

Ronja Kristin Brox Jakobsen

Hvor mye prater norske mødre med egne barn om seksualitet, og hvordan påvirkes dette av demografi, tidligere erfaringer og mulige utfordringer?

En kvantitativ studie om mødres involvering i eget barns seksualitet.

Masteroppgave i Master i Barnevern
Veileder: Marianne Nilsen
Mai 2023

Ronja Kristin Brox Jakobsen

Hvor mye prater norske mødre med egne barn om seksualitet, og hvordan påvirkes dette av demografi, tidligere erfaringer og mulige utfordringer?

En kvantitativ studie om mødres involvering i eget barns seksualitet.

Masteroppgave i Master i Barnevern
Veileder: Marianne Nilsen
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke hvor mye norske mødre, med barn i aldersgruppen 13-18 år, involverer seg i eget barns seksualitet. Dette måles i kontekst av hvor mye mor selv opplever å ha pratet om forskjellige underliggende temaer av seksualitet med barnet. Videre er det et mål å undersøke hvorvidt demografiske mål, tidligere erfaringer i mors oppvekst, og eventuelle utfordringer tilknyttet kommunikasjonen, kan påvirke hva som prates mest og minst om.

Studien har valgt å utføre en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse, basert på et egenprodusert spørreskjema. Utvalget består av 254 mødre bosatt i Norge, med aktivt omsorgsansvar for barn i aldersgruppen 13-18 år. Analysene ble gjennomført i dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 28. For å undersøke dimensjoner av oppgavens mål er det blitt gjennomført faktor- og reliabilitetstester, som del av eget valideringsarbeid, som da ledet til at seksualitet ble inndelt og målt i tre dimensjoner: prevensjon, selvinnsikt og nytelse. For å undersøke sammenhengen på tvers av variabler er det blitt benyttet korrelasjons- og trinnvise regresjonsanalyser som del av oppgavens hovedanalyser.

Resultatene viser at målene for mors utdanning, barnets alder og kjønn, oppvekst – selvinnsikt, indre- og ytre utfordringer til dels kan predikere utfallet for hvor mye mor prater med eget barn om prevensjon. Videre viste resultatene at utfallet for hvor mye mor prater med eget barn om selvinnsikt, til dels kunne predikeres av målene for oppvekst – selvinnsikt og ytre utfordringer. Til slutt tydet analysene på hvor mye mor prater med eget barn om nytelse kun kan predikeres av indre- og ytre utfordringer tilknyttet det å prate om seksualitet.

Abstract

The purpose of this master thesis is to investigate how much Norwegian mothers, with children in the age of 13-18 years, is involved in the sexuality of their own child. This is measured in the context of how much the mother herself has experienced talking about different sub-themes of sexuality with the child. Furthermore, there is a goal to closer look into whether demographics, past experiences from the childhood and potential challenges in relations to the communications, could affect the outcome of what topics are most and least commonly discussed.

The study uses a quantitative cross-sectional design, through a self-produced questionnaire. The selection consists of 254 mothers residing in Norway, with a current responsibility of care of a child within the age limit of 13-18 years. All analyses have been conducted through the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 28-program. To investigate the different dimensions of the variables, they were tested through a factor-analyses and a reliability-test, as a part of the early validation-process. Through these steps, sexuality was divided in three sub-themes: contraception, self-insight, and pleasure. To further explore the relations between the variables, a correlation- and a regression analysis was performed as a part of the thesis' main-analyses.

The results shows that the measures of education, mothers age, as well as the age and gender of the child, the mothers experiences with self-insight, intern- and extern challenges, all partake in the prediction of the outcome of how much the mother talks about sexuality with her own child. The results also showed signs of mother-child self-insight-communication being able to be predicted by the measures of the mothers' experiences from the childhood in relations to self-insight and the measures of extern challenges. Lastly, the results from the analyses showed that the outcome of how much the mother speaks with the child about pleasure could only be predicted by intern and extern challenges associated to the communication.

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på mine fem år som student, og mine to år på master i barnevern ved NTNU i Trondheim. Det har vært fem fantastiske år, og jeg ville aldri vært foruten. Det har følgelig ikke kun vært solskinn og sommerfugler, da det også har vært noe av det tyngste og vanskelig jeg har gjort. I løpet av de siste årene har jeg vokst utrolig mye som person, og for det vil jeg gjerne takke både venner, medstudenter og forelesere ved Nord Universitet og NTNU. Jeg må ærlig innrømme at markeringen på slutten av min tid som student er bitter-søt. Jeg kommer til å savne friheten som medfølger å være student, og overgangen fra student til «voksen» er både skummel og utrolig spennende.

Proessen av å skrive masteroppgave har til tider vært både ensom og utmattende, og jeg vil gjerne takke familien min – særlig mamma og pappa for all støtte de har gitt meg underveis. Jeg vil også takke de fine vennene mine, både for å ha vært der for meg, men òg for å ha tvunget meg ut av lesesalen og fått meg med ut. Spesielt stor takk til veilederen min Marianne Nilsen, for gode – og til tider brutalt ærlige, konstruktive tilbakemeldinger. Du har antageligvis gjort prosessen av å skrive masteroppgave mye lettere og ryddigere enn hva den kunne ha vært, og jeg setter enormt stor pris på all tid du har viet til meg og oppgaven.

NTNU Trondheim, 2023

Ronja Jakobsen

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 – Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans	1
1.2 Problemstilling	3
1.3 Begrepsavklaring.....	4
1.3.1 Barn.....	4
1.3.2 Seksualitet.....	5
1.4 Disposisjon.....	6
Kapittel 2 – Teori og tidligere forskning	7
2.1 Teoretisk rammeverk.....	8
2.1.1 Habitus og kapital.....	8
2.1.2 Utviklingsøkologisk systemteori	11
2.1.3 Barndom og helse	13
2.1.4 Familien i endring	16
2.2 Tidligere forskningsfunn.....	18
2.2.1 Seksualitet.....	19
2.2.2 Kjønn.....	20
2.2.3 Alder.....	21
2.2.4 Utfordringer.....	22
Kapittel 3 – Metode og metodiske overveielser	23
3.1 Datainnsamling.....	24
3.2 Forskningsetiske vurderinger	25
3.3 Utvalg.....	26
3.4 Måleinstrumenter	26
3.4.1 Avhengig variabel.....	26
3.4.2 Uavhengige variabler.....	27
3.5 Analyser	29
Del 1. Forarbeid.....	29
Del 2. Hovedanalyser.....	30
Kapittel 4 – Resultater	31
Del 1. Forarbeid	31
Del 2. Hovedanalyser	33
4.2.1 Deskriptiv statistikk.....	33
4.2.1.1 Avhengige variabler.....	33
4.2.1.2 Uavhengige variabler.....	34
4.3.1 Korrelasjonsanalyse.....	36
4.4.1 Regresjonsanalyse.....	38

Kapittel 5 – Diskusjon	41
5.1 Funn	41
5.1.1 Seksualitet.....	41
5.1.2 Demografiske forhold.....	45
5.1.3 Erfaringer fra oppvekst	48
5.1.4 Utfordringer.....	51
5.2 Studiens begrensninger	53
5.2.1 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet.....	53
5.3 Oppsummering.....	55
Kapittel 6 – Avslutning	57
6.1 konklusjon	57
6.2 Veien videre	58
Litteraturliste	59

Tabeller

Tabell 1. Mål for spredning for dimensjoner av seksualitet.....	33
Tabell 2. Mål på sentraltendens av demografi.....	34
Tabell 3. Mål på spredning for dimensjoner av oppvekst.....	35
Tabell 4. Mål på spredning for dimensjoner av utfordringer	36
Tabell 5. Korrelasjonsmatrise av avhengige- og uavhengige variabler.	37
Tabell 6. Stegvis multippel regresjonsanalyse	39

Appendiks

Appendiks A – Kvalitetssikring av skalaer.....	i
Appendiks B – Informasjonsskriv	v
Appendiks C – Spørreskjema.....	vii

«Seksualitet og seksuell praksis tilhører den mest intime delen av livet vårt. Det er ikke noe vi snakker om med hvem som helst, og det kan være utfordrende å ta opp som tema, både privat og i møte med helse- og omsorgstjenesten. Dersom sex sjelden eller aldri tematiseres, vil det være desto vanskeligere å ta opp problemstillinger knyttet til seksuell orientering, seksualatferd eller seksuell uhelse når behovet oppstår.»

- Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 25)

Kapittel 1 – Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans

Helt fra en blir født er seksualiteten en viktig del av menneskets utvikling og identitet.

Seksualiteten preger måten man oppsøker kjærlighet, varme og intimitet på. Det er mer enn bare det rent biologiske og kroppslige. Verdens helseorganisasjon definerer seksualitet som noe som påvirker ens handlinger, kommunikasjon og hvordan en tenker. Seksualiteten har slik også innflytelse på den psykiske og fysiske helsen (World Health Organization, u.å.). Likevel er det noe man ser at kan bli nedprioritert, både i samfunnet som helhet og i den enkeltes hverdagsliv.

Seksualitet og reproduksjon har lenge vært et tabubelagt tema i den norske kultur. Seksuell atferd og samlivsformer har blitt regulert og begrenset, både gjennom moralske og religiøse påbud, men også gjennom juridisk lovverk. Slik poengtert av Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 25) har det siden 1970-tallet vært et gradvis skifte, hvor de juridiske begrensningene nå i stor grad er borte, og samfunnet viser større aksept. Det er mer åpenhet rundt seksualitet som overordnet tema, og den enkelte står friere til å uttrykke sin seksualitet.

Viktigheten av å prate om seksualitet blir tydeligere fremhevet i lys av de konsekvenser som kan oppstå ved mangel derav. Ved mangel på kjennskap til egen seksualitet og seksuell helse er det ikke kun konsekvenser slik som uønsket graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner som kan oppstå, men også konsekvenser som kroppskrenkelse og overgrep. Slike konsekvenser vil oppleves som traumer i den enkeltes liv, og vil kunne føre til ulike psykiske lidelser, eksempelvis slik som posttraumatiskstress-syndrom, depresjon og angst.

En undersøkelse utført av Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress viser at om lag seks prosent av barn i aldersgruppen fra 12 til 16 år har opplevd seksuelle overgrep fra en voksen, og 22 prosent har opplevd seksuelle krenkelser eller overgrep fra jevnaldrende (Hafstad, 2019, s. 83-90). Dette er store prosentandeler, hvor det trolig også vil være mørketall. Seksuelle overgrep er ulike seksuelle krenkende handlinger utført mot noen, uten samtykke fra den utsatte (Stene & Kruse, 2023).

Da barn og unge fremdeles er mentalt og kroppslig underutviklet, er de særlig sårbare for at overgrep kan medføre langvarige negative konsekvenser. Konsekvensene kan da gå utover både helse, utdanning, sosiale relasjoner, livskvalitet og hverdagsliv. Barn er også ansett som spesielt sårbare da de blir ansett som uegnet til å ta vare på seg selv, og er avhengig av at

andre foreldrefigurer beskytter de. Videre kan enkelte barn oppleve seksuelle overgrep uten å vise særlige tegn på verken fysiske eller psykiske symptomer, noe som kan gjøre det spesielt utfordrende å fange opp for de rundt barnet (Stene & Kruse, 2023). En annen grunn til at barn er spesielt sårbare og særlig utsatte, kommer av at de ikke vet bedre. Ved funnet av at flest overgrep mot barn i aldersgruppen 12-16 år skjer av andre mindreårige barn, kan det blant annet tenkes å være bakgrunn av at de ikke vet bedre. Barns konsekvensforståelse er underutviklet, og dersom de aldri har lært om seksualitet, kropp og samtykke, vil de heller ikke forstå hva som er grenseoverskridende atferd i samspill med andre, eller hvorfor det er galt.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) viser at god læring og positive erfaringer tilknyttet seksualitet fra ung alder av vil fungere som forebyggende og beskyttende faktorer som fremmer god livskvalitet og mestringsferdigheter gjennom hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, sitert i Helsedirektoratet, 2021). Dette er noe Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2021) også underbygger, ved å påpeke at jo tidligere barn lærer om- og får et eget språk tilknyttet egen kropp og seksualitet, jo bedre rustet er de til å si fra dersom de skulle erfare seksuelle overgrep eller andre kroppskrenkelser. Foreldre spiller da en sentral rolle i barnets liv og seksualitet, i kontekst av fremtidig helse, da det i stor grad er de som i første omgang gir barnet det språket og kunnskapen de trenger for å mestre livet.

Ved at barnet får tidlig kunnskap og tilgang på det rette vokabularet, vil de ha lettere for å kunne sette ord på hva som skjer i livene deres, og kommunikasjonen med trygge omsorgspersoner vil være enklere. Det vil også kunne gjøre barnet mer bevisst over hva som er akseptabelt og ikke, når det gjelder egen og andres kropp. Slik kan en se at ved å styrke barns kunnskap om egen seksualitet fra ung alder av, og ved at forelder og barn får et naturlig forhold til å prate sammen om det, vil det kunne være helsefremmende. Sett i det lange løp vil det også kunne virke avlastende for barnevernet, da både barn og foreldre vil være bedre rustet dersom noe uønsket skulle skje, og det vil kunne ta kortere tid før det blir oppdaget.

Seksualitet er derimot fremdeles et sensitivt tema for mange, og enda mer sensitivt er barneseksualitet. Norsk sexolog og terapeut Margrete W. Aasland (2020, s. 14) har gjennom sin erfaring opplevd at svært mange voksne oppfatter det som utfordrende å skulle tenke på at barn, og spesielt ens eget barn, har en seksualitet som de trenger kunnskap om. Voksne menneskers forhold til egen seksualitet vil ofte være preget, på godt eller vondt, av opplevelser de hadde i barndommen og av forholdet som deres omsorgspersoner hadde til

seksualitet (Aasland, 2020, s. 95). Derav er kommunikasjonen og relasjonen mellom forelder og barn noe som vil være av interesse å nærmere undersøke. Med bakgrunn i dette, er derfor det overordnede temaet for denne oppgaven mødres involvering i egne barn- og unges seksualitet.

1.2 Problemstilling

Målet for denne studien var å kunne få et innsyn i norske mødres engasjement i eget barns forhold til seksualitet. Spesifikt lå interessen i å undersøke hvor mye de selv opplever å ha pratet om seksualitet med eget barn, og å avdekke hvilke temaer de har pratet minst og mest om. For å sikre at målgruppen som ble sett på hadde hatt mulighet til å prate om seksualitet med eget barn, var det hensiktsmessig å rette fokuset på mødre med barn i aldersgruppen 13-18 år. Begrunnelsen bak ønsket om denne konkrete aldersgruppen, var tilknyttet barnets stadiet i den seksuelle utviklingen. Gjennomsnittlig begynner pubertetsprosessen hos jenter når de er i 10-11 års alderen, og hos gutter når de er i 12-13 års alderen (Vandvik & Nesheim, 2022).

Det var også viktig å kunne utforske samvirkningen av visse demografiske forhold, slik som mors- og barnets alder, utdanningsnivå, og barnets kjønn. Videre var det ønskelig å undersøke hvorvidt mors erfaringer fra egen oppvekst kunne ha en betydning for hvor mye og hvilke temaer de pratet om sammen, og på hvilken måte. Til slutt lå det også en nysgjerrighet tilknyttet ubehag og utfordringer relatert til samhandlingen, og om dette kunne synes å påvirke utfallet for hvor mye og hvilke temaer som ble pratet om. Målet var med andre ord å undersøke hvorvidt det kunne syntes å være en sammenheng mellom kommunikasjonen på tvers av mor og barn, til demografi, erfaringer fra oppvekst og utfordringer. Med utgangspunkt i dette, er målet med denne oppgaven å besvare denne todelte problemstillingen:

Hvor mye prater norske mødre med eget barn om seksualitet, og hvordan påvirkes dette av demografi, tidligere erfaringer og mulige utfordringer?

Ved å se på hvor mye mødre prater med eget barn om seksualitet vil det kunne tilby et innblikk i norske holdninger rettet mot barn- og unges seksualitet. En holdning er en oppfatning eller en innstilling som en person har, og sitter som regel dypere enn hva en enkelt mening gjør. En mening kan raskt endres, men den henger som regel sammen med de holdningene som vi har, og holdninger kan derimot være vanskeligere å endre (Bostad et al., 2020). Holdninger omfatter både tanker, handlinger og følelser som påvirker hvordan vi oppfører oss ovenfor bestemte ideer, objekter, mennesker og saker (Svartdal, 2020).

Handlinger og reaksjoner er atferd som eksempelvis kan komme tilsyne ved at man ofte initierer å prate om seksualitet med egne barn.

Holdninger utvikles i samspill med omgivelser og relasjoner, og påvirkes av de erfaringene vi gjør oss. Holdninger kan være et resultat av verdier, erfaringer, utfordringer og/eller kunnskap. Holdningene en har kan være positive eller negative. Positive holdninger vil kunne medføre at en er mer åpen og interessert, og viser mer respekt for det man står ovenfor, enten det er en person eller en sak. Negative holdninger derimot vil kunne føre til at en er mer lukket, motvillig, mistenksom og/eller uinteressert i det man står i møte med (Bostad et al., 2020). En person med positive holdninger til seksualitet vil for eksempel gi uttrykk for dette ved å prate ofte om det. På den andre siden vil en person som har negative holdninger til seksualitet mulig gi uttrykk for dette ved å prate lite om det.

Her skal det altså ikke bli sett på den innsatsen andre instanser gjør når det gjelder å lære barn om seksualitet, kropp og grensesetting. Det vil kun bli sett på relasjonen mellom mor og barn. Ved å se på hvor mye og hva mødre velger å prate med eget barn om, innen seksualitet, kan det forstås som en refleksjon av deres holdninger. Ved å forstå hvilke holdninger og predikatorer som ligger til grunn for utfallet av mors samhandling med eget barn, i kontekst av samtaler om seksualitet, vil det i senere tid kunne bli lettere å introdusere forslag til endringer for å forbedre situasjonen og forebygge fremtidig uhelse.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Barn

Begrepet «barn» vil i denne studien bli brukt relativt løst. Ifølge definisjonen av «barn», innebærer det at det er personer under 18 år (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s. 13). I dagligtale kan det derimot bli assosiert med barn i særlig ung alder, da det ofte kan foretrekkes å bruke andre begreper om eldre barn, eksempelvis «tenåring» eller «ungdom». «Tenåring» blir definert som personer i aldersgruppen 13-19 år (Gundersen, 2021). «Ungdom» er derimot noe vanskeligere å trekke et konkret aldersskille på, da det regnes som en tid eller en fase mellom overgangen fra barn til voksen. Det regnes etter enkeltindividets psykiske utvikling og «ungdommelige» atferd, og en person godt inn i 20-årene sine kan i den forstand fremdeles regnes som en ungdom (Tønnesson & Svartdal, 2021).

I denne studien vil det derimot i større grad bli henvist til «barn» som en rolle i relasjon med foreldre, fremfor «barn» som aldersgruppe.

1.3.2 Seksualitet

Seksualitet er et sammensatt fenomen som gjensidig påvirkes av biologiske, nevrologiske og sosiale faktorer. Seksualitetens hovedfunksjon er ifølge Vildalen (2014, s. 13) «å danne relasjoner som vil sikre overlevelse i form av ivaretagelse, god psykisk og fysisk helse og produksjon av nye generasjoner». Det omfatter alt fra kjønnslivet, reproduksjon, seksuell orientering og intimitet til seksuell helse, moral og kulturelle normer. Seksuell helse innebærer kroppslig, psykisk og sosialt velvære relatert til seksualitet (Grünfeld og Almås, 2021). Seksualiteten påvirker dermed også menneskets personlighet og vil kunne ha stor innvirkning på den enkeltes hverdagsliv. Hverdagslivet er et sosialt fenomen, og blir beskrevet av Beck-Jørgensen (1994, s. 151) som et område av det livet vi lever hver dag, betegnet av gjentakelser, vaner, relasjoner, og rutiner vi tar for gitt som selvfølgelig og naturlige. Seksualitet kan starte i svært ung alder, og det er dermed viktig at god læring begynner tidlig.

Utviklingen av seksualitet i barndommen er grunnmuren for all seksualitet gjennom hele livsløpet. Betydningen av relasjonell kontakt, trygghet, tilknytning, og tilhørende sårbarhet, uttrykkes gjennom barneseksualiteten (Hegge, u.å.). I likhet med vanlig identitet finnes det også en seksuell identitet, som utvikles gjennom samspill og erfaringer med de rundt oss. Det er derimot gjerne ved puberteten at en virkelig begynner å utforske mer av seksualiteten, egen- og andres kropp (Bufdir, 2021).

Hvor gamle barn er når de får et bevisst forhold til egen seksualitet kan variere, noen kan oppnå slik bevissthet allerede i 5-6 årsalderen, mens andre barn kan være 11-12 år når de oppnår dette. Når dette skjer henger gjerne sammen med resten av barnets utvikling og modning, og de erfaringer og holdninger de tilegner seg i relasjon med sine primæromsorgspersoner. Debutalderen i Norge er dog stabil, noe den har vært i mange tiår. Ifølge tall fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet er gjennomsnittlig debutalder for jenter i Norge cirka 16,7 år og cirka 17,9 år for gutter (Bufdir, 2021). Det er da viktig at de unge sitter på god kunnskap i god tid før debuttering, blant annet for å unngå at de skal tro at de er de eneste i verden uten samleierfaringer, og slik at de vet at seksualitet omhandler utrolig mye mer enn kun seksuelt samleie (Vildalen, 2014, s. 113).

God læring og positive erfaringer er avgjørende for evnen til å utforske og utøve ens egen seksualitet på en sunn og bra måte, og vil kunne ha stor betydning for vedkommendes generelle utvikling, inklusivt relasjoner og seksuelle helse. Mangel på kunnskap har vist seg å kunne resultere i negative konsekvenser, eksempelvis slik som grenseoverskriding, uønsket

graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner. Til tross for at seksualitet er noe alle mennesker bærer med seg livet ut, er det likevel et tema som mange kan oppleve som å være svært sårbart og utfordrende. Da det ofte oppfattes slik, mener Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 25) at det også er mange som kan assosiere seksualitet med skam, da det i lang tid har blitt opplevd som tabu å prate om i samfunnet. Dette kan spesielt videreføres til barn- og unges seksualitet, da det kan være utfordrende for voksne å skille mellom barneseksualitet og egen voksens seksualitet.

Tabuer er basert på samfunnets kulturelle forestillinger, og regulerer uønsket atferd. At noe er tabubelagt innebærer da at det kan oppstå vansker tilknyttet å prate om seksualitet, og da spesielt i relasjon til barn, grunnet en ukomfortabel indre følelse av ubehag. Tabu blir definert som «et slags forbud, en forestilling om at en gjenstand, et begrep, en person eller gruppe ikke må nevnes eller røres ved» (Fosshagen, 2021). I vanlig språkbruk er ikke tabu festet til lovverket, men heller som et sosialt forbud med rot i konvensjoner eller moral. Mange tabuer er tilknyttet seksualitet, da også spesielt kvinne- og barneseksualitet. I vestlig medisinsk tradisjon ble det tidligere trodd at onani kunne føre til åndssvakhet eller sinnssykdom (Almås, 2020). Flere religioner har også mye tabu og skam tilknyttet seksualitet, som til den dag i dag påvirker samfunn verden over. Historisk sett er det forsket mindre på kvinne- og barneseksualitet, noe som naturlig har gjort det mindre omtalt i samfunnet, og dermed også mindre «normalt» å prate om. Seksualitet blir nok også mye tabuisert grunnet seksuelle overgrep, og skam tilknyttet dette. Historisk sett har kvinner og barn vært økonomisk og sosialt avhengige av mannen, og i familier hvor slike overgrep skjer har det da ikke vært mulig å prate om det.

Tabuforestillinger påvirker fremdeles hvordan seksualitet blir ivaretatt i dagens samfunn, da det viser seg å være manglende seksualundervisning i skolen, og helsepersonell lærer lite om seksualitet i sin utdanning (Almås, 2020). Dette er faktorer som gjør det vanskelig å ta opp problemer omkring seksualitet, både i helsevesenet og ellers i samfunnet. Ved at seksualitet er et tabuisert fenomen hindrer det åpenhet og kunnskapsflyt, noe som helhetlig sett kan fremme en rekke sosiale problemer på samfunnsnivå.

1.4 Disposisjon

Etter å ha introdusert temaet for oppgaven og problemstillingen jeg ønsker å besvare, skal jeg nå kort gå gjennom oppgavens videre oppbygning. Det førstkommende kapittelet redegjør for aktuelle teorier som kan brukes for å gi ulike perspektiv på barns utviklingsgrunnlag. I lys av disse teoriene, vil det bli drøftet for hvorvidt de kan anvendes til å gi forklaring på hvorfor

forhold som mors oppvekst og utfordringer kan operere som predikatorer for utfallet til hvor mye mor prater med eget barn om seksualitet. Disse utviklingsteoriene vil også skape grunnlag for hvorfor det vil kunne være interessant å se på demografiske forhold som alder, kjønn og utdanning. Videre, som del av studiens teoretiske rammeverk, vil også sammenhengen mellom barndom og helse, og tegn på at den norske familie er i endring, bli redegjort for. Videre vil det bli fremlagt tidligere forskning vedrørende hvor mye foreldre prater med egne barn om seksualitet, og signifikante påvirkende forhold. Her vil det spesielt rettes fokus mot aktuelle funn som kan oppbygges på bakgrunn av flere studier.

