisninger. Noen velger å gå på tross av sine overbevisninger for å føle seg sosialt akseptert (Raaheim, 2019, s. 172-174). I motsetning til Gommans et al. (2017) oppgir ikke jentene en spesifikk, populær person tilknyttet gruppepress, men de beskriver det bare som et fenomen som er finnes i samfunnet deres. Tre eksempler blir trukket ut fra datamaterialet. Ungdommene beskriver at det å være gutt og jomfru "ikke er normalt" og at det ikke er sosialt

akseptabelt. For jentene er det motsatt, hvor jenter som ikke lenger er jomfru blir ekskludert fra vennegjengen. Jentene kom ikke med en klar definisjon av hva det ville si å være jomfru, men én av jentene anså seg selv som jomfru selv om hun hadde sex med kjæresten, da tidsrommet mellom hver gang de hadde sex var stort. Det andre eksempelet på at verdier blir utfordret er beskrivelsen fra en av deltagerne at jenter blir overtalt til å ha sex med andre for å få gaver. Noe vi kan se ut ifra dagsaktuelle nyheter fremdeles er slik, og at det ikke bare gjelder gaver, men også livsnødvendige ressurser (Human Rights Watch, 2019). Det kunne også være en utfordring å utsette debutalderen på grunn av press fra det motsatte kjønn. Jentene fortalte at gutter ofte hadde et behov for kontroll, og i noen tilfeller handlet det om at de ønsket å ha sex. Én jente beskrev gutters behov for kontroll som en kulturell ting.

Ungdommene fortalte at de selv ønsket å vente med å debutere seksuelt, få barn og stifte familie til etter de var ferdig med utdanning, hadde skaffet seg en jobb og fast partner. En kan tolke det slik at de verdsetter familie, og utfra teori om handlingsdisposisjon ligger ofte verdier til grunn for den tanken om hvordan fremtiden skal bli (Raaheim, 2019, s. 171). En god utdanning med påfølgende sikker jobb vil kunne være med å bidra til å skape en sikker fremtid. Ungdommene forbandt det å debutere seksuelt og få barn i ung alder med mangel på gode rollemodeller, og manglende kunnskap om reproduktiv helse. Dette bekreftes av ulike helseundersøkelser. At jo mindre utdanning en har, dess lavere blir alderen for førstegangsfødende, samt antall barn per kvinne øker (SADHS, 2018, s. 4; STATS SA, 2016, s. 47).

Det ble nevnt at mor-datter-forhold, og kvaliteten på forholdet, kunne ha innvirkning når ungdommene debuterte, eller ble gravide som tenåringer. Familien er den første gruppen en er medlem av og har størst innvirkning på hvilke holdninger vi danner oss (Raaheim, 2019, s. 171). Ungdommene beskrev eksempler på mødre som var ute om kveldene og hadde med seg menn hjem. Dette sendte signaler til sine barn om at dette var greit og resulterte i at de gjorde det samme. I Limpopo er arbeidsmigrasjon vanlig, og flere av deltagerne fortalte om distanserte foreldre og hvordan dette var en årsakene til at de ikke kunne snakke åpent med dem (STATS SA, 2018, s. 17-18). Dem som hadde et godt mor-barn-forhold viste mer kunnskap om seksuell helse og forklarte det med at det var mer åpenhet i hjemmet til å snakke

om slike temaer, og disse ønsket å vente med seksuell debut. Morsrollen ble i de fleste tilfeller definert av deltagerne som en åpen og omsorgsfull person en kunne snakke med alt om.

I Limpopo er 16 % av ungdommer mellom 15-19 år allerede mødre (SADHS, 2018, s. 4), noe som kan forklare at alle ungdommene som ble intervjuet kjente til tenåringer som var gravide, eller mødre. I motsetning til informantene våre, sier ikke SADHS noe om ungdommer under 15 år, og kan derfor ikke bekrefte, eller avkrefte at ungdommer så langt ned i 12-årsalderen har blitt gravide.

Noen av kunnskapene til reproduktiv helse var preget av personlige overbevisninger. Det var forklart flere ganger at hvis en hadde en kjæreste langt unna seg kunne en ikke bli gravid. Det er usikkert om det var ment som 1) at en ikke hadde sex, eller 2) at en hadde en sex så sjeldent at en umulig kunne bli gravid. En annen opplysning som ble gitt, var at et fosters hodet blir større hvis den gravide går med trange bukser. Én deltager fortalte om et rykte om at en ikke kunne bli gravid dersom en var jomfru og hadde sex, og hun hadde derfor ikke brukt kondom første gang hun hadde hatt sex. Disse er gode eksempler på overbevisninger en selv tilegner seg fra samfunnet (Aasheim & Bakken, 2017, s. 110), og viser til hvorfor det kan være utfordrende å drive seksualopplysning (WHO, 2019a). Hvis en kunne identifisere slike personlige overbevisninger fra samfunnet hadde det muligens vært lettere å tilpasse seksualundervisningen, og HIV- og SOI-ratene kunne gått ned (Lefkowitz et al., 2003, s. 158-159).

### 6.3 Mistenksom til prevensjon og redd for abort

Ungdommene hadde ulike ståsted når det gjaldt abort. For noen var det klart at abort var deres eget valg, og at det å få barn i ung alder ikke skulle komme i veien for en god utdanning. På motsatt side stod ungdommene som mente at abort var farlig, at det var det samme som å ta et liv, og et en stod i fare for å aldri kunne få barn igjen. Selv om noen i utgangspunktet hadde en negativ holdning til abort, ville det være en sjans for at de likevel kom til å oppsøke tjenesten hvis de ble gravid i så ung alder. Eller at dem med positiv holdning ikke kom til å ta abort likevel. En slik handlingsdisposisjon kom også frem i studien til Wheeler et al. (2012), hvor medisinstudenter ble mer tolerante underveis i studiet til å utføre aborttjenester, eller

henvise kvinner til å få hjelp, til tross for en personlig negativ holdning til abort. En kan gjøre seg opp ulike meninger om hvordan en ønsker å handle i fremtiden, men likevel gjøre det motsatte slik jentene beskriver (Raaheim, 2019, s. 169).

