

En valideret prognostisk score, som med nogen sikkerhed kan forudsige et kort og hændelsesfrit forløb, kan i den sammenhæng være et nyttigt redskab, der kan medvirke til at minimere overbehandling af ITP hos børn [19, 20].

KORRESPONDANCE: Pernille Wendtland Edslev, Børneafdelingen, Århus Universitetshospital, Skejby, 8200 Århus N. E-mail: pernille@wendtland-edslev.dk

ANTAGET: 18. december 2010

FØRST PÅ NETTET: 24. maj 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Tak til medlemmerne af Dansk ITP-studiegruppe, som i 1998-2000 omhyggeligt rapporterede nydiagnosticerede ITP-tilfælde fra de danske børneafdelinger.

LITTERATUR

- Blanchette V, Bolton-Maggs P. Childhood immune thrombocytopenic purpura: diagnosis and management. *Pediatr Clinics N Am* 2008;55:393-420.
- Lilleyman JS. Intracranial haemorrhage in idiopathic thrombocytopenic purpura. *Arch Dis Child* 1994;71:251-3.
- Butros LJ, Bussel JB. Intracranial hemorrhage in immune thrombocytopenic purpura: a retrospective analysis. *J Pediatr Hematol Oncol* 2003;25:660-4.
- British Committee for standards in general haematology task force. Guidelines for the investigation and management of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults, children and in pregnancy. *Br J Haematol* 2003;120:574-96.
- George JN, Woolf SH, Raskob GE et al. Idiopathic thrombocytopenic purpura: a practice guideline developed by explicit methods for the American Society of Hematology. *Blood* 1996;88:3-40.
- Bolton-Maggs P, Tarantino MD, Buchanan GR et al. The child with immune thrombocytopenic purpura: Is pharmacotherapy or watchful waiting the best initial management? A panel discussion from the 2002 meeting of the American Society of Pediatric Hematology/Oncology. *J Pediatr Hematol Oncol* 2004;26:146-51.
- Rosthøj S, Hedlund-Treutiger I, Rajantie J et al. Duration and morbidity of newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura in children: A prospective Nordic study of an unselected cohort. *J Pediatr* 2003;143:302-7.
- Treutiger I, Rajantie J, Zeller B et al. Initial management of children with newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura in the Nordic countries. *Acta Paediatr* 2006;95:726-31.
- Kjærsgaard M, Edslev PW, Rosthøj S. Epidemiologi, sygdomspræsentation og forløb af idiopatisk trombocytopenisk purpura hos børn i Danmark 1998-2000. *Ugeskr Læger* 2008;170:1922-6.
- Bolton-Maggs PHB, Moon I. Assessment of UK practice for management of acute childhood idiopathic thrombocytopenic purpura against published guidelines. *Lancet* 1997;350:620-3.
- Kühne T, Imbach P, Bolton-Maggs PH et al. Newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood: an observational study. *Lancet* 2001;358:2122-5.
- Sutor AH, Harms A, Kaufmehl K. Acute immune thrombocytopenia in childhood: Retrospective and prospective survey in Germany. *Semin Thromb Hemost* 2001;27:253-68.
- Blanchette V, Imbach P, Andrew M et al. Randomised trial of intravenous immunoglobulin, intravenous anti-D, and oral prednisone in childhood acute idiopathic thrombocytopenic purpura. *Lancet* 1994;344:703-3.
- Rosthøj S, Nielsen S, Karup Pedersen F. Randomized trial comparing intravenous immunoglobulin with methylprednisolone pulse therapy in acute idiopathic thrombocytopenic purpura. *Acta Paediatr* 1996;85:910-15.
- Dickerhoff R, von Ruecker A. The clinical course of immune thrombocytopenic purpura in children who did not receive intravenous immunoglobulins or sustained prednisone treatment. *J Pediatr* 2000;137:629-32.
- Tamminga R, Berchtold W, Bruin M et al. Possible lower rate of chronic ITP after IVIG for acute childhood ITP: an analysis from registry I of the Intercontinental Cooperative ITP Study Group (ICIS). *Br J Haematol* 2009;146:180-4.
- Treutiger I, Rajantie J, Zeller B et al. Does treatment of newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura reduce morbidity? *Arch Dis Child* 2007;92:704-7.
- Neunert CE, Buchanan GE, Imbach P et al. Severe hemorrhage in children with newly diagnosed immune thrombocytopenic purpura. *Blood* 2008;112:4003-8.
- Edslev PW, Rosthøj S, Treutiger I et al. A clinical score predicting a brief and uneventful course of newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura in children. *Br J Haematol* 2007;138:513-6.
- Donato H, Picón A, Martínez M et al. Demographic data, natural history, and prognostic factors of idiopathic thrombocytopenic purpura in children: a multi-centered study from Argentina. *Pediatr Blood Cancer* 2009;52:491-6.