Deretter vil kapittel 3 omhandle en gjennomgang av metode og de metodiske valg som er blitt tatt. Der vil studiens utvalg og mål bli belyst, før det legges frem om hvilke statistiske analyser som er blitt gjennomført. Her blir analysene inndelt i 2 deler, hvor da første del redegjør for analyser som er blitt brukt i forarbeidet, og i andre del introduseres hovedanalysene som er blitt brukt for å besvare oppgavens problemstilling. Så går det videre til kapittel 4, hvor resultatene fra analysene vil bli forklart og fremstilt i tabeller. Her blir også resultatene fra forarbeidet og hovedanalyser separert i to deler.

Videre vil kapittel 5 bestå av diskusjon og drøfting. Der skal tidligere forskning, teorier og resultater knyttes sammen, og det vil bli diskutert hvorvidt de kan bli anvendt for å danne et felles grunnlag for en endelig konklusjon til oppgavens problemstilling. I det avsluttende kapittelet – kapittel 6, vil en endelig konklusjon utformes, og det vil rettes søkelys mot metodens reliabilitet, validitet og begrensninger. Helt til slutt vil det drøftes rundt veien videre.

Kapittel 2 – Teori og tidligere forskning

Diverse studier vedrørende foreldres involvering i barns seksualitet kan vise til blandede oppfatninger av hvor mye og hva foreldre prater med barna om (Dilorio et al., 1999; Downie & Coates, 1999; Lefkowitz et al., 2002; Pluhar et al., 2008; Jerman & Constantine, 2010; Sneed et al., 2013; Looze et al., 2015; Pariera, 2016; Sevilla et al., 2016; Evans et al., 2019). Det er vanskelig å skulle estimere «normalen» eller gjennomsnittet for hvor mye foreldre generelt prater med egne barn om seksualitet. Det finnes ulike definisjoner og forståelser for hva seksualitet er og hva det innebærer, og hva man oppfatter som å være lite eller mye er relativt.

Eksempelvis vil en forsker med interesse for feltet kunne ha en mye bredere forståelse for hva seksualitet innebærer, enn hva en «vanlig» person uten faglig kunnskap eller interesse for

feltet vil ha. Studier bruker dermed forskjellige mål og metoder, og det kan da bli utfordrende å sammenligne resultater. Utvalget som brukes kan også variere, hvor de fleste studier tilsynelatende kun samler data fra foreldre, men et mindretall samler data fra både foreldre og barn. Derimot kan det observeres å være visse gjentakelser i hvilke forhold som påvirker utfallet for seksualkommunikasjonen mellom forelder og barn.

Det vil dermed være gunstig å se på gjentakende funn fra tidligere forskning. Studiene som refereres til har til felles at de omhandler seksual-kommunikasjon på tvers av forelder og barn, og at de har et kvantitativt forskningsdesign. For å få en enda bredere forståelse for forhold som kan predikere utfallet for hvor mye mødre prater med egne barn om seksualitet, vil det være interessant å se på relevante utviklingsteorier. Teoriene vi ser på er tilknyttet begrepene om habitus og kapital, og utviklingsøkologisk systemteori. Videre vil det bli lagt vekt på betydningen av barndommen sett i en kontekst av fremtidig helse, og hvordan den norske familie aktivt er i endring.

2.1 Teoretisk rammeverk

Videre i oppgaven vil det bli lagt frem ulike perspektiv på utvikling, som vil gi særlig grunnlag for hvorfor det vil være av relevans – og av interesse, å se på demografiske forhold slik som kjønn, alder og utdanningsnivå, som innvirkende predikatorer for utfallet av hvor mye, og hvilke undertemaer av seksualitet, som prates om i samspillet mellom mor og barn. Dette vil kunne gi et innblikk i sammenhengen mellom de ulike forholdene, og tilrettelegge for et bedre perspektiv for helheten av samarbeidet på tvers av mor og barn, i en større kontekst. Deretter vil det bli lagt fokus på barndommens betydning for fremtidig helse, og foreldres rolle i dette. Avslutningsvis for dette delkapittelet skal det også bli fremlagt funn på hvordan den norske familien er i endring, som resultat av et paradigmeskifte i samfunnet.

2.1.1 Habitus og kapital

Samfunnets sosiale og økonomiske kultur har stor påvirkning på menneskets oppvekstvilkår, og viderefører visse verdier og holdninger til nye samfunnsmedlemmer. Når foreldre samhandler med egne barn gjør de dette i lys av sin egen habitus, som påvirkes av egen sosial, kulturell og økonomisk kapital. Sosial, kulturell og økonomisk kapital er medvirkende i å skape og opprettholde sosiale ulikheter, noe som naturlig også skaper forskjeller i samhandlingen mennesker har med hverandre. Sosial ulikhet kan eksempelvis skje grunnet ulikheter i faktorer som utdanning, oppvekst, alder og kjønn (Skirbekk, 2021). Slike ulikheter vil kunne påvirke både kvaliteten, formen og graden av foreldreinvolvering og samhandling

en har med egne barn. For å få en bedre forståelse for disse ulikhetene kan en se på begrepene habitus og kapital.

Pierre Bourdieu definerer habitus som en del av kjernen i en persons identitet, da det er et integrert system av varige og kroppsliggjorte disposisjoner som regulerer hvordan en sanser, vurderer og handler i den fysiske og sosiale omverdenen (Bourdieu, 1990, sitert i Aakvaag, 2008, s. 160). Habitus formes gjennom en implementering av de sosiale betingelsene man vokser opp under, og skaper slik en førrefleksiv forståelse for hva en må gjøre i visse situasjoner. Slik blir også mennesker delaktige i allerede eksisterende normer. Med andre ord er kunnskapen som barn internaliserer strukturert av foreldrene, da de i ulik grad vil «arve» den oppfatningen som deres foreldre har av verden.

I Bourdieus teori om habitus er menneskets væremåter og handlinger altså ikke først og fremst basert på refleksjon og grundig gjennomtenkning, men heller på en slik førrefleksiv forståelse som automatisk preger våre handlinger og holdninger. Habitus er betegnelsen for et repertoar av opplevelser som i stor grad disponerer hvordan mennesket tenker, føler, vurderer, handler, og ikke minst definerer seg selv som annerledes. Da habitus formes etter oppvekstvilkår og sosiale betingelser, er habitus klassebetenget. Mennesker som vokser opp under ulike sosiale miljøer vil utvikle ulik habitus (Bourdieu, 1990, sitert i Aakvaag, 2008, s. 161-162). Her legger Bourdieu vekt på at habitus både er individuell og ikke-individuell. Det ikke-individuelle er et resultat av at habitus formes i møtet med strukturer som sosiale og kulturelle grupper har spesifikke relasjoner til, og som gjør at habitus slik blir felles for en gruppe eller en sosial klasse (Bourdieu, 1977, sitert i Bæck, 2012, s. 416). Eksempelvis vil de som vokser opp i samme landsdel dele mye av den samme kulturarven. Videre blir habitus påvirket av den økonomiske, sosiale og kulturelle kapitalen en besitter og vokser opp under.

Økonomisk kapital omhandler materielle og økonomiske ressurser, slik som penger, aksjer, eiendom osv. Sosial kapital omhandler ressurser tilknyttet enkeltindividers mellommenneskelige relasjoner, og gir makt gjennom at slike nettverk kan mobiliseres dersom en ønsker å oppnå noe. Sosial kapital kan nedarves da barn av foreldre med gode sosiale ressurser vil introduseres og inkluderes i de samme sosiale nettverkene og gruppene som foreldrene er en del av. Kulturell kapital består i å ha tilegnet seg og mestret den dominerende kulturelle koden i samfunnet, og omhandler det å ha en type kunnskap som gjør at man verdsetter bestemte kulturelle uttrykk framfor andre (Bourdieu, 1999, sitert i Aakvaag, 2008, s. 152-153). Kulturell kapital gir eksempelvis makt gjennom resultater i

utdanningssystemet, tilgang til gode posisjoner på arbeidsmarkedet og bedre muligheter for deltakelse i politikk. Sett i lys av Bourdieus teori, overfører foreldre kulturell kapital til egne barn gjennom oppdragelse, muligheter og erfaringer (Bourdieu, 1984, sitert i Bæck, 2012, s. 418).

Slik tidligere nevnt er habitus klassebetinget, da habitus blir påvirket og formet av den sosiale, kulturelle og økonomiske kapitalen en besitter og er oppvokst i. Ulike sosiale miljøer vil skape ulik habitus, noe som også betyr at foreldre med ulik sosioøkonomisk kapital vil ha ulik oppdragelsesstil. Eksempelvis vil foreldres utdanning, som del av ens kulturelle kapital, kunne medføre forskjeller i hvor mye og hva foreldre prater om med egne barn.

Ved at habitus utvikles i det sosiale rom blir mennesker delaktige i allerede eksisterende normer og forventninger, noe som også innebærer at spesifikke rolleforventninger nedarves. Dette betyr at en lærer hvilke forventninger og holdninger en skal ha i møte med ulike sosiale roller. En sosial rolle er når mennesker er i spesifikke situasjoner som er tilknyttet en spesifikk oppgave, stilling, relasjon eller gruppe i samfunnet, og dermed har tilhørende stabile rolleforventninger (Tjora et al., 2021). Ulike situasjoner medfører altså ulike roller med ulike forventninger. En slik rolle kan eksempelvis være tilknyttet kjønn, alder, relasjon eller etnisitet. Dette medfører at kjønn kan bli møtt med ulike forventninger, og dermed bli behandlet annerledes. Sett i lys av Bourdieus teori om habitus, kan det da antas at foreldre kan ha ulike forventninger til egne barn ut ifra kjønnene deres, og vil dermed kunne ha ulik oppdragelsesstil for gutter og jenter. Dette er noe som igjen vil kunne videreføre forskjellig habitus på tvers av kjønn.

Videre kan en også tenke seg hvordan menneskers habitus utvikles og endres gjennom livet grunnet ens kapital kan utvikles etter hvert som mennesket vokser og utvikles mentalt og fysisk. Desto mer livserfaring et menneske har, desto mer kunnskap har de om verden og om de sosiale kodene som er. Med denne kunnskapen vil den kulturelle kapital vokse, og ens habitus videreutvikles. Likeså vil mennesket aldres i løpet av livsprosessen, og dermed befinne seg i ulike aldersgrupper som blir delt inn i ulike sosiale roller, hvor du da beveger deg fra den ene rollen til den andre. Eksempelvis går du fra å inneha rollen som barn til tenåring, og fra tenåring til ungdom osv. Dette medfører da at samfunnet vil behandle mennesker i ulike aldre ulikt, noe som naturlig også betyr at rolleinnhaver møter andre forventninger og normer som de må tilpasse seg.

I lys av Bourdieus teori om habitus og kapital kan det da forstås slik at faktorer som alder, kjønn, utdanning og oppvekstvilkår er medvirkende til å skape ulik habitus og kapital. Eksempelvis kan det utspilles gjennom at foreldre har forskjellige oppdragsstiler, både ut ifra egen alder, oppvekst og kapital, men også ut ifra barnets alder og kjønn. Med andre ord kan det bety at en forelder behandler barnet sitt på 18 år annerledes enn barnet på 13 år, hvor da både kommunikasjonen, forventninger og selve relasjonen vil kunne være ulik.

2.1.2 Utviklingsøkologisk systemteori

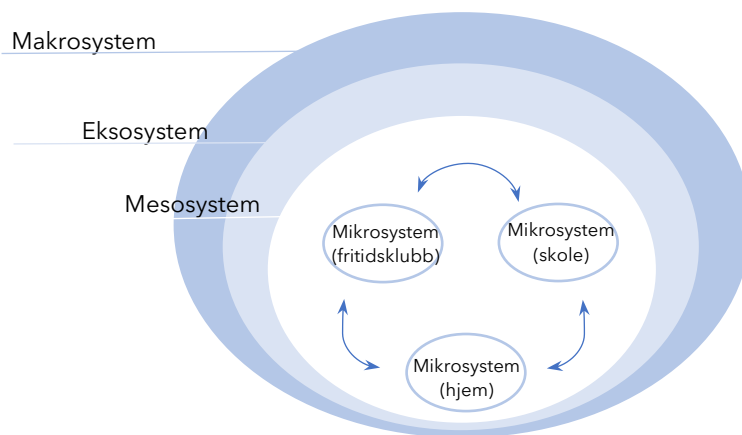
Urie Bronfenbrenner (1917-2005) blir ansett som en av de mest sentrale teoretikerne innen økologisk psykologi, med sin bioøkologiske systemteori. Økologisk psykologiteori har som utgangspunkt at barn tar del i ulike sosiale og kulturelle sammenhenger, hvor de inngår i en gjensidig påvirkningsprosess mellom barnet og miljøet rundt de (Bronfenbrenner, 1977, s. 514). Både barnets medfødte egenskaper, forhold i omsorgsmiljøet, og samarbeidet mellom de to faktorene, har en betydning for barnets utvikling. Barnets egenskaper påvirker slik de voksnes atferd, og de voksnes atferd påvirker barnet. Bronfenbrenners systemteori består av fire deler: prosess, person, tid og kontekst.

Slik Tetzchner (2018) forklarer dette, omhandler prosess selve samarbeidet mellom individ og omgivelser, som utgjør grunnlaget for barns utvikling. Disse prosessene inkluderer samarbeidet mellom barn og betydningsfulle objekter eller symboler som inviterer til oppmerksomhet og utforskning. Person omfatter personegenskaper, slik som biologiske og emosjonelle egenskaper, som på hver sin måte fører til individuelle forskjeller i utviklingen. Tid går over flere dimensjoner, eksempelvis familietid og individets utviklingstid. Tid er viktig i den bioøkologiske modellen da samarbeidene må forekomme jevnlig over en tidsperiode. Til slutt består konteksten av fire økologiske hierarkiske nivåer som til sammen utgjør barns oppvekstmiljø: mikrosystemet, mesosystemet, eksosystemet og makrosystemet (Bronfenbrenner, 1979, sitert i Tetzchner, 2018, s. 54-55). Ifølge Bronfenbrenner (1977) selv, påvirker disse nivåene hverandre, og det som skjer på ett nivå, henger sammen med det som skjer på de andre nivåene.

Mikrosystemet blir beskrevet som enhver situasjon et individ befinner seg i på et gitt tidspunkt i livet, og som består av en relasjon på tvers av barnet og de omgivelsene som barnet er en del av. Mikrosystemet består av primære sosialiseringsarenaer som familie, barnehage, skole, fritidsaktiviteter og andre arenaer hvor individer møtes og samhandler til daglig (Bronfenbrenner, 1977, 1979). Videre består mesosystemet av samarbeidet mellom mikrosystemene, og hvordan mikrosystemene gjensidig påvirker hverandre. Det innebærer

relasjonene mellom de ulike situasjonene som individet befinner seg i (Bronfenbrenner, 1977, 1979). Eksempelvis ved at barnets relasjon til egne foreldre vil kunne påvirke barnets relasjon til skolen, og barnets relasjon til skolen vil kunne påvirke barnets relasjon til foreldre.

Eksosystemet består derimot av situasjoner som barnet selv ikke tar del i, men som likevel påvirker barnets atferd og utvikling. Eksempel på slike situasjoner er foreldres utdanning og arbeid, da disse vil kunne prege foreldrenes omsorgsstil. Til slutt har vi makrosystemet: det siste overordnede nivået i det økologiske systemet. Dette systemet omfatter kultur og politikk, og vil være felles for alle som deler samfunn. Eksempelvis vil landets lover inngå i makrosystemet, noe som direkte vil påvirke organiseringen av arbeidsforhold (barnets eksosystem) og skoler (barnets mikrosystem) (Bronfenbrenner, 1977, 1979).



Figur 1: De fire nivåene av kontekst i det økologiske systemet til Urie Bronfenbrenner. Inspirert av fremstillingen til Tetzchner (2018, s. 55).

De fire nivåene er bygd opp etter hvor mye innvirkning de har på et menneske. Den sammensatte modellen forklarer altså hvordan faktorer på ulike nivåer har betydning for utvikling og sosialisering for den enkelte. Ved å se på mors oppvekst, og hvor mye hun selv husker å ha pratet om seksualitet med egne foreldre, vil resultatet kunne fortolkes i lys av Bronfenbrenners bioøkologiske modell til å fortelle noe om utviklingsgrunnlaget til mor, på mikro – og makronivå. Interaksjon mellom barn og forelder er et samarbeid på mikronivå, som i stor grad kan preges av sin tids kulturelle normer og regler, på makronivå. Ved å da se på mors oppvekst, sammen med demografiske forhold, vil dette kunne tilby en viss forståelse for mors utviklingsgrunnlag, som da kan brukes til å forklare en eventuell sammenheng med mors forhold til å prate om seksualitet med eget barn.

Videre kan en anvende den bioøkologiske modellen til å gi en viss forklaring for eventuelle forskjeller i mødres forhold til å prate med eget barn om seksualitet. Ulikheter kan drøftes å grunne i personlige egenskaper på mikronivå, mens likheter kan forklares i delt kultur og felles samfunnsnormer i makrosystemet. Her kan vi også bruke Bronfenbrenners systemteori til å drøfte hvorvidt mors forhold til å prate med eget barn om seksualitet, på mikronivå, kan påvirke andre relasjoner i barnets mesosystem.

Her kan en videre se hvordan mors utdanningsnivå – som en medvirkende faktor i familiens sosioøkonomiske status, er en del av barnets eksosystem, kan ha direkte innflytelse på relasjonen mellom mor og barn på mikronivå. Eventuelle utfordringer mor opplever tilknyttet å prate med eget barn om seksualitet, på mikronivå i hjemmet, kan eksempelvis forstås som et produkt av personlige egenskaper, eller som et produkt av samfunnets normer og regler på makronivå.

2.1.3 Barndom og helse

Hvordan menneskets helse i voksen alder blir, dannes på grunnlag av erfaringer og opplevelser fra barndommen og tenårene. Dette er da blant annet særlig tilknyttet familie og venner. Sosiale ulikheter i helse reproduseres over generasjoner, blant annet slik tidligere forklart gjennom perspektivet om habitus. Thuen (2020) viser til at høyt utdannede mennesker har bedre helse og lever lengre enn mennesker med lav utdanning. Videre viser han til at barn fra familier hvor minst én av foreldrene har høyere utdanning, er langt mer tilbøyelig for å selv ta høyere utdanning, enn hva barn av foreldre med lavere utdanning er. Selv foreldres sivilstatus kan eksempelvis påvirke barnets fremtidige helsetilstand (Thuen, 2020, s.84). Videre i dette delkapitlet skal vi se enda nærmere på betydningen av oppvekst for fremtidig helse, og da særlig erfaringer tilegnet gjennom familien.

Sammenhengene mellom oppvekstvilkår og den fremtidige helsen anses som komplekse, da oppvekstbetingelser ikke alltid nødvendigvis er direkte årsak for mulige helseproblemer. Slik Bronfenbrenner også nevner i sin utviklingsteori, vil også personlige egenskaper spille en rolle i andre bakenforliggende faktorer som kan prege den fremtidige helsen.

Personlighetstrekk og medfødte egenskaper kan eksempelvis virke inn både på oppvekstbetingelser og helsen, hvor da årsak-virkning-forholdet kan gå begge veier (Thuen, 2020, s. 85). Eksempelvis kan det være at fremtidig uhelse oppstår på bakgrunn av manglende kommunikasjon i hjemmet vedrørende seksualitet i barndommen, da dette mulig har gjort at vedkommende ikke har fått den hjelpen de tidligere har hatt behov for. På den andre siden kan

det også være andre personlige egenskaper, hvor vedkommende eksempelvis naturlig er en tilbaketrukket og passiv person, hvor da dette kan ha vært årsak for uhelse i voksen alder.

Da sammenhengene er komplekse vil de sjeldent kunne gi grunnlag for én konkret årsaksforklaring for hvordan barndommen og fremtidig helse henger sammen. Kontekst vil også spille en sentral rolle, da barn vokser opp med ulike økonomiske og sosiokulturelle rammer. Hva som er ansett som et helseproblem eller en risikofaktor i én kontekst, kan mulig være mindre relevant i andre sammenhenger (Thuen, 2020, s. 85). Eksempelvis vil ikke fattigdom være et like relevant problem i Norge versus i andre land. Fattigdom ellers i verden kan ofte bety at barnet ikke får dekt sine fysiologiske behov til en tilfredsstillende grad, mens fattigdom i Norge er mer relativt, hvor det da innebærer at barna mulig lever under trangere kår enn hva som er normalen, men får fremdeles gratis skolegang og de fysiologiske behovene dekt.

Av den grunn vil det være mer relevant å se på norske foreldres sivile status, eller hvor mye de kommuniserer og engasjerer seg med eget barn, som prediktor for fremtidig helse. Thuen (2020) understreker derimot at til tross for at sammenhengen mellom barndom og fremtidig helse er kompleks, vil likevel forskning kunne gi verdifull innsikt. Slik innsikt vil kunne danne utgangspunkt for forebyggende tiltak som videre har som formål om å motvirke fremtidig uhelse og risikofaktorer i livene til barn og unge.

Tidligere studier inntil 1990-årene var i stor grad opptatt av å undersøke helsemessige langtidseffekter av enkeltstående risikofaktorer i oppveksten, slik som omsorgssvikt og overgrep. Studier fant da funn på at mennesker som hadde opplevd omsorgssvikt, overgrep, og andre negative erfaringer i oppveksten, hadde en signifikant korrelasjon med ulike former for usunn helseatferd. Jo flere negative erfaringer respondentene hadde fra oppvekst, dess høyere var prosentandelen for alkoholmisbruk, depresjon, selvmordsforsøk og narkotikamisbruk (Felitti mfl., 1998, sitert i Thuen, 2020, s. 86).

Videre kan andre studier dokumentere at skilsmisse, omsorgssvikt og mishandling er korrelert med hverandre (Afifi mfl., 2009, sitert i Thuen, 2020, s. 87). Denne sammenhengen kan da knyttes opp til teorien om tilknytning. Tilknytningsteorien er en forståelse av barns utvikling og familiefungering. Tilknytningsteorien beskriver prosesser i sammenheng med barnets forhold til omsorgspersonene sine, og hvordan dette «fører til dannelsen av de indre mentale strukturer som er grunnleggende for barnets personlighet og samspill med andre» (Gjertsen, 2013, s. 20).

Hvordan foreldre kommuniserer og veileder egne barn har også relevans for deres fremtidige helse. I Norge er det blant annet utarbeidet flere forskjellige tilbud ment for å veilede foreldre, og å hjelpe foreldre å veilede egne barn. Felles for en rekke av disse tilbudene er formålet om å gjøre foreldre mer bevisste på barnas behov og emosjonelle tilstand. Slik vil man kunne forbedre barnas fremtidige helse ved å styrke opp kommunikasjonen mellom forelder og barn. Thuen (2020) viser til at familiebakgrunn, og de verdier og holdninger en får i hjemmet, kan ha stor betydning for fremtidig helse, da det blant annet preger helsemessige vaner som barnet får. Eksempelvis er det blitt påvist at foreldre som er engasjerte og involverte i barnas hverdag, får barn med sunnere vaner og som er mer fysisk aktive (Phillips mfl., 2014, sitert i Thuen, 2020, s. 94). Foreldre har da altså stor innvirkning på barns vaner, holdninger og verdier.

Slik sett, kan en forstå hvordan foreldres kommunikasjon med egne barn, eksempelvis vedrørende seksualitet, vil kunne virke inn på barnets fremtidige helse, både somatisk og psykisk. Dersom mor er lite involvert og engasjert i eget barns seksualitet og seksuelle helse, kan dette komme til uttrykk ved at hun selv oppgir å ha pratet lite om det med barnet. Ved observasjon av at mor eksempelvis har pratet lite med eget barn om ulike undertemaer av seksualitet, kan ikke dette nødvendigvis ene og alene forstås som å være årsak til uhelse i senere tid. Likevel vil en kunne se at det kan være en viktig observasjon, da det vil virke utfyllende til forståelsen for sammenhengen mellom barndom og fremtidig helse, og vil kunne anvendes i utbredelsen av forebyggende tiltak for å fremme barn og unges beste.

