



מחקר התנהגות מינית בקרב בני נוער וצעירים הומואים, לסביות וביסקסואלים

דו"ח מחקר

ד"ר גיא שילה

ד"ר זהר מור

ספטמבר 2014

מחברי דו"ח המחקר

- ד"ר גיא שילה (Ph.D) – חוקר ומרצה בבית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל אביב. תחומי המחקר העיקריים: מין, מגדר ומיניות, נוער להט"ב, גיבוש זהות בקרב בני נוער, בריאות נפשית בקרב בני נוער. ד"ר שילה מתנדב בארגוני קהילת הלהט"ב משנת 1997, בעבודה טיפולית וייעוצית. בעשור האחרון משמש כרכז פורום המחקר באיגו. בשנת 2007, הוציא לאור את ספרו הראשון (בהוצאת הספרים 'רסלינג'): החיים בורוד – בני נוער וצעירים הומואים, לסביות, ביסקסואלים וטרנסג'נדרים. בעשור האחרון פורסמו מאמריו בכתבי עת מקצועיים בינלאומיים מובילים בתחומי הבריאות, העבודה הסוציאלית, ובני נוער.
דוא"ל: research@igy.org.il, shiloguy@post.tau.ac.il
- ד"ר זהר מור (MD, MPH, MHA) – רופא מומחה בבריאות הציבור, ושימש בשנים האחרונות במספר תפקידים במשרד הבריאות, ובכללם רופא נפת רמלה ומנהל המחלקה לשחפת ואיידס. בנוסף, הוא רופא במרפאת המין "לוינסקי" של משרד הבריאות. ד"ר מור מרצה בבתי הספר לבריאות הציבור באוניברסיטאות תל אביב ובן גוריון. תחומי המחקר העיקריים כוללים מחלות מין ואיידס בקרב גברים המקיימים יחסי מין עם גברים. תוצאות פרסומיו הוצגו בכנסים בין לאומיים ובכתבי עת מובילים.
דוא"ל: turkiz1@netvision.net.il zohar.mor@moh.health.gov.il

חברי פורום המחקר שהיו שותפים לביצוע המחקר (לפי סדר א"ב): ירון גל, נדב ענתבי, ד"ר אורן פזמוני לוי, אורי קפרא, ד"ר אורי שפר.

רישום ביבליוגרפי של הדו"ח:

שילה, ג. ומור, ז. (2014). מחקר התנהגות מינית בקרב בני נוער וצעירים הומואים, לסביות וביסקסואלים. תל אביב: איגו – ארגון נוער גאה.

Shilo, G. & Mor, Z. (2014). Sexual Behavior among Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents and Young Adults. Tel-Aviv: IGY – Israeli Gay Youth Organization.

תקציר מנהלים

הרקע למחקר: המחקר על התנהגות מינית בקרב בני נוער בישראל מצומצם בהיקפו, וזה המתייחס לנוער להט"ב (לסביות, הומואים, טרנסג'נדרים וביסקסואלים) מצומצם אף יותר. התנהגויות מיניות מסוכנות עלולות לגרום להידבקות במחלות המועברות במגע מיני, כולל HIV. נתונים מהעולם ומישראל מראים כי חל גידול בשיעור הנוער המתנסה בהתנהגויות מיניות מסוכנות, ושיעור הנדבקים ב HIV בקרב נוער וצעירים נמצא במגמת עליה מתמדת. תוכניות מניעה וחינוך מיני בישראל מצומצמות בהיקפן, ורוב בני הנוער אינם עוברים חינוך למין בטוח, וההתייחסות למיניות מסוכנת של נוער להט"ב נעדרת. במחקר הנוכחי ביקשנו לתאר את ההתנהגויות הבריאותיות, הרגלי המין והתנהגויות מיניות מסוכנות של בני נוער וצעירים להט"ב בגילאי 13-24 (אוכלוסיית הגיל אליה פונה איג'י), להשוות בין התנהגויות אלו בין בני נוער וצעירים להט"ב לבני נוער סטרייטים בגילאים זהים, ולבחון הבדלים בין בני נוער להט"ב המשתתפים בפעילויות איג'י לאלו שאינם משתתפים בפעילות.

שיטת המחקר: מחקר חתך זה כלל מדגם של 414 בני נוער וצעירים להט"ב בגילאי 13-24, ו 182 בני נוער וצעירים סטרייטים בגילאים זהים, נאסף על ידי פניה למשתתפים בפורומים ורשתות חברתיות הפונות לנוער וצעירים. הקבוצות נמצאו דומות זו לזו במאפיינים הדמוגרפיים. המשתתפים מילאו שאלון מקיף, שכלל סדרת שאלות דמוגרפיות, שאלות בנוגע להתנהגות מינית, התנהגות מינית מסוכנת, בריאות נפשית, בריאות כללית, יציאה מהארון ועוד.

ממצאים מרכזיים:

בקרב הנערים הגאים, 84.7% הגדירו עצמם הומואים ומקצתם (15.3%) ביסקסואלים. בקרב הנערות, 51.4% הגדירו עצמן לסביות, 48.6% ביסקסואליות. לא נמצאו הבדלים, בכל הממדים שנבדקו, בין בני נוער וצעירים המשתתפים בפעילות איג'י, לבין אלו שלא משתתפים בפעילות.

התנהגות בריאות כללית: בקרב הנערים הלהט"ב בולטות התנהגויות החושפות אותם לסכנות בריאותיות בהשוואה לנערים הטרוסקסואלים. נערים הומואים וביסקסואלים מבצעים פחות פעילות ספורטיבית, מעשנים יותר, שותים אלכוהול ברמות גבוהות יותר, מעשנים גראס וחשיש ומשתמשים בפופרס ובדבקים בתדירות גבוהה יותר מנערים סטרייטים. נערים ונערות להט"ב הולכים יותר לטיפול פסיכולוגי, ונוטלים יותר תרופות פסיכיאטריות, בהשוואה לנערים ולנערות סטרייטים.

התנהגות מינית: הגיל הממוצע לקיום יחסי מין בקרב נערים ונערות להט"ב נע בין גיל 16-17. גיל זה דומה לגיל הממוצע של תחילת קיום יחסי מין בקרב סטרייטים. הפרקטיקה המינית הרווחת בקרב נערים הומואים וביסקסואלים היא מין אוראלי עם בנים (74%), ומין אנאלי עם בנים (53%). בקרב נערות לסביות וביסקסואליות, הפרקטיקה הרווחת הן מין אוראלי עם בנות (48.3%). בקרב הנערים ההומואים והביסקסואלים 59% קיימו יחסי מין בחצי השנה האחרונה. בקרב נערות לסביות וביסקסואליות 57% קיימו יחסי מין בחצי השנה האחרונה.

דפוסי מיניות וזוגיות: בקרב נערים הומואים וביסקסואלים שקיימו יחסי מין בחצי השנה האחרונה, 95.7% קיימו היחסים עם גברים, עם ממוצע של 4.6 שותפים מיניים. שליש מהנערים (35.3%) קיימו יחסי מין עם יותר מ 20 שותפים מיניים במהלך חייהם. עשירית מהנערים דיווחו כי קיבלו בחצי השנה האחרונה תשלום עבור יחסי מין שקיימו. שליש מהנערים (30%) מצהירים שיש להם בן זוג קבוע, רוב הקשרים הזוגיים הם פחות מחצי שנה. בקרב נערים סטרייטים שקיימו יחסי מין בחצי השנה האחרונה, מספר השותפים המיניים נמוך משמעותית מעמיתיהם ההומואים והביסקסואלים, ומערכות היחסים הזוגיות שלהם ארוכות יותר. בקרב נערות לסביות וביסקסואליות, אחוז משמעותי (34.3%) קיימו יחסי מין בחצי השנה האחרונה עם גברים ונשים, או עם גברים בלבד. הנערות דיווחו על מספר ממוצע של 2.1 שותפים/ות מיניים בחצי השנה האחרונה, ול 10% מהן היו במהלך חייהן יותר מ 20 שותפים/ות מיניים. מספרים אלו של שותפים מיניים נמוכים מאלו של נערות סטרייטיות, וגם בקרב הנערות הלסביות והביסקסואליות אורך הקשר הזוגי שמדווחות עליו קצר יותר משל עמיתותיהן הסטרייטיות. נערים הומואים וביסקסואלים מכירים שותפים מיניים בעיקר באינטרנט, וגם דרך חברים ובמקומות בילוי. זאת, בהשוואה לנערים סטרייטים שמכירים שותפות מיניות בעיקר דרך חברים, ובבארים. בקרב הנערות (ללא קשר לנטייה מינית) הדרך הרווחת להיכרות עם שותפים מיניים הוא דרך חברים. נערות לסביות מכירות שותפות מיניות דרך האינטרנט, בעוד שדרך זו לא רווחת בקרב נערות סטרייטיות.

התנהגות מינית מסוכנת: הנתונים מצביעים על התנהגות מינית מסוכנת, בעיקר בקרב נערים וצעירים הומואים וביסקסואלים: יותר ממחצית (61.4%) קיימו בחצי שנה האחרונה מין אנאלי לא מוגן, עם שפיקה. כחמישית מהנערים משתמשים בסמים ואלכוהול בסמוך לקיום יחסי מין, ול 27.9% מהם הייתה בעברם מחלה המועברת במגע מיני, וכשליש נבדקו בשנה האחרונה ל HIV. רוב הנערים ההומואים והביסקסואלים (62.9%) אינם נושאים עליהם קונדום. לעומתם, רוב הנערים הסטרייטים נושאים עליהם קונדום (61.5%), ורק מיעוטים משתמש בסמים ואלכוהול סמוך לקיום יחסי מין. 23.1% מהנערים הסטרייטים נבדקו ל HIV במהלך השנה האחרונה, ולאך אחד מהם לא הייתה בעברם מחלה המועברת על ידי מגע מיני. נערות לסביות לא נחשפו להתנהגות מינית המסכנת אותן בהידבקות במחלות המועברות במגע מיני, בהשוואה לסטרייטיות. עם זאת, התנהגותן המינית הלא מוגנת עם גברים, חושפת אותן להריונות לא רצויים.

המלצות:

לאור הממצאים, על אנשי המקצוע וארגונים בקהילה העובדים עם נוער וצעירים להט"ב להדגיש ולהרחיב הפעילות החינוכית אודות מין מוגן ושימוש בקונדום בקרב נערים וצעירים, לפעול למניעת שימוש בחומרים ממכרים – סמים, אלכוהול ועישון, להרחיב הדיון והמניעה של קבלת תשלום עבור מין, ולהרחיב המענים הרגשיים הניתנים לנוער וצעירים. יש לפעול להרחבת השיח אודות הסיכון בהריונות לא רצויים בקרב נערות לסביות וביסקסואליות ולמקד גם עבור אוכלוסייה זו פעילות חינוכית לשימוש באמצעי הגנה (קונדום וגלולות למניעת הריון). בנוסף, יש לשים דגש בפעילות חינוכית אודות הסכנות הבריאותיות ובעיקר אלו הקשורות לבריאות מינית במציאת פרטנרים מיניים באינטרנט.

מבוא

המחקר על התנהגות מינית בקרב בני נוער בישראל מצומצם בהיקפו, וזה המתייחס לנוער להט"ב (לסבית, הומואים, טרנסג'נדרים וביסקסואלים) מצומצם אף יותר. משנת 1994, משתפת ישראל בסקר של ארגון הבריאות העולמי בנושא התנהגויות בריאות של בני נוער. במסגרתו, התנהגות מינית נבדקת לאורך השנים בקרב שכבת תלמידי כיתות י' בחינוך הממלכתי בלבד, על אף שקיימות עדויות שבני נוער מתנסים מינית בגילאים מוקדמים הרבה יותר. במחקר שנערך לאחרונה על מדגם מייצג של בני נוער יהודים בגילאי 15-18 (Shilo & Mor, in preparation) נמצא כי הגיל הממוצע לקיום יחסי מין בקרב בני נוער הטרנסקסואלים הוא 15.7 שנים. בנוסף, נמצא כי שיעור גבוה מבני הנוער שמקיימים יחסי מין אכן משתמשים בקונדום. מדגם זה כלל רוב מוחלט של בני נוער הטרנסקסואלים, ורק מיעוט הגדירו עצמם הומואים, לסביות או ביסקסואלים.

אחת הסכנות שזוהו במחקרים המתמקדים בהתנהגות מינית של בני נוער היא הידבקות במחלות המועברות במגע מיני. מפרסומים של ארגון הבריאות העולמי עולה, כי מרבית הסובלים ממחלות מין בעולם כיום הם צעירים בני 15-24. מעל ל-60% מהנדבקים החדשים במחלות מין בכלל, ויותר מ-50% מכלל חולי האיידס והנדבקים בנגיף HIV בעולם הם בגילאים אלו (World Health Organization, 2010). גם בארץ, דווח על ירידה בגילאי הנערות המקיימות יחסי מין מלאים, ועל עליה מתמדת בבני הנוער המאובחנים בכלמדיה טרכומטיס (מחלה הפוגעת באברי המין והמועברת במגע מיני) בין השנים 2005 – 2012 (ד"ר דן גנדקו, המחלקה לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות, תקשורת אישית). בנוסף, ממחקרים שהתמקדו בגברים הומואים בישראל, עולה כי שיעור גבוה מתחילים לקיים יחסי מין טרם הגיעם לגיל 18 (Mor, Davidovich, Bessudu-Manor, & McFarlane, 2012), וכי ישנם הומואים צעירים הנדבקים בנגיף. מכלל נשאי ה-HIV וחולי האיידס שחיו בישראל בסוף שנת 2009, 142 נדבקו בהיותם בני נוער בגיל 15-19. בין השנים 2000 – 2009 נפטרו מאיידס 14 בני נוער שגילם 15-19 (מור, 2010).