»Liva« – en befolkningsundersøgelse af kvinders seksualvaner

Tina Bech Olesen¹, Kirsten Egebjerg Jensen¹, Christian Munk¹, Janne Schurmann Tolstrup² & Susanne Krüger Kjær^{1,3}

ORIGINALARTIKEL

1) Afdeling for Virus, Hormoner og Kræft, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse, 2) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, og 3) Gynækologisk Klinik, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet

RESUME

INTRODUKTION: Seksualvaner og præventionsbrug, især tidlig alder ved seksuel debut, mange seksualpartnere og manglende brug af kondom er velkendte risikofaktorer for seksuelt overførte infektioner og uønsket graviditet. Formålet med dette studie var at undersøge, om der er en sociodemografisk gradient (målt ved hjælp af skoleuddannelse og urbaniseringsgrad) i kvinders seksualvaner og kondombrug.

MATERIALE OG METODER: Vi anvendte data fra en populationsbaseret spørgeskemaundersøgelse, der blev udført i perioden 2004-2005 blandt 20.478 kvinder (18-45 år) (svarprocent: 81,4%). Vi foretog en multipel logistisk regressionsanalyse for at estimere oddsratio (OR) og 95% konfidensintervaller (KI) for at undersøge, om tidlig seksuel debut (≤ 15 år), mange seksualpartnere (> 5) og »aldrig brug af kondom« er associeret med skoleuddannelse og urbaniseringsgrad.

RESULTATER: OR for tidlig seksuel debut var næsten dobbelt så

høj blandt kvinder med 9. klasse eller lavere klassetrin (OR = 1,93; 95% KI: 1,73-2,15) sammenlignet med kvinder med gymnasial uddannelse, og OR for at have haft > 5 partnere var højest blandt kvinder i hovedstadsområdet (OR = 2,36; 95% KI: 2,16-2,57) sammenlignet med kvinder i mindre provinskommuner. Derudover var OR for aldrig at have brugt kondom 2,53 (95% KI: 2,15-2,97) blandt kvinder med 9. klasse eller lavere klassetrin sammenlignet med kvinder med gymnasial uddannelse (justeret for alder og indbyrdes justering for urbaniseringsgrad og skoleuddannelse).

KONKLUSION: Vi fandt, at kortere skoleuddannelse er associeret med tidlig seksuel debut og »aldrig brug af kondom«. Endvidere fandt vi, at det at være bosat i de tættest befolkede områder i Danmark er associeret med et højere antal seksualpartnere. Denne viden er væsentlig for forebyggelsestiltag i relation til kvinders reproduktive sundhed.

Undersøgelse af kvinders seksualvaner og præventionsbrug er relevant på grund af associationen til såvel seksuelt overførte infektioner som uønsket graviditet. Seksuelt overførte infektioner kan forårsage reproduktive komplikationer og sygdomme, eksempelvis er den seksuelt overførte virus humant papillomvirus den vigtigste årsag til både kondylomer, celleforandringer på livmoderhalsen og livmoderhalskræft [1, 2]. I Danmark diagnosticeres hvert år cirka 5.000 alvorlige celleforandringer på livmoderhalsen og 400 nye tilfælde af livmoderhalskræft [2, 3]. Yderligere er klamydia ifølge Sundhedsstyrelsen hvert år årsag til cirka 4.000 tilfælde af underlivsbetændelse, 480 tilfælde af ufrivillig barnløshed og 320 tilfælde af graviditet uden for livmoderen blandt danske kvinder (16-25 år) [4]. Behandlingen af seksuelt overførte infektioner og komplikationer hertil er forbundet med store omkostninger for det danske samfund [2]. Herudover er seksuelt overførte infektioner ofte forbundet med stigmatisering og stress for individet [1]. Kun relativt få danske undersøgelser af kvinders seksualvaner har været landsdækkende, og få undersøgelser har omfattet et bredt aldersmæssigt interval [5]. Formålet med dette studie var i en stor populationsbaseret kohorte, at undersøge sammenhængen mellem kvinders alder ved seksuel debut, antal seksualpartnere og kondombrug og sociodemografiske variable. Viden om dette giver mulighed for at målrette forebyggelsesinitiativer til fremme af kvinders reproduktive sundhed.

