

# **PEER, PIRR OCH PÅVERKAN**

EN SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE OM HUR  
ELEVER PÅVERKAS AV SEX- OCH SAMLEVNADS-  
UNDERVISNING

CAROLINE NILSON

# PEER, PIRR OCH PÅVERKAN

## EN SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE OM HUR ELEVER PÅVERKAS AV SEX- OCH SAMLEVNADS- UNDERVISNING

CAROLINE NILSON

Nilson, Caroline. Peer, pirr och påverkan. En systematisk litteraturstudie om hur elever påverkas av sex- och samlevnadsundervisning. *Kandidatuppsats i Folkhälsovetenskap, 10 poäng*. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, Avdelningen för folkhälsa, 2006

*Abstract:* I Sverige är sex- och samlevnadsundervisning obligatorisk. Dock så skiljer sig innehåll, kvalitet och omfattning av undervisningen mycket mellan och inom skolor. Syftet med denna systematiska litteraturstudie är att undersöka hur sex- och samlevnadsundervisning genom skolans insatser påverkar elever. Nio vetenskapliga artiklar användes för att finna svar på detta. Resultat visar att elevers kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa ökar, att attityder i viss mån kan påverkas men att beteenden är svåra att förändra. Flickor uppvisar större kunskap, positivare attityder och något säkrare beteenden än pojkar. Elever uppskattar undervisningen, främst träning i praktiska färdigheter, t.ex. skills och när unga undervisar unga, s.k. ”peer education”. Den teoretiska referensramen omfattade tillvägagångssätt vid health promotion och förklaringsmodeller för beteenden och användes för att analysera resultatet. En ram för evidensbaserad sex- och samlevnadsundervisning växte därefter fram. SRE bör vara inriktad på att vara konkret och träna praktiska färdigheter, vara uppbyggd kring kommunikation, vara tematisk och utgå från olika perspektiv, börja i tidig ålder, vara kontinuerlig och obligatorisk samt utföras av utbildade lärare.

*Nyckelord:* elever, hälsopromotion, prevention, påverkan, sex- samlevnadsundervisning, systematisk litteraturstudie

# PEER, TINGLE AND INFLUENCE

## A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW ABOUT THE INFLUENCE OF SEX- AND RELATIONSHIPS EDUCATION ON STUDENTS

CAROLINE NILSON

Nilson, Caroline. Peer, tingle and influence. A systematic literature review about the influence of sex- and relationships education on students. *Degree project in Public Health, 10 credit points*. Malmö University: Health and Society, Department of Public Health, 2006

*Abstract:* In Sweden sex- and relationships education is compulsory. Nevertheless the content, quality and extent of the education vary between and within schools. The purpose of this systematic literature review is to examine how sex and relationships education through the efforts of school can influence students. Nine scientific articles were used for the study to find answers to that. The results show that students' knowledge about sexual and reproductive health increase, that attitudes partly can be influenced but that behaviour is difficult to change through education. The girls show greater knowledge, more positive attitudes and some safer behaviour than boys. Students appreciate the education, especially skills-based training and peer education. Behavioural, educational and empowerment theories were used in order to analyze the results. A frame for evidence-based sex and relationships education was then developed. Sex and relationships education should concentrate on being concrete, being built on communication, being thematic, being based on different perspectives, start in early ages, being continuous and compulsory, and being delivered by educated teachers.

*Key words:* health promotion, influence, prevention, sex- and relationships education, students, systematic literature review