Videre, ved å se på forholdet mellom mor og barn i kontekst av å prate om seksualitet, vil utfallet for hvor mye hvert av undertemaene blir kommunisert, kunne bli anvendt for å få innsyn i hvor viktige de ulike dimensjonene av seksualitet er for dagens mødre. Mødres engasjement og involvering vil slik kunne vise en refleksjon av samfunnets holdninger og verdier. Sett i lys av sammenhengen mellom barndom og fremtidig helse, vil det videre kunne vise indikasjoner på hvilke fremtidige helseproblemer som mulig vil kunne oppstå. På den andre siden kan det også tenkes at det vil kunne være mulig å bruke funnene til å utelukke visse årsaksforklaringer ved fremtidig forskning på dårlige uvaner. Eksempelvis vil en kunne se at dersom mødre selv har oppgitt å ha pratet mye om grensesetting og samtykke med egne barn, kan det hende at det vil være mulig å utelukke dette som årsak for spesifikk fremtidig uhelse.

2.1.4 Familien i endring

Synet på barn påvirkes av vilkårene og levekårene i samfunnet. Hvordan foreldre velger å praktisere eget foreldreskap vil derav i stor grad kunne være et produkt av ytre påvirkninger i samfunnet, slik som normer og regler. Grunnet økt globalisering og en rask utvikling, forandres både samfunn og kultur i høyt tempo. Mennesket forholder seg til samfunnet de lever i, og personlige holdninger og verdier vil utvikles og forandres i samspill med det.

Sommer (2012) påpeker at det har skjedd fundamentale endringer i synet på samværet mellom voksne og barn, i løpet av bare få generasjoner. Endringene skyldes både politikk, industrialisering, omfattende sosioøkonomiske og kulturelle prosesser, sekularisering og utdanning. Barneperspektiver og barnets perspektiv, ifølge Sommer (2012), er to synspunkt som spesielt henger nært sammen med det generelle menneskesynet som preger vår tidsepoke. Barneperspektivet er da de voksnes perspektiv på barnet, hvor man forholder seg til barndom som del av en sosial struktur. Barnets perspektiv omhandler derimot i større grad barnets eget syn på omverden, hvor man da forsøker å forstå virkeligheten på barnets premisser (Sommer, 2012, s. 55-56). Dette har medført at synet på barn har gått fra å forstå barn som passive objekt til kompetente og aktive subjekt. Barne- og familiedepartementet kom i 2020 ut med ny barnelov som skulle være til barnets beste, hvor de da blant annet beskriver disse samfunns- og familieendringene (NOU 2020: 14).

Samfunnet og familien har på mange området endret seg de siste 40 årene. Det er endringer i familien med nye familiestrukturer og samlivsformer. Foreldre er blant annet eldre når de får barn, og barn får færre søsken. Gjennomsnittlig fødealder for første barn i 1971-1975 var 23,4 år, mens i 2019 var den 29,8 år. Dagens foreldregenerasjon er med andre ord eldre enn generasjonene før dem (Statistisk Sentralbyrå, 2011, 2020, sitert i NOU 2020: 14, s. 35). Dette vil kunne resultere i at flere foreldre har høyere utdanning og bedre sosioøkonomisk kapital enn hva foreldre tidligere har hatt, da de trolig vil kunne være mer etablerte.

Videre er samfunnet i dag mer likestilt og mangfoldig enn hva det noen gang har vært tidligere. Det er observert økt grad av likestilling, og mødre er i dag gjennomsnittlig mer utdannet enn hva fedre er. Dette påvirker også foreldres ønske for barnas utdanning, og begge foreldre er i større grad til stede som nære foreldre (Frønes, 2011, sitert i NOU 2020: 14, s. 38). Dette vil da kunne tyde på at mødre og fedre mulig prater like mye om seksualitet med egne barn, da ansvaret er mer jevnt fordelt nå enn hva det har vært før.

Barns rett til omsorg og beskyttelse har også fått større oppmerksomhet i samfunnet. Vold og overgrep, og temaer som tidligere har blitt oppfattet som tabu å prate om, har i nyere tid blitt satt i søkelyset. Samfunnet som helhet har generelt blitt mer engasjert i barns sikkerhet og utsatthet for vold (NOU, 2016, sitert i NOU 2020: 14, s. 39). Funn fra en nasjonal undersøkelse om ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten avdekker at kun 20 prosent av ungdom utsatt for vold og overgrep har vært i kontakt med hjelpeapparatet i den forbindelse (Hafstad & Augusti, 2019, sitert i NOU 2020: 14 s. 40). Funn som dette blir da brukt som argument i begrunnelsen av en ny barnelov.

Videre blir det observert å være endrede foreldreroller, hvor dagens foreldreskap er svært annerledes enn hva foreldreskapet var for 40 år siden (NOU 2020: 14, s. 41). Denne endringen kjennetegnes av at foreldrerollen er intensivert, og mer preget av intimisering og involvering. Foreldreskapet i dag omhandler i større grad å fremme barnets selvutvikling, og ikke kun å dekke barnets primære behov. Foreldre i dag har et sterkere emosjonelt forhold til barna sine, og de anerkjenner i større grad sin egen rolle i barnets liv som avgjørende for dets fremtid og livskvalitet (Kitterød, 2016; Folkestad et al., 2015, sitert i NOU 2020: 14, s. 41).

Barnets rolle og synet på barnet er også et aspekt som har endret seg over tid. I norsk kultur i dag ser man på barndommen som de formende årene, og som en kompleks prosess som må forstås fra flere vinkler (NOU 2020: 14, s. 41). Barna er i sentrum, og fremstilles som midtpunktet i de fleste familier. Sosialiseringen i dagens tidsepoke krever engasjerte foreldre, og ifølge Frønes (2011) bruker den gjennomsnittlige familien mer tid og energi på barna enn noen gang før (Frønes, 2011, sitert i NOU 2020: 14, s. 42). Barnet tilbringer også mer tid innen ulike institusjoner, slik som skole, enn tidligere. Økende institusjonalisering medfører at disse institusjonene har mer påvirkning på barnets liv enn hva de tidligere har hatt (Frønes, 2011, siter i NOU 2020: 14, s. 42). Ved at skolen ol. har mer påvirkning på barnet, innebærer det også at det blir gitt mer ansvar og flere forventninger til skolens lærere enn tidligere.

Synet på barnet har endret seg i retning av forståelsen av barn som selvstendige vesen, som i økende grad får rett til medvirkning i avgjørelser som angår de (Prop. 75 L (2016–2017), sitert i NOU 2020: 14, s. 42). Dette har medført at barndommen i større grad er rettslig regulert, da jussen stadig tar mer plass i barnets hverdag. Da barndommen i større grad er rettslig regulert vil det kunne prege foreldreskapet, da den vil være mer «pedagogisk riktig» enn hva den tidligere har vært. Sett i et historisk perspektiv kan denne endringen observeres i

at foreldre hadde mer makt over egen oppdragsstil tidligere, da endringen i loven som forbød foreldre å slå sine egne barn ikke kom før i 1987 (Barneloven, 1981, §30).

Ved at barn tilbringer mer tid innen ulike institusjoner, kan det da tolkes som at barnet vil ha flere arenaer å lære om seksualitet på, og flere trygghetspersoner å prate med om det. Dersom mødre prater lite med egne barn om enkelte undertemaer av seksualitet, kan det da drøftes hvorvidt det kan ha årsak i at barnet prater og lærer om det i andre relasjoner.

Endringene i familien vil også kunne gi en viss forståelse for hvilke undertemaer av seksualitet som prates om mest i relasjonen mellom mor og barn. Da barnets sikkerhet tilsynelatende blir satt mer i søkelyset i dagens samfunn, vil dette kunne tyde på at aspektene tilknyttet barnas sikkerhet, slik som grensesetting, samtykke og prevensjonsmidler, mulig vil bli pratet mer om i hjemmet, enn hva eksempelvis masturbering og seksuell nytelse blir.

Derimot er også mer tabubelagte temaer blitt satt mer i søkelyset, noe som da kan tyde på at dagens foreldre trolig prater mer med egne barn om nytelses-aspektet av seksualitet, enn hva de selv har erfart at deres foreldre gjorde med de selv, i deres oppvekst. Med andre ord vil det trolig finnes ulike sider av seksualitet som blir pratet mer om enn andre, hvor da de ulike sidene kan tenkes å ha forskjellige årsaksforklaringer, med feste til de nevnte samfunnsendringene.

Med bakgrunnskunnskap i de gitte endringene i familien kan en se hvordan dagens foreldre sannsynligvis vil kunne ha et annerledes foreldreskap enn generasjonene før dem selv. Samfunnets kontinuerlige forandringer påvirker både forhold som foreldrerollen, synet på barnet, familiestrukturen, lover og regler, og likestillingsutviklingen. Disse samfunnsforandringene kan forstås som å ha forårsaket et paradigmeskifte i synet på barn, da forskjellene er store og omfattende. Dette vil altså kunne forklare hvorfor foreldres erfaringer fra egen barndom vil kunne differensiere i svært stor grad fra deres eget foreldreskap, og hvorvidt de involverer seg i eget barns liv og seksualitet.

2.2 Tidligere forskningsfunn

I prosessen av å samle empirisk forskning, er det sammenlagt blitt gjennomgått 17 forskjellige vitenskapelige artikler hvor det er blitt gjort egne studier om kommunikasjon vedrørende seksualitet på tvers av forelder og barn (Fisher, 1993; Dilorio et al., 1999; Downie & Coates, 1999; Lefkowitz et al., 2002; Clawson & Reese-Weber, 2003; Somers & Canivez, 2003; Pluhar et al., 2008; Jerman & Constantine, 2010; Wilson & Koo, 2010; Wilson et al., 2010; Sneed et al., 2013; Widman et al., 2014; Looze et al., 2015; Morawska et al., 2015; Pariera,

2016; Sevilla et al., 2016; Evans et al., 2019). Av disse 17 artiklene er 14 av de basert på forskning fra USA, én er fra Nederland, én er fra Colombia og én er fra Australia.

Følgende vil det bli presentert hvilke undertemaer til seksualitet som forskning tyder på at foreldre prater mest og minst om sammen med eget barn. Deretter vil det også bli fremlagt hvilke forhold som tilsynelatende oftest blir sett som å være predikatorer for utfallet av hvor mye og hva foreldre prater om med egne barn, i kontekst av seksualitet som overordnet samtaleemne.

2.2.1 Seksualitet

Til tross for at tidligere forskning mulig ikke kan estimere et nøyaktig tall på hvor mye mødre prater med egne barn om seksualitet, kan de likevel si noe om hvilke undertemaer det prates mest og minst om. Temaene som flest studier underbygger at mødre generelt prater mest om er temaer tilknyttet prevensjonsmidler, graviditet og kjønnsykdommer (Dilorio et al., 1999; Jerman & Constantine, 2010; Sevilla et al., 2016; Evans et al., 2019).

Dilorio et al. (1999) har i deres studie intervjuet amerikanske mødre og barn hver for seg, hvor barna da var i alderen 13-15 år. Jerman og Constantine (2010) har derimot utført en nettbasert spørreundersøkelse av amerikanske foreldre med barn mellom 8-18 år, i likhet til hva Evans et al. (2019) også har gjort. Evans et al. (2019) har derimot innhentet svar fra en litt smalere foreldregruppe, med barn i aldersgruppen 13-17 år. Sevilla et al. (2016) har derimot anvendt to spørreskjemaer og et gruppeintervju av colombianske foreldre og «barn» i aldersgruppen 11-20 år.

En annen studie, av Sneed et al. (2013), ser på den andre siden spesielt på barnets egen oppfatning, fremfor kun foreldrenes. Der kommer det da frem funn som bekrefter hva Dilorio et al. (1999), Jerman og Constantine (2010), Sevilla et al. (2016) og Evans et al. (2019) sine studier viser til. Der kommer det da tilsynelatende frem at barna selv også opplever at disse temaene er de det prates mest om i samspill med foreldre. Sneed et al. (2013) har i deres studie utdelt separate spørreskjemaer til amerikanske mødre og barna deres i aldersgruppen 11-16 år.

Videre viser forskning til at undertemaene av seksualitet som foreldre prater minst om med egne barn er tilknyttet seksuell nytelse, «våte drømmer» og masturbering (Dilorio et al., 1999; Sevilla et al., 2016; Evans et al., 2019). Evans et al. (2019) begrunner dette funnet med at foreldre mulig er mer opptatt av å forebygge langvarige helseskader, og dermed kan ha lettere for å fokusere på de negative konsekvensene i hensikt av å forebygge de. Slik blir de positive

sidene ved seksualitet, - slik som nytelse, nedprioritert, da uønsket om negative konsekvenser veier tyngre enn nytelsesaspektet som del av barnets selvutfoldelse og utforskning. Dette blir drøftet å ha tilknytning til at foreldre føler et større ansvar for barnets sikkerhet enn noe annet.

I motsetning til dette har Looze et al. (2015) utført en undersøkelse i Nederland, og funnet at romantiske forhold var temaet som foreldre opplevde å prate mest om med egne barn.

Deretter så de at samtykke var det de pratet nest-mest om, men på den andre siden pratet de minst om grensesetting og seksuell legning. Deretter så de også at temaer tilknyttet prevensjonsmidler var det tredje-mest omsnakkede temaet (Looze et al., 2015). Her ser man da en forskjell i resultatene fra dataer hentet i Europa versus resultatene fra dataer hentet i Amerika.

2.2.2 Kjønn

Et populært funn på tvers av tidligere forskning, vedrørende foreldre-barn kommunikasjon om seksualitet, later til å være noe kjønnsrelatert. Mest fremtredende er funnet av at mor generelt prater mer om seksualitet med datter, enn med sønn (Fisher, 1993; Lefkowitz et al., 2002; Pluhar et al., 2008; Wilson & Koo, 2010; Jerman & Constantine, 2010; Looze et al., 2015; Pariera, 2016; Sevilla et al., 2016).

Fisher (1993) har i deres studie utformet et mål for seksualitet gjennom et spørreskjema, hvilket som er blitt testet på amerikanske ungdommer på 12-20 år. Lefkowitz et al. (2002) sin tverrsnittstudie er gjennomført i USA, gjennom intervju av mødre og barn både hver for seg og samlet. Barna er i aldersgruppen 10-14 år, mens mor er mellom 31-53 år. Pluhar et al. (2008) har innhentet deres data ved bruk av nettbaserte intervju av både amerikanske mødre og barna deres på 6-12 år. Wilson og Koo (2010) har utført en tverrsnittstudie gjennom en nettbasert spørreundersøkelse i USA, hvor det er mødre og fedre med barn i aldersgruppen 10-14 år som har deltatt. I Sevilla et al. (2016) sin studie har de innhentet en mix av både kvalitative og kvantitative dataer fra colombianske foreldre og barn, slik tidligere lagt frem. Looze et al. (2015) sin studie ble derimot gjennomført i Nederland, gjennom en tverrsnittstudie i form av et spørreskjema. Looze et al. (2015) innhentet også data fra både foreldre og barn, hvor da barna var i aldersgruppen 12-16 år. Videre har Pariera (2016) i likhet til flere av de tidligere nevnte studiene, innhentet deres data ved bruk av spørreundersøkelser delt med amerikanske foreldre.

Ved siden av at mor prater mer med datter enn med sønn om seksualitet, viser Wilson og Koo (2010) sine analyser at mødrene i deres utvalg pratet mer med datter enn med sønn om

spesifikke temaer, slik som prevensjonsmidler og seksuelt overførbare infeksjoner. Funnet om at mødre prater mer med datter enn med sønn om prevensjon, kunne ut ifra deres analyser begrunnes i at foreldre av begge kjønn i større grad assosierte døtres seksualitet med negative konsekvenser. Wilson og Koo (2010) viste videre antydninger til at mor opplevde det som enklere å prate med datter enn med sønn om temaer tilknyttet seksualitet.

Lefkowitz et al. (2002) forsøker å finne en forklaring til kjønnsforskjellene ved å henwise til funn hvor jenter rapporterer å være mer komfortable med å prate om seksualitet med mor, enn hva gutter rapporterer å være. Dette var noe de drøftet om kunne være tilknyttet at de to kjønnene kommuniserer ulikt, og at mor og datter på bakgrunn av dette kunne ha lettere for å kommunisere sammen enn hva mor og sønn hadde (Lefkowitz et al., 2002, s. 235).

En annen tverrsnittstudie på samme området, gjennomført i Australia av Downie og Coates (1999), fant derimot ikke nødvendigvis at mødre pratet mer med datter enn med sønn om seksualitet, men at foreldre kan ha en tendens til å følge tradisjonelle kjønns-stereotyper. Dette gjorde at foreldrene pratet mer med datter om visse temaer, og mer med sønn om andre temaer. De observerte at datter ble pratet mer med om temaer som menstruasjon, prevensjonsmidler, graviditet og hvordan å beskytte seg mot overgrep, mens sønn ble pratet mer med om masturbering, nytelse og seksuell utforskning (Downie & Coates, 1999).

2.2.3 Alder

Et annet populært funn på tvers av studier er tilknyttet barnets alder. Barnets alder tyder på å være en signifikant prediktor for om – og hvor mye, mødre prater med eget barn om seksualitet (Lefkowitz et al., 2002; Pluhar et al., 2008; Jerman & Constantine, 2010; Widman et al., 2014; Looze et al., 2015). Både Lefkowitz et al. (2002), Pluhar et al. (2008), Jerman og Constantine (2010) og Widman et al. (2014) utførte lineære regresjonsanalyser i studiene sine, som resulterte i sterkt positive korrelasjoner mellom barnets alder og hvor mye foreldre – og mødre spesifikt, pratet med barna sine om seksualitet. Dette innebar med andre ord at desto eldre barna var, desto mer pratet mødre med dem om seksualitet. I tillegg til dette, observerte både Lefkowitz et al. (2002) og Pluhar et al. (2008) også at mødre begynte å prate med døtrene sine om seksualitet tidligere enn hva de gjorde med guttene.

De fire sistnevnte studiene har til felles at de er basert på tverrsnittsdata innhentet i USA. Widman et al. (2014) har derimot i motsetning til andre studier valgt å kun innhente svar fra amerikanske barn, i aldersgruppen 12-15 år. Barna oppgav svar via et spørreskjema.

Jerman og Constantine (2010) drøfter derimot i deres studie at dette ikke nødvendigvis behøver å innebære at mødre med yngre barn prater mindre om seksualitet enn hva mødre med eldre barn gjør. Dette begrunner de i at spørsmålene deres ikke er tidsbegrenset, noe som gjør at hvor mye mor erfarer å ha pratet om seksualitet med barnet vil ha en kumulativ virkning over tid. Dette betyr i praksis at en mor med et eldre barn naturlig har hatt lengre tid på seg til å ha pratet med barnet sitt om seksualitet enn hva en mor med et yngre barn har, og dermed har de også pratet mer. For å eksemplifisere påpeker Jerman og Constantine (2010) at resultatet trolig ville blitt annerledes, hadde de spesifisert et konkret tidsrom, slik som hvor mye mødre hadde pratet med barna sine om seksualitet i løpet av det siste året.

2.2.4 utfordringer

Slik tidligere nevnt er det mange som vil kunne assosiere seksualitet med skam, da det lenge har blitt oppfattet som tabu å prate om, både i det norske samfunn og i verden generelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25). Med bakgrunn i dette kan det da tenkes at å prate om seksualitet i samspill mellom mor og barn vil kunne medbringe utfordringer. Ved å se på hvilke utfordringer mødre erfarer tilknyttet samarbeidet, vil det både kunne fortelle noe om personlige egenskaper på mikronivå, og om samfunnets oppfatning på makronivå.

Jerman og Constantine (2010) har i sin studie utformet ulike mål for vanskene som foreldre oppgir å oppleve i tilknytning til å prate med egne barn om seksualitet. Studien bruker tverrsnittsdata fra USA, innhentet ved anvending av et nettbasert spørreskjema.

Respondentene er, slik tidligere nevnt, foreldre med barn i aldersgruppen 8-18 år. De mest vanlige utfordringene var at foreldrene opplevde å prate med barn om seksualitet som ukomfortabelt, vanskelig å ordlegge seg, generelle kommunikasjons-vansker, oppfatningen av seksualitet som sensitiv tematikk, manglende erfaringer fra egen oppvekst, og at barnet var for ungt. Disse målene ble videre testet i en trinnvis regresjonsanalyse, med hvor mye foreldre har pratet om seksualitet med egne barn som avhengig variabel. Der kom det frem at det både var svake og moderate negative sammenhenger av signifikant verdi, som kunne tilsi at jo flere utfordringer de opplevde, jo mindre pratet de om seksualitet (Jerman & Constantine, 2010, s. 1171).

Pariera (2016) viser til liknende resultater i sin studie om foreldre i USA, hvor de ser på sammenhengen mellom foreldre-barn kommunikasjon om seksualitet og utfordringer tilknyttet å prate med eget barn om seksualitet. Her bruker de seks mål for utfordringer, liknende målene til Jerman og Constantine (2010), men Pariera (2016) ser i tillegg på foreldres oppfatning av at barnet ikke ønsker å prate om seksualitet med dem. Alle mål,

utenom oppfatningen av at barnet var for ungt, resulterte i signifikante utslag i en regresjonsanalyse (Pariera, 2016). Med andre ord var det en sammenheng mellom hvorvidt foreldre pratet med eget barn om seksualitet, og hvor utfordrende det var.

Wilson og Koo (2010) og Wilson et al. (2010) har også målt hvilke utfordringer foreldre kan oppleve tilknyttet å prate med eget barn om seksualitet, ved bruk av digitale surveyer besvart av foreldre i USA. Utfordringene de ser på omhandler at det er vanskelig å finne riktig tidspunkt, vanskelig å ordlegge seg og forklare, og mangel på kunnskap hos forelderen. De har derimot ikke testet disse verdiene opp mot hvor mye foreldre prater om seksualitet, og det er dermed uvisst hvorvidt dataene til Wilson og Koo (2010) og Wilson et al. (2010) kan vise en konkret sammenheng derimellom.

Morawska et al. (2015) har derimot i sin studie en litt annen fremgangsmåte til å utforske dette på. I deres studie ser de på hvor komfortable australske foreldrene er med å prate med eget barn om seksualitet, fremfor å se på utfordringer som gjør de ukomfortable. Deltakerne er selv-valgte, og deltok ved å svare på en nettbasert spørreundersøkelse. Kravet for deltakelse var blant annet at de måtte ha omsorgsansvar for barn i alderen 3-10 år. Resultater fra regresjonsanalysen de gjennomførte viste en sterk signifikant positiv sammenheng mellom hvor komfortable foreldrene var med å prate om seksualitet og hvor mye de pratet med eget barn om det (Morawska et al., 2015, s. 242). Dette kunne ta tolkes som at jo mer komfortable foreldrene var, dess mer åpen kommunikasjon var det med barnet.

Kapittel 3 – Metode og metodiske overveielser

Vi har sett at barn- og unges seksualitet er et viktig tema å prate om, da det i stor grad vil kunne prege barnets fremtid. Ved å se på samarbeidet og foreldreskapet som foreldre praktiserer i eget hjem, kan en lære mye om barnets utviklingsvilkår. Det er flere faktorer som kan spille inn og prege samarbeidet, både på personlignivå og på samfunnsnivå. Tidligere forskning på området kan derimot oppleves som mangelfullt, da det er vanskelig å beregne nøyaktig om hvor mye foreldre prater med egne barn om seksualitet. Det kan observeres å være visse predikatorer som påvirker utfallet, men det er derimot usikkert hvorvidt disse kan gjelde for norske foreldre, da tidligere forskning er fra studier gjort i utlandet. Dette er hva som ligger til grunn for fremstillingen av egen problemstilling.

I denne delen av oppgaven skal jeg gå gjennom den samfunnsvitenskapelige metoden og overveielsene som er blitt gjort i forskningsprosessen. For å finne svar på oppgavens problemstilling valgte jeg en kvantitativ tilnærming, da det overordnede målet var å se på hva

mange mennesker tenkte og gjorde. Dette ble gjort via en egenprodusert nettbasert spørreundersøkelse, med nøye utvalgte spørsmål. Spørreundersøkelsen ble delt via sosiale medier, og dataene som ble innhentet er fra ett tidspunkt. Denne studien er mitt bidrag til å belyse norske mødres involvering i egne barns seksualitet.

3.1 Datainnsamling

Proessen bak utformingen av spørreundersøkelsen ble gjort med intensjon om å undersøke hvor mye mødre selv opplevde at de pratet med egne barn om seksualitet, og hvorvidt dette kunne bli påvirket av tidligere erfaringer og mulige utfordringer. For å nå denne målgruppen ble sosiale medier tatt i bruk.

Spørreskjemaet ble utviklet basert på en gjennomgang av empirien på feltet. Studien har et tverrsnittdesign da dataene slik tidligere nevnt er innhentet fra ett tidspunkt. Skjemaet er anonymisert og har lukkede svaralternativ. Spørreundersøkelsen ble delt via sosiale medier, og en del av formålet med dette var å presentere undersøkelsen som et «lavterskeltilbud», slik at flest mulig deltakere skulle ønske å delta. At et tilbud har lav terskel innebærer at det ikke krever særlig høy innsats fra deltakeren for å komme i gang.