MATERIALE OG METODER

Studiepopulation og dataindsamling

I undersøgelsen anvendtes data fra en dansk populationsbaseret spørgeskemaundersøgelse (»Liva-undersøgelsen«), der blev udført fra november 2004 til juni 2005. Undersøgelsen er godkendt af Videnskabetisk Komité og Datatilsynet. Studiepopulationen bestod af 28.000 kvinder, der var tilfældigt udvalgt blandt alle danske kvinder (18-45 år) via Det Centrale Personregister (CPR). Heraf blev 728 kvinder ekskluderet på grund af, at de enten var flyttet, emigreret eller ikke talte dansk, hvilket resulterede i 27.272 potentielle studiedeltagere. Alle fik tilsendt et invitationsbrev samt et struktureret spørgeskema, der indeholdt spørgsmål om sociodemografiske variable, seksualvaner, præventionsbrug og udvalgte livsstilsvaner [1]. Hver deltager fik tildelt et unikt studienummer og havde mulighed for at besvare det tilsendte spørgeskema eller besvare et webbaseret spørgeskema. Ved manglende respons blev der efter 3-4 uger udsendt en påmindelse samt et nyt spørgeskema. Ved vedvarende manglende svar blev der forsøgt foretaget et telefoninterview. I alt 1.737 kvinder ønskede ikke at

deltage, 3.336 svarede aldrig på henvendelsen, mens 22.199 kvinder blev inkluderet i undersøgelsen. Deltagerprocenten i undersøgelsen var således 81,4% [1]. For 26 kvinder var der diskrepans på mere end et år mellem selvrapporeret alder og alder beregnet ud fra CPR-nummer, hvorfor disse kvinder blev ekskluderet. I denne undersøgelse blev yderligere 1.695 kvinder ekskluderet på grund af manglende besvarelse af spørgsmålene, der omhandlede seksualvaner og skoleuddannelse. Studiepopulationen udgør således 20.478 kvinder.

Dataanalyse

Der er udført deskriptive analyser for at undersøge fordelingen af alder ved seksuel debut og antal seksualpartnere i forhold til skoleuddannelse, urbaniseringsgrad og alder ved indgang i studiet (Tabel 1). Variablen urbaniseringsgrad er kategoriseret ud fra kommunekoder, som beskrevet andetsteds [6]. Variablen er hovedsagelig inddelt i forhold til graden af urbanisering, men for hovedstadsområdet er der foretaget en yderligere inddeling på grund af sociale forskelle mellem kommuner nord for hovedstaden og syd for hovedstaden [7]. Variablen består således af syv kategorier: 1) Hovedstaden, 2) Nordlige forstæder til hovedstaden, 3) Sydlige forstæder til hovedstaden, 4) Større provinskommuner (Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg), 5) Mindre provinskommuner med mere end 10.000 indbyggere, 6) Landområder med mindre end 10.000 indbyggere og 7) Udkantskommuner der er beliggende mere end 40 km fra større bymæssig bebyggelse.

Medianalderen ved seksuel debut blandt de seksuelt aktive kvinder var 16 år, og tidlig seksuel debut defineres derfor i det følgende som seksuel debut ≤ 15 år. Blandt de seksuelt aktive kvinder var det mediane antal partnere fem, hvorfor mange partnere defineres som > 5 partnere. Sammenhængen mellem henholdsvis tidlig seksuel debut (≤ 15 år), mange seksualpartnere (> 5 partnere), »aldrig brug af kondom« og skoleuddannelse og urbaniseringsgrad blandt kvinder med seksuel debut blev undersøgt ved hjælp af logistisk regressionsanalyse med



Der er sociodemografiske forskelle i danske kvinders seksualvaner.

TABEL 1

Fordelingen af alder ved seksuel debut og antal seksualpartnere i forhold til sociodemografiske variable blandt danske kvinder på 18-45 år (n = 20.478).