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>3</b>
Begrepp	4
<b>INLEDNING</b>	<b>5</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>6</b>
Nationella folkhälsomål och SRE	6
Health promotion, sexuell hälsa och sexualitet	7
Sexualupplysning i Sverige - ett historiskt perspektiv	8
SRE i svenska skolor idag	10
Förutsättningar och innehåll i SRE	11
Opposition - motstånd mot sexualupplysning	12
<b>TEORETISK REFERENSRAM</b>	<b>12</b>
Behavior change, educational approach och empowerment - modeller för att skapa förändring	13
KAB och HBM – modeller för att förstå beteenden	14
<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b>	<b>15</b>
<b>METOD</b>	<b>15</b>
Litteratursökning	15
Inkluderings- och exkluderingskriterier	16
Artikelgranskning och databearbetning	17
<b>RESULTAT</b>	<b>17</b>
Elevers påverkan av SRE: <i>kunskapsmässigt, attitydmässigt och beteendemässigt</i>	17
Strategier i SRE för att påverka elever	24
Elevers värdering av SRE – positivt och negativt	25
<b>DISKUSSION</b>	<b>27</b>
Metoddiskussion	27
Resultatdiskussion	28
Peer, pirr och påverkan – reflektioner	33
<b>REFERENSER</b>	<b>34</b>
<b>BILAGA 1</b>	<b>36</b>

## Begrepp

**AIDS** - *Acquired Immune Deficiency Syndrome* – förvärvad immunbristsjukdom, slutstadium av en HIV-infektion (Folkhälsoinstitutet, 1997:31).

**FHI** – Statens folkhälsoinstitut

**Health Promotion** - en process att göra det möjligt för människor att öka kontrollen av, och stärka deras hälsa. Health Promotion, på svenska hälsofrämjande arbete eller hälsopromotion, går utöver individen och är ett vidare begrepp där sociala faktorer måste tas tillvara och där samhället har ett ansvar för människors hälsa (WHO, 1986).

**HIV** - *Human Immunodeficiency Virus* – humant immunbristvirus, bryter ned kroppens försvar mot infektioner (Folkhälsoinstitutet, 1997:31).

**Klamydia** – den vanligaste könssjukdomen av de anmälningspliktiga sjukdomarna (gonorré, syfilis, hiv och klamydia) (Forsberg, 2006). Klamydia orsakas av bakterier och behandlas med antibiotika (Folkhälsoinstitutet, 1997:31).

**Oskyddat sex** – sexuellt umgänge utan kondom eller annat preventivmedel (Rådö, 2005).

**Osäkert sex** – på engelska *unsafe sex*; sexuellt beteende, som innebär hälsorisker att exempelvis få könssjukdomar. Säkrare sex innebär bl.a. att använda kondom (Folkhälsoinstitutet, 1997:31).

**Sexuell och reproduktiv hälsa** - välbefinnande kopplat till sexualiteten; inte enbart frånvaro av sjukdom, funktionsnedsättning eller svaghet. Innefattar sexuell njutning och känslomässig gemenskap, säker graviditet, förlossning och eftervård och frånvaro av negativa konsekvenser som sexualiteten kan medföra som STD och oönskade graviditeter (WHO, 2004 & Folkhälsoinstitutet, 1997:31).

**STD/STI** - *Sexually Transmitted Diseases/Infections*; sexuellt överförbara sjukdomar/infektioner (Forsberg, 2006).

**Unga/ungdomar** – i detta arbete personer upp till 19 år, dvs. unga som går i grund- och gymnasieskolan

**SRE** – *Sex and Relationships Education*; Sex- och samlevnadsundervisning

**WHO** – *World Health Organization*; Världshälsoorganisationen

## INLEDNING

Inläring är en livslång process och detta gäller även för sexualiteten (Burtney & Duffy, 2004). Vi möts ständigt av nya utmaningar som påverkar vår kunskap, attityder och normer och inlärningsprocessen kring sexualitet är speciellt relevant för unga, som är i färd att upptäcka sin egen och andras sexualitet. Under denna tid är det därför viktigt att stödja och uppmuntra unga i inläringen (aa). Då unga söker sin sexuella identitet har de inte hunnit fastna i ett visst beteende och är rimligtvis därför enklare att påverka än när de redan anammat ett beteende (Folkhälsoinstitutet, 1997:31). Unga människor får kunskap om sexualitet från en mängd olika källor – skolan, föräldrar, vänner och media och så vidare – men informationen från dessa kan skilja sig markant (Burtney & Duffy, 2004). Skolan är en viktig arena för att påverka ungdomars sexuella beteende men är enbart *en* influens. Då människors sexualitet i sig är komplicerat är enbart skolan inte tillräcklig för att påverka. Däremot finns det många styrkor i just sex- och samlevnadsundervisningen i skolan genom att området kan kopplas till andra ämnen, att skolan är obligatorisk fram till sexton års ålder, att lärarna redan är utbildade för att förmedla kunskap osv. (aa).