En annen studie fra Limpopo som ble utført 10 år senere enn vår studie, underbygger våre resultater tilknyttet abort. Flere av jentene ble spurt om deres holdning til abort og hvorfor de selv hadde oppsøkt aborttjenester, ga flere av de samme grunnene til abort som de kvinnelige deltagerne i vår studie. De skildret problemet med baksnakking, gruppepress og mobbing fra medelever, utfordringer tilknyttet studier, ødelagte fremtidsutsikter som bakenforliggende årsaker til aborten (Ramakuella et al., 2016, s. 4).

Kvinner opplever også frykten for å bli sittende igjen med fullt ansvar for barnet. Dette kan spille en rolle for om en velger å ta abort eller ikke. Flere ungdommer fra vår studie forklarer at dette er vanlig i deres område, og alle kjente til ulike kasuser hvor mannen ikke hadde tatt ansvar for sine handlinger etter å ha gjort en kvinne gravid. Coovadia et al. viste til at i 2003 var 40 % av husstander kvinnestyrte, og at én av årsakene til dette var at menn hadde forlatt kvinner og barn til å ta vare på seg selv. Sammenhengen mellom alenemødre og barnefattigdom var ikke til å se bort ifra, og som vi har nevnt tidligere i denne oppgaven, spiller fattigdom en viktig rolle for hvilke utfall dette kan få i livet (tidligere debut, tenåringsgraviditet, mangel på skolegang, mfl.) (Coovadia et al., 2009, s. 823). Flere deltagere forbinder mannsrollen med uansvarlighet, fordi menn går ut og kaster bort penger på alkohol og festing, og ikke stiller opp for familien sin. Dette er det folk ofte forbinder med den mannlige kjønnsrollen, og deltagerne bekrefter at dette er en side som de håper skal bli vagere med tiden (Raaheim, 2019, s. 147).

Som forskere har vi fått kjennskap til ulike verdier og tanker jentene påpeker som relevante for dem før de velger abort. Igjen ser vi at undervisning er viktig, og hvordan informasjon kunne bidratt til å dempe bekymringene rundt abort. Enda viktigere er det å nå frem til ungdommene at en bør ta i bruk medikamentell prevensjon slik at uønsket graviditet kan unngås, og dermed redusere behovet for aborttjenester (Gamnes et al., 2015, s. 60).

Ettersom ingen av jentene i vår studie tidligere hadde prøvd hormonell prevensjon, sier at flere av holdningene deres var basert på andre sine erfaringer og tanker tilknyttet prevensjon. En kan reflektere over det sosiale aspektet tilknyttet prevensjonsbruk og frykten for å bli gravid. Frykten for fysiske forandringer og humørsvingninger stod sterkt blant jentene og det kunne oppfattes som at den frykten var sterkere enn det å bli gravid. De hadde ulike meninger om når de ville begynne å bruke prevensjon. Halvparten av jenteinformantene ønsket å begynne med hormonell prevensjon når de ble seksuelt aktive. Andre ønsket å vente til de hadde fått et barn, og noen få så ikke behovet for prevensjon da de så på alle barn som en gave fra Gud. Det ser ut til at deltagerne forbinder prevensjon kun opp mot reproduktive hensikter og mot bivirkningene de muligens kan få, istedenfor å tenke på helsefordelene medikamentell prevensjon kan tilby. Vi vet ikke alle årsaker til hvorfor halvparten av jenteinformantene ikke ønsket å bruke prevensjon i fremtiden, men en av grunnene kan være at ønsket om å passe inn er så stort at en ikke er villig til å gå på kompromiss mellom den sosiale aksepten og behovet for beskyttelse i form av prevensjon. Å være en del av gruppen er med på å styrke et positivt selvbilde, og hvis det at en blir "tykkere" av prevensjon gjør at en blir utestengt, kan dette føre til at en velger å ikke ta i bruk prevensjon. Hva en velger å fokusere på og hvordan en tolker ulike hendelser er basert på ens holdninger (Raaheim, 2019, s. 171).

Én av informantene visste at en burde bruke prevensjon for å unngå uønsket graviditet, likevel brukte hun ikke noen form for prevensjon når hun hadde sex med kjæresten sin. Hun begrunnet dette med at siden hun kun hadde sex med ham én gang i året, kunne hun ikke bli gravid. Dette er et godt eksempel på at noen ganger ignorerer en kunnskaper en besitter og handler på tross av dette (Raaheim, 2019, s. 168)

Som en del av National Health Act (2005) ble arbeidet med prevensjon og helsepromotering overlatt til autoritetene i hvert enkelt distrikt. Dette resulterte i store ulikheter i kvaliteten på informasjonsformidlingen og undervisningen da flere av distriktene ikke prioriterte dette (Coovadia et al., 2009, s. 828-829). Det er vanskelig å si eksakt hvor mye ressurser autoritetene i Limpopo har satt av til seksualundervisning, men da ungdommene ikke helt husker om de har fått undervisning på skolen og føler at det er lenge mellom seminarer om seksuell helse, kan det tyde på lav prioritering i deres område. Bruken av prevensjonsmetoder

har holdt seg stabil i Sør-Afrika siden slutten av 90-tallet, noe som kan tyde på at iverksatte tiltak innen prevensjonspromotering ikke har hatt tilstrekkelig ønsket effekt ettersom det ikke har vært en økning. Til tross for at Sør-Afrika er et landene sør for Sahara med lavest fruktbarhetstall, er landet fortsatt ikke blant “topp ti”-landene på prevensjonsbruk (Lesthaeghe, 2014, s. 6). Kanskje dette kan ha en sammenheng med at abort benyttes som prevensjonsmetode siden tallene på abort fremdeles er veldig høye (Johnston, 2018).