מרבית תוכניות המניעה הקשורות להתנהגות מינית מסוכנת מתמקדות בשתי אוכלוסיות מרכזיות: האחת, בקרב הטרנסקסואלים – וכוללת הסבר לגבי מניעת הריונות לא רצויים בגיל צעיר בקרב נערות. השנייה, בקרב הומואים וגברים המקיימים סקס עם גברים – למניעת הידבקות בנגיף HIV ושאר המחוללים העוברים במגע מיני (אוכלוסיית הגברים המקיימים סקס עם גברים היא קבוצת סיכון להידבקות בנגיף) על ידי הגברת המודעות לשימוש בקונדום בעת קיום יחסי מין אנאליים והגברת תדירות הבדיקות למחלות העוברות במגע מיני.

דו"ח של מרכז המידע של הכנסת, שהוגש לוועדת החינוך בשנת 2010 (רבינוביץ' 2010), העוסק במניעת מחלות מין בקרב בני נוער, מציג את הגופים העוסקים בחינוך מיני בישראל. התוכנית המרכזית לחינוך מיני, כלולה בתוכנית 'כישורי חיים' המועברת בבתי הספר, וכוללת מערכי שיעור העוסקים במין ובמיניות, לרבות חינוך למין בטוח. עם זאת, הנתונים מראים כי רק כ-60% מבתי הספר הממלכתיים החילוניים מקיימים את תכנית כישורי חיים, וגם בהם, הבחירה האם לעסוק בשיעורי החינוך המיני, נתונה בידי הנהלת בית הספר. לעיתים, התנגדות של הורים, או מורים – מביאה לכך שהשיעורים אודות חינוך מיני אינם מתקיימים כלל. לעיתים, מתנגדים הורים או מורים להעברת חלק מתכני הלימוד הקשורים לחינוך מיני. בנוסף, שירות הבריאות לתלמיד, הכולל את

אחיות בתי הספר, הופרט על ידי המדינה, והן כבר אינן נמצאות בבתי הספר באופן קבוע (אחיות בתי הספר היו אלו שבעבר עסקו בחינוך המיני). הפרטת השירות והעברתו לחברות קבלניות, הביא לכך שכיום אחיות המגיעות לבתי הספר אינן עוסקות כלל בנושאים הקשורים לחינוך לבריאות – לרבות חינוך מיני.

כאמור, אין בנמצא, עדיין, נתונים מפורטים אודות מיניות והתנהגות מינית בקרב בני נוער הומואים, לסביות וביסקסואלים. על מנת לגשר על פער זה, המחקר הנוכחי ביקש:

- א. לתאר את ההתנהגויות הבריאותיות, הרגלי המין, וזיהוי התנהגות מיניות מסוכנת של בני נוער וצעירים בגילאי 13-23 (אוכלוסיית הגיל אליה פונה איגי – ארגון נוער גאה).
- ב. להשוות בין ההתנהגויות הבריאותיות, הרגלי המין, וההתנהגויות המיניות המסוכנות של בני נוער וצעירים להט"ב לבין אלו של בני נוער סטרייטים בגילאים זהים.
- ג. לבחון האם קיים הבדל בהתנהגויות הבריאותיות, הרגלי המין, והתנהגויות המיניות המסוכנות בין בני הנוער להט"ב המשתתפים בפעילויות איגי, בהשוואה לבני הנוער שאינם פעילים באיגי.

מתודולוגיה

הנתונים המוצגים בדוח הנוכחי הם חלק מנתוני מחקר מקיף ורחב, 'לגדול בישראל', שנערך בשנים 2010-2011, בקרב מדגם רחב של להט"ב וסטרייטים, ובחן היבטים רבים ומגוונים של התנהגויות, עמדות, ותחושות הקשורות למרכיבי חיים התפתחותיים, מיניים, ורגשיים. בפרק המתודולוגיה, נפרט את הליכי ביצועו של המחקר 'לגדול בישראל', שחלק מנתוניו התיאוריים מתוארים בפרק הממצאים. הפרק המתודולוגי מפרט את הליכי הדגימה, הפצת שאלוני המחקר והרכבם, אופן איסוף הנתונים ועיבודם, ופרטים אודות המדגם של בני 13-23.

הליך המחקר ודגימה

בכדי לדגום באופן אקראי יש לדעת את הרכב וגודל האוכלוסיה הנחקרת. מאחר ואין מידע לגבי גודל אוכלוסיית הלהט"ב, קיים קושי לדגום באופן מייצג. קושי זה מוכר וידוע בספרות המחקרית. בהעדר מסגרת דגימה קיימת (אין בישראל, כמו גם בעולם המערבי, רשומים המתייחסים לנטייתם המינית של האזרחים), ממליצים חוקרים ליצור מדגם אינטרנטי, המבוסס על מסגרות חברתיות (online venue sampling, Meyer & Wilson, 2009). בהתאם, המשתתפים למחקר הנוכחי גויסו במהלך השנים 2010-2011, על ידי הפניית גולשים ברשתות חברתיות למלא שאלון אלקטרוני בעברית (<https://send2.bignet.co.il/expo4u>), אשר פורסם בתשע קבוצות פייסבוק הפונות ללהט"ב (מהן שש פונות לבני נוער וצעירים, שתיים לצעירים הומואים, ואחת לצעירות לסביות), ולשישה פורומים אינטרנטיים הפונים לצעירים להט"ב, ביניהם גם הפורומים של איגי. בהתאם, משתתפים הטרוסקסואלים (סטרייטים), גויסו על ידי פרסום הזמנה למלא את השאלון בשבע קבוצות פייסבוק ושישה פורומים הפונים לצעירים. על מנת להקטין הטיה אפשרית, קבוצות הפייסבוק והפורומים הפונים ללהט"ב ולסטרייטים הותאמו זה לזה (לדוגמא: קבוצת פייסבוק הפונה ללהט"ב לזכויות אדם, הותאמה לקבוצת פייסבוק העוסקת בזכויות אדם באופן כללי, ופונה לצעירים באשר הם; קבוצה לצעירים להט"ב, וקבוצה שנקראת 'עד 30', אשר מגדירות במטרותיהן היכרות חברתית בין המשתתפים). בנוסף, נמנענו מלפנות לפורומים ולקבוצות פייסבוק אשר פונות באופן ישיר לקהל הדורש סיוע ועזרה נפשית או בריאותית, ולקבוצות אשר בהן מתקיים, בהגדרה, חיפוש פרטנרים מיניים (לדוגמא: קבוצות הפונות לנשאי HIV, קבוצות לתמיכה רגשית ביציאה מהארון, קבוצות להיכרות מינית ודייטים של להט"ב וסטרייטים). זאת, על מנת להימנע, ככל האפשר, מדגימת יתר של אנשים (להט"ב וסטרייטים), אשר סובלים מקשיים רגשיים או בריאותיים, או שהתנהגויותיהם/מאוייהם המיניים הם מקור פנייתם לפורום/קבוצה. מטרת המחקר הוגדרה למשתתפים בתחילת השאלון, והם התבקשו לחתום על הסכמה מדעת להשתתפות בו טרם מילוי. הליך המחקר קיבל את אישור וועדות האתיקה של אוניברסיטת תל-אביב, ומשרד הבריאות (המרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון בחולון).

שאלות ושאלונים

המחקר התבסס על שאלון, שכלל סדרה של שאלות: דמוגרפיות, שאלות בנוגע להתנהגות מינית, יציאה מהארון, שאלוני בריאות נפשית, שאלוני התנהגות מינית מסוכנת, ועוד. בדו"ח תיאורי זה, אנו

מתייחסים לשאלות בנוגע להתנהגות בריאותית, התנהגות מינית, והתנהגות מינית מסוכנת, כמו גם להתנהגויות שנמצאו במחקרים כקשורות להתנהגות מינית מסוכנת (לדוגמא: שתיית אלכוהול ושימוש בחומרים ממכרים). כל השאלות והשאלונים, תואמים שאלונים ומידע הנאסף דרך קבע על ידי חוקרים בתחומי הבריאות, בריאות הציבור והמיניות.

המדגם

המחקר הנוכחי כלל מדגם של בני נוער וצעירים, בגילאי 13-23, והתמקד באוכלוסיית להט"ב. בנוסף, נערכה השוואה עם קבוצת בני הנוער והצעירים הסטרייטים (נערים ונערות), בגילאים זהים. נתונים הדמוגרפיים של שתי הקבוצות נבדקו ונמצאו דומים, עובדה המגדילה את מהימנות הדגימה. נתונים מפורטים אודות קבוצת השוואה של בני הנוער והצעירים הסטרייטים מופיעים במאמר המצורף כנספח לדו"ח זה; ניתן לפנות לחוקרים למידע נוסף.

מדגם בני הנוער והצעירים הלהט"ב כלל 414 משתתפים, בגילאי 13-24 (גיל ממוצע: 18.4,

סטיית תקן: 2.6). בקרב הבנים, רובם (84.7%) מגדירים עצמם הומואים, ומקצתם (15.3%) ביסקסואלים; בקרב הבנות, כמחציתן (51.4%) מגדירות עצמן לסביות ו 48.6% מגדירות עצמן ביסקסואליות. רוב בני הנוער והצעירים (83.8%) גרים עם הוריהם, 10.2% גרים בדירה שכורה (לבד, או עם שותפים), והשאר (6.3%) גרים עם בני/ות זוגם. רוב משתתפי המדגם היו יהודים (92.7%), חילונים (86%), שנולדו בישראל (93.6%).

בקרב בני הנוער והצעירים, 44.7% הם תלמידי בית ספר, 14.3% לומדים במוסדות להשכלה גבוהה, 16.9% חיילים בשירות סדיר, ואילו 35.5% עובדים למחייתם (ישנם משתתפים שגם עובדים במקביל ללימודיהם או לשירותם הצבאי). רוב העובדים (83.9%) הם בעלי הכנסה של עד 4000 ₪ בחודש. רוב בני הנוער והצעירים חשפו את נטייתם המינית בפני בני משפחתם (71.7% יצאו מהארון לפחות מול בן משפחה אחד) וחבריהם (91.9% יצאו מהארון לפחות לחברה/אחד/ת). מעט מעל מחצית בני הנוער והצעירים (57%) משתתפים בפעילות איג'י בעת מילוי השאלון, או השתתפו בפעילות במסגרת זו בעבר.

קבוצת השוואה כללה 182 בני נוער וצעירים שהגדירו עצמם כסטרייטים. מתוכם, 43.9%

(N = 80) בנים, ו-56.1% (N = 102) בנות. כאמור, הנתונים הדמוגרפיים (גיל, מגורים, תעסוקה,

מידת דתיות) דומים למדגם בני הנוער והצעירים הלהט"ב.

ממצאים

הממצאים התיאוריים מוצגים בהפרדה בין קבוצת הנערים לקבוצת הנערות, בשל מאפייני ההתנהגות המינית וההבדלים המוכרים בספרות המחקרית בין התנהגות מינית של נערים לבין התנהגותן המינית של נערות. התנהגויות מיניות נמצאו בספרות המחקרית קשורות להתנהגויות בריאותיות אחרות (במיוחד, נמצאו במחקרים קשרים בין התנהגויות מיניות מסוכנות לבין שימוש בחומרים ממכרים, ובין התנהגות מינית מסוכנת לבין בריאות נפשית). לכן, יוצגו תחילה הממצאים אודות התנהגויות בריאותיות כלליות, ולאחר מכן, ההתנהגויות המיניות של בני הנוער והצעירים.

נתוני בריאות כלליים

בקרב הנערים הלהט"ב במדגם, בולטות התנהגויות החושפות אותם לסכנות בריאותיות בהשוואה לקבוצת הנערים ההטרוסקסואלים. הנתונים מוצגים בטבלה 1. הממצאים מראים כי נערים הומואים וביסקסואלים מבצעים באופן מובהק פחות פעילות ספורטיבית מנערים סטרייטים בגילם, מעשנים יותר, שותים אלכוהול ברמות גבוהות יותר, מעשנים גראס וחשיש ומשתמשים בפופרס ובדבקים בתדירות גבוהה יותר מנערים סטרייטים. במקביל, נערים סטרייטים משתמשים יותר בסמים מסוג קטמין ו-GHB. נערים הומואים וביסקסואלים סובלים מבעיות נפשיות בצורה מובהקת יותר מנערים סטרייטים: מבקרים בתדירות גבוהה יותר אצל אנשי טיפול, ונוטלים יותר תרופות פסיכיאטריות. לא נמצאו הבדלים בנתוני הבריאות הכללית בין נערים הומואים וביסקסואלים המשתתפים בפעילות איג'י, לבין קבוצת ההשוואה של בני הומואים וביסקסואלים שאינם משתתפים בפעילות איג'י.

בקרב הנערות הלהט"ב והביסקסואליות במדגם ובהשוואה לנערות סטרייטיות בגילן, נמצא כי שיעורי עישון הסיגריות, הגראס, ושימוש בסמים (מכל הסוגים) גבוה יותר בקרב לסביות/ביסקסואליות, עם זאת – הבדלים אלו אינם מובהקים סטטיסטית (ראה טבלה 2). עם זאת, מצבן הנפשי של נערות לסביות וביסקסואליות חמור יותר מזה של נערות סטרייטיות בכל המדדים שנבדקו: הן הולכות יותר לטיפול פסיכולוגי, נוטלות יותר תרופות פסיכיאטריות, חוו אישפוזים פסיכיאטריים, ומאובחנות באבחנות פסיכיאטריות במובהק יותר מנערות סטרייטיות. לא נמצאו הבדלים בנתוני הבריאות הכללית בין נערות לסביות וביסקסואליות המשתתפות בפעילות איג'י לבין נערות שאינן משתתפות בפעילות.