Sex- och samlevnadsundervisning i skolan brukar i engelsk litteratur benämnas *Sex and Relationships Education*, förkortat SRE. I fortsättningen av detta arbete kommer SRE att användas för alla typer av sex- och samlevnadsundervisning i skolan, även för den undervisningen som i litteraturen enbart benämns sexualundervisning, *Sexual Education*.

I Sverige har vi haft obligatorisk SRE i skolan sedan 1955. I grund- och gymnasieskolan är SRE ämnesövergripande och det är rektorns ansvar för området enligt nuvarande läroplaner (Skolverket 2000). Enligt en nationell kvalitetsgranskning som Skolverket publicerat så varierar innehållet, kvaliteten och omfattningen av SRE mycket både mellan och inom skolor (aa). Samtidigt som kvaliteten i undervisningen brister har både klamydiafrekvensen ökat stadigt sedan slutet på 1990-talet i åldern 15-29 år och antalet tonårsfödslar minskat samtidigt som aborterna ökat<sup>1</sup> (Rådö, 2005). Oskyddat sex är ensam orsak till både oönskade tonårsgraviditeter och STI (aa). Ur ett folkhälsoperspektiv är det intressant att undersöka hur skolans SRE kan påverka elever och skapa en god sexuell och reproduktiv hälsa. Frågan vilken betydelse

---

<sup>1</sup> Tonårsaborterna har ökat stadigt från år 1995 med undantag av åren 2003-2004 då tendens till minskning av både tonårsgraviditeter och aborter visade sig (Rådö, 2005).

skolans SRE har för elevers kunskap, attityder och beteenden kring sex och samlevnad är högst relevant för att avgöra hur viktig denna undervisning är, hur undervisningen ska läggas upp och framföras samt hur mycket tid och resurser som behövs för ämnet. Har undervisningen i SRE överhuvudtaget något inflytande på unga människors liv och deras sexuella och reproduktiva hälsa?

## **BAKGRUND**

Detta kapitel är en introduktion till problemområdet och här presenteras: sambandet mellan folkhälsa och SRE, definitioner av sexuell hälsa och sexualitet, en historisk överblick över sexualupplysningen, hur SRE ser ut idag samt förutsättningar, innehåll i SRE och motstånd till sexualupplysning.

### **Nationella folkhälsomål och SRE**

Det övergripande målet för Sveriges folkhälsoarbete är att ”skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. För att detta mål ska kunna nås lade regeringen fram en proposition ”Mål för folkhälsan - 2002/03:35” som består av elva nationella målområden (Prop. 2002/03:35). Två av dessa målområden berör direkt människors sexuella hälsa, dels mål nummer sju ”*Gott skydd mot smittspridning*” som syftar att begränsa de smittsamma sjukdomarna i Sverige, inklusive sexuellt överförbara sjukdomar, främst genom preventionsåtgärder som vaccination, information samt möjliga skyddsåtgärder och behandling av smittsamma sjukdomar. Mål nummer åtta anger att en ”*Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa*” är grundläggande för hälsan och välbefinnandet (aa). Prevention av oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar ska finnas med i det hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet och speciellt då det riktas till ungdomar. En positiv syn på sexualitet med betoning på det friska och stärkandet av individens identitet och självkänsla bör vara utgångspunkten i folkhälsoarbetet även om hälsorisker kopplade till sexuellt beteende inte får glömmas bort. SRE i grund- och gymnasieskolan spelar en viktig roll för att förmedla kunskap till barn och ungdomar. Undervisningen ska ha ett köns- och genusperspektiv och spegla allas sexualitet oavsett sexuell läggning, etnisk, kulturell eller religiös tillhörighet och/eller funktionshinder (aa).