#### 6.4 Er smitte det som skal til for å få holdningsendring om SOI?

Gjennom resultatene fremlegges det ulikt kunnskapsnivå rundt temaet SOI. Det kunne virke som at ungdommene ikke anså HIV som en type SOI, derfor ble diagnosen diskutert som et eget emne i materialet av ungdommene. De viste betydelig bredere kunnskap om HIV enn om SOI.

En av ungdommene hadde en overbevisning om at SOI var en medfaktor til at Aids utviklet seg hvis en allerede var smittet av HIV. Andre mente at HIV kun smittet via seksuell kontakt. De fleste kvinnelige deltagerne viste med non-verbal kommunikasjon i form av latter og fnising at de ikke hadde så mye kunnskap om SOI som de selv hadde ønsket. Noen visste ikke annet enn hva forkortelsen SOI stod for. Intervjuer prøvde å hjelpe de på vei og spurte om de hadde noe kunnskap om HIV som var en type SOI. Da intervjuer fortalte dette, var det tydelig at kunnskapen de viste rundt HIV var større her enn SOI. Da det ble snakket om symptomer og smitteveier hadde de fleste kvinnelige deltagerne mye eller delvis kunnskap om HIV. Alle ungdommene var klar over at HIV er en stor utfordring i Sør-Afrika og flere konkluderte med at de trodde flere smittetilfeller kunne vært forebygget ved å motta tilstrekkelig informasjon om tema. Deltagerne ønsket mer informasjon for sin egen del, men også for å kunne videreformidle informasjon til sine fremtidige barn.

De aller fleste visste at kondom forebygget HIV. En kan lure på om det er en sammenheng mellom kunnskapsnivå og holdninger når selv nasjonale informasjonsskriv, som SADHS, fokuserer mest på forebygging av HIV og minimalt på andre former for SOI. Albarracín et al. (2003, s. 174) mener strategier for forebyggende arbeid bør forbedres, at “overtalende” reklame og oppfordringer ikke er nok. Kanskje resultatene fra vår studie og andre studier om



SOI prevalens kan bidra til å peke på viktigheten av å omarbeide nasjonale retningslinjer til å inkludere SOI i planene for forebyggende arbeid. Slik at en på denne måten lettere kan imøtekomme ungdommens behov og ønsker for mer informasjon.

En annen mulig årsak til at ungdommene ikke har så mange holdninger til emnet SOI, kan være at de ikke har vært smittet selv eller hørt om folk som har blitt smittet. Ifølge holdningsteori danner en seg ikke en holdning til et objekt før det blir aktuelt å måtte forholde seg til det (Raaheim, 2019, s. 166), noe som kan oppfattes som både positivt og negativt. Hvis dette er årsaken til at de ikke vet så mye, er det positivt at de ikke har hatt SOI. Den negative siden er at en får kunnskap om SOI først etter en har blitt smittet.

Ingen av ungdommene nevner voldtekt som en av årsakene til at HIV og SOI smitter, selv om dette nevnes av Coovadia et al. som en av hovedårsakene til at HIV/Aids-ratene er så høye (2009, s. 127-128). Derimot nevner ungdommene at polygami er til dels vanlig i Limpopo, og at det å ha flere partnere øker risikoen for å smittes av HIV og SOI. De forteller om foreldre og andre i familien som råder dem til å holde seg til en partner, mens venner mener en bør få seg mye erfaring før en gifter seg. Dem som stod nærmest ungdommen, som de respekterte mest, hadde større innvirkning på holdninger enn andre.

Flere av deltagerne uttrykte at de ønsket å teste seg for HIV i fremtiden når de selv ble seksuelt aktive og to av deltagerne hadde allerede testet seg. En av dem hadde satt seg virkelig inn i tema og hadde mye kunnskap om HIV. Hun testet seg da hun trodde hun allerede var smittet, det er usikkert hva resultatet av testen var da svaret var både vagt og bortforklarende da intervjuer spurte henne. Det var tydelig at emnet engasjerte henne og hun ønsket i fremtiden å finne en kur for Aids. Gjennom studien til Kularatne et al. (2018, s. 2) kom det frem at de fleste som ble testet for HIV og syfilis ble testet på Helsestasjoner i forbindelse med svangerskaps- og barselomsorgen. Forskerne prøvde å få tak i tall over hvor mange som hadde testet seg for SOI, men data var ikke tilgjengelig.

## 6.5 Bedre seksualundervisning

Gjennom studien til Albarracín et al. (2003, s. 175) kom de frem til at det skal mer til i forebyggingsarbeidet enn å informere om farer og risikoer ved å ikke bruke prevensjon. Dette skapte lite engasjement for å endre holdningene sine. Hvis en derimot hadde engasjerte lærere som underviste på en mer positiv og praktisk måte, hadde det større effekt på bruken av prevensjonsmidler. Dette bidrar til å underbygge våre resultater med tanke på viktigheten av gode informasjonskilder. Flere av deltakerne som beskriver lite åpenhet og mulighet for å prate med familiemedlemmer og lærere, forklarer at de på egenhånd har prøvd å finne informasjon om tema fra andre kilder som tv, radio, bøker og brosjyrer. Det at nesten alle deltakerne ønsket seg bedre informasjon om seksuell helse, sier noe om at det finnes forbedringspotensialer ved formidling av informasjon.