טבלה 1. בריאות כללית בקרב בני נוער וצעירים (13-23) הומואים וביסקסואלים בהשוואה לנערים סטרייטים

χ^2	משתנה		
	נערים סטרייטים (n =80) %	נערים הומואים/ביסקסואלים (n =236) %	
38.55***	81.5	41.3	פעילות ספורטיבית (מעל 3 שבוע)
16.64***	3.8	24.6	עישון (יותר מ 4 סיגריות בשבוע)
11.75***	18.5	40	אלכוהול (יותר ממנה ביום)
3.79*	3.8	11	עישון גראס/חשיש
5.29*	3.8	0.4	שימוש בקטמין וב-GHB
0.01	3.8	3.9	קוקאין, אקסטה, טינה
4.23*	0	5.2	פופרס, דבק
0.01	7.3	7.4	תרופות ללא מרשם
12.18***	18.5	40.3	טיפול פסיכולוגי בשנה האחרונה
6.93***	3.7	14.7	נטילת תרופות פסיכיאטריות
1.72	0	2.2	אשפוז פסיכיאטרי
1.01	11.1	7.8	קיומה של אבחנה פסיכיאטרית

*p<0.05; **p< 0.01; ***p<0.001

טבלה 2. בריאות כללית בקרב נערות וצעירות (13-23) לסביות וביסקסואליות בהשוואה לנערות סטרייטיות

χ^2	משתנה		
	נערות סטרייטיות (n =102) %	נערות לסביות/ביסקסואליות (n =178) %	
2.63	90	83.3	פעילות ספורטיבית (מעל 3 שבוע)
2.17	17.6	25.3	עישון (יותר מ 4 סיגריות בשבוע)
1.62	32.4	25.3	אלכוהול (יותר ממנה ביום)
1.09	7.8	11.5	עישון גראס/חשיש
0.58	0	0.6	שימוש בקטמין וב-GHB
1.74	0	1.7	קוקאין, אקסטה, טינה
1.74	0	1.7	פופרס, דבק
0.46	12.7	10.3	תרופות ללא מרשם
21.9***	20.6	49.1	טיפול פסיכולוגי בשנה האחרונה
3.49*	8.8	16.7	נטילת תרופות פסיכיאטריות
3.13*	1	5.2	אשפוז פסיכיאטרי
2.29	2.9	7.5	קיומה של אבחנה פסיכיאטרית

*p<0.05; **p< 0.01; ***p<0.001

התנהגות מינית

נערים

בקרב נערים הומואים וביסקסואלים, הגיל הממוצע לקיום יחסי מין נע בין 16.8-15.9. טבלה 3 מציגה את אבני הדרך בגיבוש הנטייה המינית (תחושת שונות, הגדרה עצמית כהומו/ביסקסואל, יציאה ראשונית מהארון), ואת הפרטיקות המיניות (עם בנים ובנות) של מדגם הנערים ההומואים והביסקסואלים, על פי סדר כרונולוגי. ניתן לראות כי תחושת השונות מתרחשת בגיל 13.5, וחולפות כשנתיים עד שהנערים מגדירים את נטייתם המינית כהומואים או ביסקסואלים. הפרקטיקות המיניות עצמן, מתבצעות בממוצע במהלך השנה שלאחר ההגדרה העצמית, בין גילאי 16-17 (בקרב אלו שקיימו יחסי מין מסוג כלשהו). הנתונים מצביעים על כך ש-22% מהנערים שהשתתפו במחקר לא קיימו יחסי מין כלל. מיעוטם קיים פרקטיקות מיניות עם נערות (טרם היציאה מהארון – מין אוראלי, ולאחר היציאה הראשונה מהארון – כעשירית מהבנים קיימו מין נרתיקי). הפרקטיקה המינית הרווחת (74%) בקרב נערים הומואים וביסקסואלים היא מין אוראלי עם בנים. כמחצית מהנערים במדגם (53%) קיימו י מין אנאלי עם בנים לראשונה בסביבות גיל 17. מעניין, כי כמעט כל המדגם עבר את שלבי גיבוש הנטייה המינית, בעוד לא כולם ביצעו פרקטיקות מיניות (עם בנים או עם בנות), נתון המצביע על כך שההגדרה העצמית של הנטייה המינית אינה קשורה בהכרח להתנסות מינית. לא נמצאו הבדלים בין נערים הומואים וביסקסואלים לבין נערים סטרייטים בגילאי תחילת קיום יחסי מין, או בשיעורי הנערים שקיימו יחסי מין. בנוסף, לא נמצאו הבדלים בגילאי תחילת קיום יחסי מין בין נערים שמתפתחים בפעילות איגי, לבין כאלו שאינם משתתפים בפעילות איגי.

טבלה 3. אבני דרך בגיבוש הנטייה המינית ופרקטיקות מיניות בקרב נערים הומואים וביסקסואלים (גילאי 13-23, N = 236)

אבן הדרך/פרקטיקה	% הנערים שקיימו ההתנהגות	טווח גילאים	גיל ממוצע	סטיית תקן
תחושת שונות	98.7	6-19	13.6	2.36
הגדרה עצמית כהומו/ביסקסואל	97.5	9-23	15.3	2.16
מין אוראלי עם בנות	14.5	12-19	15.74	1.69
יציאה ראשונה מהארון	93.2	11-22	15.85	1.96
מין וגינאלי	11	12-21	15.92	1.69
מין אוראלי עם בנים	74	9-22	15.96	2.57
מין אנאלי עם בנות	1.6	15-18	16	1.41
מין אנאלי עם בנים	53	11-22	16.84	2.34

נערות

בקרב הנערות הלסביות והביסקסואליות, הגילאים הממוצעים של תחילת קיום יחסי מין גבוהים במעט מאלו של הנערים, והגילאים הממוצעים לקיום יחסי מין (מכל הסוגים), מתקיימים כולם לאחר שלבי גיבוש הנטייה המינית (לאחר היציאה הראשונה מהארון). גם בקרב הנערות, גילאי 16-17 הם הגילאים שבהן מרביתן מתחילות לקיים יחסי המין. בשונה מהנערים ההומואים והביסקסואלים, שיעורים נמוכים יותר של נערות קיימו יחסי מין עם בנות מיין בהשוואה לנערים ההומואים וביסקסואלים, ושיעורים גבוהים יותר של נערות לסביות וביסקסואליות קיימו יחסי מין עם בנים (בהשוואה לאחוזי הנערים ההומואים והביסקסואלים שקיימו יחסי מין עם בנות). בנוסף, מעניין הנתון, שאחוזים גבוהים יותר של הנערות – מסרבות להגדרה ברורה עצמית כלסבית או ביסקסואלית, ומעדיפות הגדרות עמומות יותר (הנערות והצעירות שנכללו במחקר הנוכחי, כולן הגדירו עצמן בשאלה לגבי נטייתן המינית כלסביות או ביסקסואליות – אולם חלקן הוסיפו הערות מילוליות המציינות כי הן אמנם מגדירות עצמן לצורך המחקר, אולם מעדיפות להימנע מלהגדיר את נטייתן המינית). שיעור גבוה יותר של נערות לסביות וביסקסואליות (36%) לא קיימו יחסי מין כלל, בהשוואה לנערים ההומואים וביסקסואלים (22%).

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין נערות לסביות וביסקסואליות לבין נערות סטרייטיות בגילאי תחילת קיום יחסי מין. עם זאת, נערות סטרייטיות קיימו יחסי מין מלאים (מין נרתיקי) באחוזים נמוכים יותר מנערות לסביות וביסקסואליות (36%). לא נמצאו הבדלים בגילאי תחילת קיום יחסי מין בין נערות שמתפתחות באיג, לבין כאלו שאינן משתתפות בפעילות.

טבלה 4. אבני דרך בגיבוש הנטייה המינית ופרקטיקות מיניות בקרב נערות לסביות וביסקסואליות (גילאי 13-23, N = 178)

אבן הדרך/פרקטיקה	% הנערות שקיימו ההתנהגות	טווח גילאים	גיל ממוצע	סטיית תקן
תחושת שונות	94.3	6-22	14.1	2.17
הגדרה עצמית כהומו/ביסקסואל	87.6	8-20	15.13	1.89
יציאה ראשונה מהארון	93.2	12-20	15.04	1.67
מין אוראלי עם בנות	48.3	11-21	16.29	1.96
מין אוראלי עם בנים	35.4	11-22	16.41	2.25
מין וגינאלי	50.6	11-21	16.48	1.89
מין אנאלי עם בנות	5.6	15-20	16.82	2.22
מין אנאלי עם בנים	9.5	12-21	17	1.56

דפוסי מיניות, זוגיות והתנהגות מינית מסוכנת בקרב הומואים, לסביות וביסקסואלים

שמקיימים יחסי מין

כנהוג במחקרים העוסקים בהתנהגויות מיניות מסוכנות, הנתונים בתת-פרק זה מתייחסים לאותם נערים ונערות שהצהירו על קיום יחסי מין בחצי השנה האחרונה. בקרב הנערים, 59.3% (N = 140) העידו כי קיימו יחסי מין בחצי השנה האחרונה. בקרב הנערות, 56.7% (N = 101) הצהירו כי קיימו יחסי מין בחצי השנה האחרונה.

עם מי מקיימים בני הנוער והצעירים יחסים מיניים?

בקרב הנערים ההומואים והביסקסואלים, 95.7% קיימו במהלך החצי שנה האחרונה יחסי מין עם גברים בלבד, 1.4% קיימו יחסי מין עם נשים בלבד, ואילו 2.9% קיימו יחסי מין עם גברים ונשים (המשתתפים שקיימו יחסי מין עם נשים – שייכים לקבוצת הנערים שהגדירו עצמם ביסקסואלים). מספר השותפים המיניים של הנערים במדגם בחצי השנה האחרונה נע בין 1-50, כשהממוצע הוא 4.6 פרטנרים מיניים בחצי השנה האחרונה (ס"ת = 5.9). שליש מהנערים (35.3%) שקיימו יחסי מין בחצי השנה האחרונה מדווחים על יותר מ 20 פרטנרים מיניים במהלך חייהם. רוב הנערים (43.2%) הגדירו את עצמם כוורסטיליים בעת קיום יחסי מין, 36.4% הגדירו עצמם כפאסיביים, ואילו 20.5% אקטיביים.

כעשירית מהנערים (9.3%) דיווחו כי קיבלו בחצי השנה האחרונה תשלום עבור יחסי המין שקיימו. כשליש מהנערים (30%) מגדירים עצמם כמי שיש להם בן זוג קבוע. ברובם (73.8%), מדובר בקשר של פחות משישה חודשים. הגיל הממוצע של בן הזוג הוא 23.1 (ס"ת = 5.0). בהשוואה, נערים סטרייטים דיווחו על מחצית מספר שותפות מיניות נמוך יותר (בממוצע) בחצי השנה האחרונה (2.4, ס"ת = 1.8), ורק 15.4% העידו כי במהלך חייהם היו להם יותר מ-20 שותפות מיניות. בהשוואה לנערים הומואים וביסקסואלים, נערים סטרייטים מעטים יותר דיווחו שיש להם בת זוג קבועה (17.2%, לעודת 30% מהנערים ההומואים/ביסקסואלים), והקשרים הזוגיים עליהם דיווחו היו ארוכים יותר מאלו של הנערים ההומואים והביסקסואלים. (ראה טבלה 5).

טבלה 5. דפוסי היכרות וקיום יחסי מין – נערים הומואים וביסקסואלים בהשוואה לנערים סטרייטים בקרב בני נוער וצעירים שקיימו יחסי מין במהלך חצי השנה האחרונה

נערים הומואים וביסקסואלים		נערים סטרייטים		
ממוצע (ס"ת)	ממוצע (ס"ת)	ממוצע (ס"ת)	t	
4.6 (5.90)	2.4 (1.8)	2.4 (1.8)	3.21**	מספר פרטנרים מיניים בחצי שנה אחרונה
35.3%	15.4%	15.4%	4.76*	מעל 20 פרטנרים במהלך החיים
30%	17.2%	17.2%	1.68	יש בן/ת זוג קבוע/ה
73.8%	40%	40%	3.36**	אורך הקשר עד 6 חודשים

בקרב הנערות הלסביות והביסקסואליות שדיווחו על קיום יחסי מין בחצי השנה האחרונה, ישנם שיעורים גבוהים יותר של נערות שקיימו יחסי מין עם בני המין השני (יש להזכיר, כי כמחצית מהנערות הגדירו עצמן בביסקסואליות): 18.8% מהנערות קיימו יחסי מין בחצי השנה האחרונה עם בנים בלבד, 14.5% קיימו יחסי מין עם בנים ובנות, ואילו 66.3% קיימו יחסי מין עם בנות בלבד. הנערות הלסביות והביסקסואליות דיווחו על מספר קשרים מיניים נמוך הרבה יותר מהנערים ההומואים והביסקסואלים: בחצי השנה האחרונה היו להם בין 1-30 קשרים מיניים, כשהממוצע הוא 2.1 (ס"ת = 3.5) (נערים הומואים וביסקסואלים דיווחו על 1-50 שותפים מיניים בשנה האחרונה, עם ממוצע של 4.6 שותפים מיניים). בנוסף, רק עשירית מהנערות הלסביות והביסקסואליות (10%) העידו כי במהלך חייהם היו להן יותר מ-20 פרטנרים מיניים. נערות לא דיווחו על קיום יחסי מין תמורת תשלום. אחוזים ניכרים של הנערות הלסביות והביסקסואליות מעידות על כך שיש להן בת זוג קבועה (52%), גם בקרב הנערות, כמו אצל הנערים ההומואים והביסקסואלים, רוב הקשרים הזוגיים (67.9%) הם קשרים משישה חודשים. הגיל הממוצע של בנות הזוג בקרב הנערות, נמוך יותר מזה של בני הזוג של הנערים (גיל ממוצע 20.9, ס"ת = 4.8). למרות שמספר השותפים המיניים של נערות לסביות וביסקסואליות נמוך משמעותית מזה של הנערות ההומואים והביסקסואלים, הרי שבהשוואה לנערות סטרייטיות, מספר השותפים המיניים שלהן גבוה יותר. בקרב נערות סטרייטיות, מספר השותפים המיניים שלהן נע בין 1-6 בחצי השנה האחרונה, כאשר הממוצע הוא 1.5 פרטנרים מיניים. רק ל-5% מהנערות הסטרייטיות היו יותר מ-20 שותפים מיניים בחייהן. לכשליש מהנערות הסטרייטיות (29.4%) יש בן זוג קבוע, ואצל מחציתן (46.6%) משך הקשר הוא מעל שנה (ראה טבלה 6).