Spørreskjemaet ble delt som et leserinnlegg i fire forskjellige lukkede foreldregrupper – og med forsker sin egen venneliste, på medieplattformen *Facebook*. I disse innleggene ble det i tillegg delt et informasjonsskriv om undersøkelsen. Spørreskjemaet ble også delt av en offentlig profil på medieplattformen *Instagram*, og av forsker selv på mediet *Kvinneguiden*. Spørreskjemaet ble liggende ute i to uker og innhente svar, slik at det fikk tid til å nå ut til å så mange som mulig. Dette var også for at respondentene selv kunne få mulighet til å velge når de ønsket å svare på undersøkelsen, innenfor det bestemte tidsrommet.

Underveis i denne tidsperioden besøkte forsker leserinnleggene hvor spørreskjemaet og informasjonsskrivet var delt, og skrev kommentarer som opplyste om gjenværende tid for å svare. Denne typen interaksjon med leserinnlegg på Facebook gjør at de som har likt eller kommentert innlegget tidligere får varsel om ny kommentar, og innlegget dukker opp på nytt i strømmesiden for alle som enten: er venn med vedkommende som har skrevet kommentaren, eller: er medlem i gruppen som innlegget er delt i. På et vis er dette også en taktisk måte å «blåse nytt liv» i leserinnlegget.

En måned i forkant av deling av spørreskjemaet ble det kjørt en pilottest, som kun ble delt med nære bekjente av forsker. Dette var for å kvalitetssikre skjemaet og spørsmålene, for å

teste utformingen og innholdet. Etter nøye gjennomgang og vurdering av spørreskjemaet, ble det til slutt åpnet for svar og delt.

3.2 Forskningsetiske vurderinger

Da det overordnede temaet for studien er å forstås som å ha sensitiv verdi, var det svært viktig for oss å bevare deltakernes integritet og anonymitet på best mulig måte. Dette formet både vårt valg for metode og utformingen av spørreskjemaet.

Det ble valgt en kvantitativ metode, både da ønsket var å se på hva mange mennesker tenkte og gjorde, men også på bakgrunn av at det skaper en høyere grad av opplevd anonymitet for respondenten. En nettbasert spørreundersøkelse med et utvalg som velger seg selv er et forskningsdesign med svært lav terskel for å svare, da utvalget selv kan velge når, hvor og om de ønsker å delta. Dette er en fremgangsmåte som sikrer at de som velger å delta i studien er komfortable og at de opplever minst mulig svarpress fra forsker.

For å videre senke svarterskelen og betrygge deltakerne, ble det delt et informasjonsskriv sammen med lenken til spørreskjemaet. Dette inneholdt relevant informasjon om prosjektet, formålet og kontaktinformasjon. Slik ble det gitt mulighet for å oppklare uklarheter rundt spørreskjemaet. Deltakernes anonymitet og frie samtykke ble også spesifikt påpekt tidlig i spørreskjemaet, i tilfelle enkelte ikke så informasjonsskrivet eller ikke ønsket å lese det.

Videre for å sikre fritt samtykke, er spørreskjemaet blitt utformet slik at alle spørsmål, utenom ett, er valgfri å besvare. Det er kun spørsmålet om hvorvidt vedkommende aktivt har omsorgsansvar for barn i aldersgruppen 13-18 år som påkrever et svar. Dette er da en grov eliminasjon av de som ikke er i målgruppen for å kunne delta. Ellers er alle andre spørsmål valgfri.

For å sikre deltakernes anonymitet ble det valgt å bruke Nettskjema for å innhente datamaterialet. Nettskjema er utviklet og designet av Universitetet i Oslo, og er kjent for å holde et svært høyt sikkerhetsnivå. Ved at spørreskjemaet ble anonymisert, var heller ikke prosjektet meldepliktig til Kunnskapssektorens Tjenesteleverandør (Tidligere Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), nå Sikt). Dataene ble behandlet konfidensielt, og kun masterstudent og veileder har hatt tilgang til de innhentede opplysningene.

Spørsmålene i spørreskjemaet ble utformet med mål om at de skulle bli så korte og presise som mulig. Språket som er anvendt er uformelt, og selve skjemaet har en universell utforming.

3.3 Utvalg

Utvalget i denne studien omfatter norske mødre med barn i aldersgruppen 13-18 år. Deltakerne er rekruttert fra ulike sosiale medier, og deltakelse var slik tidligere nevnt frivillig. Studien omfatter dermed naturligvis ikke alle norske mødre, kun de som tilfeldigvis var på de nettsidene og medieplattformene hvor nettskjemaet ble delt i løpet av tidsperioden da skjemaet var åpent for svar. Kandidatene har valgt seg selv, og denne formen for utvalg kalles dermed ofte for selvutvelgelse. Det er da kun de som besøker de sosiale mediene og nettsidene som spørreskjemaet er delt i som vil svare, og man vet ingenting om de som ikke velger å svare.

Det var derimot noen inklusjons- og eksklusjonskriterier for rekrutteringen av utvalg. For det første måtte respondentene være bosatt i Norge, og for det andre måtte respondentene ha aktivt omsorgsansvar for minst ett barn i aldersgruppen 13-18 år. I spørreskjemaet ble foreldre av begge kjønn tillatt å avgi svar, men denne studien tar kun utgangspunkt i mødrene. Deltakerne har også hatt mulighet for å oppgi hvor mange barn de har i den valgte aldersgruppen, i tillegg til alder og kjønn tilknyttet hvert av barna. I denne studien har det derimot blitt valgt å kun ta utgangspunkt i mors første barn. Disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene gjorde utvalget smalere, og studien mer tilspisset.

3.4 Måleinstrumenter

Studien undersøker hvorvidt utfallet for hvor mye mødre prater med egne barn om seksualitet vil kunne bli påvirket av andre forhold, slik som demografi, mors oppvekst og utfordringer tilknyttet samarbeidet. Målene for hvor mye mor har pratet om seksualitet med eget barn vil bli brukt som studiens avhengige variabel, og har fått det overordnede navnet Seksualitet. Mors alder, utdanning, første barns alder og barnets kjønn er faste og uforanderlige, og er en del av populasjonens demografi. De demografiske variablene blir på ett vis brukt som kontrollvariabler i første modell i regresjonsmodellen, men de blir også brukt som selvstendige mål som vi ønsker å se på. Andre forhold som blir sett på er mors oppvekst og hva mor kan oppleve som utfordrende ved å prate med eget barn om seksualitet. Disse målene fungerer som studiens uavhengige variabler.

3.4.1 Avhengig variabel

For å undersøke hvor mye mødre pratet med egne barn om seksualitet ble det utformet ulike måleinstrumenter for den avhengige variabelen. Da seksualitet er et komplisert begrep som er vanskelig å måle, var det ønskelig å utforme et sammensatt mål for å kunne belyse ulike sider.

Det ble valgt å utforme et eget mål, fremfor å bruke et tidligere validert mål, på bakgrunn av at tidligere mål var blitt testet i land utenfor Norden, og flere av målene var over 20 år gamle.

Mødre ble stilt det overordnede spørsmålet «hvor mye har du pratet med barnet ditt om seksualitet», gjennom ti forskjellige variabler for seksualitet. De ti variablene er basert på de ti, tilsynelatende mest brukte, inndelingsobjektene for seksualitet, på tvers av tidligere forskning (Fisher, 1987; Dilorio et al., 1999; Downie & Coates, 1999; Lefkowitz et al., 2002; Clawson & Reese-Weber, 2003; Somers & Canivez, 2003; Pluhar et al., 2008; Jerman & Constantine, 2010; Morawska et al., 2015).

Her ble det spesifisert at det gjaldt mors første/eldste barn som på deltakelsens tidspunkt var i aldersgruppen 13-18 år. De ti måleenhetene er: «samleie», «prevensjonsmidler», «graviditet», «kjønnssykdommer», «masturbering», «seksuell nytelse», «kropp, og navn på ulike organer», «samtykke», «grensesetting for seg selv og andre» og «seksuell legning». Disse variablene ble så brukt for å lage reliable måleinstrumenter, gjennom nøye validering og operasjonalisering via additive indekser (se Appendiks A – kvalitetssikring av skalaer). Svaralternativene ble utformet i stil av Likert-skala, og rangerte fra (1) svært lite, (2) lite, (3) verken lite eller mye, (4) mye, til (5) svært mye.

3.4.2 Uavhengige variabler

Demografi

De demografiske målene for denne studien gjelder alder, utdanningsnivå, barnets alder og barnets kjønn. De fleste variabler her er kategoriske, for utenom kjønn som er dikotom. Deltakernes alder ble regnet ut ifra deltakernes svar på spørsmålet: «Hvor gammel er du?». Svaralternativene de fikk her ble rangert ut ifra fødselsår, fra (1) 1945, altså 78 år, til (52) 1996, altså 27 år. Disse er i ettertid blitt snudd og omkodet, slik at de går i stigende rekkefølge med (1) 27 år som laveste verdi.

Utdanningsnivå er inspirert av utdanningsmål fra Norsk standard for utdanningsgruppering (NUS) (Statistisk sentralbyrå, 2023). Spørsmålet som ble stilt var: «Hvor lang utdanning har du?». Utdanning ble her inndelt i syv svaralternativer: (1) 10-årig skole eller kortere, (2) grunnkurs eller ett-årig utdanning utover 10-årig skole, (3) videregående skole, gymnas eller yrkesskole (3-årig), (4) fagbrev, (5) høyskole- eller universitetsutdanning på 3 år eller mindre, (6) høyskole- eller universitetsutdanning på 4 år eller mer, og (7) annet.

Barnets alder er et mål for deltakerens første eller eldste barn, som per dags dato er i aldersgruppen 13-18 år, sin alder. Spørsmålet her var: «Hvor gammel er ditt første barn i

aldersgruppen 13-18 år?». Svaralternativene til dette var naturligvis (1) 13 år, (2) 14 år, (3) 15 år, (4) 16 år, (5) 17 år og (6) 18 år. Til slutt ble deltakerne spurt om hvilket kjønn deres første barn i den gitte aldersgruppen var. Dette er som sagt en dikotom variabel, med kun to svaralternativ: (0) jente og (1) gutt.

Oppvekst

Oppvekst er et mål for hvor mye mor selv i retrospekt husker å ha pratet om seksualitet i egen oppvekst med egne foreldre. Målet for mors erfaring med kommunikasjon om seksualitet i oppvekst er det samme som målet for kommunikasjon om seksualitet med eget barn. Spørsmålet som ble stilt var «Hvor mye pratet dine egne foreldre med deg om seksualitet?», med en underordnet tekstboks som spesifiserte at det var respondenters egne erfaringer fra egen barndom det gjaldt. Målet for seksualitet i *oppvekst* ble utformet likt som barns *seksualitet*, med de samme ti variablene, og de samme svaralternativene i stil av Likert-skala, fra (1) svært lite til (5) svært mye. Her inkluderte den samme valideringsprosessen som for seksualitet (se Appendiks A – kvalitetssikring av skalaer).

Utfordringer

Utfordringer ved å prate med egne barn om seksualitet er målt gjennom følgende forskningsspørsmål: «Hva kan du oppleve som utfordrende ved å prate om seksualitet med eget barn?». Her ble det spesifisert i en underordnet tekstboks at respondent skulle rangere hvor uenig eller enig de var i at følgende utsagn kunne gjøre det utfordrende for dem å prate med eget barn om seksualitet. Ved mangel på funn av tidligere testede mål for utfordringer i den konkrete konteksten, ble det avgjort å utforme et eget mål, med særlig inspirasjon fra Wilson et al. (2010).

Utfordringer ble inndelt i 12 ulike utsagn: «vanskelig tema», «følsomt tema», «det er ukomfortabelt for meg», «jeg vil ikke gjøre barnet ukomfortabelt», «de får informasjon fra andre arenaer (f.eks. skole, andre familiemedlem ol.)», «ingen pratet med meg om det da jeg vokste opp», «barnet er for ungt til å prate om slikt», «barnet er for gammelt til å prate om slikt», «usikkerhet, det er vanskelig å ordlegge seg», «vanskelig å finne riktig anledning», «barnet vil ikke snakke om det» og «barnet har ikke spurt». Her ble svaralternativene nok en gang utformet i stil av Likert-skala, og ble rangert fra (1) svært uenig, (2) litt uenig, (3) verken uenig eller enig, (4) litt enig, til (5) svært enig. Her var valideringsprosessen lik som for seksualitet og oppvekst (se Appendiks A – kvalitetssikring av skalaer).

3.5 Analyser

Datamaterialet er innhentet ved hjelp av Nettskjema, og er blitt behandlet i dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 28 for analysering. Formålet med studien er å undersøke hvor mye mødre på nett prater med egne barn om seksualitet, deriblant hvilke temaer de tenderer å svare likt på, og hvorvidt demografi, mors oppvekst og utfordringer tilknyttet samarbeidet kan predikere utfallet.

De ulike spørsmålene og temaene som er blitt inkludert i spørreskjemaet er basert på en gjennomgang av tidligere empiriske funn på området. De har av den grunn ikke blitt validert i en norsk kontekst tidligere. Prosessen av å validere målene ble da gjort ved bruk av faktoranalyser og reliabilitetstesting. Dette ble gjort som en del av studiens forarbeid i del 1, før det var mulig å gå videre til hovedanalysene som vil bli brukt for å besvare oppgavens problemstilling. Hovedanalysene blir presentert i del 2, og består av en korrelasjonsanalyse og en trinnvis regresjonsanalyse. Dette ble da gjort for å undersøke sammenhengen mellom de avhengige variablene for hvor mye mor prater med eget barn om undertemaer av seksualitet, og de uavhengige variablene for demografi, mors oppvekst og eventuelle utfordringer for kommunikasjonen.

Del 1. Forarbeid

Faktoranalyse

Det ble valgt å benytte en eksplorerende faktoranalyse tidlig i forskningen for å utforske dimensjonalitet av seksualitet, gjennom å måle de ti spørsmålene vedrørende hvilke undertemaer mor har pratet om med eget barn. Målet var å utforske hvorvidt det kunne være fellestrekk i svarene på de ulike spørsmålene, og om de som eksempelvis pratet lite om kjønnssykdommer også pratet lite om prevensjonsmidler. Dette gjaldt også målene for mors oppvekst og utfordringer. De utsagnene som respondenter tenderer å svare likt og ulikt på vil dele dimensjon, og kan sees på som forskjellige aspekter ved samme underliggende fenomen. De ulike utsagnene utgjør det faktoranalysen kaller for en *faktor* (Thrane, 2018, s. 177).

Her ble det brukt Kaisers kriterium for å finne antall faktorladninger, med en Eigenvalue høyere enn 1, for å skille ut dimensjoner. Videre ble det valgt å bruke «varimax»-rotasjon da denne gir en enkel struktur basert på ukorrelerte faktorer, og resultatene blir lettere å tolke når de er rotert. Etter å ha kjørt en faktoranalyse ble også intern konsistens-reliabilitet, Cronbachs Alpha, av de variablene som ladet på samme dimensjon testet, før det ble avgjort å sammenslå målene eller ikke.

Cronbachs Alpha anvendes da dette er målet en bruker for å teste reliabiliteten av målinger fra ett tidspunkt (tverrsnittsdata). Formålet med en reliabilitetstest er å teste den interne konsistensen blant enkeltvariabler i en indeks, slik forklart av Thrane (2018, s. 48). Her testes det altså om enkeltvariabler faktisk måler det samme, og om de er egnet til å sammenslås til en skala/dimensjon. Cronbachs Alpha kan variere mellom 0 og 1, men burde ligge mellom 0.7 og 0.9 for å ha god reliabilitet (Ringdal, 2020, s. 367).

Del 2. Hovedanalyser

Korrelasjonsanalyse

I denne studien er en bivariat korrelasjonsanalyse blitt benyttet for å undersøke den statistiske sammenhengen mellom variablene. En korrelasjonsanalyse gjør det mulig å kunne se styrken og retningen av sammenhengen mellom to variabler, eksempelvis når den ene variabelen øker så øker også den andre. Dette gjør at vi kan undersøke hver enkelt sammenheng mellom to og to variabler, uten annen påvirkning. Her ble Pearsons korrelasjonskoeffisient r benyttet for å undersøke den lineære sammenhengen. Korrelasjonskoeffisienten sin verdi kan variere mellom -1 til +1, hvor fortegnet da indikerer om korrelasjonen har en negativ eller positiv retning (Ringdal, 2020, s. 315). Er det en positiv korrelasjon innebærer det at begge variabler øker sammen, men om det er en negativ korrelasjon innebærer det at etter hvert som den ene variabelen øker så synker den andre. Dersom Pearson $r = 0$, er det ingen samvariasjon mellom variablene.

Korrelasjonsanalyser er en metode for å kvalitetssikre skalaer, men det ble også benyttet for å undersøke eventuell multikollinearitet. To uavhengige variabler som blir sterkt korrelert blir betegnet som multikollinearitet, og kan skape problemer i en regresjonsanalyse. Ifølge Ringdal (2020, s. 423), kan slike problemer oppstå ved korrelasjoner, altså Pearson r , som er over 0,9. Dersom to variabler i stor grad måler det samme fenomenet, kan de bidra til å skape et kunstig høyt utfall i en regresjonsanalyse.

Regresjonsanalyse

For å kunne besvare oppgavens problemstilling ble det vurdert som hensiktsmessig å anvende en multippel lineær regresjonsanalyse. En regresjonsanalyse er en type multivariat analyse som gjør det mulig å undersøke sammenhengen mellom mange variabler samtidig. Analysen blir lagt frem av Thrane (2017, s. 51) som å være den mest effektive strategien for å komme frem til et mer korrekt og presist uttrykk for de uavhengige variablenes unike effekt på den avhengige variabelen. En multippel regresjonsanalyse gjør det mulig å undersøke hvorvidt uavhengige variabler kan forstås som å være predikatorer for utfallet i den avhengige

variabelen. Predikatorene for seksualitet er i denne studien demografi, oppvekst og utfordringer.

I denne studien, slik tidligere vist, er det altså mange variabler det ble ønsket å undersøke sammenhengen mellom. Det ble derfor avgjort å undersøke effekten av hvert mål trinnvis, slik at det ble mulig å kunne undersøke effekten i hvert av trinnene mens effekten av andre variabler var kontrollert for. Rekkefølgen som ble valgt på trinnene er basert på studiens teoretiske grunnlag. Det ble bestemt å bruke de demografiske variablene som kontrollvariabler i første trinn, mens oppvekst ble testet i andre trinn, og utfordringer ble testet i tredje trinn.

Kapittel 4 – Resultater

I denne delen av oppgaven blir resultatene fra de ulike analysene lagt frem. Resultatene er inndelt i del 1 og del 2, slik analysene ble lagt frem i kapittel 3 – Metode. I del 1 av resultater fra forarbeid vil det bli referert til eget valideringsarbeid, og additive indekser vil introduseres. I del 2 av resultater fra hovedanalyser vil resultatene bli fremstilt i egne tabeller og det vil bli lagt frem en nøye gjennomgang av deskriptiv statistikk, korrelasjonsanalyse og regresjonsanalyse. Det er hovedsakelig resultatene fra del 2 som er aktuelle for besvaringen av problemstilling, og som vil bli drøftet og referert til i kommende kapitler.

Del 1. Forarbeid

Målene for seksualitet, oppvekst og utfordringer er i løpet av forarbeidet blitt operasjonalisert gjennom additive indekser (se Appendiks A – Kvalitetssikring av skalaer). Prosessen av å lage indeksene for disse forholdene ble gjort gjennom faktoranalyser av spørsmål som tar for seg samme tematikk, og som deretter er blitt reliabilitet-testet. Etter en utlukingsprosess ble de gjenværende faktorene sammenslått, og inkludert i en korrelasjonsanalyse og i en regresjonsanalyse. Indeksene som er opprettet går fra negativ til positiv, og er uthevet i kursiv i teksten. At indeksene går fra negativ til positiv innebærer eksempelvis at verdiene går i stigende rekkefølge, fra lite til mye. I denne delen vil resultatene fra eget valideringsarbeid bli oppsummert, for å gi et bedre innblikk i hvilke variabler som inngår i de ulike målene som videre blir brukt i hovedanalysene.

Faktoranalyse

Seksualitet

Seksualitet ble målt gjennom 10 ulike variabler, som er blitt testet i en faktoranalyse som del av valideringsarbeidet. Dette resulterte i en tredelt avhengig variabel: prevensjon, selvinnsikt og nytelse.

Prevensjon består av variablene «prevensjonsmidler», «graviditet» og «kjønnssykdommer». Ved test av intern konsistens-reliabilitet viste de seg å ha en Cronbach's Alpha på 0.879. De tre variablene ble dermed sammenslått, og *prevensjon* blir da brukt som prevensjonsaspektet for seksualitet i videre analyser (se Appendiks A – kvalitetssikring av skalaer, tabell A).

Selvinnsikt består av variablene «samtykke», «grensesetting» og «seksuell legning». Målene i denne dimensjonen viste seg å ha en Cronbachs Alpha på 0.800, og ble derav sammenslått.

Selvinnsikt blir brukt som et beskyttelsesaspekt av seksualitet (se Appendiks A – kvalitetssikring av skalaer, tabell A).

Nytelse består av variablene «samleie», «masturbering», «seksuell nytelse» og «kropp & navn på ulike organer». De fire målene hadde en Cronbachs Alpha på 0.792, og ble derav sammenslått. *Nytelse* blir videre brukt som nytelse-aspektet av seksualitet (se Appendiks A – kvalitetssikring av skalaer, tabell A).

Oppvekst

Oppvekst er ment å måle hvor mye mor selv har erfart å prate om seksualitet med egne foreldre i egen oppvekst. Oppvekst er da målt gjennom de samme 10 målene som seksualitet, med samme tredelte inndeling: oppvekst – prevensjon, oppvekst – selvinnsikt, og oppvekst – nytelse.

Oppvekst – prevensjon består dermed av de tre enhetene «prevensjonsmidler», «graviditet» og «kjønnssykdommer», med en Cronbachs Alpha på .900. *Oppvekst – selvinnsikt* består av de tre enhetene «samtykke», «grensesetting» og «seksuell legning», med en Cronbachs Alpha på .829. *Oppvekst – nytelse* består av de fire enhetene «samleie», «masturbering», «seksuell nytelse» og «kropp, og navn på ulike organer», med en Cronbachs Alpha på .784 (se Appendiks A – kvalitetssikring av skalaer, tabell B).

Utfordringer

Utfordringer er ment å måle potensielle utfordringer mor kan erfare i tilknytning til å skulle prate med eget barn om seksualitet, og består av sammenlagt 12 enheter. Valideringsarbeidet resulterte i et todelt mål: indre utfordringer og ytre utfordringer, og en forkastning av tre enheter,

Indre utfordringer består av de seks enhetene «vanskelig tema», «følsomt tema», «ukomfortabelt for meg», «vil ikke gjøre barnet ukomfortabelt», «ingen pratet med meg i egen oppvekst», «usikkerhet» og «vanskelig å ordlegge seg». Disse hadde god reliabilitet (.729) (se Appendiks A – kvalitetssikring av skalaer, tabell C).

Ytre utfordringer består av kun tre variabler: «vanskelig å finne riktig anledning», «barnet vil ikke snakke om det» og «barnet har ikke spurt». Dimensjonen for ytre utfordringer resulterte med en god reliabilitet (.746) (se Appendiks A – kvalitetssikring av skalaer, tabell C).

Del 2. Hovedanalyser

Del 2 av resultater fra hovedanalyser vil innledes med en deskriptiv statistikk over både de avhengige variablene og de uavhengige variablene. Deretter vil korrelasjoner fra korrelasjonsanalysen bli fremstilt i en egen tabell, og til slutt blir også resultatene fra den trinnvise regresjonsanalysen presentert.

4.2.1 Deskriptiv statistikk

4.2.1.1 Avhengige variabler

Det var sammenlagt 254 respondenter som valgte å delta i spørreundersøkelsen. De deskriptive fordelingene på dimensjonene av seksualitet blir fremstilt i tabell 1. Her viser fremstillingen hvilke variabler som inngår i de tre dimensjonene av seksualitet.

I prevensjons-dimensjonen av seksualitet kommer det frem et gjennomsnittsmål på 3.26, og et standardavvik på 1. Dette tyder på at gjennomsnittssvaret omtrent ligger midt mellom minimum- og maximum svaralternativ, på (3) verken lite eller mye. Standardavviket tyder videre på at det er en normalfordeling i svarene.

I selvinnsikt-dimensjonen er gjennomsnittsverdien 4.07, med et standardavvik på 0.81. Dette tyder på et noe høyere snitt, med (4) mye, som gjennomsnittssvar. Her tyder også det lave standardavviket på en normalfordeling blant svarene, med lite uenighet.