	n	Ikke seksuel debut % (95% KI)	Alder ved seksuel debut			
			≤ 14 år % (95% KI)	15-16 år % (95% KI)	17-18 år % (95% KI)	≥ 19 år % (95% KI)
<i>Skoleuddannelse</i>						
≤ 9. klasse	1.560	2,8 (2,0-3,6)	21,3 (19,3-23,3)	42,8 (40,4-45,3)	21,7 (19,7-23,8)	11,4 (9,8-12,9)
10. klasse	5.317	2,0 (1,6-2,4)	13,5 (12,5-14,4)	44,4 (43,1-45,7)	28,9 (27,6-30,1)	11,3 (10,5-12,2)
Gymnasial uddannelse	13.601	4,0 (3,7-4,3)	10,6 (10,1-11,1)	38,7 (37,9-39,5)	30,5 (29,8-31,3)	16,2 (15,6-16,8)
<i>Urbaniseringsgrad</i>						
Hovedstaden	3.109	3,1 (2,5-3,7)	12,1 (10,9-13,2)	39,0 (37,3-40,7)	29,0 (27,4-30,6)	16,9 (15,6-18,2)
Nordlige forstæder	1.108	4,0 (2,8-5,1)	10,5 (8,7-12,3)	38,8 (35,9-41,7)	30,0 (27,3-32,7)	16,8 (14,6-19,0)
Sydlig forstæder	1.008	3,2 (2,1-4,3)	13,9 (11,8-16,0)	40,3 (37,3-43,3)	28,5 (25,7-31,3)	14,2 (12,0-16,3)
Større provinskommuner	3.379	4,2 (3,5-4,9)	11,3 (10,2-12,4)	39,0 (37,3-40,6)	29,3 (27,8-30,9)	16,2 (15,0-17,4)
Mindre provinskommuner	9.100	3,2 (2,8-3,5)	12,7 (12,0-13,4)	41,4 (40,4-42,4)	29,1 (28,2-30,1)	13,6 (12,9-14,3)
Landkommuner	2.003	3,5 (2,7-4,3)	11,7 (10,3-13,1)	41,1 (40,0-43,3)	31,5 (29,5-33,5)	12,2 (10,8-13,6)
Udkantskommuner	771	3,1 (1,9-4,3)	11,9 (9,6-14,2)	42,7 (39,2-46,2)	30,1 (26,9-33,3)	12,2 (9,9-14,5)
<i>Alder, år</i>						
18-20	2.440	13,7 (12,4-15,1)	15,8 (14,3-17,2)	42,6 (40,7-44,6)	– ^a	– ^a
21-25	4.345	5,5 (4,8-6,2)	12,5 (11,5-13,5)	39,7 (38,3-41,2)	28,0 (26,7-29,3)	14,3 (13,2-15,3)
26-30	3.069	1,2 (0,8-1,6)	11,8 (10,7-13,0)	39,0 (37,3-40,8)	29,9 (28,3-31,5)	18,1 (16,7-19,4)
31-35	3.434	1,2 (0,8-1,6)	11,0 (9,9-12,0)	39,1 (37,5-40,7)	31,9 (30,3-33,5)	16,9 (15,6-18,1)
36-40	3.790	0,8 (0,5-1,1)	10,7 (9,7-11,7)	39,8 (38,3-41,4)	31,8 (30,3-33,2)	16,9 (15,7-18,1)
41-45	3.400	0,4 (0,2-0,6)	12,3 (11,2-13,4)	43,3 (41,6-45,0)	29,5 (27,9-31,0)	14,5 (13,3-15,7)
Total	20.478	3,4 (3,2-3,6)	12,2 (11,7-12,6)	40,5 (39,8-41,1)	29,4 (28,8-30,0)	14,6 (14,1-15,0)

a) Disse tal er udeladt på grund af overlap mellem alder ved indgang i studiet og de angivne aldersintervaller for alder ved seksuel debut.
KI = konfidensinterval.

FORTSÆTTES →

TABEL 1, FORTSAT

	Antal seksualpartnere			
	1 partner % (95% KI)	2-4 partnere % (95% KI)	5-9 partnere % (95% KI)	≥ 10 partnere % (95% KI)
<i>Skoleuddannelse</i>				
≤ 9. klasse	15,1 (13,3-16,8)	27,2 (25,0-29,5)	25,6 (23,5-27,8)	29,2 (27,0-31,5)
10. klasse	12,8 (11,9-13,7)	26,0 (24,8-27,2)	30,0 (28,8-31,2)	29,2 (28,0-30,4)
Gymnasial uddannelse	13,2 (12,6-13,7)	25,7 (24,9-26,4)	27,0 (26,2-27,7)	30,2 (29,4-31,0)
<i>Urbaniseringsgrad</i>				
Hovedstaden	8,9 (7,9-9,9)	17,8 (16,4-19,1)	25,9 (24,4-27,4)	44,4 (42,6-46,1)
Nordlige forstæder	12,1 (10,2-14,0)	23,2 (20,7-25,7)	25,5 (22,9-28,0)	35,3 (32,5-38,1)
Sydlig forstæder	14,0 (11,9-16,1)	24,6 (21,9-27,3)	25,9 (23,2-28,6)	32,3 (29,5-35,2)
Større provinskommuner	12,4 (11,3-13,5)	26,5 (25,0-28,0)	27,6 (26,1-29,1)	29,3 (27,8-30,9)
Mindre provinskommuner	14,0 (13,3-14,8)	27,5 (26,6-28,5)	29,0 (28,0-29,9)	26,3 (25,4-27,2)
Landkommuner	15,6 (14,0-17,2)	29,6 (27,6-31,6)	28,1 (26,1-30,0)	23,3 (21,4-25,1)
Udkantskommuner	19,1 (16,3-21,8)	32,2 (28,9-35,5)	23,6 (20,6-26,6)	22,1 (19,1-25,0)
<i>Alder, år</i>				
18-20	18,8 (17,3-20,4)	34,3 (32,4-36,2)	22,3 (20,6-23,9)	10,9 (9,7-12,2)
21-25	14,0 (12,9-15,0)	29,3 (28,0-30,7)	26,9 (25,6-28,3)	24,3 (23,0-25,5)
26-30	12,3 (11,1-13,4)	23,8 (22,3-25,3)	28,5 (27,0-30,1)	34,2 (32,5-35,9)
31-35	11,4 (10,4-12,5)	22,8 (21,4-24,2)	29,8 (28,3-31,3)	34,8 (33,2-36,4)
36-40	11,6 (10,6-12,7)	23,7 (22,3-25,0)	28,1 (26,6-29,5)	35,9 (34,3-37,4)
41-45	12,7 (11,6-13,8)	22,9 (21,5-24,3)	29,0 (27,5-30,5)	35,1 (33,5-36,7)
Total	13,2 (12,8-13,7)	25,9 (25,3-26,5)	27,6 (27,0-28,3)	29,9 (29,3-30,5)