טבלה 6. דפוסי היכרות וקיום יחסי מין – נערות לסביות וביסקסואליות בהשוואה לנערות סטרייטיות בקרב נערות וצעירות שקיימו יחסי מין במהלך חצי השנה האחרונה

	נערות סטרייטיות	נערות לסביות וביסקסואליות	
t	ממוצע (ס"ת) 1.50 (1.21)	ממוצע (ס"ת) 2.10 (3.51)	מספר שותפים מיניים בחצי שנה אחרונה
χ^2			
1.26	5%	10%	מעל 20 שותפים במהלך החיים
6.21**	29.4%	52%	יש בן/ת זוג קבוע/ה
3.37*	46.6%	67.9%	משך הקשר עד 6 חודשים

ממצאים אלו, מצביעים על כך שמספר השותפים המיניים של נערים הומואים וביסקסואלים גבוה בצורה משמעותית בהשוואה לנערים סטרייטים, ובהשוואה לנערות (מכל נטייה מינית). גם בקרב נערות לסביות וביסקסואליות, מספר השותפים המיניים גבוה מאשר בקרב נערות סטרייטיות, ודפוס הקשרים המיניים שלהן דומה לזה של נערים סטרייטים. בנוסף, נראה שלהט"ב נוטים להגדיר כזוגיות גם קשרים קצרי טווח, בעוד בקרב נערים ונערות סטרייטים – הגדרת קשר כ'זוגיות' מגיעה לאחר פרק זמן ארוך יותר.

לא נמצאו הבדלים במימדים אלו, בקרב נערים ונערות הומואים, לסביות וביסקסואלים אשר משתתפים בפעילות איג'י לבין נערים ונערות שאינם משתתפים בפעילות.

היכן מכירים את הפרטנרים המיניים?

נערים הומואים וביסקסואלים משתמשים בעיקר באינטרנט לאתר שותפים מיניים (79.3%), ולאחריה היכרות דרך חברים (41.4%). כשליש מהנערים (32.9%) מכירים שותפים מיניים גם במקומות בילוי, כבארים/מסיבות, ומיעוט מהנערים מכירים שותפים מיניים ובסאונות (4.3%) ובגנים ציבוריים (2.9%). דפוס היכרות זה שונה מאד מזה של נערים סטרייטים, עבורם הדרך הרווחת ביותר להיכרות עם שותפות מיניות היא דרך חברים (31.0%) ובארים (27.6%). רק 13.8% מהנערים הסטרייטים מכירים שותפות למין דרך האינטרנט. סאונות וגנים ציבוריים אינם אתרי היכרות מינית עבור סטרייטים.

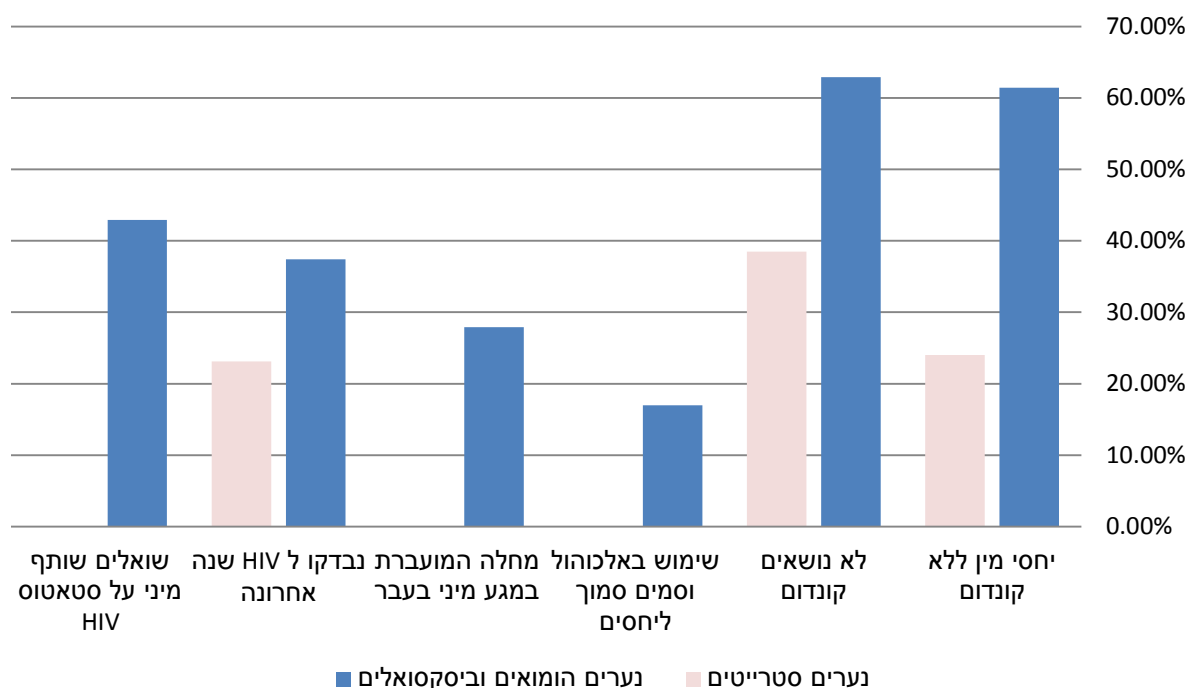
בקרב נערות לסביות וביסקסואליות, הדרך הרווחת להיכרות עם שותפים מיניים היא דרך חברים (69.3%). כשליש מהנערות מכירות שותפים/ות למין דרך האינטרנט (38.6%) ובמקומות בילוי (30.7%). סאונות וגנים ציבוריים אינם אתרי היכרות עבור נערות לסביות וביסקסואליות. נערות סטרייטיות מכירות שותפים מיניים בדרך כלל דרך חברים (31.4%), ומיעוטן דרך האינטרנט (12.7%) ובבארים (8.8%).

גם בהקשר למסגרות בהן מתקיימת ההיכרות של הפרטנרים המיניים לא נמצאו הבדלים בין אלו המשתתפים בפעילות איג'י לבין הנערים והנערות שאינם משתתפים בפעילות.

התנהגות מינית מסוכנת ושמירה על בריאות מינית

הנתונים מצביעים על התנהגות מינית מסוכנת, בעיקר בקרב נערים הומואים וביסקסואלים. בקרב הנערים ההומואים/ביסקסואלים שקיימו יחסי מין בחצי השנה האחרונה, יותר ממחציתם (61.4%) קיימו יחסי מין אנאליים לא מוגנים, עם שפיכה. במקביל, 62.9% אינם נושאים עליהם קונדום באופן קבוע. כחמישית מהנערים (17.0%) משתמשים באלכוהול או בסמים בסמוך לקיום יחסי מין. ל-27.9% מהנערים הייתה בעבר מחלה המועברת על ידי מגע מיני (sexual transmitted disease). עם זאת, כשליש מהנערים ההומואים והביסקסואלים (37.4%) נבדקו במהלך השנה האחרונה ל-HIV, וכמעט מחצית מהם (42.9%) שואלים את השותפים המיניים שלהם לגבי סטאטוס ה-HIV שלהם. כשליש מהנערים (29.3%) מצהירים כי בחצי השנה האחרונה היצר גבר עליהם, עד כדי שעשו סקס ללא שימוש בקונדום. לעומתם, נערים סטרייטים, נושאים ברובם קונדום (61.5%), ורק 15% מצהירים כי קיימו יחסי מין ללא קונדום כי גבר עליהם היצר. נערים סטרייטים, הצהירו כי אינם משתמשים בחומרים ממכרים או שותים אלכוהול לפני קיום יחסי מין. 23.1% מהנערים הסטרייטים נבדקו ל-HIV במהלך השנה האחרונה, ולאף אחד מהם לא הייתה בעבר מחלה המועברת במגע מיני. תרשים 1 מרכז את נתוני ההתנהגות המינית המסוכנת והשמירה על בריאות מינית בקרב נערים הומואים וביסקסואלים, בהשוואה לנערים סטרייטים.

תרשים 1: התנהגות מינית מסוכנת ושמירה על בריאות מינית בקרב נערים הומואים וביסקסואלים שדווחו על פעילות מינית בחצי שנה אחרונה, בהשוואה לנערים סטרייטים



בקרב הנערות הלסביות והביסקסואליות, רובן (89%) לא נושאות קונדום. עשרה אחוזים מהנערות נבדקו ל-HIV בשנה האחרונה, ול 3% הייתה בעברן מחלה המועברת במגע מיני. חשוב לציין, כי הפרקטיקה המינית בין שתי נשים בטוחה באופן יחסי לזו שבין שני גברים המקיימים מין אנאלי, והשימוש בקונדום בקרב לסביות אינו רווח, ואף אינו נחוץ בחלק מהפרקטיקות. בקרב נערות סטרייטיות, 25% דיווחו כי קיימו יחסי מין ללא קונדום, עם שפיכה בנרתיק. רבע מהנערות הסטרייטיות (25%) מחזיקות אצלן קונדום, ו-9.3% מהן נבדקו ל-HIV. ל-7% מהנערות הסטרייטיות הייתה בעברן מחלה המועברת במגע מיני.

לא נמצאו הבדלים בהתנהגות המינית המסוכנת ובשמירה על בריאות מינית בין נערים ונערות הומואים, לסביות וביסקסואלים המשתתפים בפעילות איגי לבין אלו שאינם משתתפים בפעילות.

דין והמלצות

ממצאי המחקר הנוכחי חושפים נתונים מעניינים אודות גיבוש הנטייה המינית וההתנהגות המינית של בני נוער וצעירים להט"ב. שלבי התפתחות וגיבוש הנטייה המינית, גיל ההכרה בנטייה המינית השונה והיציאה מהארון – ירדו בשני העשורים האחרונים (Shilo & Savaya, 2012). מכאן, שתהליך ההתבגרות – הרגשית והמינית של הנוער הגאה מתרחש במקביל לזה של עמיתיו הסטרייטים. העובדה שלא נמצא הבדל בגילאים הממוצעים של תחילת קיום יחסי מין בין בני נוער וצעירים להט"ב, לבין נוער וצעירים סטרייטים, כמו גם העובדה שאבני הדרך בגיבוש הנטייה המינית מתגבשים ברובם בטרם תחילת קיום יחסי המין המלאים – מלמדים כי קיימת התאמה בין תהליך ההתבגרות המינית של בני נוער גאה ושאינו גאה. הגילאים הממוצעים לתחילת קיום יחסי מין בקרב נוער גאה (כמו גם בקרב בני נוער סטרייטים) הם בין גילאי 16-17. טווח הגילאים של תחילת קיום יחסי המין רחב יותר, ומתחיל מגיל 9 (בקרב נערים הומואים וביסקסואלים). לכן, חשוב להתחיל את החינוך למיניות, ולמין בטוח – בגילאים מוקדמים, הן לנוער גאה, והן לסטרייטים.

עם זאת, הפרקטיקות המיניות עצמן של הנוער הגאה – ובעיקר של נוער וצעירים הומואים וביסקסואלים, בהשוואה לאלו של צעירים ונוער סטרייטים, מציבות את הנערים והצעירים בסיכון להידבקות במחלות המועברות במגע מיני. העובדה שמעצם ההגדרה של נטייתם המינית, נערים וצעירים הומואים וביסקסואלים מקיימים מין אנאלי יותר מכל שאר הקבוצות (נערות וצעירות לסביות וביסקסואליות, נערים ונערות סטרייטים), מציבה אותם בסיכון להידבקות ב-HIV. בנוסף, הנתונים מצביעים על כך שבני הנוער והצעירים ההומואים והביסקסואלים, בהשוואה לעמיתיהם הסטרייטים, משתמשים פחות בקונדום, מקיימים יותר מין לא מוגן הכולל שפירה (ובמקרה שלהם מדובר במין אנאלי), וצורכים יותר אלכוהול וסמים בסמוך לקיום יחסי מין (התנהגות, אשר נמצאה במחקרים כמשפיעה על שיקול הדעת וחושפת לקיום מגע מיני לא מוגן). הנתונים אכן מראים כי כרבע מהנערים ההומואים והביסקסואלים נדבקו במחלות המועברות על ידי מגע מיני, שיעור גבוה משמעותית בהשוואה לכל הקבוצות האחרות שנבדקו.

גם מסגרות ההיכרות של הפרטנרים המיניים שדווחו על ידי הנערים והצעירים ההומואים והביסקסואלים, מציבות אותם בסכנה להתנהגות מינית מסוכנת. שמונים אחוזים מהנערים והצעירים ההומואים והביסקסואלים ציינו כי הם מכירים פרטנרים מיניים דרך האינטרנט. שיעורים אלו גבוהים משמעותית מדרך יצירת קשר עם פרטנרים מיניים באינטרנט שדווחו על ידי נערות וצעירות לסביות וביסקסואליות, ובני נוער וצעירים סטרייטים (בנים ובנות). במחקר אחר שערכנו (Shilo & Mor, under review), מצאנו שחיפוש שותפים מיניים דרך האינטרנט קשור להתנהגויות מיניות מסוכנות, מין לא מוגן, ושימוש בחומרים ממכרים (אלכוהול וסמים). בנוסף, מצאנו שצעירים הומואים וביסקסואלים אשר משתמשים באינטרנט לחיפוש אחר פרטנרים מיניים מחוברים יותר לקהילת הלהט"ב, יש להם יותר קשרים חברתיים עם להט"ב, ובריאותם הנפשית גבוהה יותר. המסקנה שהסקנו לאור ממצאים אלו היא, שהשימוש באינטרנט בכלל, ובתוכו חיפוש פרטנרים מיניים, אמנם מסייע לצעירים הומואים וביסקסואלים ביצירת קשרים חברתיים, וייתכן שאף משפר מימדי בריאות נפשית. עם זאת, הוא מציב אותם בסיכונים וסכנות בריאותיים – והחשיפה והקשר לקהילה חושף את המשתמשים באינטרנט

למציאת שותפים מיניים ולפרקטיקות מיניות מסוכנות: אי שימוש בקונדום במין אנאלי, בר-בקינג (= כוונה מוצהרת לקיים יחסי מין אנאליים ללא קונדום), שימוש בחומרים ממכרים ואלכוהול. כך, גם צעירים שהם עצמם אינם נוהגים בצורה סיכנית (לדוגמא: אינם משתמשים בחומרים ממכרים, או שמתמשים לרוב בקונדום בעת קיום יחסי מין) עלולים להכיר דרך המפגש המיני האינטרנטי שותפים מיניים שנוהגים לקחת עליהם סיכונים (שותפים מיניים אשר משתמשים בסמים ואלכוהול בסמוך לקיום יחסי מין, עוסקים בפרקטיקות של מין לא מוגן).