I nytelse-dimensjonen er gjennomsnittsverdien 2.83, med et standardavvik på 0.81. Dette er da det laveste snittet av de tre dimensjonene, med (2) lite, som gjennomsnittssvar. Standardavviket er normalt, noe som kan tyde på lite spredning i svarene.

Tabell 1. *Mål for spredning for dimensjoner av seksualitet*

	Min	Max	M (SD)	N
Prevensjon	1	5	3.26 (1.00)	250

Selvinnsikt	1	5	4.07 (0.81)	250
Nytelse	1	5	2.83 (0.81)	250

4.2.1.2 Uavhengige variabler

Demografi

I tabell 2 presenteres en deskriptiv fordeling av de demografiske målene for utvalget. Her kommer det frem at utvalgets alder varierte fra 31 år til 60 år, med en gjennomsnittsalder på rundt 44 år ($M=44.5$). Her var det et moderat standardavvik (5,3). Resultatene fra Videre kan utdanningsnivå tyde på en skjevfordeling, hvor flertallet har høy utdannelse.

Barnets alder resulterte i 251 svar, med en gjennomsnittsalder på ca. 16 år. Barnets alder viste et lavt standardavvik (1,7), noe som kan indikere en normal spredning i svarene, med små gap. Til slutt resulterte barnets kjønn i 250 svar, med en svært jevn fordeling mellom kjønnene. 135 (54%) av respondentene oppgav at deres første barn i aldersgruppen 13-18 år var jente, mens 115 (46%) oppgav å ha en sønn. Generelt er det svært lite frafall og høy svarprosent.

Tabell 2. Mål på sentraltendens av demografi

Demografiske variabler	M (SD)	N	%
Mors alder	44.5 (5.3)	254	100
Utdanningsnivå:			
10-årig grunnskole eller kortere		3	1.2
Grunnkurs / ettårig utdannelse utover 10-årig grunnskole		7	2.8
Videregående skole (3-årig)		27	10.6
Fagbrev (4 år)		36	14.2
Høyskole- eller universitet, lavere		76	29.9
Høyskole- eller universitet, høyere		105	41.3
Barnets alder	16 (1.7)	251	98.8
Datter		135	54
Sønn		115	46

Oppvekst

I Tabell 3 presenteres fordelingen i svarene for hvor mye mor selv i retrospekt husker å ha pratet om seksualitet med egne foreldre i egen oppvekst. Her fremstilles den deskriptive fordelingen etter inndelingen av dimensjoner. Dimensjonene er inndelt likt som de tre

dimensjonene for seksualitet, med like mange variabler i hver av dem. Gjennomsnittssvaret er generelt lavt for alle dimensjoner av seksualitet i egen oppvekst, da alle ligger mellom (1) svært lite og (2) lite

Gjennomsnittsmålet for oppvekst – prevensjon er 1.58, med et standardavvik på 0.86. Dette gjennomsnittsmålet er det høyeste av de tre dimensjonene, og er nærmest svaralternativet (2) lite.

Gjennomsnittsmålet for oppvekst – selvinnsikt er 1.51, med et standardavvik på 0.79. Snittet er nesten perfekt midt imellom to svaralternativ, (1) svært lite og (2) lite. Standardavviket er normalt, og tyder på små gap i svarene.

Gjennomsnittsmålet for oppvekst – nytelse er 1.32, og standardavviket er 0.53. Dette snittet er det laveste av de tre dimensjonene, og er nærmest svaralternativet (1) svært lite.

Standardavviket tyder på lite spredning i svarene.

Tabell 3. Mål på spredning for dimensjoner av oppvekst

	Min	Max	M (SD)	N
Oppvekst – prevensjon	1	5	1.58 (0.86)	254
Oppvekst – selvinnsikt	1	5	1.51 (0.79)	254
Oppvekst – nytelse	1	5	1.32 (0.53)	254

Utfordringer

Variablene for utfordringer er blitt behandlet og inndelt i dimensjoner, med samme fremgangsmåte og kriterier som ved inndelingen etter faktorladninger for seksualitet (se Appendix – faktoranalyse). Resultatene i tabell 4 representerer hvor uenig eller enig deltakerne var i at gitte utsagn kunne oppleves som utfordringer ved å skulle prate med eget barn om seksualitet. Utfordringer bestod i utgangspunktet av 12 utsagn, hvor to av dem, etter nøye vurderinger, er blitt forkastet.

Den første dimensjonen av utfordringer består av syv variabler: «vanskelig tema», «følsomt tema», «ukomfortabelt for meg», «vil ikke gjøre barnet ukomfortabelt», «ingen pratet med meg i egen oppvekst», «usikkerhet» og «vanskelig å ordlegge seg». Denne har fått navnet *Indre utfordringer*. Her er gjennomsnittsmålet 3.14, og standardavviket er på 0.78. Dette tyder på at gjennomsnittssvaret er (3) verken uenig eller enig, og standardavviket er lavt, noe som tyder på normal spredning.

Den andre dimensjonen av utfordringer består av tre enheter: «vanskelig å finne riktig anledning», «barnet vil ikke snakke om det» og «barnet har ikke spurt», denne fikk navnet *Ytre utfordringer*. Her er gjennomsnittsverdien 3.10, og standardavviket er 1.03. Likt som ved den første dimensjonen er gjennomssnittssvaret (3) verken uenig eller enig, og standardavviket er lavt.

Tabell 4. *Mål på spredning for dimensjoner av utfordringer*

	Min	Max	M (SD)	N
Indre utfordringer	1	5	3.14 (0.78)	254
Ytre utfordringer	1	5	3.10 (1.03)	254

4.3.1 Korrelasjonsanalyse

I denne studien ble det valgt å undersøke bivariante sammenhenger mellom variablene ved hjelp av en korrelasjonsanalyse. I den fremstilte tabellen er det Pearsons r som blir anvendt, hvor da verdier markert med ** viser til signifikant korrelasjon på 0.01 nivå, mens * viser til korrelasjoner med signifikans på 0.05 nivå. Korrelasjonsmatrisen viser korrelasjoner mellom alle variablene, men her vil det spesifikt bli lagt fokus på korrelasjonene mellom de tre avhengige og de uavhengige variablene.

Tabell 5. Korrelasjonsmatrise av avhengige- og uavhengige variabler.

Variabel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Prevensjon	1	.575**	.573**	-.057	-.103	.170**	-.169**	.092	.138*	.046	-.345**	-.456**
2. Selvvinsikt		1	.557**	-.042	-.020	.023	-.115	.106	.219**	.113	-.312**	-.426**
3. Nyttelse			1	-.071	-.016	-.079	-.059	.092	.089	.124	-.413**	-.500**
4. Alder				1	.327**	.275**	.061	.049	-.028	.025	-.009	.022
5. Utdanning					1	.017	-.025	.062	.068	.069	-.167**	-.004
6. Barnets alder						1	-.015	.079	-.027	.018	-.017	.070
7. Barnets kjønn							1	-.004	-.068	.025	.005	.080
8. Oppvekst – prevensjon								1	.578**	.751**	-.253**	-.079
9. Oppvekst – selvvinsikt									1	.613**	-.169**	-.062
10. Oppvekst – nyttelse										1	-.258**	-.040
11. Indre utfordringer											1	.483**
12. Ytre utfordringer												1

Merk: Signifikante verdier på 0.01 er merket med **, signifikante verdier på 0.05 er merket med *

Tabell 5 viser at det er en signifikant, men moderat, positiv korrelasjon mellom prevensjon og selvinnsikt ($r=.575^{**}$), og mellom prevensjon og nytelse ($r=.573^{**}$). Videre er det også en signifikant svak positiv korrelasjon mellom prevensjon og barnets alder ($r=.170^{**}$), og en signifikant, men svak negativ korrelasjon mellom prevensjon og barnets kjønn ($r=-.169^{**}$). Barnets kjønn er en dikotom variabel, hvor kjønnnet jente har den laveste verdien, noe som da kan vise til at mødre prater mer om prevensjon med datter, enn med sønn.

Korrelasjonsmatrisen viser også til en signifikant svak korrelasjon mellom prevensjon og oppvekst – selvinnsikt ($r=.138^*$). Det vises også til signifikante moderate negative korrelasjoner mellom prevensjon og indre utfordringer ($r=-.345^{**}$), og mellom prevensjon og ytre utfordringer ($r=-.456^{**}$).

Videre kommer det frem at det er en signifikant moderat positiv korrelasjon mellom selvinnsikt og nytelse ($r=.557^{**}$). Så viser korrelasjonsmatrisen også en signifikant moderat positiv korrelasjon mellom selvinnsikt og oppvekst – selvinnsikt ($r=.219^{**}$), og en signifikant moderat negativ korrelasjon mellom selvinnsikt og indre utfordringer ($r=-.312^{**}$). Deretter er det en signifikant moderat negativ korrelasjon mellom selvinnsikt og ytre utfordringer ($r=-.426^{**}$).

Korrelasjonsmatrisen viser videre at det er en signifikant moderat negativ korrelasjon mellom nytelse og indre- ($r=-.413^{**}$) og ytre utfordringer ($r=-.500^{**}$). Dette tyder på at nytelse synker når indre- og ytre utfordringer øker.

Korrelasjonsmatrisen viser ingen problemer med sterke bivariate korrelasjoner mellom de uavhengige variablene, og det vil dermed ikke oppstå problemer med multikollinearitet i videre regresjonsanalyser. Matrisen kontrollerer ikke for andre eventuelle bakenforliggende forhold, og en kan ikke si noe om kausale forhold. Med bakgrunn i dette vil det derfor være hensiktsfullt å videre benytte seg av en regresjonsanalyse, for å se nærmere på dette.

4.4.1 Regresjonsanalyse

For å teste regresjonen mellom de avhengige variablene og de uavhengige variablene har det blitt utført tre lineære, stegvise multiple regresjonsanalyser. Her fremstilles standardiserte β koeffisienter. Regresjonsanalysene er fremstilt i én tabell for ordens skyld (se Tabell 6). De signifikante nivåene er uthevet med tykk skrift, og her er det kun b-koeffisientene med signifikante verdier som er blitt fokusert på. I modell 1 er det kun de demografiske variablene som blir gjort rede for. I modell 2 blir effekten av variablene for mors oppvekst redegjort for, og i modell 3 blir også effekten av variablene for indre- og ytre utfordringer kontrollert.

Tabell 6. Stegvis multipel regresjonsanalyse

	Prevensjon			Selvinnst			Nytelse		
	β	95% KI	P-verdi	β	95% KI	P-verdi	β	95% KI	P-verdi
Modell 1									
Alder	-.070	-.038 til .012	.306	-.041	-.027 til .015	.559	-.050	-.029 til .013	.479
Utdanning	-.088	-.183 til .034	.179	-.009	-.097 til .085	.897	.001	-.091 til .093	.986
Barnets alder	.188	-.035 til .181	.004	.033	-.046 til .077	.619	-.066	-.093 til .030	.321
Barnets kjønn	-.162	-.571 til -.081	.009	-.113	-.388 til .021	.079	-.302	-.267 til .111	.361
Modell 2									
Alder	-.065	-.037 til .013	.340	-.032	-.025 til .016	.649	-.049	-.028 til .014	.486
Utdanning	-.099	-.192 til .025	.132	-.025	-.107 til .072	.704	-.008	-.097 til .086	.908
Barnets alder	.189	.036 til .182	.004	.040	-.042 til .079	.540	-.069	-.094 til .029	.301
Barnets kjønn	-.150	-.545 til -.055	.016	-.098	-.362 til .043	.122	-.062	-.309 til .105	.332
Oppvekst – prevensjon	.067	-.142 til .296	.488	-.021	-.201 til .161	.827	.004	-.182 til .189	.969
Oppvekst – selvinnst	.159	.000 til .401	.050	.235	.075 til .406	.005	.002	-.167 til .172	.976
Oppvekst – nyttelse	-.096	-.547 til .186	.333	-.011	-.320 til .268	.913	.127	-.116 til .503	.220
Modell 3									
Alder	-.055	-.032 til .011	.357	-.025	-.022 til .015	.692	-.037	-.023 til .012	.540
Utdanning	-.125	-.201 til -.009	.032	-.043	-.111 til .053	.483	-.039	-.106 til .052	.504
Barnets alder	.216	.061 til .188	<.001	.068	-.023 til .086	.256	-.040	-.072 til .034	.483
Barnets kjønn	-.121	-.457 til -.029	.026	-.070	-.298 til .069	.219	-.032	-.229 til .125	.563
Oppvekst – prevensjon	-.005	-.129 til .186	.954	-.084	-.243 til .086	.347	-.076	-.231 til .087	.374
Oppvekst – selvinnst	.158	.024 til .373	.026	.232	.088 til .387	.002	.001	-.143 til .146	.985
Oppvekst – nyttelse	-.104	-.515 til .128	.237	-.010	-.291 til .260	.911	.116	-.090 til .443	.192
Indre utfordringer	-.185	-.399 til -.073	.005	-.130	-.274 til .005	.059	-.220	-.364 til -.094	<.001
Ytre utfordringer	-.365	-.468 til -.233	<.001	-.356	-.378 til -.177	<.001	-.391	-.403 til -.209	<.001

Merk: Signifikante verdier er uthevet i fet tekst.

Prevensjon

I modell 1 (Tabell 6), med Prevensjon som den avhengige variabelen, kan barnets alder og kjønn observeres å ha en signifikant sammenheng med prevensjon. Barnets kjønn har verdiene (0) jente og (1) gutt. Barnets alder har en positiv svak regresjon, som kan tyde på at jo eldre barnet er, jo mer opplever mor å ha pratet med barnet om prevensjon ($\beta = .188$).

Barnets kjønn later til å ha en svak negativ sammenheng med prevensjon, noe som innebærer at mødre opplever å prate mindre med sønnene sine om prevensjon, og mer med døtrene sine ($\beta = -.162$). Dette gir med andre ord svar på hvor mye barnets alder og kjønn påvirker utfallet for Prevensjon.

I modell 2 ser en fremdeles at barnets alder og kjønn har en sammenheng med utfallet for prevensjon, men her ser en også at mors oppvekst – selvinnsikt har en svak positiv, men signifikant regresjon ($\beta = .159$). Dette kan tyde på at jo mer mor pratet om selvinnsikt i egen oppvekst, jo mer pratet hun om prevensjon med egne barn.

I modell 3 kan det tyde på at barnets alder, kjønn og oppvekst – selvinnsikt fremdeles har signifikante sammenhenger, men her blir også mors utdanning signifikant, grunnet en sammenheng med påvirkningen av indre- og ytre utfordringer. Utdanning har en signifikant svak negativ regresjon, noe som kan tyde på at høyere utdanning hos mor medfører færre samtaler om prevensjon med egne barn ($\beta = -.125$). Videre kommer det til syne at både indre- og ytre utfordringer har en signifikant svak til moderat negativ regresjon med prevensjon. Indre utfordringer har en svak effekt på den avhengige variabelen, som kan tyde på at jo flere utfordringer mor opplever ved å prate med egne barn om seksualitet, jo mindre pratet hun om prevensjon ($\beta = -.185$). Ytre utfordringer har en moderat effekt på den avhengige variabelen, noe som også viser til at jo flere utfordringer tilknyttet å prate om seksualitet, jo mindre pratet mor om prevensjon med egne barn ($\beta = -.365$).

Selvinnsikt

I modell 1 (Tabell 6), med selvinnsikt som den avhengige variabelen, er det ingen signifikante utslag for noen av de uavhengige variablene. I modell 2 ser man derimot at oppvekst – selvinnsikt har en svak positiv effekt på den avhengige variabelen ($\beta = .235$). Dette tyder på at jo mer mor pratet om selvinnsikt i egen oppvekst, jo mer pratet hun om det med egne barn.

I modell 3 ser man at oppvekst – selvinnsikt fremdeles har en signifikant påvirkning på den avhengige variabelen, men her ser man også at ytre utfordringer har en signifikant negativ, moderat effekt ($\beta = -.378$). Jo flere ytre påvirkninger mor opplever, jo mindre pratet hun om selvinnsikt med eget barn.

Nytelse

Med nytelse som den avhengige variabelen er det ingen signifikante verdier verken i Modell 1 eller 2 (Tabell 6). Her er det kun indre- og ytre utfordringer i Modell 3 som gir signifikante verdier. Indre utfordringer har en svak effekt på den avhengige variabelen, med en

standardisert b-koeffisient på $-.220$. Dette kan tolkes som at jo flere indre utfordringer mor opplever, jo mindre prater hun om nytelse med egne barn. Ytre utfordringer har en moderat effekt på den avhengige variabelen med en standardisert b-koeffisient på $-.391$. Dette kan også tolkes som at jo flere ytre utfordringer mor opplever, jo mindre prater hun om nytelse med eget barn.

Kapittel 5 – Diskusjon

I det kommende kapittelet av oppgaven vil funn fra tidligere forskning bli drøftet opp mot funn fra egen undersøkelse. Her vil tidligere funn på hva foreldre prater mest om med egne barn, innen seksualitet, bli sammenlignet med egne resultater. Videre vil tidligere funn for effekten av demografiske forhold, tidligere erfaringer fra oppvekst og utfordringer tilknyttet samarbeidet bli sidestilt med egne funn. Sammenligningene vil bli drøftet i lys av tidligere teorier tilknyttet habitus og kapital, og den utviklingsøkologiske systemteorien. Alle relevante funn vil bli trukket sammen som en del av prosessen av å besvare den todelte problemstillingen i neste kapittel. Deretter vil eventuelle begrensninger bli lagt frem og drøftet. Avslutningsvis for kapittelet vil en kort oppsummering av diskusjonen og studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet bli presentert.

5.1 Funn

5.1.1 Seksualitet

Problemstillingen omhandler i første halvdel seksualitet, og hvor mye norske mødre prater med egne barn om dette. Hva som er «mye» er et relativt mål, uten én konkret fasit. Hvor mye foreldre – eller mødre i dette tilfellet, prater med egne barn om seksualitet, vil kunne være vanskelig å estimere. For å gjøre et helt realistisk mål på dette, kan det tenkes at en burde ha gjennomført en longitudinell observasjonsundersøkelse av det daglige samspillet mellom foreldre og barn, i deres naturlige miljø, hver dag over lenger tid. Slik kunne forsker selv definert hva seksualitet innebærer, hvilke samtaler som kan anses som å omhandle det, og hvor «mye» det skjer. Dette er derimot ikke gjennomførbart i det virkelige liv, og mange studier bruker dermed enten intervju av foreldre og/eller barn, et spørreskjema, eller en kombinasjon av de to, for å samle inn data (Fisher, 1993; Dilorio et al., 1999; Downie & Coates, 1999; Lefkowitz et al., 2002; Pluhar et al., 2008; Jerman & Constantine, 2010; Wilson & Koo, 2010; Wilson et al., 2010; Sneed et al., 2013; Widman et al., 2014; Looze et al., 2015; Morawska et al., 2015; Pariera, 2016; Sevilla et al., 2016; Evans et al., 2019).

Tidligere forskning kan ikke nødvendigvis besvare hvor «mye» mødre prater med egne barn om seksualitet gjennom konkrete tall, men de kan derimot gi en pekepinn i retning av hvilke

undertemaer som de tilsynelatende prater mest og minst om. Det later til som at temaer i retningen av kroppslige beskyttelsesfaktorer, slik som prevensjonsmidler og kjønnsykdommer, mulig er hva foreldre generelt prater mest om med egne barn når det kommer til de ulike aspektene av seksualitet (Dilorio et al., 1999; Jerman & Constantine, 2010; Sneed et al., 2013; Sevilla et al., 2016; Evans et al., 2019).

Funn fra egen studie viste derimot antydninger på at prevensjonsmidler var noe mødre opplevde å verken prate særlig lite eller særlig mye om med barna sine (se Tabell 2). Gjennomsnittssvaret for prevensjons-dimensjonen av seksualitet lå slik tidligere vist på svaralternativet for «verken lite eller mye» ($M=3.26$, $SD=1.0$). Videre, ved at det er et normalt standardavvik i svarene, kan det tyde på at det var normale gap mellom de gjennomsnittlige svarene som ble oppgitt. Det kan tolkes i retningen av at de fleste respondenter oppgav svar som var nært midten av alternativene, og gjenspeile en relativ enighet. Videre kan dette derimot også tolkes som at mødres holdninger i Norge i dag mulig er annerledes fra hvordan de har vært utenfor Europa. Tidligere forskning var slik tidligere redegjort, utført i andre land utenfor Norden, og det eldste studiet som ble referert til var over 20 år gammelt.

Når det er sagt, viste også nye funn vedrørende den norske familien, at det på mange måter kan tolkes som at dagens samfunn aktivt er medvirkende i å skape et paradigmeskifte i familien. I motsetning til tidligere blir det i dag tillagt stort fokus på barnets sikkerhet, og tidligere tabubelagte temaer slik som barn- og unges seksualitet, blir bragt frem i lyset. Videre kjennetegnes dagens foreldreskap i større grad av økt foreldreinvolvering (NOU 2020: 14). I praksis vil dette mulig kunne tolkes som at dagens foreldre i større grad er opptatt av å prate med egne barn om temaer slik som grensesetting og samtykke, slik funn fra oppgavens eget studie også tilsier at de gjør. Funn fra egen studie viste at dimensjonen for selvinnsikt var hva mødre selv oppga å generelt prate mest om med eget barn. Gjennomsnittssvaret lå nærmest alternativet «mye», med et normalt standardavvik ($M=4.07$, $SD=0.81$). Her kan også et normalt standardavvik tyde på lite fordelinger mellom svarene som ble oppgitt, og mødre generelt var relativt enige i opplevelsene sine.

I kontekst av sammenhengen mellom barndom og fremtidig helse, kan det være mulig at dimensjonen for selvinnsikt fremtidig vil kunne medbringe flere langvarige helseplager, ved mangel på kunnskap derav. Ved eksempelvis grenseoverskriding eller mangel på samtykke, vil kroppskrenkelser og overgrep lettere kunne oppstå, noe som da vil kunne lede til psykiske lidelser. Dimensjonen for prevensjon kan da mulig oppleves som å være tilknyttet færre

uhelbredelige eller langvarige sykdomslyter, som da vil kunne oppleves som enklere å helbrede, sammenlignet med dimensjonen for selvinnsikt, da det i større grad kan knyttes til den kroppslige helsen versus den psykiske helsen. Av den grunn kan det hende at mødre generelt velger å prate mer om dimensjonen for selvinnsikt enn dimensjonen for prevensjon.

Sett i lys av barndommens betydning for fremtidig helse, kan også funnene om at mor prater mest om selvinnsikt, normalt om prevensjon, og minst om nytelse, kunne tyde på at mødres verdier og holdninger rettet mot selvinnsikt og prevensjon er hva som veier tyngst av de tre. Ved at selvinnsikt og prevensjon er hva som tilsynelatende prates mest om i relasjon av kommunikasjon mellom mor og barn, kan dette i teorien kunne tyde på at barna deres vil komme til å erfare færre helseproblemer relatert til disse aspektene av seksualitet. De vil da kunne være bedre forberedt på fremtiden, enn hva de som eksempelvis har pratet lite om alle tre dimensjoner av seksualitet i barndom er.

Bakgrunnen for forskjellene i hvilke temaer innen seksualitet som mødre i oppgavens eget studie pratet mest om versus hva mødre i tidligere forskning tilsynelatende pratet mest om, kan diskuteres. Det kan eksempelvis tolkes som å være en refleksjon av kulturforskjeller, på bakgrunn av ulike verdisyn, og dermed har mødre ulike prioriteringer når det gjelder hva de velger å prate med egne barn om. Det kan også tolkes som å være et produkt av sin tid, hvor resultatene kan si noe om de verdier og hva det har vært aktuelt å fokusere på i det bestemte tidsrommet for datainnsamling. Dette kan observeres å ha tilknytning til samfunnets utvikling, og hvordan ulike samfunn utvikles i ulikt tempo. Derimot var det også et generelt mindre fokus på aspektet for selvinnsikt i empiriske funn på området enn hva det var i egen studie, noe som kan tenkes å være et dominerende forhold.

Videre viser tidligere forskning at undertemaene av seksualitet som mødre tilsynelatende pratet minst om er tilknyttet seksuell nytelse og masturbering (Dilorio et al., 1999; Sevilla et al., 2016; Evans et al., 2019). Dette er noe funn fra egen studie også antyder, med et gjennomsnittssvar på at dette er noe norske mødre pratet «lite» om med eget barn ($M=2.83$, $SD=0.81$). Dette er noe som kan tenkes å være tilknyttet ubehaget som mulig følger med, da nytelse-dimensjonen av seksualitet var dimensjonen med sterkest korrelasjon til indre- og ytre utfordringer (se tabell 5. Korrelasjonsmatrise). Her kom det frem en negativ korrelasjon som da tydet på at etter hvert som verdien for nytelse sank, økte verdien for indre- og ytre utfordringer ($r=-.413^{**}$, $r=-.500^{**}$). Videre var også indre- og ytre utfordringer de eneste

variablene som viste seg å ha en signifikant virkning på Nytelse, når alle de andre forholdene var kontrollert for (se tabell 6. Regresjonsanalyse) ($\beta = -.220^{**}$, $\beta = -.391^{**}$).