KI = konfidensinterval.

oddsratio (OR) som associationsmål og tilhørende 95% konfidensinterval (KI) (Tabel 2). I den multivariate analyse er de forklarende variable indbyrdes justeret og justeret for alder. Til analyse af data er anvendt SAS version 9.1.

RESULTATER

Fordeling af seksualvaner og kondombrug i forhold til sociodemografiske faktorer

Tabel 1 viser fordelingen af alder ved seksuel debut og antal partnere i forhold til skoleuddannelse, urbaniseringsgrad og alder ved indgang i studiet. I alt 695 kvinder (3,4%; 95% KI: 3,2-3,6) havde endnu ikke haft seksuel debut. Det var især kvinder i de yngste aldersgrupper (18-20 år), der ikke var debuteret seksuelt (13,7%; 95% KI: 12,4-15,1). Der var næsten ingen forskel i andelen af kvinder, der ikke havde haft seksuel debut i relation til uddannelse eller urbaniseringsgrad.

Overordnet fandt vi, at størstedelen af kvinderne havde haft seksuel debut i alderen 15-16 år (40,5%; 95% KI: 39,8-41,1). Alder ved seksuel debut varierede markant i relation til skoleuddannelse. Prævalensen af kvinder, der havde haft seksuel debut i alderen 14 år eller yngre, var signifikant højest blandt kvinder med 9. klasse eller lavere klassetrin (»kortere« skoleuddannelse) som højest opnåede skoleuddannelse (21,3%; 95% KI: 19,3-23,3), og lavest blandt kvinder med gymnasial uddannelse (»længere« skoleuddannelse) (10,6%; 95% KI: 10,1-11,1). Vi fandt en meget begrænset variation i relation til urbaniseringsgrad i fordelingen af alder ved seksuel debut. Ser man på alder ved seksuel debut i relation til alder ved indgang i undersøgelsen, var der en tendens til, at en større andel af de yngre kvinder havde haft seksuel debut som 14-årige eller yngre. Næsten 16% (15,8%; 95% KI: 14,3-17,2) af de 18-20-årige kvinder havde haft seksuel debut som 14-årige eller yngre, hvorimod dette kun gjaldt for 11-12% af kvinderne i de ældre aldersgrupper.

Tabel 1 viser, at 13,2% (95% KI: 12,8-13,7) af kvinderne havde haft en partner (monogame kvinder), 25,9% (95% KI: 25,3-26,5) havde haft 2-4 partnere, 27,6% (95% KI: 27,0-28,3) havde haft 5-9 partnere, og næsten 30% havde haft ≥ 10 partnere (29,9%; 95% KI: 29,3-30,5).

Vi fandt, at antallet af seksualpartnere var relateret til graden af urbanisering. Den laveste prævalens af monogame kvinder forekom blandt kvinder i hovedstaden (8,9%; 95% KI: 7,9-9,9) og den højeste prævalens blandt kvinder i udkantskommuner (19,1%; 95% KI: 16,3-21,8). Modsat havde næsten halvdelen af kvinderne (44,4%; 95% KI: 42,6-46,1) i hovedstaden haft ≥ 10 partnere, hvorimod dette

kun gjaldt 22,1% (95% KI: 19,1-25,0) af kvinderne i udkantskommunerne. Fordelingen af antal partnere varierede næsten ikke i forhold til skoleuddannelse. Derimod varierede antal partnere i forhold til alder ved indgang i studiet: I den yngste aldersgruppe var prævalensen af monogame kvinder 18,8% (95% KI: 17,3-20,4) og i de ældre aldersgrupper 11-14%. Endvidere var den andel, der havde haft ≥ 10 partnere, lavest blandt kvinder i de yngste aldersgrupper (10,9%; 95% KI: 9,7-12,2), men lå stort set stabilt på omkring 35% blandt kvinder, der var ældre end 25 år.