ממצא מעניין נוסף הוא, שכמחצית מהנערות במדגם הגאה הגדירו עצמן כביסקסואליות. ראשית, ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים נוספים שנערכו בקרב נשים וצעירות, שהעלו שגמישות ההגדרה המינית של נשים גבוהה (Diamond, 2010). לעומת זאת, רוב הנערים שנמשכים לגברים הגדירו עצמם הומואים, ורק מיעוט כביסקסואלים. כיוון שהמחקר אודות התנהגות מינית מסוכנת מתמקד ברובו בסכנות להידבקות ב-HIV, תשומת לב מרכזית ניתנת לגברים המקיימים סקס עם גברים, ואילו נשים, ובעיקר לסביות, נמצאות בסיכון נמוך מאד להידבקות בנגיף. בהתאם, נראה כי העיסוק הקהילתי, כמו גם המחקרי, בסכנות לבריאות מינית בקרב נשות קהילת הלהט"ב, ובכללן נערות וצעירות הוא מוגבל. עם זאת, ממצאי המחקר הנוכחי, אשר מצביעים על כך שמחצית מהנערות והצעירות הגדירו עצמן ביסקסואליות, ואחוזים ניכרים מהן מקיימות יחסי מין עם גברים, מעלה את הסיכון להריונות לא רצויים בקרב אוכלוסייה זו. הדעה הרווחת בקהילת הלהט"ב, כמו גם בקרב אנשי מקצוע, היא שנשים השייכות לקהילה חסינות מכניסה להריון לא רצוי. אולם, כאשר מחצית מהנערות והצעירות מקיימות יחסי מין עם גברים (באופן בלעדי או בנוסף לקיום יחסי מין עם נשים), יש לתת את הדעת לסכנות שבהריון לא רצוי בקרבן. במחקר הנוכחי, לא נכנסו לעומק לדרכים להימנע מכניסה להריון (לדוגמא – לא שאלנו את הנערות והצעירות אודות שימוש באמצעי מניעה שונים), אך במחקרים עתידיים ראוי להתייחס לכך.

לא מצאנו הבדלים בהתנהגויות הבריאות, הפרקטיקות המיניות וההתנהגויות הקשורות לסיכון מיני בין בני נוער וצעירים להט"ב המשתתפים בפעילות איגי לבין אלו שאינם משתתפים בפעילות. יש לציין שהמדגם הנוכחי, בדומה למחקרים אחרים הנערכים בקרב להט"ב, כולל שיעורים גבוהים של בני נוער וצעירים הנמצאים מחוץ לארון. ייתכן וזו הסיבה להעדר ההבדלים, ודרושים מחקרים נוספים הכוללים גם אחוזים משמעותיים יותר של נוער להט"ב בארון, ושאינו קשור לקהילת הלהט"ב. מצד שני, לאור העובדה שאיגי מבצע פעילויות הסברה בקרב בני נוער בנוגע למין בטוח, אולם עדיין לא נמצאו הבדלים בהתנהגויות הקשורות לסיכונים מיניים, ייתכן ויש מקום לשקול להרחיב את הפעילות בנושא בתוך הארגון.

הממצאים מצביעים על מדדי בריאות נפשית נמוכים בקרב בני נוער להט"ב. נשאלת השאלה מה גורם לכך שבני נוער וצעירים להט"ב נמצאים במצב סיכוני – הן מבחינת בריאות פיזית, הן מבחינת בריאות מינית, והן מבחינת בריאות נפשית – בהשוואה לבני נוער וצעירים סטרייטים. אנו מצרפים כנספח לדוח זה, מאמר שהתפרסם באוגוסט 2014 בכתב העת המקצועי Health & Social Work, ומתאר מחקר שערכנו, בו השתמשנו בנתוני המחקר 'לגדול בישראל' (שנתוניו התיאוריים מופיעים בדו"ח הנוכחי). המחקר מבוסס על תיאוריית דחק המיעוטים (Minority Stress), וייחודו בכך שבדק לא רק את הגורמים למדדי בריאות נפשית נמוכים בקרב נוער וצעירים להט"ב, אלא לראשונה

נבדקו גם הגורמים למדדי בריאות כללית, והקשרים בינם לבין הסיכון המיני. הממצאים מצביעים על כך שהבריאות הנפשית הנמוכה של צעירים אלו נובעת מלחצים ומתחים הקשורים לנטייתם המינית: התעמרות (harassment) ישירה ועקיפה על רקע נטייה מינית והיעדר תמיכה חברתית ומשפחתית. בנוסף, הבריאות הנפשית הנמוכה הסבירה בחלקה את מדדי הבריאות הכללית וההתנהגויות המיניות הסיכוניות. כלומר, מדדי בריאות נפש נמוכים מגבירים את הסיכון המיני של הנוער הלהט"ב, ומעודדים התנהגות בריאותית סיכנית (כגון: עישון, שימוש בחומרים ממכרים). ממצא מעניין שמצאנו הוא, שקשרים עם להט"ב אחרים ועם הקהילה, ותמיכה של חברים – מסייעים לבריאות הנפשית של בני הנוער, ומאידך – גורמים להתנהגות מינית מסוכנת. ההסבר שנתנו לממצאים אלו הוא, שהחיבור לקהילת הלהט"ב, יציאה למקומות בילוי, היכרות עם תת-התרבות ההומואית, מצד אחד מסייעים לשיפור תהליכי החיברות עם קבוצת הדומים, אך מאידך חושפים אותם להתנהגויות ולתרבות מינית מסוכנת.

לסיכום, בין הנושאים שעלו בממצאי המחקר הנוכחי נראה שיש להרחיב עליהם את השיח והפעילות החינוכית (בקהילה בכלל, ובאיגי בפרט):

- **מין מוגן** - שימוש בקונדום בעת קיום יחסי מין בקרב נערים וצעירים, ושימוש בקונדום ובאמצעים לצמצום הסיכון להריונות לא רצויים בקרב נערות וצעירות.
- **מין תמורת תשלום** – בקרב נערים וצעירים, כעשירית דיווחו שקיימו מין תמורת תשלום (נערות וצעירות לא דיווחו על פרקטיקה זו). זנות בגילאים אלה עלולה גם לכלול מרכיבים של ניצול מיני, והשלכות קשות על הבריאות הנפשית.
- **שימוש בחומרים ממכרים** – בקרב נערים וצעירים הומואים וביסקסואלים, שיעורים גבוהים (בהשוואה לנערים וצעירים סטרייטים) מעשנים, צורכים אלכוהול ומשתמשים בסמים (גראס, חשיש, סמי מועדונים, פופרס ודבקים). בקרב נערות – רווח עישון ושתיית אלכוהול בכמויות גבוהות.
- **פעילות גופנית** – נערים וצעירים הומואים וביסקסואלים נוהגים לבצע פעילות גופנית בתדירות נמוכה יותר בהשוואה לנערים וצעירים סטרייטים.
- **סיוע רגשי** – כמחצית מבני נוער וצעירים הלהט"ב נמצאים בטיפול פסיכולוגי, שיעור גבוה ביחס לבני נוער וצעירים/ות סטרייטים. הקשיים הרגשיים איתם מתמודדים בני נוער וצעירים להט"ב מוכרים וחוזרים במחקרים רבים, כמו גם בכל דו"ח מחקר שנערך באיגי. מחד, העובדה שרבים מבני הנוער נמצאים בטיפול פסיכולוגי, מעידה על כך שייתכן שהם פתוחים יותר לקבל שירות זה ואף מקבלים מענה למצוקתם. מאידך, נוכח האתגרים הרגשיים והחברתיים איתם מתמודדים בני הנוער והצעירים, ייתכן ויש בני נוער נוספים שזקוקים לסיוע, אך זה אינו נגיש להם. עם זאת, למרות המענה הפסיכולוגי שניתן ברמה הפרטנית לשיעורים גבוהים של נוער להט"ב, קיימים יתרונות משמעותיים לסיוע מערכתי וחברתי. יש להרחיב את הסיוע הניתן לבני הנוער ברמה הרגשית במסגרת פעילויות איגי.

מקורות

מור, ז. (2010). יועץ ראש שירותי בריאות הציבור לשחפת ואיידס, מנהל התוכנית הלאומית לשחפת, משרד הבריאות, מכתב, 29 בנובמבר 2010.

רבינוביץ' מ. (2010). *חינוך למניעת מחלות מין בקרב בני נוער בישראל*. הכנסת: מרכז המידע וההערכה.

World Health Organization, *Health Behavior in School Aged Children – A World Health Organization Cross National Study*, at: <http://www.euro.who.int/Document/E91416.pdf>

Mor, Z., Davidovich, U., Bessudu-Manor, N., McFarlane, M. (2012). *High risk behavior in steady and in casual relationships among MSM in Israel. Sexually Transmitted Infection, 87, 532-537.*

Shilo, G. & Mor, Z. (in preparation). *Predictors of sexual activity and condom carrying among Israeli adolescents.*

Shilo, G. & Mor, Z. (under review). Online sex-seeking: Social and sexual risk factors among adolescent and young adults men who have sex with men. *Sexual Health.*

Shilo, G. & Savaya, R. (2012). Mental health of lesbian, gay, and bisexual youth and young adults: Differential effects of age, gender, religiosity, and sexual orientation. *Journal of Research on Adolescence, 22, 310 – 325.*

Shilo, G. & Mor, Z. (2014). The impact of minority stress on the mental and physical health of lesbian, gay, and bisexual youths and young adults. *Health and Social Work, 39, 161 – 171.*

Shilo, G. & Mor, Z. (2014). The impact of minority stress on the mental and physical health of lesbian, gay, and bisexual youths and young adults. *Health and Social Work, 39*, 161 – 171.

The Impact of Minority Stressors on the Mental and Physical Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths and Young Adults

Guy Shilo and Zohar Mor

Research relating to minority stressors generally explores mental health outcomes, with limited focus on the physical dimension. In addition, minority stress research is conducted mainly in Christian-oriented societies. To address these pitfalls we used Web sampling targeting Israeli participants ages 12 to 30 ($N = 952$; 28 percent heterosexuals, 78 percent lesbian, gay, and bisexual [LGB] adolescents and young adults) to assess their mental health, physical and sexual risk behaviors, minority stressors, and coping resources. Results indicate that young LGBs had lower levels of mental and physical health than heterosexuals. Among LGB participants, high levels of minority stressors and low levels of coping resources predicted lower levels of mental health, and lower levels of mental health predicted lower levels of physical health. These results emphasize that minority stressors should be recognized as risk factors for poorer mental health, as well as for physical and sexual risk behaviors.

KEY WORDS: *mental health; minority stress; physical health; sexual minorities*

Studies have shown significant health disparities between lesbian, gay, and bisexual (LGB) individuals and their heterosexual counterparts—including higher incidence of substance use, mental and physical health problems, and greater involvement in sexual risk behaviors (Cochran, Sullivan, & Mays, 2003; Horvath, Remafedi, & Rosser, 2008). Specific attention has been given in research to LGB youths and young adults (comprising adolescents and young adults ages up to 30)—a population known to be at risk for mental health disparities (D’Augelli, 2006). These disparities may be related to the destructive effects of the stigma, victimization, and isolation that sexual minorities endure in heteronormative, occasionally homophobic society, and to the psychological stressors involved in acknowledging and accepting their sexual orientation (Rivers & D’Augelli, 2001).

Minority stress theory (Meyer, 2003) maintains that the heightened vulnerability of LGB individuals stems from their subjection to unique stressors resulting from their minority status. These include distal objective stressors—reflecting the level of heterosexism in the environment (such as antigay harassment)—and subjective proximal stressors (such as internalized homophobia and concealing

one’s sexual orientation), reflecting the LGB individual’s perception of the environment as threatening. The impact of such minority stressors can be alleviated by certain coping resources—especially social support and connectedness to the LGB community (Kertzner, Meyer, Frost, & Stirratt, 2009; Meyer, 2003). Risky sexual behaviors, which include anal/vaginal sex without a condom with a partner whose HIV status is discordant or unknown, and sexual intercourse under the influence of alcohol or other substances, may expose individuals to HIV and other sexually transmitted diseases (Mor, Davidovich, McFarlane, & Feldstein, 2008). Physical risk behaviors such as smoking and substance use, just as risky as these sexual behaviors (Harte & Meston, 2012), are often explained by the individual’s mental status in response to subjective and objective stressors due to their disadvantaged social status, and suggest a link between mental and physical health (Hass, Schefer, & Kornienko, 2010; Meyer, 2003). Minority stress approach is now contested by researchers, who argue that these deficit models of LGB development infer illness, and call for further investigation of resilience factors (such as family and friends’ support) effecting positive aspects of mental health among young LGBs (Savin-Williams, 2005). As suggested by Shilo &

Savaya (2011), a resilience–risk continuum may explain the impacts of social stressors and coping resources on the health of LGB youths and young adults. Whereas resiliency is described as the set of protective factors that make a person resistant to the detrimental effects of stressors, vulnerability represents the opposite end of the continuum (Ingram & Price, 2001), and both are fundamental to the understanding of minority stress approach.

Nationally conducted random surveys (Russell & Joyner, 2001) as well as nonrandom studies worldwide (D’Augelli, 2006; Horvath et al., 2008) have linked adverse mental health outcomes among LGB youths and young adults, including suicidal ideation and behavior, to stressors such as violence, bullying, and harassment due to their sexual orientation. Evidence also suggests that this population—particularly adolescent and young adult gay men—is at high risk for substance use and sexual risk taking (Wong, Kipke, Weiss, & McDavitt, 2010). Research relating to minority stress theory generally looks at mental health outcomes with limited focus on the physical dimension (Kertzner et al., 2009; Meyer, 2003).