Mange vil si at mye har skjedd siden datamateriale ble innsamlet med tanke på hvordan internett har revolusjonert måten personer tilegner seg informasjon på. Men grunnet omstendighetene i Limpopo og fortsatt utfordrende levevilkår for mange, er det "få" som har mulighet til å benytte seg av informasjon fra internett. Kun én av våre deltagere fortalte om TV, radio og magasiner som kilde, og ingen nevnte å ha fått informasjon fra internett. Dette var i 2005, og det kan ha skjedd en endring siden den gang. Men SADHS-undersøkelsen kom frem til at i 2016 hadde 35 % kvinner og 45 % menn ikke mottatt noe informasjon fra radio, TV, magasiner og andre media om prevensjon og reproduktiv helse de siste 6 månedene før undersøkelsen (2018, s. 6). Som nevnt tidligere har kun 11% av Limpopos befolkning internett (STATS SA, 2018, s. 55). Derfor kan en ikke belage seg på at hele samfunnet kan få informasjon gjennom disse kildene, men en må prøve å nå ut til dem gjennom andre arenaer.

En annen studie (Albarracín et al., 2006) fant ut at informasjon som kom fra profesjonelle innen tema, ville vært enda mer nyttig enn om en fast skolelærer skulle undervist. Men også om undervisning kom fra en som hadde erfaring på det aktuelle tema, eller en som tilhørtes ens egen sosiale gruppe ville det være mer effektivt. Flere av ungdommene fra våre data kommenterer at de ville foretrukket å snakke med en voksen person av samme kjønn som dem når de skulle snakke om seksuell og reproduktiv helse, som gjenspeiler funnene fra Albarracín et al. (2006, s. 73) sin studie. For at en skal klare å lykkes med å nå ut til folket med god og tilstrekkelig informasjon er det viktig at fordommer blant helsepersonell fjernes (Aasheim &

Bakken, 2017, s. 103). Opplæring blant helsepersonell er viktig for at en skal klare å fjerne stigma rundt temaet SOI. Når en skal informere om SOI, er det viktig at temaer som følelser, normer, relasjoner og kommunikasjon også tas opp. Disse faktorene kan ha stor betydning for om folk velger å bruke prevensjon og å teste seg selv (WHO, 2019a).

Albarracín et al. (2003) fant ut at det var mer vellykket å jobbe mot å øke kunnskapen og en motivasjonsendring framfor å sikte mot en direkte holdningsendring. En holdningsendring tar ofte tid (Raaheim, 2019, s. 173), og deltagerens ønske om mer informasjon, kombinert med hvordan de ønsker å viderefremme informasjon til sine barn i fremtiden, sier noe om at de ser hvor viktig det er å ha informasjon, til tross for at de i intervjuet ikke hadde den kunnskapen selv. Hvis en klarer å skape sunne holdninger i et samfunn vil det igjen kunne bidra til å redusere de høye tallene på HIV og SOI som er i Sør-Afrika (Kularatne et al., 2018, s. 7).

## 6.6 Metodekritikk

I sosialkonstruksjonismen prøver en å se enkeltindividets erfaringer i sammenheng med hvilket miljø og sosiale fenomener en kan finne i deltagerens omgivelser. En bruker aktivt kritisk blikk for å få øye på hvor forskeren kan ha hatt innvirkning på dataene som ble samlet inn (Malterud, 2017, s. 29). I denne filosofiske tilnærmingen må en akseptere at det finnes mer enn en sannhet, men de bruker ikke begrepet validitet for å begrunne at studien er "rett" gjennomført. I sosialkonstruksjonismen kalles det *rigor* (rigiditet), og defineres som en nøye beskrivelse av fremgangsmåte og argumentasjon (Burr & Dick, 2017, s. 70). Vi ønsker å forklare hvordan vi har gått frem for å vise at vi har vært kritiske til måten vi har jobbet på og materialet vi har benyttet oss av, men vi vil benytte oss av begrepet validitet og ikke rigiditet.

Ved at deltagerne kunne prate på sitt eget morsmål, gir det ofte et større ordforråd som igjen kan hjelpe deltakeren til å sette ord på ting og datamaterialet kan bli beriket. Men det kan også være negative sider ved at intervjuene utføres på flere språk. Assistenten kan ha påvirket samtalen ved måten spørsmålene ble stilt, om det var åpne/lukkede spørsmål, eller unøyaktig oversettelse (Polit & Beck, 2017, s. 509-510). I noen sammenhenger ser vi at intervjuer/forskningsassistent går inn i en mer undervisende rolle framfor å lytte til kunnskap

fra informanten, noe som kan påvirke resultatene, samt at noen ganger blir stilt lukkede spørsmål framfor åpne spørsmål. For eksempel da ene informanten fortalte om ryktet rundt jomfruer og sex, reagerte forskningsassistent med å uttrykke at dette er en feiloppfatning og avbrøt informantens svar og gikk videre til neste spørsmål.

*“Learner: There was a rumor that if you are a virgin you wont get pregnant so that’s why we had sex and did not even use a condom.*

*Assistant: It was a rumor that if you are a virgin you wont fall pregnant?*

*Learner: Yes.*

*Assistant: Okay so that was wrong and now can you think of any situation where you cannot use contraceptives like condoms?”*

Malterud (2017, s. 78) understreker at transkriberingens formål er at den skal bidra til å gjengi samtalen og prøve å formidle det som deltakeren ønsker å formidle. Med *reliabilitet* menes det hvorvidt resultatene av denne studien kan reproduseres hvis noen andre skulle tenke seg å samle inn data og gjennomgå funnene selv (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 276). Ettersom vi kun hadde tilgang til transkribert materiale, har det gjort det mer utfordrende å få en dypere forståelse av kontekst og det som formidles. Til tider har transkribert materialet inneholdt ufullstendige setninger, språkutfordringer og mangelfull tegnsetting. Hvis vi hadde lyttet til lydopptakene hadde vi kanskje fått en annen opplevelse av materialet, med inntrykk som lyder, pauser i dialog, og ord som ikke ble nedskrevet på grunn av dårlig lyd kvalitet (skrevet i materialet som .../?). Et eksempel fra materialet er når en av ungdommene beskriver en ansvarlig tenåringsfar som gir penger til å forsørge barnet sitt og hva de brukes til: «*L-he is like, giving the money to buy, because food, to buy pancakes?/pampers? And all that*». Her har transkribenten skrevet to forslag til hva som kan ha blitt sagt, og vi må selv vurdere hvilken tolkning som passer i henhold til kontekst. I slike tilfeller har vi ikke kunnet ta utgangspunkt i disse setningene fordi det kunne gitt et feil bilde av hva som har blitt sagt og gitt utslag på de endelige resultatene. Hvordan andre som tar i bruk datamaterialet i senere tid ønsker å tolke teksten, er opp til dem.