Blandt kvinder, som havde haft seksuel debut, rapporterede 8,1% (95% KI: 7,7-8,5) aldrig at have brugt kondom. Heraf havde 15,4% (95% KI: 13,5-17,2) af kvinderne med 9. klasse eller lavere klassetrin aldrig brugt kondom, hvorimod kun 5,9% (95% KI: 5,5-6,3) af kvinderne med gymnasial uddannelse aldrig havde brugt kondom. Ydermere rapporterede 4,9% (95% KI: 4,2-5,7) af kvinderne i hovedstaden og 10,4% (95% KI: 9,0-11,7) af kvinderne i landkommunerne aldrig at have brugt kondom. Derudover var den største prævalens af kvinder, der aldrig havde brugt kondom, at finde i de ældste aldersgrupper (11-13% blandt kvinder 36-40 år og 41-45 år og 5-8% af kvinderne i de yngste aldersgrupper) (data ikke vist).

Multivariat sammenhæng mellem sociodemografiske faktorer og seksualvaner samt kondombrug

Tabel 2 viser OR-værdier for tidlig seksuel debut (≤ 15 år) justeret for alder samt indbyrdes justering mellem skoleuddannelse og urbaniseringsgrad blandt kvinder med seksuel debut. Der var en signifikant association mellem tidlig seksuel debut og kortere skoleuddannelse: Den justerede OR for tidlig seksuel debut var næsten dobbelt så høj (OR = 1,93; 95% KI: 1,73-2,15) blandt kvinder med 9. klasse eller lavere klassetrin sammenlignet med kvinder med gymnasial uddannelse. I modsætning hertil var der næsten ingen forskel i risikoen for tidlig seksuel debut i relation til urbaniseringsgrad.

I Tabel 2 er også vist OR-værdier for at have haft mange seksualpartnere (> 5 seksualpartnere). Vi fandt en signifikant sammenhæng mellem > 5 seksualpartnere og stigende urbaniseringsgrad. Sammenlignet med kvinder i de mindre provinskommuner var OR for at have haft > 5 partnere eksempelvis mere end dobbelt så høj blandt kvinder i hovedstaden (OR = 2,36; 95% KI: 2,16-2,57) og signifikant lavere blandt kvinder i landkommuner (OR = 0,80; 95% KI: 0,72-0,88) og udkantskommuner (OR = 0,70; 95% KI: 0,60-0,82). Sammenhængen mellem uddannelse og det at have haft > 5 partnere var mindre stærk; dog var OR for at have haft > 5 partnere lidt



TABEL 2

Multivariat analyse af sammenhængen mellem tidlig seksuel debut (≤ 15 år), > 5 seksualpartnere, »aldrig brug af kondom« og sociodemografiske variable blandt danske kvinder på 18-45 år med seksuel debut.

	Tidlig seksuel debut (≤ 15 år) OR ^a (95% KI)	> 5 seksualpartnere OR ^a (95% KI)	Aldrig brug af kondom OR ^{a,b} (95% KI)
<i>Skoleuddannelse</i>			
≤ 9 . klasse	1,93 (1,73-2,15)	0,88 (0,79-0,99)	2,53 (2,15-2,97)
10. klasse	1,39 (1,30-1,49)	0,95 (0,89-1,02)	1,73 (1,54-1,94)
Gymnasial uddannelse	1 –	1 –	1 –
<i>Urbaniseringsgrad</i>			
Hovedstaden	0,94 (0,86-1,03)	2,36 (2,16-2,57)	0,65 (0,54-0,79)
Nordlige forstæder	0,89 (0,78-1,02)	1,37 (1,21-1,56)	0,77 (0,60-1,00)
Sydlig forstæder	1,07 (0,94-1,23)	1,11 (0,97-1,27)	1,01 (0,80-1,27)
Større provinskommuner	0,86 (0,79-0,94)	1,25 (1,15-1,36)	0,88 (0,75-1,03)
Mindre provinskommuner	1 –	1 –	1 –
Landkommuner	0,96 (0,87-1,07)	0,80 (0,72-0,88)	1,09 (0,92-1,28)
Udkantskommuner	0,94 (0,80-1,10)	0,70 (0,60-0,82)	0,96 (0,75-1,25)

a) Variable indbyrdes justeret samt justeret for alder som kontinuert variabel; b) 105 kvinder havde ikke besvaret spørgsmålet om kondombrug og er ekskluderet i denne analyse.

KI = konfidensinterval; OR = oddsratio.

lavere, men signifikant, blandt kvinder med 9. klasse eller lavere klassetrin (OR = 0,88; 95% KI: 0,79-0,99) sammenlignet med kvinder med gymnasial uddannelse. Tabel 2 viser endvidere OR-værdier for aldrig at have brugt kondom. Vi fandt, at OR for aldrig at have brugt kondom var mere end dobbelt så høj blandt kvinder med 9. klasse eller lavere klassetrin (OR = 2,53; 95% KI: 2,15-2,97) som blandt kvinder med gymnasial uddannelse. Vi fandt næsten ingen forskel i »aldrig brug af kondom« i relation til urbaniseringsgrad. Dog var OR for aldrig at have brugt kondom lavere blandt kvinder i hovedstaden (OR = 0,65; 95% KI: 0,54-0,79) sammenlignet med kvinder i de mindre provinskommuner.