Recent studies have shown that LGB youths and young adults in Israel, a developed country characterized by a relatively openly gay society, disclose their sexual orientation at the mean age of 16.5 to both friends and family members (Shilo & Savaya, 2011) and that 67.5 percent of gay men had their first sexual encounter before 18 years of age (Mor, Davidovich, Bessudu–Manor, & McFarlane, 2012). It is also known that the annual number of newly diagnosed HIV infections among the LGB population in Israel has tripled between 1999 and 2010 (Mor & Dan, 2012). With the growing concern over the increase of sexual and risk behaviors among LGB individuals in Israel, and given the limited data available on the physical health behavior among sexual minority youths, the present study set out to compare the mental and physical health (comprising physical and sexual risk components) of Israeli LGB youths and young adults with that of their heterosexual counterparts, and define the predictors of mental and physical health among young LGB youths and young adults. We hypothesized that (1) young LGB would experience poorer mental and physical health than heterosexuals; (2) demographic characteristics (such as being an adolescent or male) and stressors related to belonging to a sexual minority (internalized homophobia, level

of outness, antigay harassment) would be associated with poorer mental and physical health outcomes, while coping resources (support from family and friends, and connectedness to the LGB community) would be associated with more favorable mental and physical health outcomes; and (3) poorer mental health would be associated with risky behaviors.

METHOD

Procedures

Study participants were recruited between July and October 2010, and were asked to complete a Hebrew-language electronic questionnaire hosted on a secure Web page (<https://send2.bignet.co.il/expo4u/>). Due to the difficulty of sampling LGB individuals, with the lack of sampling frame, an online venue sampling (Meyer & Wilson, 2009) was used by offering the questionnaire to members of nine LGB groups on Facebook (among which six were for LGB youths and young adults, two for young gay males, and one for young lesbians) and six other young LGB Web forums. Similarly, heterosexual participants were recruited by offering the questionnaire to members of seven general groups on Facebook and six general Web forums aimed at young participants. To reduce potential bias, Facebook groups and Web forums for LGB youths and young adults and young heterosexuals were matched on the basis of their content (for example, “LGBs for human rights” and “young Israelis for human rights” Facebook groups; “young LGBs” and “up to 30” Web forums, both for social contact among forum participants). In addition, Web forums and Facebook groups were excluded from our sampling frame if they were likely to overrepresent people seeking or receiving support for mental or physical health problems, or people seeking sexual encounters (for example, a group that offers help for people with HIV, a Web forum that offers help and support for young LGBs during the “coming out” process, and LGB and heterosexual dating forums). Eligibility criteria were being a Jewish adolescent or young adult (ages 12 to 30) living in Israel. The purpose of the study was stated on page 1 of the questionnaire: to study the various aspects of growing up in Israel as a young heterosexual, gay, lesbian, or bisexual. Participants were asked to confirm consent electronically before completion. All study procedures were reviewed and approved by the institutional review boards of Tel

Aviv University, the Wolfson Medical Center, and the Israel Gay Youth Organization.

A potential pitfall in Web-based sampling—that it may exclude segments of the population studied due to different computer accessibility and use (Meyer & Wilson, 2009)—is not really applicable to this study. Ninety-two percent of Israelis 30 years old or younger have access to the Internet and use it on a daily basis (Central Bureau of Statistics, 2009).

Participants

A total of 952 participants, comprising almost equal numbers of males ($n = 508$, 53.4 percent) and females ($n = 444$, 46.6 percent), completed the questionnaire, with a mean age of 22.1 ± 4.7 years. Participants reported their age, gender, sexual orientation (gay or lesbian, bisexual, heterosexual, questioning) and place of residence. On the basis of these responses, participants were classified as either adolescent (age ≤ 18) or young adult (age 19 and older), LGB (including questioning) or heterosexual, and residing in greater Tel Aviv/central region or in the periphery. Age classification was based on the fact that in Israel (like in other Western countries) the age of 18 legally marks the transition from adolescence to adulthood. In Israel, it is also the age when most Jewish youths are conscripted into the compulsory military service, which is a significant psychological and social phase in the lives of young Jewish Israelis (Dar & Kimhi, 2001).

Of the total 952 participants, 685 (72 percent) self-identified as LGB and 267 (28 percent) as heterosexuals. Demographic characteristics of the LGB participants are presented in Table 1. Most participants (both heterosexual and LGB) described themselves as secular ($n = 830$, 86.2 percent), while 133 (13.8 percent) described themselves as “traditional” or “religious.” Collectively, participants resided in 104 cities and towns across Israel, representing all seven social demographic clusters in Israel (Central Bureau of Statistics, 2009). Of all study participants, 222 (23.3 percent) were high school students, 335 (35.2 percent) were attending university, 106 (11.1 percent) were in compulsory military service, and 523 (54.9 percent) were employed. Furthermore, 334 participants (35.1 percent) were both students (at high school or university) and employed. No statistical group differences were found in sociodemographic characteristics (age, religiosity, occupation, and residency) between heterosexual and LGB participants.

Measures: Outcome Variables

Mental health was assessed by the Mental Health Inventory (MHI) (Veit & Ware, 1983), a 38-item measure of mental distress (25 items) and psychological well-being (13 items). Items were rated on a six-point scale ranging from 1 (strongly agree) to 6 (strongly disagree). The MHI was translated into Hebrew by Florian & Drori (1990), who confirmed both construct and external validity of the Hebrew

Table 1: Demographic Characteristics among LGB Participants, by Sexual Orientation (N = 685)

Variable	Gay Boys (n = 390)		Lesbians (n = 142)		Bisexuals (n = 153)	
	n (%)	M (SD)	n (%)	M (SD)	n (%)	M (SD)
Age		22.9 (4.5)		22.4 (4.7)		21.5 (4.4)
Gender						
Male	390 (100)				51 (33.3)	
Female			142 (100)		102 (66.7)	
Religiosity						
Secular	348 (89.5)		119 (84.4)		137 (89.5)	
Traditional	35 (8.7)		19 (13.5)		11 (7.2)	
Religious	7 (1.8)		3 (2.1)		5 (3.3)	
Occupation						
High school	73 (18.7)		41 (28.9)		32 (20.9)	
Military service	46 (11.8)		18 (12.7)		13 (8.5)	
University	145 (37.2)		48 (33.8)		34 (22.2)	
Employed	234 (60)		74 (52.1)		86 (56.2)	

version on the basis of a representative sample of Israeli population and reported high internal consistency reliability ($\alpha = .95$, $\alpha = .93$ for distress and well-being scales, respectively). The present study established a reliability of $\alpha = .91$ for the distress scale and $\alpha = .94$ for the well-being scale. Scores were calculated as the sum of the item measures of each index: The higher the score, the greater the distress and well-being.

Physical health was assessed by 11 measures of known physical health risk behavior and sexual risk behavior. Tobacco, alcohol, and other drug use are the leading causes for heart disease and cancer, which leads to high rates of mortality and morbidity in all Organisation for Economic Co-operation and Development countries; these behaviors are often established during youth and extended into adulthood (Kolbe et al., 2004). Therefore, physical health risk behavior was gauged in this study by means of eight questions, adapted from the Centers for Disease Control and Prevention's Youth Risk Behavior Surveillance System (CDC-YRBSS) (Eaton, Kann, Kinchen, Shanklin, & Flint, 2012), pertaining to smoking (more than four cigarettes a day), using drugs without prescription, using anabolic steroids to gain muscle hypertrophy, or substance use (alcohol above one daily portion, club drugs, chemical stimulants, or hallucinogens) in the previous six months. Sexual risk behavior was assessed by three questions, based on the CDC-YRBSS, relating to the practice of anal intercourse without a condom and to the use of drugs or alcohol, respectively, before or during sexual intercourse within the previous six months. These behaviors were found to expose heterosexual males and females, as well as gay males and lesbians, to HIV and other sexually transmitted diseases (Everett, Corman, & Reichman, 2013; Mor et al., 2008). Items were scored dichotomously: 0 (never engaged in *the specific* risk behavior) or 1 (performed one or more episode of *the specific* risk behavior). Scores were calculated as the sum of the items of each submeasure: The higher the score, the less favorable the physical health risk behavior (on a scale from 0 to 8, $\alpha = .61$), or the less favorable the sexual risk behavior (on a scale from 0 to 3, $\alpha = .67$), as applicable.

Measures: Predictor Variables

Minority Stressors. Internalized homophobia was assessed using the Hebrew version of the LGB Self-Acceptance Questionnaire (Elizur & Mintzer,

2003). This comprised 10 questions concerning the respondents' degree of acceptance of their sexual orientation, with responses on a five-point scale ranging from 1 (not at all) to 5 (very much). Elizur and Mintzer (2003) demonstrated convergent validity and very good internal consistency reliability ($\alpha = .81$). The present study established a reliability of $\alpha = .82$. Scores were calculated as the mean of the index items: The higher the score, the greater the internalized homophobia.

Level of outness (the degree to which the LGB individual has disclosed his or her sexual orientation to others) was assessed by seven items establishing the extent to which the subject had "come out" to close friends; family members; and friends and faculty or teachers at school, university, army, and work, respectively (adapted from D'Augelli et al., 2005), on a five-point scale ranging from 1 (no one) to 5 (all). D'Augelli et al. (2005) reported a reliability of $\alpha = .80$ for the original scale. The present study established a reliability of $\alpha = .78$. Scores were calculated as the mean of items: The higher the score, the greater the level of outness.

Distal and proximal antigay harassment were assessed by means of the adjusted Gay Harassment Scale (adapted from D'Augelli & Grossman, 2006). Participants were asked about the frequency of incidents of LGB-related verbal, physical, or sexual harassment; bullying; boycotts; or outings that they had witnessed or that happened to people they know (Distal Antigay Harassment Scale) over the previous year. Responses were rated on a four-point Likert-type scale, ranging from 1 (never) to 4 (three times or more). They were then presented with the same questions in relation to such incidents that they had experienced personally in the previous year (Proximal Antigay Harassment Scale). This study established a reliability of $\alpha = .71$ for distal antigay harassment and $\alpha = .82$ for proximal antigay harassment. Scores were calculated as the mean of the items constituting each scale: The higher the score, the more antigay harassment was experienced.

Coping Resources. Support by family and friends was rated on a 13-item scale (Abbey, Abramis, & Caplan, 1985) that measured perceived social support or social undermining from the individual's close family and friends. Items were rated on a five-point Likert-type scale (ranging from 1 = not at all to 5 = a great deal). The Hebrew-language version of these scales was used in a study of LGB youths and young adults in Israel (Shilo & Savaya, 2011)

that reported a good construct validity and a reliability of $\alpha = .87$ and $\alpha = .84$ for the support of family and support of friends, respectively. This study established a reliability of $\alpha = .92$ for social support from friends and $\alpha = .88$ for social support from family. Scores were calculated as the mean of the constituent items: The higher the score, the greater the support from each support provider. These items were completed by both LGB and heterosexual participants.

Connectedness to LGB community was assessed by means of an eight-item questionnaire (Shilo & Savaya, 2011), relating to three key social activities available to LGB youths and young adults in Israel: LGB social groups, Internet forums, and parties aimed at young LGBs. In each case, participants were asked to rate their social contact on a five-point scale, ranging from 1 (never) to 5 (usually). Shilo and Savaya (2011) reported a good construct validity and a reliability of $\alpha = .79$. This study established a reliability of $\alpha = .76$. Scores were calculated as the mean of the constituent items: The higher the score, the higher the individual's connectedness to the LGB community.

Statistical Analysis

Data were analyzed and cleaned; no missing data were detected. Physical health outcomes were dichotomized on the basis of their median scores (range of physical risk behavior: 0 to 8, median = 2; range of sexual risk behavior: 0 to 3, median = 1); univariate analysis was carried out by chi-square test for categorical variables or an independent Student's *t* test for continuous variables for normally distributed variables using SPSS for Windows software (version 18). Independent variables were included in a regression model (linear and logistic regression, for mental and physical health outcomes, respectively), which was carried out to examine predictors of mental and physical health outcomes, controlled for place of residency. Analyses were performed in two stages: First, we analyzed the entire sample for differences between LGB and heterosexual participants with regard to mental and physical health, and for determinants predicting poor mental health and health risk behaviors. In this stage, independent variables included demographics (age, gender, sexual orientation) and coping resources (support of family and friends). Second, we analyzed only the LGB participants for determinants predicting poor mental health and health risk behaviors. In this stage, independent

variables included demographics (age, gender), minority stressors (internalized homophobia, level of outness, distal and proximal antigay harassment), and coping resources (support of family and friends, connectedness to LGB community) predicting mental health and health risk behavior outcomes. In addition, mental health variables were included as predictors for risk behavior outcomes. To control for Type I errors in regression models, where multiple independent variables were tested, we used Bonferroni correction (critical alpha = $.05/7 = .007$ for multivariate analysis of the entire sample; critical alpha = $.05/11 = .004$ for multivariate analysis of LGB participants' sample).

RESULTS

Physical and Mental Health among LGB Participants Compared with Heterosexuals

The comparison between the mental and physical health of LGB participants and their heterosexual counterparts is shown in Table 2. It shows that LGB participants exhibited greater mental distress ($M = 67.33$ versus 62.10 , $t_{(950)} = 3.47$, $p < .001$) and lower levels of well-being ($M = 45.91$ versus 50.15 , $t_{(950)} = -4.63$, $p < .001$), and engaged in more physical ($M = 2.96$ versus 2.62 , $t_{(950)} = 2.84$, $p < .05$) and sexual risk behaviors ($M = 1.12$ versus 1.39 , $t_{(950)} = 3.53$, $p < .001$) compared with heterosexuals. In addition, support of family ($M = 3.21$ versus 3.98 , $t_{(950)} = -2.20$, $p = .01$) and friends ($M = 4.01$ versus 4.23 , $t_{(950)} = -2.67$, $p < .001$) was significantly lower among LGB participants compared to heterosexuals.