Hva som ligger til grunn for hvorfor mødre opplever at undertemaer som masturbering og seksuell nytelse er mer utfordrende å prate om enn prevensjonsmidler og grensesetting er usikkert. Ubehaget, eller utfordringene, tilknyttet nytelse-dimensjonen kan derimot drøftes rundt hvorvidt det kan tolkes som at seksuell nytelse er et mer tabubelagt tema i dagens samfunn, og at det er hva som gjør at det prates mindre om. Seksuell nytelse kan slik anses som et mer sensitivt og personlig tema sammenlignet med de andre dimensjonene, og det kan tenkes å være tilknyttet tidligere funn for at foreldre opplever det som vanskelig å tenke på at deres eget barn har en seksualitet (Aasland, 2020). Det kan være på bakgrunn av at foreldre opplever det som utfordrende å skille mellom barneseksualitet og voksenseksualitet, og at det av den grunn kan bli vanskelig å forholde seg til.

Forskjellene i funn fra egen studie og funn fra tidligere studier kan både skyldes kulturforskjeller og tidsforskjeller. Samfunnet er i konstant endring og utvikling, hvor da selv et 5 års tidsrom mellom to studier kan gi to svært forskjellige utfall. Slik sett er ingen av studiene fra gjennomgangen av tidligere forskning utført i Norden eller Skandinavia. De fleste var utført i USA, én i Nederland, én i Australia og én i Colombia. Av de sammenlagte 17 studiene som tidligere er blitt gjennomgått, er altså kun én av de gjennomført i Europa. Dette kan da drøftes å være en viktig komponent i forklaringen til hvorfor norske mødre tilsynelatende prater mest med barna sine om selvinnsikt, verken lite eller mye om prevensjon, og minst om nytelse. Her er det også verdt å påpeke at tidligere forskning generelt fokuserte i mindre grad på å måle selvinnsikt-aspektet av seksualitet.

På den andre siden kan det også drøftes hvorvidt det kan ha relevans til religion. Typisk sett har USA blitt assosiert med en sterkere religiøs tilhørighet og praktisering enn hva den norske religionsutøvelsen er (Wollebæk, 2013, s. 8). Hvorvidt religiøsitet og tro har innvirkning på hvor mye foreldre prater med eget barn om seksualitet er uvisst, men det kan likevel tenkes å kunne ha en viss effekt på verdier og prioriteringer tilknyttet hvilke undertemaer, hvor mye og når det ønskes å prate om seksualitet. Disse forskjellene i hva mødre prater mest om kan med andre ord både skyldes kulturforskjeller tilknyttet geografisk beliggenhet, tidspunktet for innsamlet data, religiøsitet og ulike mål på seksualitet.

5.1.2 Demografiske forhold

Andre halvdel av problemstillingen spør om hvordan samarbeidet mellom mor og barn, sett i kontekst av å prate om seksualitet, kan bli påvirket av demografiske forhold, tidligere erfaringer og mulige utfordringer. De demografiske forholdene som er blitt sett på er alder, utdanning, barnets alder og barnets kjønn. Spesielt barnets alder og barnets kjønn er forhold som tidligere forskning har funnet resultater på å ha stor betydning for hvor mye mor prater med eget barn om seksualitet, og hva de prater om sammen.

Funn fra egen studie viste at mors alder kun hadde signifikante korrelasjoner med utdanning og barnets alder, men ellers ingen sammenheng med hvor mye hun prater med eget barn om seksualitet. Dette kan da tolkes som at mors alder ikke spiller noen sentral rolle når det kommer til å prate om seksualitet med eget barn. Sett i lys av Bronfenbrenners utviklingsøkologiske systemteori, kan dette tolkes som at mors foreldreskap i mindre grad blir påvirket av personlige egenskaper på mikronivå, og mer av samfunnets felles normer og verdier tilknyttet morsrollen på makronivå. Dette kan også knyttes til Bourdieus teori om habitus, da habitus skapes i det sosiale rom hvor spesifikke rolleforventninger videreføres. Ved at mors alder tilsynelatende ikke påvirker hvor mye hun prater med eget barn om seksualitet, kan det forstås som at rolleforventningene tilknyttet morsrollen i større grad preger hennes handlinger, enn hva rolleforventningene tilknyttet mors alder gjør, i relasjon til eget barn. Det kan derimot også forstås som at samfunnets forventninger tilknyttet alder ikke er like fremtredende eller dominerende som hva forventningene tilknyttet morsrollen er.

Videre viste funn fra egen studie at utdanningsnivå hadde en negativ korrelasjon med indre utfordringer ($r = -.167^{**}$). Dette kan tolkes som at mødre med lavere utdanningsnivå er mer enig i å oppleve utfordringer slik som å være ukomfortabel, usikker og ha vansker med å ordlegge seg. Derimot hadde utdanning kun signifikant virkning på prevensjon når alle de andre forholdene var kontrollert for i den trinnvise regresjonsanalysen ($\beta = -.125$). Her kan det da tenkes at utdanning kun påvirker hvor mye mor prater med eget barn om prevensjon når indre utfordringer også er kontrollert for, da korrelasjonen mellom utdanning og indre utfordringer sammen kan virke inn på utfallet for prevensjon. Resultatet kan slik tolkes som at de med lavere utdanningsnivå prater mer med egne barn om prevensjon.

Sett i lys av Bronfenbrenners systemteori, kan dette forklares ved at mors utdanningsnivå, som en del av barnets eksosystem, har en direkte virkning på relasjonen mellom mor og barn på mikronivå. Videre kan det også vise antydning til hvordan sosioøkonomisk kapital preger mors habitus, da de med lavere utdanningsnivå blir møtt av andre normer, utfordringer og

forventninger i samfunnet, enn hva de med høyere utdanningsnivå blir. Ved at mødre med lavere utdanningsnivå tilsynelatende prater mer med eget barn om prevensjon, kan det tolkes som at de har et annet verdisyn når det gjelder seksualitet, på bakgrunn av ulike tidligere erfaringer i det sosiale rom, og derav utviklet ulik habitus.

Deretter har det blitt lagt frem funn fra tidligere forskning om at mor generelt prater mer med datter enn med sønn om alle temaer innen seksualitet (Fisher, 1993; Lefkowitz et al., 2002; Pluhar et al., 2008; Wilson & Koo, 2010; Jerman & Constantine, 2010; Looze et al., 2015; Pariera, 2016; Sevilla et al., 2016). Andre funn påpekte videre at dette særlig gjaldt undertemaer tilknyttet prevensjonsmidler og kjønnssykdommer (Downie & Coates, 1999; Wilson & Koo, 2010). Egen studie fant da kun signifikante sammenhenger mellom kjønn og seksualitet når det gjaldt dimensjonen for prevensjon. Både i egen korrelasjonsanalyse og multippel regresjonsanalyse ble det funnet signifikante negative sammenhenger mellom kjønn og prevensjon, men ingen mellom kjønn og andre dimensjoner for seksualitet.

At mødre tilsynelatende prater mer med datter enn med sønn om prevensjonsmidler, graviditet og kjønnssykdommer, kan tenkes å ha tilknytning til kjønnenes biologiske anatomi. Wilson og Koo (2010) erfarte i deres studie at foreldre opplevde jenters kjønn som mer utsatt for negative konsekvenser tilknyttet seksualitet, og at det da mulig kunne ha en sammenheng. Denne oppfatningen kan forstås å være tilknyttet det faktum at det er det kvinnelige kjønn som kan bli gravid og som i mange tilfeller kan ende opp som den primære omsorgsgiveren for barnet. Dette er noe som i stor grad kan påvirke kvinnens liv, både under svangerskap og i senere tid. Forskjellen i funn av kjønnsforskjeller i tidligere forskning versus i egen forskning, kan videre tolkes som en refleksjon om at det er mindre kjønnsforskjeller i samfunnet i dag enn før, og mulig færre kjønnsforskjeller i Norge versus i andre land (Frønes, 2011, sitert i NOU 2020: 14, s. 38). Derimot kan det også forstås som at samfunnets forventninger tilknyttet jenter og gutter fremdeles er annerledes når det gjelder prevensjonsdimensjonen av seksualitet, på bakgrunn av at det er et nedarvet verdisyn i de normer og holdninger som former en felles habitus blant mødre.

Videre tydet barnets alder på å være en sentral prediktor for hvor mye mødre har pratet med dem om seksualitet. Funn fra egen forskning viser at barnets alder har en positiv korrelasjon med prevensjon-dimensjonen av seksualitet ($r=.170^{**}$). Barnets alder viste seg også å ha signifikant virkning på prevensjon i alle trinn i studiens regresjonsanalyse (se tabell 7). Dette kan tolkes som at jo eldre barnet er, dess mer har mor pratet med barnet om prevensjon. Det

var derimot ingen andre dimensjoner for seksualitet som viste seg å ha en sammenheng med barnets alder, i motsetning til funn fra tidligere forskning (Lefkowitz et al., 2002; Pluhar et al., 2008; Jerman & Constantine, 2010; Widman et al., 2014; Looze et al., 2015).

At barnets alder spiller en rolle for hvor mye mor har pratet med de om prevensjon kan tenkes å være tilknyttet barnets modenhet og utvikling, i sammenheng med puberteten. Jo eldre barnet er, dess nærmere kan de være sin seksuelle debuttering, og behovet for kunnskap om prevensjon kommer bedre til syne. Derimot kan det også tenkes, slik poengtert av Jerman og Constantine (2010), at barnets alder har betydning for hvor lenge mor har hatt mulighet for å prate med barnet. Da egen studie ikke stiller tidsbegrensede spørsmål om hvor mye mor har pratet med eget barn om seksualitet, vil det medføre at en mor med et eldre barn har hatt lenger tid på seg til å prate med dem. På den andre siden kan det også forstås som å være på bakgrunn av samfunnsforventninger tilknyttet alder, slik tidligere forklart gjennom rolleforventninger i Bourdieus teori om habitus. Foreldre kan ha ulike forventninger til egne barn ut ifra barnets alder, og dermed vil de kunne ha ulik oppdragelsesstil.

Både funn av at barnets kjønn og alder virker inn på hvor mye mor prater med de om prevensjon, kan forklares i lys av Bronfenbrenners utviklingsøkologiske systemteori. Kjønn og alder er personlige egenskaper som kan påvirke samarbeid i hjemmet på mikronivå, men det kan også skyldes felles normer og holdninger på makronivå som preget mors forventninger tilknyttet barnets kjønn og alder, som igjen kan prege samarbeid på mikronivå.

I kontekst av sammenhengen mellom barndom og fremtidig helse, kan funn av kjønnsforskjeller i hvor mye og hva mødre prater med egne barn om, bli anvendt for å gi en bredere forståelse for fremtidige forskjeller i helsen. At mødre tilsynelatende opplever å ha pratet mer med datter om prevensjon enn med sønn, kan for det første diskuteres hvorvidt det kan være en sammenheng tilknyttet forståelsen for at helsemessige problemer i relasjon til prevensjonsmidler, graviditet og kjønnsykdommer historisk sett har hatt større konsekvenser for kvinner enn for menn. Dette er da med tanke på komplikasjoner ved graviditet, fare for skadet fertilitet som konsekvens av kjønnsykdommer, og generelt flere konsekvenser tilknyttet bruk av kvinnelige prevensjonsmidler. At mødre prater mer med datter enn med sønn om dette kan da forstås som et tegn på at samfunnet gjør større grep for å verne om kvinners fremtidige helse.

For det andre kan dette funnet også mulig bli brukt for å utelukke visse årsaker for fremtidig helseproblemer tilknyttet det kvinnelige kjønn. Dersom kvinner i fremtiden blir observert å

møte på uhelse tilknyttet dimensjonen for prevensjon, kan det da bli mulig å argumentere for at det ikke nødvendigvis har skyld i mangel på kommunikasjon i barndom, men at det heller kan være andre årsaker derav. På den andre siden kan også funnet om at gutter blir pratet mindre med om prevensjon i kommunikasjon med mor, bli drøftet som å være medvirkende årsaksforklaring til potensielle fremtidige helseproblemer hos menn.

5.1.3 Erfaringer fra oppvekst

Ved fremstillingen av deskriptiv statistikk over mødres erfaringer med å prate om seksualitet i egen oppvekst, kom det frem at de generelt hadde opplevd å ha pratet svært lite om alle tre dimensjoner av seksualitet (se tabell 4). Her var det også relativt lave standardavvik, da de var mindre enn 1 for alle dimensjoner. Dette kan tyde på at de fleste mødre var relativt enige i erfaringer med seksualitet i barndom, og at det mulig ble ansett som utenfor normen å prate om seksualitet i relasjon av forelder og barn på det gitte tidspunktet. Da gjennomsnittsalderen på mødre var 44,5 år (se tabell 2.), vil det kunne bety at de som er mødre for barn i aldersgruppen 13-18 år i dag, selv vokste opp rundt sent 1970- til 1980-tallet. Det var da altså en annen tid, med andre lover, regler, normer og holdninger.

Mødres erfaringer fra egen oppvekst versus egen foreldrepraksis, kan anses som en bekreftende observasjon av endringene i den norske familie. Slik tidligere lagt frem, er dagens foreldre mer involverte i egne barns liv, og har en nærmere relasjon til de enn hva de har hatt tidligere. Med andre ord blir dette bekreftet av egne resultater ved å sammenligne mødrenes oppvekst med oppdragelsesstilen deres. Det kan da tyde på hvordan dagens mødre, på tross av egne erfaringer og holdninger preget av egne erfaringer, likevel har klart å tilegne seg nye holdninger og verdier, og slik brutt et generasjonsmønster. Dette kan også tolkes som at miljø mulig er en mer dominerende faktor enn hva arv er, sett i et perspektiv på utvikling i kontekst av foreldrestil.

Ved test av korrelasjon mellom mors oppvekst og andre forhold, kom det da frem signifikante positive korrelasjoner på tvers av alle de tre dimensjonene av erfaring med å prate om seksualitet i oppvekst (se tabell 6). Det kan tolkes slik at de som har opplevd å prate lite om prevensjonsdimensjonen i egen oppvekst, også har erfart å prate lite om dimensjonene for selvinnsikt og nytelse. Dette kan da bety at i kontekst av hva mødre pratet mest eller minst om innen seksualitet med egne foreldre i egen barndom, ble seksualitet som overordnet tema generelt pratet relativt lite om.

Videre kom det frem signifikante negative korrelasjoner mellom alle tre dimensjoner av seksualitet i oppvekst og indre utfordringer. Dette kan da tyde på at jo mindre mor har erfart å prate om seksualitet i egen barndom, dess mer enig er hun i å ha erfart indre utfordringer tilknyttet å prate med eget barn om det. Dette er da noe som kan drøftes å være relatert til forståelsen for hva som er normalt, hvor jo mindre en er vandt med å eksempelvis prate eller lese om noe, dess mer usikker og ukomfortabel vil en kunne føle seg rundt det gitte temaet eller fenomenet. Ved at mor selv er blitt pratet lite med om seksualitet i barndom, kan det ha medført at de har hatt mindre kunnskap om det, noe som ofte vil kunne medføre en usikkerhet tilknyttet det gitte området. Det kan synes at mennesker har en tendens til å frykte det som er fremmed, og det virker da naturlig at disse variablene vil kunne ha en sammenheng til hverandre.

I korrelasjonsmatrisen var det også signifikante positive korrelasjoner mellom oppvekst – selvinnsikt og hvor mye mor har pratet med eget barn om prevensjon og selvinnsikt (se tabell 6). Liknende funn ble også observert i regresjonsanalysen (se tabell 7). Dimensjonen for oppvekst – selvinnsikt viste seg å fremdeles ha signifikante positive virkninger på prevensjon og selvinnsikt, da antatt påvirkning fra andre forhold var kontrollert for. Dette kan tyde på at dess mer mor har erfart å prate om dimensjonen for selvinnsikt i egen oppvekst, jo mer prater hun også med eget barn om dimensjonene for prevensjon og selvinnsikt. Dette er da noe som kan tyde på at mors tilegnede habitus fra egen barndom, fremdeles vil kunne prege habitusen som former avgjørelsene hun tar i voksen alder. Det kan videre tolkes som at mor er blitt mer sikker på seg selv på bakgrunn av en større kompetanse innen selvinnsikt, og derav har en positiv sammenheng med hvor mye hun prater med eget barn om prevensjon og selvinnsikt. Det kan mulig tyde på at mødre føler seg mer komfortable med å prate om de gitte temaene, grunnet flere egne erfaringer med det.

Mødrene i oppgavens egen studie gir videre uttrykk for å ha pratet mer med egne barn om seksualitet enn hva deres foreldre gjorde med de selv i deres oppvekst (se Tabell 1 og Tabell 3). Dette kan tolkes på ulike måter. Først og fremst kan det forstås som å være et resultat av at familien er i endring. Slik tidligere vist er det skjedd drastiske endringer i den norske familie, både grunnet faktorer som globalisering, større oppmerksomhet rettet mot barns rett til omsorg og beskyttelse, eldre førstegangsmødre, og mer involverte foreldreroller mm. (se kap. 2.1.4 Familien i endring). Familien har med andre ord endret seg fra hvordan den en gang var da de som er foreldre nå selv var barn, for 30-40 år siden. De omveltende endringene kan forstås som å ha ført til et paradigmeskifte i samfunnet, på bakgrunn av at kulturelle normer,

regler og holdninger i stor grad er blitt forandret. Sett i lys av Bourdieus teori, vil dette kunne forstås som å ha medført stor innvirkning på utviklingen av habitus, da den slik tidligere nevnt formes i det sosiale rom. Når det sosiale rom endres og utvikles, endres også habitus.

Videre, med bakgrunn i Bronfenbrenners utviklingsøkologiske systemteori, vil disse ulikhetene mellom erfaringer fra egen oppvekst versus egen oppdragelsesstil, kunne forklares i at endringer på makronivå vil kunne påvirke samarbeid på mikronivå. På den andre siden kan det også drøftes hvorvidt validiteten av målene er gode, med bakgrunn i at dataene er beregnet på hukommelsen til mor. At mor blir bedt om å oppgi hvor mye eller lite hun selv husker å ha erfart å prate om seksualitet i egen oppvekst vil være et mye eldre minne, enn hva minnet fra nyere tid om hvor mye hun har pratet med eget barn er.

Dersom en skal se på dette i kontekst av sammenhengen mellom barndom og fremtidig helse, er det da også noe som i teorien vil kunne forstås som en årsaksforklaring. Dersom dagens foreldre enten har eller kommer til å møte på andre helseproblemer i tilknytning til seksualitet, enn hva barna deres mulig kommer til å gjøre, kan det ha skyld i ulik barndom. Ved å kunne få en bekreftelse på at det har vært en endring i hvor mye mødre prater med egne barn om seksualitet, og hvor mye foreldrene deres igjen pratet med dem selv om det i deres oppvekst, vil det mulig kunne tilby en indikator på hvorvidt endringene kan synes å ha hatt en god eller dårlig påvirkning. Ved å da sammenligne helseproblemene mellom de to generasjonene, vil dette trolig kunne komme tydeligere til syne.

På den andre siden, om en skal se på endringene i hvor mye foreldre prater med egne barn om seksualitet, i kontekst av sammenhengen mellom barndom og fremtidig helse, kan det tenkes at helseproblemer mulig er hva som ligger til grunn for den store endringen. Da mødre i egen studie i retrospekt oppgir å ha pratet lite med egne foreldre om seksualitet i egen barndom, kan det tenkes at de selv allerede har merket helserelaterte konsekvenser av det. Det kan tenkes at de som er mødre i dag, tidligere har erfart negative hendelser i tilknytning til mangel på kunnskap om seksualitet, gjennom uønskede erfaringer i tenårene- eller ungdomsårene. Det kan da tenkes at mødre har reflektert over egen oppvekst, og bestemt seg for å prate mer med egne barn om seksualitet, da de mulig ser at de selv kunne hatt behov for det da de var unge. Da særlig med tanke på erfaringer med å prate om selvinnsikt i egen oppvekst, da det kan være at de selv har erfart at dette har hatt positiv virkning for egen helse, og ønsker da også å fremme barnets fremtidige helse.

5.1.4 Utfordringer

Med bakgrunn i at seksualitet er et tema mange oppfatter som å være svært personlig og tidligere blitt ansett som tabubelagt i samfunnet, vil det være naturlig å anta at det kan ha vært forhold som har gjort det utfordrende å prate om med eget barn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). At noe er tabubelagt er et sosialt konstruert fenomen, da det baseres på normer og regler i det gitte samfunnet. Dette kan ifølge Bourdieu forstås som å være medvirkende i å skape en felles holdning som nedarves til videre generasjoner, og som preger enkeltindividets habitus.

Først og fremst dokumenterte mødrene i egen studie å generelt verken være uenig eller enig i at de gitte forholdene kunne gjøre det utfordrende å prate med eget barn om seksualitet. Dette er noe som enten kan tolkes som at norske mødre i liten grad opplever utfordringer i tilknytning til kommunikasjon, eller at de i liten grad tillater at de konkrete faktorene får være til hindring for samarbeidet. Både indre- og ytre utfordringer målte omtrent like sterkt (se tabell 4.). Indre utfordringer, slik som å føle seg ukomfortabel, oppleve vansker med å ordlegge seg riktig, og frykt for å gjøre barnet ukomfortabel, kan i utgangspunktet tenkes å ha sammenheng med personlige egenskaper. Dette er da med tanke på at det finnes ulike personlighetstyper, eksempelvis som introvert og ekstrovert, hvor da enkelte mennesker kan ha lettere for å kommunisere med andre, uten at det er særlige forskjeller i miljøet eller samfunnet som har vært i stand til å kunne prege de. Dersom resultatene fra analysene hadde vist en stor spredning i standardavviket, kunne det ha tydet på uenighet om hvor utfordrende de gitte forholdene har vært. Derimot kunne analyser tyde på at det var et normalt standardavvik i svarene, og at utvalget generelt hadde oppgitt å ha hatt relativt like opplevelser. Dette kan da mulig tyde på en felles normalitetsforståelse for seksualitet som samtaleemne i relasjon av forelder og barn.

Ved at de mulig opplever å prate om seksualitet med eget barn som normalt vil dette kunne medføre mindre ubehag og færre utfordringer i relasjon til kommunikasjon. Da funn fra mødres opplevelser fra egen oppvekst tydet på at dette var noe de generelt hadde snakket lite om i barndom, kan det heller drøftes for å være relatert til samfunnsendringer. Disse samfunnsendringene kan i mer eller mindre grad ha preget og formet deres habitus. Den generelle enigheten på tvers av utvalget vedrørende hvilke forhold som kunne gjøre samarbeidet utfordrende, kan med andre ord tyde på felles holdninger i samfunnet, i retningen av det gitte aspektet, fremfor personlige trekk eksempelvis på bakgrunn av arv.

Likevel kan resultater fra egen studie tyde på at indre utfordringer, altså opplevelsen av ubehag og usikkerhet, er hva som er mest fremtredende med flest korrelasjoner tilknyttet andre forhold enn kun dimensjonene for seksualitet-kommunikasjonen. Ytre utfordringer, slik som oppfatningen om at barnet ikke ønsker å prate eller ikke har spurt, er da kun korrelert til de tre dimensjonene for seksualitet (se tabell 6.). Både indre- og ytre utfordringer viste seg å ha signifikante negative korrelasjoner med prevensjon, selvinnsikt og nytelse. Dette innebærer at når indre- og ytre utfordringer synker, så øker verdien for hvor mye mor har pratet med barnet om seksualitet. Dette kan da tolkes som at det er færre som opplever utfordringer, dess mer de har pratet om det, og jo mindre de har pratet om det, dess mer enig er de i å oppleve utfordringer. Tidligere funn underbygger dette, da både Jerman og Constantine (2010) og Pariera (2016) kommer frem til de samme korrelasjonene i deres regresjonsanalyser.

I korrelasjonsmatrisen kan utfordringer både forstås som effekt og utfall. At seksualitet er utfordrende å prate om, kan på den ene siden være grunnen til at det prates lite om. På den andre siden, kan det å ha pratet mye om seksualitet være hva som ligger til grunn for at det er mindre utfordrende. Her kan det tenkes at opplevelsen av normalitet spiller inn, da oppfattelsen av at noe er normalt til dels baseres på en slags erfaring av hyppighet. Jo mer du ser- eller prater om noe, dess mer normalt blir oppfatningen av det, og en blir mer komfortabel med å prate om det og forholde seg til det. Dess mer det blir oppfattet som normalt, jo mindre blir det oppfattet som unormalt og ubehagelig å prate om. Samfunnet preger eksempelvis normalitetsforståelsen gjennom både verdier og holdninger, men også gjennom lover og regler. Dersom det er en felles verdi for samfunnet å lære barn og unge om samtykke og grensesetting, vil dette hyppigere dukke opp i media og aviser ol., og det vil med tid anses som mer og mer normalt. På den andre siden, dersom noe er lovpålagt vil det kunne medføre både rettslige og sosiale sanksjoner, ment for å veilede og rettlede samfunnet til ønsket atferd.