Til tross for språkutfordringer har vi arbeidet med datamaterialet på det engelske språket helt frem til resultatkapittelet skulle skrives på norsk for å sikre nærhet til det som ble sagt av

informantene. Vi mente en for tidlig/prematur oversettelse ville påvirke måten vi tolket materialet på, i tillegg til at vi ble frarådet oversettelse av veiledere siden noe av materialet allerede hadde gjennomgått én oversettelse (SePedi – engelsk). Vi kan ikke se bort fra at oversettelsen vår i resultatdelen er ukorrekt, men har forsøkt å veie opp ved å være to som har diskutert oversettelsesprosessen. Vi har flere ganger underveis i analyseringsprosessen vendt tilbake til datamateriale for å forsikre oss om at vi har fått med oss essensen i hva som blir sagt. Når vi har diskutert betydningen av tekstutdrag har det hjulpet oss å gå tilbake til empirien for å se konteksten utdraget ble hentet ut fra. Vi tror ikke resultatene hadde blitt annerledes om vi hadde skrevet hele oppgaven på engelsk, fordi tolkningen vår fremdeles ville vært den samme om vi hadde skrevet den på et annet språk.

Vi valgte å ikke benytte oss av gruppeintervjuene i denne oppgaven, til tross for at det ville gitt oss en større datamengde med mer informasjon. Ettersom de individuelle intervjuene og gruppeintervjuene ble anonymisert på ulike måter, var det umulig å se sammenhenger mellom den enkeltes bakgrunn, rollemodeller og deres holdninger. Dette har resultert i at relevante spørsmål inn mot vår problemstilling som ble spurt i gruppeintervjuene, ble ikke nødvendigvis stilt igjen i alle enkeltintervjuene. Til tross for samme intervjuguide i de semistrukturerte intervjuene, var det ikke alle temaene som gikk igjen i både jente- og gutteintervjuene, og ikke alle ble bedt om å utdype besvarelsen sin. Vi har sett at mange av temaene flettes inn i hverandre, noe som har gjort analyseringsprosessen mer krevende enn vi hadde forestilt oss, samtidig som at det viser at alle funnene henger sammen. I Malteruds tekstkondensering sorteres materiale i oversiktlige skuffer, men det er helt vanlig at noen av de meningsbærende enhetene havner i flere av disse skuffene (Malterud, 2017, s. 98) noe som bekrefter vår fremgangsmåte da vi dannet kodegruppene. Det styrker også valget av å kun analysere enkeltintervjuene, fordi for store mengder data ville gjort det enda vanskeligere å få en oversikt over data (Malterud, 2017, s. 99).

Vi opplever at det har vært en styrke å være to personer som har skrevet mastergradsprosjektet. Vi har sett at vi har fått frem ulike perspektiv og nyanser samt bredere refleksjoner av tema ved å være to. Det har hjulpet oss å se hvilken “bagasje” vi har med oss, for at den i minst mulig grad skulle påvirke fremgangsmåten i arbeidet, slik Malterud advarer mot (2017, s. 44). Vi har ulike holdninger innen tema seksualitet, noe som igjen kan styrke

oppgaven med tanke på refleksjon av analysen. De artiklene vi har funnet om emnet er ganske like våre egne data, og vi har ikke kommet over data med store avvik fra våre egne funn. Dette er med å svekke relevansen fordi det forteller at det ikke er så stort behov for at det forskes på slik vi først antok. Samtidig styrkes validiteten fordi resultatene som vi har funnet har kommet frem i andre studier også (Malterud, 2017, s. 111).

## 7.0 Konklusjon

I studien vår fant vi at dem som hadde foreldre som stilte opp for dem hadde en tendens til å uttrykke flere holdninger rundt tema, mens dem som hadde fravær av foreldreroller ga mindre opplysninger. Derimot gav de gode refleksjoner rundt kjønnsroller og familieidealer, og fortalte at de ønsket at deres fremtidige barn ikke skulle oppleve det samme.

Hvis foreldre ikke gav dem tilstrekkelig informasjon om reproduktiv helse, oppsøkte flesteparten av ungdommene andre kilder for å tilegne seg kunnskap. De hadde et ønske om å lære mer om tema og fortalte om utilstrekkelig opplæring i skolen.

Det var forskjell på kunnskapsnivået om temaet SOI i forhold til HIV og det kan muligens forklares av politikken og medias fokus på HIV. HIV har flere tilfeller, og ofte mer kjente, livsvarige konsekvenser sammenlignet med kjønns sykdommer. Antall SOI-smittede i Sør-Afrika er veldig høyt, men kommer i skyggen av den høye HIV-raten.

Deltagerne ønsket å vente med barn til etter endt studie og fått seg en fast jobb, slik at de kunne forsørge sine barn. Å kunne være tilstede for barna var viktig for dem. Selv om de ønsket å vente med barn, virket prevensjonsbruk som noe de ikke var motivert til å bruke, fordi de fokuserte mer på bivirkningene framfor fordelene ved bruken av dem.