Multivariate regression identifying variables predicting mental and physical health in the entire sample (see Table 3) demonstrated that being

Table 2: Health Outcomes among Study Participants, by Sexual Orientation (N = 952)

Variable	Heterosexuals (n = 267)		LGBs (n = 685)		p
	M	SD	M	SD	
Mental distress	62.10	20.38	67.33	21.87	.00
Well-being	50.15	12.32	45.91	12.80	.00
Physical risk behavior	2.62	2.33	3.18	2.96	.02
Sexual risk behavior	1.39	0.85	1.65	1.12	.00
Family support	3.98	0.75	3.21	0.81	.01
Friends' support	4.23	0.55	4.01	0.51	.00

Note: LGBs = lesbians, gays, and bisexuals.

Table 3: Multivariate Analysis of Determinants Influencing Mental and Physical Health Outcomes (N = 952)

Variable	Mental Health				Physical Health			
	Mental Distress		Well-being		Physical Risk Behavior		Sexual Risk Behavior	
	B	SE B	B	SE B	B	OR (95% CI)	B	OR (95% CI)
Age ≤ 18	-2.42	1.45	3.83	0.86	-0.92	0.40 (0.29–0.55)	-1.32	0.27 (0.18–0.40)
Female	6.47	1.41	-0.85	0.84	0.03	1.03 (0.76–1.40)	-0.81	0.44 (0.31–0.63)
LGB	8.22	1.57	-5.5	0.93	0.42	1.47 (1.04–2.06)	0.19	1.21 (1.11–2.38)
Family support	-6.86	0.85	2.83	0.50	0.13	1.40 (0.94–1.43)	0.17	1.19 (0.96–1.48)
Friends' support	-10.19	1.25	7.88	0.74	0.48	1.62 (1.22–2.17)	0.58	1.80 (1.29–2.51)
Mental distress					0.03	1.03 (1.02–1.06)	0.02	1.02 (1.01–1.03)
Well-being					-0.01	0.99 (0.98–1.01)	-0.04	0.97 (0.95–0.98)
R ²	.186		.191		.141		.235	

Notes: Boldface indicates significant level after Bonferroni correction ($p \leq .007$); CI = confidence interval; LGB = lesbian, gay, and bisexual.

female ($B = 6.47, p < .007$) and LGB ($B = 8.22, p < .007$) was independently associated with high levels of mental distress. Being adolescent ($B = 3.83, p < .007$) and LGB ($B = -5.5, p < .007$) was also independently associated with lower levels of well-being. Higher levels of family and friends' support were associated with lower levels of mental distress and higher levels of well-being. Being a young adult ($B = -0.92, p < .007$), LGB ($B = 0.42, p < .007$), with higher levels of friends' support, and mentally distressed was independently associated with physical risk behavior; being a young adult ($B = -1.32, p < .007$), gay or bisexual male (gender: $B = -0.81$, LGB: $B = -0.19, p < .007$), with higher levels of friends' support, higher levels of mental distress, and lower levels of well-being was independently associated with sexual risk behavior. LGB participants were 1.5 times more likely than heterosexuals to engage in physical risk behaviors and 1.2 times more likely to engage in sexual risk behaviors.

Predictors of Mental and Physical Health among Young LGB Participants

Females and adolescents reported more mental distress compared with males and young adults (see Table 4). All minority stressors and coping resources were significantly correlated in the expected direction with mental distress and well-being—except for level of outness and distal antigay harassment, which were not significantly correlated with well-being.

With regard to physical health of all 685 LGB participants, 412 (60 percent) engaged in high levels of physical risk behaviors during the previous six

months. Typically, these were young adults (67 percent) with higher levels of outness, who had experienced greater distal and proximal antigay harassment, greater support from friends, and high levels of mental distress and low levels of well-being. With regard to sexual risk behaviors, 248 respondents (35.6 percent) were engaged in high levels of sexual risk behaviors during the previous six months. These were commonly young adult (46 percent) males (41 percent), with higher levels of internalized homophobia and higher levels of outness, who had experienced greater distal and proximal antigay harassment, greater support from family and friends, and exhibited lower levels of well-being and higher levels of mental distress.

Multivariate regression analyses identifying variables predicting higher levels of physical and mental health found that being a female young adult had a significant association with mental distress ($B = 6.18, p < .004$). In addition, almost all minority stressors (high levels of internalized homophobia, distal and proximal antigay harassment) and coping resources (lower levels of support from friends and family) were significantly associated with mental distress (see Table 5). Low levels of internalized homophobia, high levels of outness, and low levels of coping resources (support from friends and family) were found to predict lower levels of well-being among young LGB participants. From all predictors of mental health outcomes, friends' support had the strongest effect on both mental distress ($B = -8.98, p < .001$) and well-being ($B = 7.62, p < .001$).

Young adults and participants with high levels of outness, as well as those exposed to antigay harassment, were more likely to engage in physical risk

Table 4: Characteristics of Mental and Physical Health among Lesbian, Gay, and Bisexual Participants (n = 685)

Variable	Mental Distress		Well-being		Physical Risk Behavior			Sexual Risk Behavior		
	M (SD)	p	M (SD)	p	High Levels ^a n (%)	Low Levels ^b n (%)	p	High Levels ^a n (%)	Low Levels ^b n (%)	p
None (n = 685)	67.33 (21.87)		45.91 (12.80)		412 (60)	273 (40)		248 (36)	437 (64)	
Male	65.09 (21.78)		45.83 (12.91)		262 (60)	40 (176)		41 (178)	59 (260)	
Female	71.34 (21.49)	.000 ^d	46.05 (12.62)	.828 ^d	150 (61)	39 (97)	.718 ^c	27 (70)	73 (177)	.000 ^c
Adolescent (≤ 18)	70.83 (22.56)		46.20 (12.63)		110 (47)	53 (125)		17 (40)	83 (192)	
Young adults (>18)	65.50 (21.29)	.002 ^d	45.75 (12.89)	.667 ^d	302 (67)	33 (144)	.000 ^c	46 (208)	54 (245)	.000 ^c
	Pearson's r		Pearson's r							
Intern. homophobia	.21	.000 ^c	-.18	.000 ^c	1.56 (.51)	1.51 (.52)	.156 ^d	1.47 (.51)	1.56 (.54)	.038 ^d
Level of outness	-.10	.007 ^c	.06	.098 ^c	3.49 (1.07)	2.96 (1.09)	.000 ^d	3.76 (.93)	3.01 (1.11)	.000 ^d
Distal harassment	.17	.000 ^c	-.05	.203 ^c	11.12 (4.07)	9.81 (3.99)	.000 ^d	12.03 (4.24)	9.92 (3.85)	.000 ^d
Proximal harassment	.14	.000 ^c	-.09	.020 ^c	7.99 (2.74)	6.97 (2.39)	.000 ^d	8.73 (2.54)	6.97 (2.49)	.000 ^d
	-.33	.000 ^c	.24	.000 ^c	3.89 (.82)	3.82 (.78)	.259 ^d	3.95 (.80)	3.81 (.81)	.029 ^d
Family support	-.31	.000 ^c	.36	.000 ^c	4.26 (.52)	4.17 (.58)	.039 ^d	4.31 (.46)	4.18 (.59)	.003 ^d
Friends' support	-.10	.009 ^c	.14	.000 ^c	2.54 (.76)	2.58 (.87)	.478 ^d	2.58 (.78)	2.55 (.83)	.539
LGB connectedness	-	-	-.69	.000 ^c	69.89 (21.43)	63.51 (22.02)	.000 ^d	72.42 (19.82)	64.54 (22.49)	.000 ^d
Mental distress	-.69	.000 ^c	-	-	44.80 (12.87)	47.64 (12.52)	.004 ^d	42.02 (11.33)	48.15 (13.10)	.000 ^d

Note: Intern. = Internalized; LGB = lesbian, gay, and bisexual.

^aAbove or equal to the median score.

^bBelow the median score.

^c χ^2 , % (M).

^dStudent's t test, M (SD).

^ePearson's r.

Table 5: Multivariate Analysis of Variables Predicting Mental and Physical Health Outcomes among LGB Participants (n = 685)

Variable	Mental Health				Physical Health			
	Mental Distress		Well-being		Physical Risk Behavior		Sexual Risk Behavior	
	B	SE	B	SE	B	OR (95% CI)	B	OR (95% CI)
Age ≤ 18	0.9	1.82	2.09	1.09	-0.60	0.85 (0.36–0.86)	-1.07	0.34 (0.21–0.57)
Female	6.18	1.67	-0.46	1	-0.27	0.77 (0.52–1.12)	-0.77	0.47 (0.30–0.72)
Internalized homophobia	8.04	1.64	-3.69	0.99	0.07	1.07 (0.73–1.55)	-0.05	0.95 (0.62–1.47)
Level of outness	-2.08	0.89	1.5	0.54	0.3	1.35 (1.10–1.65)	0.34	1.47 (1.17–1.84)
Distal harassment	0.65	0.24	-0.07	0.14	0.03	1.03 (0.97–1.08)	0.07	1.08 (1.01–1.14)
Proximal harassment	0.48	1.05	-0.16	0.22	0.11	1.12 (1.03–1.22)	0.19	1.21 (1.09–1.32)
Family support	-6.06	1.02	2.58	0.61	0.15	1.16 (0.92–1.47)	0.13	1.14 (0.87–1.49)
Friends' support	-8.98	1.52	7.62	0.91	0.21	1.23 (0.86–1.77)	0.68	1.97 (1.23–3.07)
LGB connectedness	-2.23	1	1.36	0.6	-0.20	0.80 (0.64–1.01)	0.30	1.36 (1.03–1.42)
Mental distress					0.49	1.64 (1.01–1.73)	0.01	1.01 (0.99–1.02)
Well-being					-0.01	0.99 (0.98–1.02)	-0.04	0.96 (0.94–0.98)
R ²	.233		.193		.163		.365	

Notes: Boldface indicates significant level after Bonferroni correction ($p \leq .004$); LGB = lesbian, gay, and bisexual.

behaviors. As for sexual risk behavior, being a male young adult, feeling comfortable in sharing one's sexual orientation, experiencing more proximal antigay harassment, receiving greater support from friends, and tighter connectedness to the LGB community were all found to predict sexual health risk behavior. With regard to the association between mental health and physical risk behavior, higher levels of mental distress were found to predict physical risk behaviors ($B = 0.49, p < .004$), while low levels of well-being determinants were found to predict sexual risk behaviors ($B = -0.04, p < .004$).

DISCUSSION

This study's findings, that LGB youths and young adults experience poorer mental and physical health than heterosexuals and are more frequently involved in physical and sexual risk behaviors, are consistent with findings of previous studies conducted in Western societies, and with minority stress theory (Kertzner et al., 2009; Russell & Joyner, 2001). Although our LGB sample comparison to heterosexuals was limited, we found that LGB participants had significantly lower levels of family and friends' support. Other stressors that may indeed affect mental and physical health (for example, stressful life events) were not tested in the current study. However, these general stressors were not found in previous research to exemplify LGB people when compared with heterosexuals (see, for example, Meyer, Schwartz, & Frost, 2008).

We found that minority stressors had a negative association and coping resources had a positive association on both mental and physical health of LGB youths and young adults. Experiences of antigay harassment, which in the past have been found to affect mental health in LGBs (Kertzner et al., 2009), were found in this study to be associated with physical health, as well: Firsthand (proximal) experiences of antigay harassment were associated positively with mental distress, and with increased physical and sexual risk behaviors, whereas personal acquaintance with LGB individuals who have been harassed because of their sexual orientation (distal encounters) was associated with mental distress. High levels of internalized homophobia and low levels of support from friends and family were associated with high levels of mental distress and low levels of well-being. In addition, high levels of connectedness to the LGB community were associated with high levels of well-being. These findings provide further evidence of the key role played in the mental health of sexual minorities by support providers in the lives of young LGBs, of the importance of accepting one's sexual orientation, and of the value of social connections to the LGB community (Shilo & Savaya, 2011).

Our findings demonstrate that minority stressors and coping resources were associated with physical health in a different manner than that of mental health. Contrary to our initial hypotheses, high levels of outness were associated with both physical

and sexual risk behaviors, and connectedness to the LGB community and friends' support were associated with increased incidence of sexual risk behavior. These findings suggest that coping resources are at once both protective and risk factors for young LGBs. It is possible that the social sense of security due to belonging to a wider LGB community once young LGBs "come out," coupled with the support of family and friends, has a positive effect on their mental health, while simultaneously exposing them to greater risk of sexual behaviors. The greater sexual risk is probably a result of the increased access of young LGBs to gay- or lesbian-oriented venues, which provide the opportunity to meet more sexual partners, and of adopting similarly promiscuous patterns of behavior. These findings expand our understanding of the complex effects of minority stressors on sexual minorities' health, whereas previous research has focused almost solely on mental health outcomes (Kertzner et al., 2009; Meyer et al., 2008).

The riskier physical and sexual behaviors among LGB youths and young adults, as compared with heterosexuals, may be partially explained by their state of mental health: In this study, physical risk behavior was associated with high levels of mental distress, and sexual risk behavior was associated with lower levels of well-being. Minority stress perspective views sexual minority-related stressors as affecting both mental and physical health (Meyer, 2007). Our findings suggest that these stressors represent vulnerability for the subsequent development of mental distress. Studies of co-occurring (or "syndemic") psychological problems show that there is an additional risk with psychological distress with respect to sexual risk behavior in gay men (Mustanski, Garofalo, Herrick, & Donenberg, 2007; Safran, Blashill, & O'Cleirigh, 2011). Depressive symptoms may adversely affect self-esteem, self-assertion, and self-protective behaviors, and may contribute to higher rates of substance use and other risk-taking behaviors among young men who have sex with men (Salomon, Mimiaga, & Husnik, 2009).