Når vi yderligere justerede analyserne vedrørende tidlig seksuel debut og mange seksualpartnere for nogensinde at have brugt kondom, ændrede dette ikke i væsentlig grad den tidligere fundne sammenhæng med henholdsvis skoleuddannelse og urbaniseringsgrad (data ikke vist).

DISKUSSION

I denne befolkningsbaserede undersøgelse fandt vi, at kortere skoleuddannelse var associeret med tidlig seksuel debut (≤ 15 år). Vores fund er i overensstemmelse med tidligere danske og udenlandske undersøgelser [8-10]. Eksempelvis viste et studie fra Storbritannien, at OR for at have haft tidlig seksuel debut (< 16 år) var mere end tre gange så høj blandt kvinder med kort skoleuddannelse som blandt kvinder

med længere skoleuddannelse (OR = 3,25; 95% KI: 2,19-4,82) [8]. Undersøgelsen fra Storbritannien viste endvidere, at OR for tidlig seksuel debut var højere blandt kvinder med lav socioøkonomisk position [8], og i en undersøgelse fra Spanien fandt man ligeledes, at OR for at have haft tidlig seksuel debut (≤ 17 år) var højere blandt kvinder i lave sociale strata [11]. Disse studier, både danske og udenlandske, peger således på, at uddannelsesniveau og socioøkonomisk position har indflydelse på, hvornår kvinder initierer deres seksuelle liv.

I kontrast til dette fandt vi ingen sammenhæng mellem urbaniseringsgrad og alder ved seksuel debut. Dette fund stemmer overens med flere danske undersøgelser [9, 10, 12, 13], og det ser således ud til, at alder ved seksuel debut, geografisk set, er ret ensartet i Danmark. I vores undersøgelse fandt vi en tendens til, at de yngste kvinder havde haft tidligere seksuel debut end kvinderne i de øvrige aldersgrupper. I nogle danske studier af helt unge er den mediane debutalder fundet at være relativt konstant gennem de seneste 20 år [10, 12, 14], mens resultaterne fra andre danske undersøgelser i lighed med vores resultater indikerer et fald i debutalderen [9, 15-18]. Imidlertid kan det være svært at afgøre definitivt ud fra de foreliggende undersøgelser, om der er sket et fald, og man kan ikke udelukke *recall bias* hos de ældre årgange.

I relation til antal partnere fandt vi en tydelig stigende OR for at have haft > 5 partnere i relation til stigende urbaniseringsgrad. Dette fund understøttes af en undersøgelse fra Danmark, der rapporterede, at kvinder i København havde haft flere partnere end kvinder i Nykøbing Falster [13]. I andre danske og udenlandske undersøgelser har man ligeledes fundet, at kvinder i større byer havde flere partnere end kvinder i landområder [9, 11, 18]. En mulig forklaring på dette fund kan være, at kvinder i hovedstaden og andre større byer i Danmark såvel som i andre europæiske lande etablerer sig i et fast parforhold senere end kvinder i landområder og af den grund akkumulerer flere partnere henover livsforløbet.

Vi fandt endvidere, at OR for at have haft > 5 partnere var lavere blandt kvinder med kortere skoleuddannelse (OR = 0,89; 95% KI: 0,79-0,99) sammenlignet med kvinder med længere skoleuddannelse. I en anden dansk undersøgelse fandt man en tilsvarende tendens: OR for at have haft ≥ 10 partnere var højere blandt kvinder med længere skoleuddannelse; dog var fundet ikke statistisk signifikant (OR = 1,8; 95% KI: 0,9-3,8) [9]. Dette antyder således, at kvinder med kortere skoleuddannelse har færre partnere end kvinder med længere skoleuddannelse.

Der var også en social gradient målt ved uddannelseslængde i aldrig at have brugt kondom (9. klasse eller lavere klassetrin versus gymnasial uddannelse: OR = 2,53; 95% KI: 2,15-2,97), hvilket kan betyde, at kvinder med kort uddannelse er i højere risiko for at få seksuelt overførte infektioner. Resultaterne fra en undersøgelse fra Storbritannien viste ligeledes en social gradient i ikke at bruge prævention (kort skoleuddannelse versus lang skoleuddannelse: OR = 5,22; 95% KI: 2,76-9,88) [8].