Derimot, ved fremstillingen av regresjonsanalysen, kom det til syne at indre- og ytre utfordringer kun hadde signifikante virkninger på utfallene for prevensjon og nytelse, da andre forhold var kontrollert for (se tabell 7.). Dette kan tolkes som at norske mødre kan oppleve indre- og ytre utfordringer som større hinder for å kommunisere med eget barn når det gjelder dimensjonene for prevensjon og nytelse. Dimensjonen for selvinnsikt viste derimot kun en signifikant påvirkning av ytre utfordringer.

Ytre utfordringer omhandlet da at barnet ikke ønsket å prate med mor, eller at det var vanskelig å finne det rette tidspunktet å prate sammen om seksualitet. Ved at selvinnsikt kun ble påvirket av ytre utfordringer, kan det da tyde på at det i større grad er praktiske årsaker som har en tendens for å være til hinder for samarbeidet. Det kan videre tyde på at det er mindre indre ubehag relatert til undertemaer som samtykke, grensesetting og seksuell legning, enn hva det er til de andre dimensjonene for prevensjon og nytelse. Denne sammenhengen kan også bli sett på som en type årsaksforklaring til hvorfor dimensjonen for selvinnsikt er den mest omsnakkede i kommunikasjonen mellom mor og barn. Ved at det er færre utfordringer tilknyttet selvinnsikt, vil det også oppleves som enklere å prate om

Dette kan igjen tenkes å være tilknyttet tidligere nevnte samfunnsendringer om at barns sikkerhet og selvstendighet er mer vektlagt og prioritert i dagens familie enn hva det tidligere har vært. Ved at et samfunn som helhet endrer verdisyn, endres også enkeltindividers habitus. Derimot kan det også drøftes som at dimensjonen for selvinnsikt ikke blir preget av indre utfordringer grunnet verdien av å prate om selvinnsikt veier tyngre enn følelsen av ubehag.

5.2 Studiens begrensninger

Studien har møtt på få utfordringer når det har gjeldt kvalitetssikring av skalaene og de bivariate- og multivariate analysene. Likevel er det flere aktuelle forhold verdt å se på, når det kommer til studiens svakheter og begrensninger. Hvorvidt resultatene fra undersøkelsen er generaliserbare, er et sentralt spørsmål. Følgende vil studiens validitet, reliabilitet, og generaliserbarhet bli belyst.

5.2.1 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Kvaliteten av kvantitativ data uttrykkes gjennom reliabilitet og validitet. Reliabilitet er et uttrykk for hvor pålitelig og presis data man har, mens validiteten i større grad viser til hvor relevante eller gyldige målene er for problemstillingen som skal belyses (Grønmo, 2023). Høy reliabilitet, eller pålitelighet, innebærer at gjentatte målinger med de samme måleinstrumentene gir det samme resultatet. Høy reliabilitet forutsetter høy validitet. Reliabilitet kan sies å være et rent empirisk spørsmål, mens validitet i tillegg krever en teoretisk vurdering. Reliabilitet kan påvirkes av tilfeldige målefeil, mens systematiske målefeil påvirker dataenes validitet. Validitet som begrep må ifølge Ringdal (2020, s. 103) alltid refereres til i den teoretiske sammenheng som det brukes i.

Gjennom prosessen av å utforme sammensatte dimensjoner har det blitt gjennomført faktor- og reliabilitetsanalyser, noe som kan styrke reliabiliteten. Ved å lage et sammensatt mål vil det kunne gi en god forståelse for de ulike sidene ved et begrep som mulig ellers er vanskelig

å måle eller definere. På den andre siden kan en også miste mye informasjon ved slik sammenslåing.

Målene som er blitt anvendt i analysene er subjektive, og kan derav ikke forme én konkret sannhet. Det mennesket oppfatter skjer i lys av deres egen forforståelse. Jeg som forsker kan ikke vite noe om hvorvidt de som har deltatt i undersøkelsen har forstått forskningsspørsmålene på samme måte som jeg har ment de. Resultatene en kommer frem til ved analyser vil dermed kun være én av mange sannheter og tolkninger. Spørreundersøkelsen er også egenkonstruert, og målene som er blitt brukt er dermed ikke blitt validert gjennom tester i forkant av datainnsamling. Målene som er utformet er til dels inspirert av målene anvendt i tidligere forskning, men de bærer også preg av hva som er viktige aspekt for forsker selv å dekke. Eksempelvis var det lite tidligere forskning som gikk i bredden på å dekke selvinnsikt-aspektet av seksualitet, altså samtykke, grensesetting og seksuell legning. Dette var derimot noe som var viktig for forsker selv å inkludere i målet på seksualitet, noe som antageligvis kan være en refleksjon av verdier i den norske kultur versus verdier i den amerikanske kultur. At spørreskjemaet er selvkonstruert kan skape uvisshet rundt hvorvidt de ulike målene faktisk er gode mål for det de er ment å måle.

Til tross for at målene i egen studie ikke er blitt validitetstestet tidligere, blir resultatene støttet av relevant teori på området. Jacobsen (2022, s. 366) presiserer at så fremst studiene gjør undersøkelser av fenomen i samme kontekst, vil det ikke være et krav om at de tar i bruk de samme måleapparatene eller den samme metodetilnærmingen for å kunne sammenliknes. Slik sammenligning av resultater fra egen studie og fra andres studier, vil fungere som en type validitetskontroll dersom man ser at de kommer til liknende funn. Dette vil ifølge Jacobsen (2022, s. 366) kunne gi grunn til å anta at den begrepsmessige gyldigheten likevel er god. Videre, ved at funn fra tidligere forskning støtter opp om studiens resultater, vil dette også kunne gi grunnlag for å oppfatte studien som generaliserbar.

Tilfeldige målefeil vil som sagt ikke påvirke studiens validitet, men systematiske målefeil vil det. Systematiske målefeil kan oppstå dersom deltakerne av ulike grunner føler seg presset eller ukomfortabel, og dermed oppgir «ukorrekte» svar som de selv opplever som mer sosialt aksepterte sammenlignet med de svarene som egentlig gjenspeiler hva de faktisk har erfart. Til tross for at seksualitet er et tema mange anser som sensitivt og personlig, var undersøkelsen frivillig og anonym, og det vil da være grunn til å anta at målefeilene heller kan være tilfeldige enn systematiske.

Utvalget i denne studien kjennetegnes av å være selvutvalgt. Dette innebærer at utvalget i stor grad selv har bestemt om de ønsket å delta eller ikke. Dette medfører at man kun mottar informasjon om de som selv velger å delta, og ingenting om de som ikke svarer.

Selvutvelgelse kan slik føre til systematiske skjevheter ifølge Jacobsen (2022, s. 311), da det mulig vil være en viss type personer med spesielle meninger eller interesse for emnet som velger å delta. Det kan her antas at en del av studiens utvalg kommer fra foreldre-gruppene som spørreskjemaet ble delt i. I den forbindelse kan det videre drøftes rundt hvorvidt det tenderer å være særlig involverte foreldre som deltar i slike grupper. Et slikt utvalg vil gjøre det problematisk å generalisere resultatene til populasjonen, da populasjonen skal regnes som hypotetisk og tilfeldig, noe den ikke blir her. Videre er dataene også selvrapporterte, noe som da medfører at en kun vil se én side av saken og de resultatene alene kan ikke utforme en sannhet.

Om en skal rette blikket mot representativiteten av utvalget, vil en se at de som har deltatt i undersøkelsen kan komme fra hele landet, uten begrensninger til kun ett fylke eller kommune. Her kan det tenkes at verdisyn og holdninger på tvers av fylker til en viss grad vil kunne variere, men da alle likevel tar del i den felles norske kulturen, vil det fremdeles være mye delte normer og regler. Den eneste skjevheten som kommer til syne i utvalgets demografi er utdanningsnivå, hvor en svært stor andel har høyere utdanning. Ifølge Jacobsen (2022, s. 291) er dette en vanlig konsekvens som kan oppstå ved anvending av nettbasert spørreundersøkelse, da spørreskjemaer generelt krever ressurssterke og relativt interesserte respondenter til å delta. Det forutsetter at de som deltar kan lese og forstå innviklede spørsmål, og at de skjønner viktigheten og verdien av å svare.

Størrelsen på utvalget for den multivariate lineære regresjonsanalysen er totalt sett 248, av 254. Utvalget kan ikke bli betegnet som spesielt stort, men det er likevel stort nok til å kunne gi tilfredsstillende antydninger på forholdene rundt mors involvering i eget barns seksualitet. Med bakgrunn i høy svarprosent og generelt normale standardavvik, kan en anta at resultatene til en viss grad kan indikere trender som er overførbare tilbake til populasjonen, hvor da populasjonen er norske mødre på nett, med barn i aldersgruppen 13-18 år.

5.3 Oppsummering

Før det bærer videre til utformingen av en konklusjon til oppgavens problemstilling, vil det her bli presentert en oppsummering av sammenligningen av egne funn versus tidligere forskningsfunn, og av drøftingen av studiens validitet, reliabilitet og overførbarhet. Funnene vil bli oppsummert i den samme rekkefølgen som de tidligere i kapittelet er blitt lagt frem.

Funn fra egen studie viste at aspektet som norske mødre hevdet å ha pratet mest om med eget barn var selvinnsikt-dimensjonen. Videre pratet norske mødre tilsynelatende verken spesielt mye eller lite om prevensjons-aspektet av seksualitet. Følgelig var aspektet som ble minst pratet om i relasjonen mellom mor og barn, var nytelse. Hva norske mødre prater mest og minst om kan trolig være en refleksjon av norske verdier og holdninger, sett i kontekst av sin tid. Disse funnene blir styrket opp om av tidligere fremstilling av hvordan den norske familien aktivt er i endring, hvor fokuset på barnet er mer sentralt enn hva det noen gang har vært tidligere.

Tidligere forskningsfunn viste at hva internasjonale mødre pratet mest om med egne barn var prevensjons-aspektet av seksualitet. Til tross for at det var noen uenigheter her, var et flertall av gjennomgåtte artikler enige. Undertemaet av seksualitet som tilsynelatende ble pratet minst om, omhandlet seksuell nytelse. Sammenlagt ble funn fra 17 forskjellige vitenskapelige artikler på området lagt frem, hvor da 14 av de var amerikanske, og ingen var nordiske eller skandinaviske. Ved manglende observasjon av selvinnsikt som et aspekt av seksualitet som ble målt i tidligere forskning, var det vanskelig å gjøre en sammenligning på dette. Hadde en derimot skulle tatt vekk målet på selvinnsikt fra egen studie ville utfallet for hva som ble pratet mest og minst om i egen studie versus i tidligere studier, antageligvis hatt mer til felles.

Videre tydet egen studie på at barnets kjønn og alder kun korrelerte med prevensjons-aspektet av seksualitet. Tidligere forskning splittet derimot ikke seksualitet inn i flere dimensjoner eller aspekter, og viste da at barnets kjønn og alder generelt korrelerte med hvor mye mor og barn pratet sammen om seksualitet.

Til slutt korrelerte også ytre utfordringer med alle dimensjoner av seksualitet, mens indre utfordringer kun korrelerte med prevensjon og nytelse. Heller ikke her hadde tidligere forskning splittet verken seksualitet eller utfordringer inn i flere dimensjoner, og viste da resultater på at utfordringer generelt korrelerte med hvor mye mor og barn pratet sammen om seksualitet.

Til tross for begrensninger ved utvalget som var selvutvalgt, og svakheter ved anvending av et web-basert spørreskjema, var det likevel svært lite frafall i svarene. Resultatene som kom frem kunne også oppbygges i funn fra tidligere forskning og teoretisk rammeverk, noe som da kan gjøre at målene anses som valide og reliable. Funnene fra studiens hovedanalyser kunne av den grunn- til en viss grad, anvendes til å indikere trender som vil være overførbare tilbake til populasjonen.

Kapittel 6 – Avslutning

Hensikten med denne studien har vært å besvare følgende problemstilling: *Hvor mye prater norske mødre med eget barn om seksualitet, og hvordan påvirkes dette av demografi, tidligere erfaringer og mulige utfordringer?* I dette avsluttende kapittelet av oppgaven vil en endelig konklusjon vil bli satt, som svar på problemstillingen. Helt til slutt vil det også bli lagt frem forslag for videre forskning, og refleksjoner rundt veien videre.

6.1 konklusjon

Første del av problemstillingen omhandler hvor mye norske mødre prater med eget barn om seksualitet. Hva som er mye eller lite er relativt, og kan ikke gi et eksakt mål i antall. Målet som ble utformet for seksualitet ble oppdelt i tre underkategorier: prevensjon, selvinnsikt og nytelse. Derav er det heller blitt tatt utgangspunkt i hvor mye mor selv har opplevd å prate om de tre ulike aspektene av seksualitet. Gjennomsnittsmålene kunne da vise antydninger på at mødre erfarte å ha pratet «mye» om selvinnsikt, «verken mye eller lite» om prevensjon, og «lite» om nytelse (se Tabell 1). Da dette ikke gir et konkret svar på «hvor mye» seksualitet snakkes om i relasjon av mor og barn, blir det heller lagt frem som en indikator for hva det prates mest og minst om.

I andre del av problemstillingen omhandler det hvordan utfallet for hvor mye mor prater med eget barn om seksualitet kan predikeres av demografi, tidligere erfaringer i oppvekst og mulige utfordringer. Her viste da funn fra studiens regresjonsanalyse at utdanningsnivå kun hadde signifikant negativ effekt på utfallet for prevensjons-aspektet av seksualitet når andre forhold var kontrollert for (se Tabell 6). Dette tydet da på at mødre med lavere utdanningsnivå pratet mer med egne barn om prevensjon enn hva mødre med høyere utdanningsnivå gjorde. Videre viste funn fra regresjonsanalysen at barnets kjønn kun hadde signifikant effekt på prevensjon, hvor det da tyder på at mor pratet mer med datter enn med sønn om prevensjon. Videre hadde også barnets alder signifikant positiv effekt på utfallet for prevensjon. Dette kan tyde på at mor har pratet mer med eldre barn om prevensjon enn hva hun har med yngre barn. Ellers ble verken dimensjonen for selvinnsikt eller nytelse preget av demografiske forhold.

Videre ble det observert at mors erfaringer fra egen oppvekst tilknyttet selvinnsikt-aspektet av seksualitet hadde signifikant effekt på både prevensjons- og selvinnsikt-dimensjonen i samarbeid med eget barn. Dette kunne tyde på at jo mer mor har pratet om selvinnsikt i egen oppvekst, dess mer prater hun med eget barn om prevensjon og selvinnsikt. Deretter ble det vist at ytre utfordringer hadde signifikant virkning på utfallet for alle tre dimensjoner av seksualitet, mens indre utfordringer kun hadde signifikant virkning på prevensjon og nytelse.

Dette kunne tolkes som at jo færre ytre utfordringer mor var enig i å ha erfart i tilknytning til å prate med eget barn om seksualitet, dess mer hadde de pratet sammen om alle dimensjonene. Det kunne også tolkes som at jo færre indre utfordringer mor var enig i å ha erfart, dess mer hadde hun pratet med eget barn om prevensjon og nytelse. Dimensjonen for selvinnsikt blir dermed ikke preget av indre utfordringer.

6.2 Veien videre

I prosessen av å utforske tidligere forskning på området, er det blitt funnet lite til ingen norske studier. Dette kan tyde på to ting: enten er det blitt gjort svært lite norsk forskning på foreldres involvering i barns seksualitet; eller så er det for dårlig tilgjengelighet, som gjør det vanskelig å finne frem til. Det er viktig at barn får tidlig kunnskap om seksualitet, da det vil være helsefremmende- både somatisk og psykisk. Hvorvidt dette ansvaret ligger på forelder, barnehage eller skole har vært et omdiskutert tema. Slik jeg ser det, holder det ikke bare at barnet lærer om seksualitet og kropp i barnehage og skole. Det er viktig at barnet får et naturlig forhold til å prate med egne foreldre om det, da det vil kunne oppstå et ubehag tilknyttet seksualitet som samtaleemne dersom det ikke er noe som er «normalt» å prate om i hjemmet. Dersom det blir et ubehagelig samtaleemne, vil dette kunne være til hinder for at barnet betror seg til egne foreldre, både i forkant og etterkant av erfaringer tilknyttet seksualitet. Helhetlig, er dette noe jeg forstår som å kunne medvirke i å skape mørketall i overgrepstatistikken, og å fremme opplevelsen av at det er tabu å prate om.

Ved å undersøke hvor mye norske foreldre faktisk prater med egne barn om seksualitet, vil man kunne få en slags indikator på hvor det kan være behov for forbedring, og hvilke eventuelle tiltak som burde iverksettes. Tiltak for å gi barn kunnskap om seksualitet fra ung alder vil virke forebyggende, og gjøre barna bedre rustet i møte med uønsket seksuell atferd. På lang sikt vil dette kunne avlaste barnevernet.

Seksualitet som samtaleemne er derimot en kompleks interaksjon å måle. I fremtidige studier kan det være spennende å undersøke forholdet fra flere perspektiv, slik som det av barnet og barnefar. I egen studie er det kun mors perspektiv og opplevelse av samarbeidet som kommer frem. Det kan også være interessant å undersøke foreldres utdannings- eller arbeidsområde, og hvorvidt familiedynamikken kan være av betydning. Avslutningsvis kunne det også vært interessant å undersøke hvor mye foreldre vet om det barna lærer på skolen, da særlig tilknyttet seksualitet. Dersom foreldre har god innsikt i hva barna lærer på skolen, vil dette kunne tolkes som en årsak til for hvorfor foreldre mulig prater mye eller lite om det i hjemmet.

Litteraturliste

- Aakvaag, G.C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.
- Aasland, M. W. (2021). *Barna og seksualiteten* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Almås, E. (2020, 5. mai). Tabu (seksualitet). I *Store Medisinske Leksikon*.
https://sml.snø.no/tabu_-_seksualitet
- Barneloven. (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1981-04-08-7/§30>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Barnets rettigheter i Norge: Norges femte og sjette rapport til FNs komite for barnets rettigheter – 2016*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/0ada3bee46b54f498707f51bbc7d4b2c/barne-konvensjonen-norsk-versjon-uu.pdf>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2021, 09. april). *Ungdom og seksualitet*.
https://www.bufdir.no/Foreldrehverdag/Ungdom/Ungdom_og_seksualitet/
- Bostad, T., Røyert, H. & Paulsen, T. M. (2020, 14. oktober). Holdninger. I *Nasjonal Digital Læringsarena*. <https://ndla.no/nb/subject:1:777ae87e-ca79-4866-920a-115cfeb7bbe1/topic:d4f5557a-73ab-40a0-af05-e1f178cc0dcf/topic:4b913cf7-fbcf-4644-9d1d-f85f318559e0/resource:1:25440>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Bæck, U.-D. K. (2012). Om sosiale prestasjonsforskjeller i skolen og den sosiale konstruksjonen av intelligente barn. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 95(6), 412-423.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2987-2011-06-02>
- Clawson, C. L. & Reese-Weber, M. (2003). The Amount and Timing of Parent-Adolescent Sexual Communication as Predictors of Late Adolescent Sexual Risk-Taking Behaviors. *The Journal of Sex Research*, 40(3), 256-265.
<https://www.jstor.org/stable/3813321>

- Dilorio, C., Kelley, M., & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication About Sexual Issues: Mothers, Fathers, and Friends. *Journal Of Adolescent Health, 24*(3), 181–189. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00115-3](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00115-3)
- Downie, J. & Coates, R. (1999). The impact of gender on parent-child sexuality communication: has anything changed? *Sexual and Marital Therapy, 14*(2), 109-121. <https://doi.org/10.1080/02674659908405397>
- Evans, R., Widman, L., Kamke, K. & Stewart, J. L. (2019). Gender Differences in Parents' Communication With Their Adolescent Children about Sexual Risk and Sex-Positive Topics. *The Journal Of Sex Research, 57*(2), 177–188. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1661345>
- Fisher, T. D. (1993). A Comparison of Various Measures of Family Sexual Communication: Psychometric Properties, Validity, and Behavioral Correlates. *The Journal of Sex Research, 30*(3), 229-238. <https://www.jstor.org/stable/3812721>
- Fosshagen, K. (2021, 15. september). Tabu. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/tabu>
- Gjertsen, P.-Å. (2013). *De usynlige barna*. Fagbokforlaget.
- Grünfeld, B. & Almås, E. (2021, 26. november). Seksualitet. I *Store Norske Leksikon*. <https://sml.snl.no/seksualitet>
- Grønmo, S. (2023, 16. januar). Kvantitativ metode. I *Store norske leksikon*. https://snl.no/kvantitativ_metode
- Gundersen, D. (2021, 2. desember). Tenåring. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/ten%C3%A5ring>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (Red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. (NKVTS Rapport nr. 4). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf
- Hegge, B. (u.å.). *Den positive barneseksualiteten*. Rådet for Psykisk helse. Hentet 13.april 2023 fra <https://psykiskhelse.no/psykiskoppvekst/felleskap/den-positive-barneseksualiteten/>

- Helsedirektoratet. (2021, 20. oktober). 4.6. *Seksuell helse*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*.
https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelige metode* (4.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Jerman, P. & Constantine, N. A. (2010). Demographic and Psychological Predictors of Parent–Adolescent Communication About Sex: A Representative Statewide Analysis. *Journal of Youth and Adolescence volume, 39*, 1164-1174.
<https://doi.org/10.1007/s10964-010-9546-1>
- Lefkowitz, E. S., Boone, T. L., Sigman, M. & Au, T. K.-F. (2002). He Said, She Said: Gender Differences in Mother – Adolescent Conversations about Sexuality. *Journal of Research on Adolescence, 12*(2), 167-304. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00032>
- Looze, M. D., Constantine, N. A., Jerman, P., Vermeulen-Smit, E. & Bogt, T. T. (2015). Parent–Adolescent Sexual Communication and Its Association With Adolescent Sexual Behaviors: A Nationally Representative Analysis in the Netherlands. *The Journal of Sex Research, 52*(3), 241-360.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2013.858307>
- Morawska, A., Walsh, A., Grabski, M. & Fletcher, R. (2015). Parental confidence and preferences for communicating with their child about sexuality. *Sex Education, 15*(3), 235-248. <https://doi.org/10.1080/14681811.2014.996213>
- NOU 2020: 14. (2020). *Ny barnelov — Til barnets beste*. Barne- og familiedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-14/id2788399/?ch=5>
- Pariera, K. L. (2016). Barriers and Prompts to Parent-Child Sexual Communication. *Journal of Family Communication, 16*(3), 189-283.
<https://doi.org/10.1080/15267431.2016.1181068>

- Pluhar, E. I., Dilorio, C. K. & McCarty, F. (2008). Correlates of sexuality communication among mothers and 6–12-year-old children. *Child: care, health and development*, 34(3), 283–290. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00807.x>
- Ringdal, K. (2020). *Enhet og Mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4.utg.). Fagbokforlaget.
- Sevilla, T. M., Sanabria, J. P., Orcasita, L. T. & Palma, D. M. (2016). Consistencies and Discrepancies in Communication Between Parents and Teenage Children About Sexuality. *Paidéia*, 26(64), 139-147. <https://doi.org/10.1590/1982-43272664201601>
- Skirbekk, S. (2021, 10. februar). Sosial ulikhet (sosial lagdeling). I *Store norske leksikon*. https://snl.no/sosial_ulikhet_-_sosial_lagdeling
- Sneed, C. D., Somoza, C. G., Jones, T. & Alfaro, A. (2013). Topics discussed with mothers and fathers for parent–child sex communication among African-American adolescents. *Sex Education*, 13(4), 371-480. <https://doi.org/10.1080/14681811.2012.757548>
- Somers, C. L. & Canivez, G. L. (2003). The Sexual Communication Scale: A measure of frequency of sexual communication between parents and adolescents. *Adolescence*, 38(149), 43-56. <https://www.proquest.com/docview/195939825?parentSessionId=LnpsTLK2s0K45Pe8w3pDF1QZaIn5kyAgQuK15t%2Fg6zY%3D>
- Sommer, D. (2012). *Barn i senmoderniteten: Barndomspyskologiske perspektiver*. Fagbokforlaget.
- Statistisk sentralbyrå (u.å.). *Standard for utdanningsgruppering (NUS)*. Hentet 2. mai 2023 fra <https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/36/om>
- Stene, L. A. & Kruse, A. E. (2023, 11. april). Seksuelle overgrep. I *Store Medisinske Leksikon*. https://sml.snl.no/seksuelle_overgrep
- Svartdal, F. (2020, 3. november). Holdning. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/holdning>
- Tetzchner, S. V. (2018). *Utviklingspsykologi* (2.utg.). Gyldendal akademisk.
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode: En praktisk tilnærming*. Cappelen Damm Akademisk.
- Thuen, F. (2020). En god barndom varer hele livet: Betydningen av oppvekst for fremtidig helse. I Mæland, J. G. (Red.), *Sykdommers sosiale røtter* (s. 84-99). Gyldendal.