Det var vanskelig å se at det har skjedd store kollektive endringer blant ungdommer rettet mot holdninger til seksuell helse i Sør-Afrika fra tiden da datamateriale ble samlet inn, fram til i dag. Studier som er blitt utført i ettertid av vårt datamateriale er hentet, har kommet frem til omtrent samme resultater. Med tanke på at den sørafrikanske National Health Act kom ut

samtidig med datainnsamlingen, kan vi se at de retningslinjene som ble vedtatt der, ikke har ført til en betydelig endring i holdninger blant ungdommer. Når en tar utgangspunkt i en kvalitativ metode begrenses utvalget og det blir vanskeligere å påstå at dette representerer en hel befolkning. Men samtidig anser vi resultatene våre som verdifulle, da funnene er med å belyse viktigheten av at riktig og informativ seksualundervisning blir tilbudt til ungdommer. På den måten kan de være i stand til å ta gode valg, slik at de oppnår positiv seksuell helse. Slik at tallene tilknyttet tenåringsgraviditet, SOI, HIV og abort kan bli færre.

Som jordmødre kan vi være en del av dette arbeidet. Økt fokus på seksuell helse kan føre til en større bevissthet når en imøtekommer ungdommer i forbindelse med veiledning, på tvers av kulturer og landegrenser. Vi har i denne oppgaven prøvd å kartlegge at det finnes behov for informasjon, noe som bekrefter WHO sin kunngjøring om at det er en utfordring å nå frem til alle med tilbud om seksualundervisning. I Sør-Afrika, og mange andre steder i verden, bør det bli lettere å få tak i informasjon, hjelp, oppfølging til familieplanlegging og seksualundervisning. Å starte med å se på holdninger i et samfunn, kan være et viktig steg på veien til tilstrekkelig informasjon/kunnskap om seksuell helse.

## Referanseliste

- Aasheim, V. & Bakken, K. S. (2017). Reproduktiv helse blant invandrerkvinner. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 101-114). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Albarracín, D., Durantini, M. R. & Earl, A. (2006). Empirical and Theoretical Conclusions of an Analysis of Outcomes of HIV-Prevention Interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 73-78. doi:10.1111/j.0963-7214.2006.00410.x
- Albarracín, D., McNatt, P. S., Klein, C. T. F., Ho, R. M., Mitchell, A. L. & Kumkale, G. T. (2003). Persuasive communications to change actions: An analysis of behavioral and cognitive impact in HIV prevention. *Health Psychology*, 22(2), 166-177. doi:10.1037/0278-6133.22.2.166
- Azzakani, R. (2015). Plans in Place to Deal with High Teen HIV Rates: Parliament of South Africa. Hentet fra <https://www.parliament.gov.za/news/plans-place-deal-with-high-teen-hiv-rates>
- Bill of Rights. (1996). *Constitution of the Republic of South Africa* (ISBN 978-0-621-39063-6). Hentet fra <http://www.justice.gov.za/legislation/constitution/index.html>
- Brekke, B. (2013). Apartheid - da loven var hvit. NRK. Hentet fra <https://www.nrk.no/dokumentar/dette-var-apartheid-1.11401620>
- Burr, V. & Dick, P. (2017). Social Constructionism. I B. Gough (Red.), *The Palgrave Handbook of Critical Social Psychology* (s. 59-80). doi: 10.1057/978-1-137-51018-1\_4
- Coovadia, H., Jewkes, R., Barron, P., Sanders, D. & McIntyre, D. (2009). The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges. *Lancet*, 374, 817-834. doi:10.1016/S0140-6736(09)60951-X
- Crafter, H. & Brewster, J. (2014). Common problems associated with early and advanced pregnancy. I J. E. Marshall, M. D. Raynor & M. F. Myles (Red.), *Myles textbook for midwives* (16th ed. utg., s. 221-242). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Eagley, A. H. & Chaiken, S. (1993) *The Psychology of Attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Refert i: Raaheim, A. (2019). *Sosialpsykologi* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Eriksen, T. L. & Millstein, M. (2016). *Sør-Afrikas historie : førkoloniale samfunn, apartheid og frigjøring*. Kristiansand: Portal forlag.



- FN-Sambandet. (2015). *FNs Bærekraftsmål*. Abstract hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2018-10-19-1584>
- Foyen, S. & Tobiassen, L. (2017). Prevensjonsveiledning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 164-188). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Gamnes, S., Johansen, M. & Sex og samfunn, s. f. u. s. (2015). *Metodebok* (7. rev. utg. utg.). Oslo: Sex og samfunn, senter for ung seksualitet.
- Gommans, R., Sandstrom, M. J., Stevens, G. W. J. M., ter Bogt, T. F. M. & Cillessen, A. H. N. (2017). Popularity, likeability, and peer conformity: Four field experiments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 73, 279-289.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.10.001>
- Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E. & Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*, 368(9550), 1908-1919. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6)
- Harrison, A., Karim, S. A., Floyd, K., Lombard, C., Lurie, M., Ntuli, N. & Wilkinson, D. (2000). Syndrome packets and health worker training improve sexually transmitted disease case management in rural South Africa: randomized controlled trial. *AIDS (London, England)*, 14(17), 2769-2779. Hentet fra <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00329188/full>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rundskriv - Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler - Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC)* (IS-13/2015). Oslo: Helsedirektoratet.
- Human Rights Watch. (2019). Mozambique: Cyclone Victims Forced to Trade Sex for Food - Community Leaders Exploit Vulnerable Women: Human Rights Watch. Hentet fra [https://www.hrw.org/news/2019/04/25/mozambique-cyclone-victims-forced-trade-sex-food?fbclid=IwAR2mF81oGzpjz2LvYtVmymFelON2PR7R-tUxwG7vgCGXAqV\\_4vLpdIDnBaI](https://www.hrw.org/news/2019/04/25/mozambique-cyclone-victims-forced-trade-sex-food?fbclid=IwAR2mF81oGzpjz2LvYtVmymFelON2PR7R-tUxwG7vgCGXAqV_4vLpdIDnBaI)
- International Confederation of Midwives. (2018). International Confederation of Midwives. Hentet fra <https://www.internationalmidwives.org/>