Det er en styrke, at vores undersøgelse er baseret på en tilfældig stikprøve af danske kvinder (18-45 år), og at deltagerprocenten er relativt høj (81,4%), hvilket gør undersøgelsen potentielt generaliserbar til den kvindelige befolkning i Danmark i tilsvarende alder. Derudover er undersøgelsen baseret på en stor studiepopulation, hvilket medfører mere nøjagtige estimater. Der er også potentielle svagheder i undersøgelsen. Det er en generel erfaring, at deltagelsen i undersøgelser er lavest blandt individer med lavere socioøkonomisk position, så selektionsbias kan ikke helt udelukkes. Endvidere er præventionsbrug i relation til beskyttelse mod seksuelt overførte infektioner kun undersøgt via en relativt overordnet variabel i form af nogensinde kondombrug.

Sammenfattende fandt vi, at kortere skoleuddannelse var associeret med tidlig seksuel debut og »aldrig brug af kondom«, og at kvinder i de tættest befolkede områder i Danmark havde et højere antal partnere end kvinder i landområder. I flere studier har man fundet social ulighed i forekomst og overlevelse af livmoderhalskræft [2, 19]. Årsagen til denne sociale ulighed kan skyldes lavere deltagelse i screening i lavere socialklasser, men kan også skyldes sociodemografiske forskelle i kvinders seksualvaner. For at fremme kvinders reproduktive sundhed og tilstræbe størst mulig lighed i sundhed er det vigtigt at tage højde for sociodemografiske forskelle i kvinders seksualvaner.

KORRESPONDANCE: Susanne Krüger Kjær, Afdeling for Virus, Hormoner og Kræft Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse, 2100 København Ø. E-mail: susanne@cancer.dk

ANTAGET: 13. marts 2010

FØRST PÅ NETTET: 31. maj 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Kjær SK, Tran TN, Sørensen P et al. The burden of genital warts: a study of nearly 70,000 women from the general female population in the 4 Nordic countries. *J Infect Dis* 2007;196:1447-54.
2. Reduktion af risikoen for livmoderhalskræft ved vaccination mod humant papillomvirus (HPV) - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen. Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, 2007.
3. Jensen KE, Hannibal CG, Nielsen A et al. Social inequality and incidence of and survival from cancer of the female genital organs in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer* 2008;44:2003-17.
4. Sundhedsstyrelsen. Klamydia. http://www.sst.dk/Forebyggelse/Sygdomsforebyggelse_og_vaccination/Smitsomme_sygdom/Klamydia.aspx (14. august 2009).
5. Epløv LF, Garde K, Koster A. Danskernes seksualliv belyst ved befolkningsundersøgelser. *Ugeskr Læger* 2002;164:4745-52.
6. Dalton SO, Steding-Jessen M, Gislum M et al. Social inequality and incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Background, aims, material and methods. *Eur J Cancer* 2008;44:1938-49.
7. Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. København: Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2008.
8. Wellings K, Nanchahal K, Macdowall W et al. Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Lancet* 2001;358:1843-50.
9. Jæger AB, Gramkow A, Sørensen P et al. Correlates of heterosexual behavior among 23-87 year olds in Denmark and Sweden, 1992-1998. *Arch Sex Behav* 2000;29:91-106.
10. Larsen SB, Kragstrup J. Alder ved menarche og første samleje. Tværnsitsundersøgelse af 17-årige danske kvinder. *Ugeskr Læger* 1997;159:6676-9.
11. de Sanjosé S, Cortes X, Mendez C et al. Age at sexual initiation and number of sexual partners in the female Spanish population Results from the AFRODITA survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;140:234-40.
12. Knudsen LB. Ung 2006. 15-24-åriges seksualitet - viden, holdninger og adfærd. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
13. Kjær SK, Dahl C, Bock JE et al. Seksualvaner hos 20-39-årige kvinder. En sammenligning af 3 populationsbaserede undersøgelser fra Nykøbing Falster, København og Nuuk/Godthåb. *Ugeskr Læger* 1990;152:2727-31.
14. Graugaard CL, Rasmussen B, Boisen KA. Seksuel viden, holdning og adfærd blandt unge danskere. En spørgeskemaundersøgelse. *Ugeskr Læger* 2002;164:4810-4.
15. Nielsen IL, Fog E, Larsen GK et al. 70-årige kvinders seksuelle adfærd, oplevelse, viden og holdning. En præsentation. *Ugeskr Læger* 1986;148:2863-6.
16. Nielsen IL, Larsen GK, Fog E et al. 22-årige kvinders seksuelle adfærd, oplevelse, viden og holdning. *Ugeskr Læger* 1986;148:2866-9.
17. Garde K, Nielsen IL. Fyrre-årige kvinders seksuelle adfærd, oplevelse, viden og holdning. *Ugeskr Læger* 1979;141:1935-40.
18. Melbye M, Biggar RJ. Interactions between persons at risk for AIDS and the general population in Denmark. *Am J Epidemiol* 1992;135:593-602.
19. de Sanjosé S, Bosch FX, Munoz N et al. Social differences in sexual behaviour and cervical cancer. *IARC Sci Publ* 1997;309-17.