- Tjora, A., Skirbekk, S. & Tjernshaugen, A. (2021, 22. februar). Rolle. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/rolle>
- Tønnesson, Ø. & Svartdal, F. (2021, 8. februar). Ungdom. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/ungdom>
- Vandvik, I. H. & Nesheim, B.-I. (2022, 16. november). Pubertetet. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/pubertet>
- Vildalen, S. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner*. Gyldendal akademisk.
- Wollebæk, D. (2013). *Religion og sosial kapital: Hva viser internasjonale spørreundersøkelser?* (Rapport 2013:4). Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. <https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/handle/11250/177648>
- World Health Organization. (u.å.). Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). I *World Health Organization*. Hentet 11.april 2023 fra <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S. W., Golin, C. E. & Prinstein, M. J. (2014). Sexual Communication Between Early Adolescents and Their Dating Partners, Parents, and Best Friends. *The Journal of Sex Research*, 51(7), 721-839.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2013.843148>
- Wilson, E. K., Dalberth, B. T., Koo, H. P. & Gard, J. C. (2010). Parents' Perspectives on Talking to Preteenage Children About Sex. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(1), 56–63. <https://doi.org/10.1363/4205610>
- Wilson, E. K. & Koo, H. P. (2010). Mothers, fathers, sons, and daughters: gender differences in factors associated with parent-child communication about sexual topics. *Reproductive Health*, 7(31), 1-9. <http://www.reproductive-health-journal.com/content/7/1/31>

Appendiks A – Kvalitetssikring av skalaer

Måleinstrumentene er blitt validert og operasjonalisert gjennom bruk av faktoranalyser og reliabilitetstester. Fremstillingen av resultatene fra faktoranalysene viser de ulike faktorladningene på hver av komponentene med Kaisers Eigenvalue over 1. Ladningene beskriver hvor stor sammenhengen mellom dimensjonene og utsagnene er.

Måleinstrumentene som er blitt validert og operasjonalisert er seksualitet, oppvekst og utfordringer.

Seksualitet

I tabellen nedenfor blir det fremlagt en oversikt over de tre komponentene med Kaisers Eigenvalue over 1, og tilhørende faktorladninger på hver av dimensjonene. Faktorladningen fungerer som en korrelasjonskoeffisient og vil variere mellom -1 og 1, hvor verdiene nærmere 1 indikerer sterk korrelasjon. De høyeste ladningene er uthevet i hver av dimensjonene, slik at fordelingen kommer tydeligere frem.

	Seksualitet		
	(1) Prevensjon	(2) Selvinnsikt	(3) Nytelse
Prevensjonsmidler	.859	.260	.172
Graviditet	.775	.330	.180
Kjønns sykdommer	.802	.175	.303
Samleie	.472	.254	.516
Masturbering	.316	.090	.853
Seksuell nytelse	.318	.191	.826
Kropp & navn på ulike organer	-.174	.547	.585
Samtykke	.351	.818	.151
Grensesetting	.298	.816	.137
Seksuell legning	.221	.657	.168
N	3	3	4
Cronbach's Alpha	.879	.800	.792

Prevensjonsmidler, graviditet og kjønns sykdommer er utsagnene som lader sterkest i dimensjon 1, og kan forstås som å være noe konsekvens-relatert. Prevensjonsmidler, eller mangel derav, kan føre til graviditet og kjønns sykdommer, og man ser slik at de tre temaene gjerne naturlig henger sammen i en samtale om seksualitet. Ved test av intern konsistens-

reliabilitet viser de seg å ha en reliabilitet på 0.879. De tre variablene har da en god reliabilitet, og ble dermed sammenslått. Dimensjonen har fått navnet «*prevensjon*».

Samtykke, grensesetting og seksuell legning lader sterkest på dimensjon 2. Disse kan forstås som å omhandle en respekt og bevissthet for egne og andres grenser. Seksuell legning kan sees på som et aspekt ved å lære seg selv og ens egen seksuelle identitet å kjenne, og gir en viss anerkjennelse av mangfold og ulikhet. På lik linje kan samtykke og grensesetting også forstås som et viktig trinn ved å kjenne seg selv, egen kropp og sin seksuelle identitet, og å ha respekt for både seg selv og for andre. Målene i denne dimensjonen viser seg å ha en Cronbachs Alpha på 0.800. Dermed ble de tre variablene sammenslått, og dimensjonen ble kalt for «*selvinnst*».

Samleie, masturbering, seksuell nytelse og kropp & navn på ulike organer lader sterkest på dimensjon 3. Kroppen er opphavet for nytelse, og omhandler de organ som gjerne typisk sett er tilknyttet seksualiteten. Samleie og masturbering er ytre stimuli av kroppen som ofte forbindes med seksuell nytelse. Slik forklart kan det gis en forståelse for hvordan de fire temaene kan være tilknyttet hverandre. De fire målene har god reliabilitet med en Cronbachs Alpha på 0.792. Dimensjon 3 ble dermed sammenslått, og har fått navnet «*nytelse*».

Oppvekst

Oppvekst omhandler hvor mye deltaker selv har erfart å prate om seksualitet i egen oppvekst med deres foreldre, og seksualitet blir derav målt likt for mors oppvekst som for barn.

Oppvekst hadde naturlig kun to komponenter med Eigenvalue over 1, men for at inndelingen skulle bli lik som seksualitet for barn, ble ladningene tvunget inn i 3 komponenter. To av variablene i Oppvekst hadde faktorladninger som ladet høyere i andre dimensjoner enn hva de gjorde i Seksualitet. For at inndelingene for Oppvekst skulle bli lik som Seksualitet, ble Cronbachs Alpha testet for de samme dimensjonene, til tross for ulike ladninger. Av den grunn er det de samme faktorladningene som blir uthevet, til tross for at enkelte av faktorene lader sterkere i andre dimensjoner.

Tabell B.			
<i>Faktorladninger i Oppvekst</i>			
	Oppvekst		
	(1) Prevensjon	(2) Selvinnst	(3) Nytelse
Prevensjonsmidler	.862	.260	.203
Graviditet	.869	.280	.196
Kjønns sykdommer	.704	.226	.471
Samleie	.689	.272	.454

Masturbering	.311	.160	.863
Seksuell nytelse	.259	.197	.895
Kropp & navn på ulike organer	.479	.543	.144
Samtykke	.264	.888	.104
Grensesetting	.288	.891	.124
Seksuell legning	.112	.597	.371
N	3	3	4
Cronbach's Alpha	.900	.829	.784

Første dimensjon av Oppvekst består av de tre variablene «prevensjonsmidler», «graviditet» og «kjønns sykdommer». Cronbachs Alpha resulterte i en verdi på 0.900, og blir dermed regnet som å være egnet for sammenslåing. Begrunnelse for navngivning er den samme for seksualitet, men for å unngå forvirring blir den kalt «Oppvekst – prevensjon».

Andre dimensjon av Oppvekst består av tre variabler: «samtykke», «grensesetting» og «seksuell legning». Denne dimensjonen viste seg å ha god reliabilitet, med en Cronbachs Alpha på 0.829. De tre faktorene ble dermed sammenslått, og fikk navnet «Oppvekst – selvinnsikt».

Tredje dimensjon består av fire faktorer: «samleie», «masturbering», «seksuell nytelse», og «kropp & navn på ulike organer». Til tross for at to av faktorene ladet høyere i andre dimensjoner, viste resultatene likevel en god Cronbachs Alpha verdi på 0.784. Variablene ble derav sammenslått, og fikk navnet «oppvekst – nytelse».

Utfordringer

Utfordringer omhandler forhold som kan gjøre samarbeidet mellom mor og barn utfordrende, når det gjelder å prate om seksualitet. Faktoranalysen resulterte i tre komponenter med Eigenvalue over 1.

Tabell C.			
<i>Faktorladninger i Utfordringer.</i>			
	Utfordringer		
	(1) Indre	(2) Ytre	(3)
Vanskelig tema	.768	.191	.052
Følsomt tema	.686	.062	.058
Ukomfortabelt for meg	.736	.245	-.009
Vil ikke gjøre barnet ukomfortabelt	.606	-.051	.368
Ingen pratet med meg om det i egen oppvekst	.316	.071	-.649
Usikkerhet, vanskelig å ordlegge seg	.676	.371	.070
Vanskelig å finne riktig anledning	.521	.637	-.011
Barnet vil ikke snakke om det	.136	.840	.134
Barnet har ikke spurt	.062	.803	.034

Barnet får informasjon fra andre	.316	-.016	.413
Barnet er for ungt	.157	.207	.561
Barnet er for gammelt	.151	.320	.349
N	6	3	3
Cronbach's Alpha	.729	.746	.249

Seks faktorer ladet sterkest i første dimensjon: «vanskelig tema», «følsomt tema», «ukomfortabelt for meg», «vil ikke gjøre barnet ukomfortabelt», «ingen pratet med meg ...», og «usikkerhet ...». De seks variablene har til felles at de tilsynelatende omhandler indre konflikter tilknyttet følelser og forhold som mor kan kjenne på. De seks faktorene resulterte i en god Cronbachs Alpha (.729), og de ble dermed slått sammen. Første dimensjon av utfordringer fikk navnet «Indre utfordringer».

Tre faktorer ladet sterkest i andre dimensjon: «vanskelig å finne riktig anledning», «barnet vil ikke snakke om det», og «barnet har ikke spurt». De tre variablene omhandler tilsynelatende ytre forhold som kan gjøre det utfordrende for mor å prate med eget barn om seksualitet. Ved test av reliabilitet viste de seg å ha en god Cronbachs Alpha på 0.746, og de ble derav sammenslått. Andre dimensjon fikk navnet «Ytre utfordringer».

Videre var det tre faktorer som ladet sterkest i tredje dimensjon av Utfordringer. «barnet får informasjon fra andre», «barnet er for ungt» og «barnet er for gammelt» omhandler andre ytre forhold og egenskaper hos barnet som kan gjøre samarbeidet utfordrende. De tre variablene hadde derimot svak Cronbachs Alpha (.249). Det ble forsøkt å inndele dimensjonene annerledes, og å tvinge faktorladningene inn i 2 dimensjoner. Ved forsøk av andre inndelinger ble derimot reliabiliteten av de andre dimensjonene svekket, og ved test av å bruke de tre gjenværende variablene som enkeltmål i korrelasjons- og regresjonsanalyser, var det ingen signifikante utslag. De tre variablene i tredje dimensjon har dermed ikke fått et felles navn, og blir forkastet fra videre analyser.

Appendiks B – Informasjonsskriv

Informasjon om forskningsprosjektet

Foreldres erfaringer med å prate om seksualitet med egne barn

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for dette forskningsprosjektet og hva prosjektet innebærer for deg.

Formål

Dette spørreskjemaet er en del av en masteroppgave i barnevern ved Institutt for sosialt arbeid, NTNU Trondheim. Formålet med denne undersøkelsen er å få et innsyn i hvorvidt foresatte for barn og ungdom i aldersgruppen 13-18 år prater med egne barn om temaer som inngår i seksualitet, og deres opplevelser av dette. Noen av temaene vi spør foreldre om de har pratet med egne barn om er samleie, grensesetting, graviditet, nytelse og seksuell legning. Spesifikt spør vi om hvor ofte dette er noe som foreldre har pratet om med eget barn, og hvor ofte de har pratet om det i egen oppvekst. Vi spør også om alderen til foreldre og barn, kjønn og utdanningsnivå.

Vi ønsker å se på dette for å kunne kartlegge norske foreldres involvering rettet mot barne- og ungdomsseksualitet, og for å kunne få en bedre forståelse rundt dette.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er Instituttet for sosialt arbeid ved Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, som er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor er du inkludert i studien?

Du som deltaker er invitert til å delta i denne studien fordi du har omsorgsansvar for barn/ungdom i aldersgruppen 13-18 år, og per dags dato bor i Norge. Vi ønsker at så mange som mulig i denne kategorien deltar i spørreundersøkelsen, det spiller ingen rolle om du er biologisk forelder eller ikke, så lenge du har omsorgsansvar.

Hva innebærer prosjektet for deg?

I dette prosjektet bruker vi et anonymt nettbasert spørreskjema, og ingen personopplysninger blir hentet. Siden skjemaet er anonymisert vil det kun bli lagret om en person har svart på skjemaet eller ikke, og det er da ikke mulig å koble personen mot det leverte skjemaet. Informasjonen vi får blir lagret digitalt frem til prosjektet er endt.

Du kan avbryte

Du kan når som helst protestere mot at du inkluderes i dette forskningsprosjektet, og du trenger ikke å oppgi noen grunn. Ingen av dine svar vil da ikke bli lagret, og du behøver kun å lukke fanen som du

har spørreskjemaet åpent i. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du velger å avbryte.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Spørreskjemaet som vi bruker, er Nettskjema. Nettskjema er utviklet og designet av Universitetet i Oslo, og tillater oss til å anonymisere skjemaet helt, slik at det ikke blir mulig å koble personen mot det leverte skjemaet. Deltakerne i dette prosjektet kan dermed ikke gjenkjennes verken i publikasjon eller i våre analyser.

Det er kun student Ronja Jakobsen og veileder Marianne Nilsen, som vil ha tilgang på svarene som innhentes i dette prosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgraden er godkjent, noe som etter planen er 23.05.23.

Hva gir oss rett til å behandle opplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg fordi forskningsprosjektet er en del av en masteroppgave på oppdrag for Institutt for Sosialt Arbeid ved NTNU, men du har anledning til å avbryte dersom du ikke ønsker å bli inkludert i prosjektet. Ved at du deltar, gir du også ditt samtykke til at dine opplysninger brukes. Ingen personopplysninger blir lagret da prosjektet er anonymt. Slik Norsk senter for forskningsdata har vurdert spørreskjemaet er det heller ingen personopplysninger som gjør at det kreves godkjenning av NSD.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer, ta kontakt med:

Ronja Jakobsen (student) ved Institutt for sosialt arbeid på epost (ronjakj@ntnu.no) eller på telefon: 480 05 189

Førsteamanuensis Marianne Nilsen (veileder) ved Institutt for sosialt arbeid på epost (marn@ntnu.no) eller på telefon: 924 39 816

Med vennlig hilsen

Ronja Jakobsen

Marianne Nilsen

Appendiks C – Spørreskjema



Foreldres erfaringer med å prate om seksualitet med egne barn

En undersøkelse om foreldre med barn i aldersgruppen 13-18 år sine erfaringer rundt seksualitet som samtaleemne.

Nettskjema er helt anonymt. Dette spørreskjemaet har ingen personidentifiserende spørsmål, og ingen av dine svar kan kobles opp til deg.

Ved at du går videre og deltar i spørreundersøkelsen gir du ditt **samtykke** til at dine svar vil bli analysert og brukt som del av et større datasett. Du kan **når som helst avslutte din deltakelse**. Vil du lese mer om Nettskjema, gå til uio.no.

Er du per dags dato bosatt i Norge?

Det er viktig at du som deltaker bor i Norge i dag, sammen med eget barn, da undersøkelsen er ment å måle hvordan det er i Norge i dag.

Ja

Nei

Har du ansvar for barn i alderen 13-18 år?

Med dette lurer vi på om du har daglig omsorg for barn og unge som per dags dato er **mellom alderen 13 og 18 år**. Dette innebærer både biologiske barn, adoptivbarn og fosterbarn.

Dersom du ikke har barn som er mellom 13-18 år velger du "nei" som svar, og du kan ikke delta i resten av undersøkelsen. Det er viktig at du svarer ærlig.

Ja

Nei

Hvor gammel er du?

Her lurer vi på din alder.

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996

Hvor lang utdanning har du?

10-årig skole eller kortere

Grunnkurs eller ett-årig utdanning utover 10-årig skole

Videregående skole, gymnas eller yrkesskole (3-årig)
Fagbrev
Høyskole- eller universitetsutdanning på 3 år eller mindre
Høyskole- eller universitetsutdanning på 4 år eller mer
Annet

Hvor i Norge bor du sammen med barnet/barna dine?

Hvilken del av landet bor du i?

Troms og Finnmark
Nordland
Trøndelag
Møre og Romsdal
Vestland
Rogaland
Agder
Vestfold og Telemark
Viken
Oslo
Innlandet

Hvilket kjønn er du?

Kvinne
Mann

Bor du sammen med barnets andre omsorgsperson?

Her lurer vi på om du deler hjem med barnets andre omsorgsperson, er eneforsørger for barnet eller har delt omsorg.

Nei, jeg er eneforsørger
Nei, men vi har delt omsorg for barnet
Ja, begge foresatte bor sammen

Hvor bor barnet mest, eller tilbringer mest tid?

Her lurer vi noe på omsorgsfordelingen, og hvor barnet/ungdommen tilbringer mest tid.

Barnet bor like mye hos begge foreldre (50/50)
Barnet bor mest hos mor
Barnet bor mest hos far
Annet

Hvilket kjønn er barnets andre foresatte?

Mann
Kvinne

Hvor mange barn har du, i alderen 13-18 år?

Dersom du har yngre eller eldre barn skal du altså ikke regne med disse, kun de i alderen 13-18 skal telles.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Hvor gammelt er ditt første barn, i aldersgruppen 13-18 år?

Her mener vi altså det eldste barnet ditt som per dags dato fremdeles er mellom 13-18 år.

- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18

Hvilket kjønn er ditt første barn i aldersgruppen 13-18 år?

- Jente
- Gutt

Vennligst ranger hvor uenig eller enig du er i følgende utsagn

Skolen tilbyr barn og unge god seksualundervisning

- Svært uenig
- Litt uenig
- Verken uenig eller enig
- Litt enig
- Svært enig

Helsesøster på barnets skole har god kunnskap om seksualitet

- Svært uenig
- Litt uenig
- Verken uenig eller enig
- Litt enig
- Svært enig

Skolens lærere har bred kunnskap om barneseksualitet

- Svært uenig
- Litt uenig
- Verken uenig eller enig
- Litt enig
- Svært enig

Skolen lærer barn og unge alt de trenger å vite om seksualitet

Svært uenig
Litt uenig
Verken uenig eller enig
Litt enig
Svært enig

Skolen lærer barna gode holdninger rettet mot seksualitet

Svært uenig
Litt uenig
Verken uenig eller enig
Litt enig
Svært enig

Hvor mye ansvar ligger på foreldrene når det gjelder å lære barna om seksualitet?

Her mener vi alt som inngår i uttrykket seksualitet, slik som kropp, pubertet, samtykke, samliv, samleie osv.

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye
Mye
Svært mye

Hvor enig er du i følgende påstander...

Det er viktig at barn lærer om egen seksualitet

Svært uenig
Uenig
Verken uenig eller enig
Enig
Svært enig

Skolen spiller en stor rolle for barnets kunnskap om seksualitet

Svært uenig
Uenig
Verken uenig eller enig
Enig
Svært enig

Internett er ungdommens største kunnskapskilde om seksualitet

Svært uenig
Uenig
Verken uenig eller enig
Enig
Svært enig

Internett lærer barna/ungdommen det de trenger å vite om seksualitet

Svært uenig
Uenig
Verken uenig eller enig
Enig
Svært enig

Sosiale medier har stor innflytelse på barnets kunnskap og holdninger mot seksualitet

Svært uenig
Uenig
Verken uenig eller enig
Enig
Svært enig

Hvor viktig er det for deg å prate med barn og unge om seksualitet?

Vennligst ranger hvor uviktig eller viktig du mener at de ulike temaene innen seksualitet er å prate om.

Samleie

Svært uviktig
Litt uviktig
Verken viktig eller uviktig
Litt viktig
Svært viktig

Prevensjonsmidler

Svært uviktig
Litt uviktig
Verken viktig eller uviktig
Litt viktig
Svært viktig

Graviditet

Svært uviktig
Litt uviktig
Verken viktig eller uviktig
Litt viktig
Svært viktig

Kjønnssykdommer

Svært uviktig
Litt uviktig
Verken viktig eller uviktig
Litt viktig
Svært viktig

Masturbering

- Svært uviktig
- Litt uviktig
- Verken viktig eller uviktig
- Litt viktig
- Svært viktig

Seksuell nytelse

- Svært uviktig
- Litt uviktig
- Verken viktig eller uviktig
- Litt viktig
- Svært viktig

Kropp, og navn på ulike organer

- Svært uviktig
- Litt uviktig
- Verken viktig eller uviktig
- Litt viktig
- Svært viktig

Samtykke

- Svært uviktig
- Litt uviktig
- Verken viktig eller uviktig
- Litt viktig
- Svært viktig

Grensesetting (for seg selv og andre)

- Svært uviktig
- Litt uviktig
- Verken viktig eller uviktig
- Litt viktig
- Svært viktig

Seksuell legning

- Svært uviktig
- Litt uviktig
- Verken viktig eller uviktig
- Litt viktig
- Svært viktig

Hvor mye har du pratet med ditt første barn i aldersgruppen 13-18 år om seksualitet?

Her ønsker vi å vite noe om du har pratet med ditt **første** barn om seksualitet. Du skal rangere hvor lite eller mye du har pratet med de om de ulike temaene.

Samleie

- Svært lite
- Sjeldent
- Verken ofte eller sjeldent
- Ofte
- Svært ofte

Prevensjonsmidler

- Svært lite
- Sjeldent
- Verken ofte eller sjeldent
- Ofte
- Svært ofte

Graviditet

- Svært lite
- Sjeldent
- Verken ofte eller sjeldent
- Ofte
- Svært ofte

Kjønns sykdommer

- Svært lite
- Sjeldent
- Verken ofte eller sjeldent
- Ofte
- Svært ofte

Masturbering

- Svært lite
- Sjeldent
- Verken ofte eller sjeldent
- Ofte
- Svært ofte

Seksuell nytelse

- Svært lite
- Sjeldent
- Verken ofte eller sjeldent
- Ofte
- Svært ofte

Kropp, og navn på ulike organer

Svært lite
Sjeldent
Verken ofte eller sjeldent
Ofte
Svært ofte

Samtykke

Svært lite
Sjeldent
Verken ofte eller sjeldent
Ofte
Svært ofte

Grensesetting (for seg selv og andre)

Svært lite
Sjeldent
Verken ofte eller sjeldent
Ofte
Svært ofte

Seksuell legning

Svært lite
Sjeldent
Verken ofte eller sjeldent
Ofte
Svært ofte

Hvordan er det for deg å prate med ditt første barn i aldersgruppen 13-18 år om seksualitet?

Her ønsker vi å vite noe om hvordan opplevelsen var og er for deg, med ditt første barn i aldersgruppen 13-18 år. Her skal du rangere hvor enig eller uenig du er i de ulike alternativene.

Det føles ukomfortabelt

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Det føles naturlig

Svært uenig

Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Det føles viktig

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Det føles feil

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Det føles ekkelt

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Det føles bra

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Hva kan du oppleve som utfordrende ved å prate om seksualitet med eget barn?

Her ønsker vi at du rangerer hvor uenig eller enig du er i at følgende utsagn kan gjøre det utfordrende å prate med eget barn om seksualitet.

Vanskelig tema

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Følsomt tema

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Det er ukomfortabelt for meg

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Jeg vil ikke gjøre barnet ukomfortabelt

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

De får informasjon fra andre arenaer (f.eks. skole, barnehage ol.)

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Ingen pratet om det med meg da jeg vokste opp

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Barnet er for ungt til å prate med om slikt

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Barnet er for gammelt til å prate med om slikt

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig

Litt enig
Svært enig

Usikkerhet, det er vanskelig å ordlegge seg

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Vanskelig å finne riktig anledning

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Barnet vil ikke snakke om det

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Barnet har ikke spurt

Svært uenig
Litt uenig
Verken enig eller uenig
Litt enig
Svært enig

Hvor mye pratet dine egne foreldre med deg om seksualitet?

Her ønsker vi å få et innblikk i hvor lite eller mye dine egne foreldre pratet med deg om seksualitet da du var ung.

Samleie

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye
Mye
Svært Mye

Prevensjonsmidler

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye
Mye
Svært Mye

Graviditet

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye
Mye
Svært Mye

Kjønns sykdommer

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye
Mye
Svært Mye

Masturbering

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye
Mye
Svært Mye

Seksuell nytelse

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye
Mye
Svært Mye

Kropp, og navn på ulike organer

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye
Mye
Svært Mye

Samtykke

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye

Mye
Svært Mye

Grensesetting (for seg selv og andre)

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye
Mye
Svært Mye

Seksuell legning

Svært lite
Lite
Verken lite eller mye
Mye
Svært Mye

Valgfri kommentar