- International Confederation of Midwives, I. (2008/2014). International code of ethics for midwives. Hentet fra <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/international-code-of-ethics-for-midwives.html>
- Johnston, R. (2018). Historical Abortion Statistics, South Africa *Abortion statistics and other data - - Jounnston's Archive*.
- Kroger, J. (2000) *Identity Development. Adolescence through Adulthood*. SAGE Publications Inc. Referert i: Spjeldnæs, I. O. (2013). *Family values of young people in Limpopo, South Africa* (Doktoravhandling, ISBN: 978-82-308-2437-5). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Kularatne, R. S., Niit, R., Rowley, J., Kufa-Chakezha, T., Peters, R. P. H., Taylor, M. M., ... Korenromp, E. L. (2018). Adult gonorrhoea, chlamydia and syphilis prevalence, incidence, treatment and syndromic case reporting in South Africa: Estimates using the Spectrum-STI model, 1990-2017. *Plos one*, 13(10), e0205863. doi:10.1371/journal.pone.0205863
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 4. oppl. utg.; T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lefkowitz, E. S., Gillen, M. M., Shearer, C. L. & Boone, T. L. (2003). Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *The Journal of Sex Research*, 41(2), 150-159. doi:10.1080/00224490409552223
- Lesthaeghe, R. (2014). The fertility transition in sub-Saharan Africa into the 21st century. *Ann Arbor, MI: Univeristy of Michigan*.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications Inc. Referert i: Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- MOBIEG. (2018). HIV/AIDS. Hentet 29.03.2019 fra <https://www.mobieg.co.za/medical/sexually-transmitted-disease/hiv-aids/>
- MOBIEG. (u.å). About us. Hentet 29.03.2019 fra <https://www.mobieg.co.za/about/>
- Motsoaledi, D. A. (2017). *Question No.72 (CW143E)*. Department of Health. Hentet fra <https://www.parliament.gov.za/>

- Mulaudzi, F. M. & Makhubela-Nkondo, O. N. (2006). Indigenous healers' beliefs and practices concerning sexually transmitted diseases. *Curationis*, 29(1), 46-53.
- National Department of Health, N., Statistics South Africa, S. S., South African Medical Research Council, S. & ICF. (2018). *South Africa Demographic and Health Survey*. Pretoria, South Africa:
- National Health Act. (2005). *National Health Amendment Bill* (ISBN 0 621 339679). Hentet fra <http://www.health.gov.za/index.php/2014-03-17-09-09-38/legislation/yj-mega-css-dropline/category/78-2005b>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Raaheim, A. (2019). *Sosialpsykologi* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Ramakuela, N. J., Lebese, T. R., Maputle, S. M. & Mulaudzi, L. (2016). Views of teenagers on termination of pregnancy at Muyexe high school in Mopani District, Limpopo Province, South Africa. *African journal of primary health care & family medicine*, 8(2), e1-e6. doi:10.4102/phcfm.v8i2.945
- Ross, R. (2008). *A concise history of South Africa* (2nd. utg.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Smith, E. R., Mackie, D. M. & Claypool, H. M. (2015). *Social psychology* (4th ed. utg.). New York: Psychology Press.
- South African Institute of Race Relations. (2018). SA has made significant progress against HIV/AIDS, but more must be done. Hentet fra <https://irr.org.za/media/media-releases/sa-has-made-significant-progress-against-hiv-aids-but-more-must-be-done/view>
- Spjeldnæs, I. O. (2013). *Family values of young people in Limpopo, South Africa* (Doktoravhandling, ISBN: 978-82-308-2437-5). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Statistics South Africa. (2010). *Monthly earnings of South Africans, 2010* (P0211.2). Hentet fra <http://www.statssa.gov.za/publications/P02112/P021122010.pdf?fbclid=IwAR2dxgcGWOnDEpMwZJxo4MJ1zBLc8wvsxQRYhK8PmuX3XAMTWG0tUSMaaos>

- Statistics South Africa. (2016). *Community Survey 2016 - statistical release (P0301)*. Hentet fra <http://cs2016.statssa.gov.za/>
- Statistics South Africa. (2018). *Provincial Profile: Limpopo - Community Survey 2016* (ISBN: 978-0-621-44987-7). Hentet fra [http://cs2016.statssa.gov.za/?portfolio\\_page=community-survey-2016-provincial-profile-limpopo-2016](http://cs2016.statssa.gov.za/?portfolio_page=community-survey-2016-provincial-profile-limpopo-2016)
- Swartz, L. (2009). Fertility transition in South Africa and its implications on the four major population groups. *asdf*, 487-500.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- TOP Law. (1996/2008). *Choice on Termination of Pregnancy Amendment Act* Hentet fra <https://www.parliament.gov.za/search?q=termination+of+pregnancy>
- UNAIDS. (2018). Country: South Africa. Hentet 21.07.2018 fra <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/southafrica>
- UNESCO. (2015). South Africa. Hentet 10.04.2019 fra <http://uis.unesco.org/en/country/za?theme=education-and-literacy#slideoutmenu>
- United Nations. (2011). *The Millennium Development Goals Report 2011*. New York: UN. Hentet fra [https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/MDG\\_Report\\_2011/](https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/MDG_Report_2011/)
- Utdanningsdirektoratet. (2013a). *Læreplan i naturfag (NAT1-03)*. Hentet fra <https://www.udir.no/kl06/NAT1-03>
- Utdanningsdirektoratet. (2013b). *Læreplan i samfunnsfag (SAF1-03)*. Hentet fra <https://www.udir.no/kl06/SAF1-03>
- Vildalen, S. & Langfeldt, T. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner : med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wheeler, S. B., Zullig, L. L., Reeve, B. B., Buga, G. A. & Morroni, C. (2012). Attitudes and intentions regarding abortion provision among medical school students in South Africa. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 38(3), 154. doi:10.1363/3815412
- World Association of Sexual Health, W. (2014). *Declaration of Sexual Rights*.