Among all participants, women exhibited higher levels of mental distress whereas men were more often engaged in physical and sexual risk behaviors, in line with other studies (Courtenay, 2000; King et al., 2008). These findings may be explained by general gender differences in risk perception: Men tend to take greater risks than women (Mahalik, Burns, & Syzdek, 2007). Young adulthood was

found to be a risk factor for physical and sexual risk behaviors compared with adolescence—both in the entire study sample and among LGB participants. One possible explanation for those findings is that accessibility to physical risk behaviors (such as drugs and alcohol) as well as opportunities for sexual risk behaviors (sexual intercourse and sexual lifestyle) increase with age. LGB young adults were more likely than adolescents to engage in physical risk behaviors, suggesting that physical health risk behaviors increase with age at a higher rate in the LGB community. In addition, being adolescent (under age 18) was not found to predict lower levels of mental health among young LGBs. These findings support a recently contested standpoint for the deficit model of LGB youth development (Savin-Williams, 2005) and provide further evidence to findings that LGB adolescents are less vulnerable to mental health issues than minority stress and developmental theories of LGBs suggest.

Interpretation of these findings is limited by various factors. First, the study was based on a convenience sample, which may not be representative of all LGB youths and young adults in Israel. Second, the cross-sectional design limits the conclusions that may be drawn regarding causality. To allow temporality, the time frame of physical and sexual behaviors and of mental health feelings was given prominence in the questionnaire. Third, all the findings are based on self-reporting, which is susceptible to reporting bias, especially with regard to sensitive and intimate aspects such as sexual practices and substance use. To minimize this bias, participants were asked to complete the data anonymously and only for the previous six months. Finally, targeting youths and young adults allowed us to assess only physical risk behaviors, rather than confirmed medical health outcomes. This young population is normally healthy, which limits our ability to detect actual medical deterioration in physical health. Our findings suggest that the effect of minority stressors on physical health increases with age, so additional longitudinal studies are needed to assess the association of such changes with age. Despite these limitations, this study does provide a snapshot of mental and physical health in a non-Christian Western society, allowing us to probe the effects of social stressors on mental and physical health and to link the findings with gender, age, and sexual orientation.

The findings of this study have several implications for practice and research. Social workers and

other professionals working with LGB youths and young adults can use the minority stress model as an assessment tool, underscoring antigay harassment experiences, internalized homophobia, and the lack of social support as mental health risk factors that have a negative impact on physical and sexual risk behaviors. Most of the literature on social work practice with LGB youths and young adults adopts coming out models that emphasize the importance of a healthy coming out process and its positive effects on mental health (Mallon, 2008; Morrow & Messinger, 2006). This study suggests that while coming out as a sexual minority may indeed serve as a protective factor for mental health, it also exposes adolescents and young adults to physical and sexual risk behaviors. Social workers and health professionals working with LGB youths and young adults should help young LGB individuals navigate their social lives and behaviors during and after coming out to friends and family, and to be aware of the physical and sexual risks related to the unique subcultural climate of the LGB community. In addition, findings of this research emphasize the importance of assessing both physical and mental health components when working with LGB youths and young adults. Social workers and health educators should exploit the fact that young LGBs who have “come out” are more likely to frequent LGB-related social venues and to use these venues to advertise health announcements and safe-sex messages tailored to sexual minorities of young ages. As LGB people in developed countries share a similar subculture, the results of this study may be used by any health professionals who wish to perform risk reduction interventions in the LGB community. **HSW**

REFERENCES

- Abbey, A., Abramis, D. J., & Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(2), 111–129.
- Central Bureau of Statistics (Israel). (2009). Usage of technology among Israeli population over 20 years old [in Hebrew]. Retrieved from http://www.cbs.gov.il/hodaot2008n/19_08_045b.pdf
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53–61.
- Courtenay, W. H. (2000). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *Journal of Men's Studies*, 9(1), 81–142.
- Dar, Y., & Kimhi, S. (2001). Military service and self-perceived maturation among Israeli youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 427–448.
- D'Augelli, A. R. (2006). Developmental and contextual factors and mental health among lesbian, gay, and bisexual youths. In A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health* (pp. 37–53). Washington, DC: American Psychological Association.
- D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2006). Researching lesbian, gay, and bisexual youth: Conceptual, practical, and ethical issues. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(2–3), 35–56.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter, N. P., Starks, M. T., Vasey, J. J., & Sinclair, K. O. (2005). Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 646–660.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., & Flint, K. H. (2012). Youth risk behavior surveillance—United States, 2011. *Surveillance Summaries*, 61(4), 1–162.
- Elizur, Y., & Mintzer, A. (2003). Gay males' relationship quality: The roles of attachment security, gay identity, social support, and income. *Personal Relationships*, 10, 411–435.
- Everett, S., Corman, H., & Reichman, N. E. (2013). Effects of overweight on risky sexual behavior of adolescent girls. *Economic Inquiry*, 51, 605–619.
- Florian, V., & Drori, J. (1990). The mental health index: Psychometric characteristics and normative data in Israeli population. *Psychologia*, 26–35. (Hebrew).
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2012). Association between smoking cessation and sexual health in men. *BJU International*, 109, 888–896.
- Hass, S. A., Schefer, D. R., & Kornienko, O. (2010). Health and the structure of adolescent social networks. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 424–439.
- Horvath, K. J., Remafedi, G., & Rosser, B.R.S. (2008). Sexual risk taking among young Internet-using men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 98, 1059–1067.
- Ingram, R. E., & Price, J. M. (Eds.). (2001). *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*. New York: Guilford Press.
- Kertzner, R. M., Meyer, I. H., Frost, D. M., & Stirratt, M. J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 500–510.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70.
- Kolbe, L., Kann, L., Patterson, B., Wechsler, H., Osorio, J., & Collins, J. (2004). Enabling the nation's schools to help prevent heart disease, stroke, cancer, COPD, diabetes, and other serious health problems. *Public Health Reports*, 119, 286–302.
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64, 2201–2209.
- Mallon, G. P. (2008). *Social work practice with LGBT people*. New York: Routledge.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in LGB population: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. In I. H. Meyer & M. E. Northridge

- (Eds.), *The health of sexual minorities* (pp. 242–267). New York: Springer.
- Meyer, I. H., Schwartz, S., & Frost, D. M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer excess exposure and fewer coping resources? *Social Science & Medicine*, *67*, 368–379.
- Meyer, I. H., & Wilson, P. A. (2009). Sampling lesbian, gay, and bisexual populations. *Journal of Counseling Psychology*, *56*, 23–31.
- Mor, Z., & Dan, M. (2012). Knowledge, attitudes, sexual practice and HIV prevalence in men who have sex in Tel Aviv, Israel. *Sexually Transmitted Infection*, *88*, 574–580.
- Mor, Z., Davidovich, U., Bessudu-Manor, N., & McFarlane, M. (2012). High-risk behavior in steady and in casual relationships among MSM in Israel. *Sexually Transmitted Infection*, *87*, 532–537.
- Mor, Z., Davidovich, U., McFarlane, M., & Feldstein, G. (2008). Gay men who engage in substance use and sexual risk behaviour: A dual-risk group with unique characteristics. *International Journal of STD & AIDS*, *19*, 698–703.
- Morrow, D. F., & Messinger, L. (2006). *Sexual orientation and gender expression in social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Mustanski, B., Garofalo, R., Herrick, A., & Donenberg, G. (2007). Psychosocial health problems increase risk for HIV urban young men who have sex with men: Preliminary evidence of a syndemic in need of attention. *Annals of Behavioral Medicine*, *34*, 37–45.
- Rivers, I., & D'Augelli, A. R. (2001). The victimization of lesbian, gay, and bisexual youths. In A. R. D'Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities and youth: Psychological perspectives* (pp. 199–223). New York: Oxford University Press.
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, *91*, 1276–1281.
- Safran, S. A., Blashill, A. J., & O'Cleirigh, C. M. (2011). Promoting the sexual health of MSM in the context of comorbid mental health problems. *AIDS and Behavior*, *15*, S30–S40.
- Salomon, E. A., Mimiaga, M. J., & Husnik, M. J. (2009). Depressive symptoms, utilization of mental health care, substance use and sexual risk among young men who have sex with men in EPOLRE: Implications for the age-specific interventions. *AIDS and Behavior*, *13*, 811–821.
- Savin-Williams, R. C. (2005). *The new gay teenager*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Shilo, G., & Savaya, R. (2011). Effects of social support, undermining and acceptance on mental health and sexual orientation milestones of LGB youth. *Family Relations*, *60*, 318–330.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consultation Clinical Psychology*, *51*, 730–742.
- Wong, C. F., Kipke, M. D., Weiss, G., & McDavitt, B. (2010). The impact of recent stressful experiences on HIV-risk related behaviors. *Journal of Adolescence*, *33*, 463–475.

Oren Pizmoni-Levy, Nadav Antebi, Yaron Gal, and Ori Kapara for their assistance in crystallizing the study concept and in developing the questionnaire. This study was partially supported by the Israel Gay Youth Organization.

Original manuscript received July 4, 2012
 Final revision received October 25, 2012
 Accepted November 20, 2012
 Advance Access Publication June 20, 2014

READERS: WRITE TO US!

Submit your reactions to and comments about an article published in *Health & Social Work* or a contemporary issue in the field. Send your letter (three double-spaced pages or fewer) as a Word document through the online portal at <http://hsw.msubmit.net> (initial, one-time registration is required).

Guy Shilo, PhD, is senior lecturer, Bob Shapell School of Social Work, Tel Aviv University, Ramat Aviv, Tel Aviv 69978, Israel; e-mail: shiloguy@post.tau.ac.il. **Zohar Mor, PhD**, is Ramla Health Commissioner, Ministry of Health, Ramla, Israel. The authors would like to thank Uri Shefer,

Sexual health behavior among Israeli young lesbians, gays and bisexuals

Guy Shilo, Ph.D, and Zohar Mor, MD.

Executive Summary

Background: The number of publications regarding adolescents in Israel is limited, especially in the research of young lesbians, gays and bisexuals (YLGB). Sexual risk behaviors are often associated with high-risk of acquiring sexually transmitted infections (STI), including HIV. Morbidity data from different countries, including Israel, demonstrates that there is an increase in the number of YLGB who are engaged in high-risk sexual behaviors, and that the rate of YLGB who are reported with HIV is rising. Nevertheless, sexual education interventions targeting adolescents are insufficient, and mostly ignore issues pertaining to YLGBs.

This study aimed to describe the sexual behaviors and practices of YLGB aged 13-24, compared with heterosexuals in similar ages, and to associate the findings with YLGBs' participation IGI activities.

Methods: A total of 414 YLGB and 182 heterosexuals aged 13-24 participated in this cross-sectional study. Participants for this sample were recruited from electronic chat rooms and internet networks targeting adolescents. No statistical differences were found in the demographic characteristics between the study (YLGB) and control (heterosexuals) groups. Participants were requested to complete a questionnaire including their demographics, sexual behaviors and practices, mental and general health, disclosure of their sexual orientations and their attitudes towards safe-sex.

Major findings: Among males, 84.7% defined themselves as gays and 15.3% as bisexuals and among females, 51.4% defined themselves as lesbians and 48.6% as bisexuals. No statistical differences were found in all parameters studied between those who participated in IGI activities to those who did not.

General health behavior: YLGB demonstrated health behaviors which may expose them to health hazards, such as lack of physical activities, and higher rates of smoking, alcohols or drug use (marijuana, inhalation of alkyl nitrates [popper] or glues) compared with heterosexual participants. Additionally, YLGB more commonly use psychiatric or medications than heterosexuals.

Sexual behavior: The average age of first sexual debut among YLGB was 16-17, similar to the age reported by heterosexuals. The most commonly practice among gay and bisexual males was oral sex with males (74%) and anal male sex (53%), while

among lesbian and bisexual females was oral sex with girls (48.3%). Of all gay and bisexual males, 59% were engaged in sexual activity in the last 6 months, and 57% of the lesbian and bisexual females.

Sexual practices and partnership: Of all gay and bisexual males who reported sexual contact in the last 6 months, 95.7% had sex with other males, with an average of 4.6 sexual partners. One third of the gays and bisexual males (35.3%) reported more than 20 lifelong sexual partners and one third (30%) were in steady relationship, most commonly shorter than 6 months. Heterosexual males reported significantly lower number of sexual partners and were more likely to be in longer relationships than gays/bisexuals males. Of all lesbian and bisexual females, 34.3% reported sex with males (either only men or concomitantly with males and females), with an averages of 2.1 sexual partners in the last 6 months and 10% had more than 20 lifelong partners. The number of sexual contacts of lesbians and bisexuals was greater than that of heterosexuals and the length of steady partnership was shorter.

Gays and bisexual males were most likely to meet their sexual partners online, followed by friends and bars. Heterosexual males met their sexual partners mainly through friends. Females were most likely to meet their sexual partners through friends, regardless of their sexual orientation. While some lesbian girls may meet their sexual partners online, no heterosexual girl reported she met her sexual partners on the internet.

High-risk sexual behavior: This was more commonly practiced by gays and bisexuals, as more than half (61.4%) reported unprotected anal sex with rectal ejaculation. One fifth reported substances-use before or during sex, 27.9% were previously diagnosed with sexually transmitted infection and about one-third reported HIV testing in the last year. Most of gays and bisexual males (62.9%) did not carry condoms on the, while most (61.5%) of the heterosexuals did, and were much less likely to use substances during sex. HIV testing was reported by only 23.1% of the heterosexual males, and none reported previous diagnosis of sexually transmitted infection. High-risk sexual behavior was less common among lesbian girls, but they were susceptible to unplanned pregnancies while having unprotected vaginal sex with males.

Recommendations: Sex education should be extended and widely implemented to adolescents, including chapter covering the perils of substances use and smoking cessation, as well as the risks pertaining to sex for pay. Sex education should be covered in cultural sensitive fashion and include mental support in case needed. Females should be aware of unplanned pregnancies while engaging in unprotected vaginal sex and the importance of condom use. Lastly, adolescent should be aware of the possible risk while searching for partners online.



**Sexual health behavior among Israeli young lesbians, gays and
bisexuals**

Guy Shilo, Ph.D, and Zohar Mor, MD.

September, 2014