- World Health Organisation. (2006/2010). Defining Sexual Health. Hentet 07.06.2018 fra [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/?fbclid=IwAR3ZmeevA4A9Y1zc9xc8TbB1Lk83i1PnuqThdgvWVxK3Fp4dU-U3iS0wjh4](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/?fbclid=IwAR3ZmeevA4A9Y1zc9xc8TbB1Lk83i1PnuqThdgvWVxK3Fp4dU-U3iS0wjh4)
- World Health Organisation. (2019a). Overcoming barriers to adolescent health education and services. Hentet 03.04.2019 fra <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/education/en/>
- World Health Organisation. (2019b). Why the HIV Epidemic is not over. Hentet fra <https://www.who.int/hiv-aids/latest-news-and-events/why-the-hiv-epidemic-is-not-over>

## Vedlegg

## Vedlegg I: Eksempel på matrise under analyseringsprosessen

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgruppe	Kondensat
<p>I-Hypothetical, what if you found you were pregnant now? What would you do? S-Don't know...tell somebody I trust?</p> <p>I-Who? S-My sister, she is 24. I-Would you tell your mother? S-No, tell sister first. I-Grandmother? S- No, just the sister. I could not keep the baby right now.</p> <p>I-What options do you have? Is abortion option? S- Yes, that I would consider. Because if else I ruin my future. If I had a child I would have to wait a year before school, it would be a waste.</p> <p>I-Do you know anybody that has had an abortion? S-No, I don't think so.</p> <p>I-Many places in South Africa they do it without hospitals. Hospitals is best.</p> <p>I-You would decide from sister's advice? S-Yes.</p>	Seksualitet	Abort	<p>If I was pregnant today I will tell somebody I trust, maybe my sister . I couldn't keep my baby right now, because I want to finish my study. I would consider abortion at the hospital.</p>
<p>F: Ya this is a challenge.</p> <p>O: This is a challenge so when do people start having sexual intercourse here when you say in this area at what age is it common to start?</p> <p>L: Some start at the age of thirteen.</p> <p>O: Thirteen is that the average?</p> <p>L: No is not the average.</p> <p>O: But some people start there?</p> <p>L: Yes.</p> <p>O: Okay but what would you say is the most common age ?</p> <p>L: Sixteen.</p>	Sekualitet	Debutalder	<p>Some start having sex at the age of 13. Most of teenagers start at the age of 16 in this area.</p>
<p>I: How will you raise your children? What will be the most important when you and your wife will share or not share? Can you say something about that.</p> <p>L: You know, if raising children, it has to go with loyalty and respect. If you respect your own children they will respect you. Do everything for them, always be there.</p> <p>I: How will you share it with your wife?</p> <p>L: How will I share it with my wife? Phela, [Actually] she must always be there.</p>	Fremtidsplaner		<p>I will raise them together with my wife, always be there and teaching them loyalty and respect. I would prefer to share the different tasks at home with my wife.</p>

<p>I: What will your wife do with the children and what will be your responsibility? Give some examples.                  L: If my kid is a few months old, she should always be there to change the nappies, I hate doing that.                  I: The wife should change the nappies.                  L: Yes and feed them.                  I: Who will cook food?                  L: I like cooking.                  I: You like cooking?                  L: Exactly.                  I: Who will clean the house?                  L: I hate cleaning. [LAUGHTER]                  L: Maybe she will.</p>			<p>If I have to move in order to work, then I want my family to come with me. I don't want to leave them without a father figure at home and I will miss them. I want both us working to provide for our family, so I want to hire a maid to clean the house and watch the children after school.                  While being a father of teenagers I have to teach them about peer pressure and how to avoid it (alcohol and parties).</p>
<p>I: Does your mother or father teach you about reproductive health, HIV/Aids and sexuality?                  L: No.                  I: Do you know anything about these things?                  L: I just know that there are diseases and you must protect yourself. When you have sex you must use a condom.                  I: Where did you learn that?                  L: At school. I read magazines and also on TV.</p>	<p>Informasjonskilde seksualitet</p>	<p>SOI</p>	<p>My parents do not teach me about reproductive health, sexuality and HIV/Aids. Instead I have learned that from magazines, TV and school.</p>

Vedlegg II: E-post fra REK vest

---

**Fra:** Fredrik Kolstad Rongved <Fredrik.Rongved@uib.no>

**Sendt:** Monday, June 4, 2018 10:36:30 AM  
[Redacted]

**Emne:** REK vest

Hei [Redacted]

Er data reelt anonymt? Er de anonymisert etter institusjonens retningslinjer for anonymisering? Eksisterer det en koblingsnøkkel som kobler data mot personidentifiserbar informasjon?

Dersom all data er anonymt, så er det ingen personvernrisiko involvert i verken behandling, transport eller oppbevaring. Når dere skriver «anonym» må dere forsikre dere om at det er anonymt og ikke aidentifisert, pseudonymisert eller på en annen måte indirekte identifiserbart. Hvis data er anonymt så er det også utenfor REKs virkeområde.

Dersom data er personidentifiserbart så anbefaler vi at de lagres på en forskningsserver evt. en PC tilknyttet institusjonen. Mobilt utstyr (som minnepenn) gir generelt større risiko. Gjenbruk av helseopplysninger (nye analyser på allerede innsamlet helsedata) til helseforskning må også søke REK. For gjentakelsens skyld; dersom data er anonymt er det utenfor REKs virkeområde og dere trenger ikke søke om godkjenning fra oss.

Mvh,  
Fredrik Rongved  
Rådgiver, REK vest

Telefon: 55978498

Epost: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

Haukelandsveien 28, Armauer Hansens Hus (AHH)