## Health promotion, sexuell hälsa och sexualitet

WHO:s definition av health promotion (på svenska används begreppen hälsofrämjande arbete eller hälsopromotion) från 1986 är ”*en process att göra det möjligt för människor att öka kontrollen av, och stärka deras hälsa. För att uppnå ett tillstånd av fullständig fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande måste en individ eller en grupp ha möjligheten att identifiera och realisera önsknings, tillfredsställa behov och förändra eller hantera omgivningen. Hälsa ses, därmed, som en resurs i vardagen, inte ett livsmål. Hälsa är ett positivt begrepp som inbegriper sociala och personliga resurser, så väl som, fysiska kapaciteter. Därmed, är health promotion, inte bara ett ansvar för hälsosektorn, utan sträcker sig från hälsosam livsstil till välbefinnande*”<sup>2</sup>. Naidoo och Wills (2000) beskriver Health Promotion som något som går utöver individen, ett vidare begrepp där sociala faktorer måste tas tillvara och samhället har ett ansvar. Lärare, socialarbetare, hälso- och sjukvårdspersonal osv. kan alla vara med och arbeta med Health Promotion (aa).

*Sexuell hälsa* definierar WHO som: ”ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande kopplat till sexualiteten; det är inte enbart frånvaro av sjukdom, funktionsnedsättning eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt bemötande av sexualiteten och sexuella förhållanden, lika väl som möjligheten av att ha tillfredsställande och säkra sexuella upplevelser, fritt från tvång, diskriminering eller våld<sup>3</sup> (WHO, 2004).

Sexuell hälsa är kopplat till kön och sexualitet och handlar alltså inte bara om den fysiska hälsan (som antal personer med könssjukdomar) utan handlar även om sociala/kulturella värden (interaktion beträffande relationer och sexualitet) och emotionella värden (självkänsla osv.). Den sexuella hälsan är komplex och påverkas av såväl individuella, familjära, sociala, miljömässiga och politiska influenser (Burtney & Duffy, 2004). Den sexuella och *reproduktiva* hälsan handlar om sexuell njutning och känslomässig gemenskap, säker graviditet, förlossning och eftervård och även om frånvaro av negativa konsekvenser som sexualiteten kan medföra som STD och oönskade graviditeter (Folkhälsoinstitutet, 1997:31).

Människans *sexualitet* innefattar biologiskt kön, könsidentitet och könsroller, sexuell orientering, erotisk drift, njutning, närhet och reproduktion. Sexualiteten påverkas av ett samspel

---

<sup>2</sup> WHO:s definition av Health Promotion, egen översättning (WHO, 1986)

<sup>3</sup> WHO:s definition av sexuell hälsa, egen översättning (WHO, 2004)

mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etniska, lagmässiga, historiska, religiösa och andliga faktorer (WHO, 2004).

### **Sexualupplysning i Sverige - ett historiskt perspektiv**

Sexualupplysning är någonting som över tiden förändrats på många sätt och som påverkas av de samhälleliga normer, lagar och faktakunskaper som existerar vid en tidpunkt (Lennerhed, 2002). Några exempel som starkt förändrat och influerat sexualupplysningen är synen på abort som gått från att vara straffbart med döden till att bli laglig fram till 18:e graviditetsveckan och onani som tidigare setts som en sjukdom men som nu ses som helt ofarlig och naturlig. Gemensamt är att sexualundervisning genom historien alltid varit mer eller mindre problematiserande eller moraliserande. Prevention, det vill säga att förebygga sjukdomar, har legat till grund i sexualupplysningen även om det i många fall också talats om det positiva med sexualiteten; lust och njutning (aa).

I början av 1900-talet började det i Sverige diskuteras om unga skulle undervisas i sexualundervisning. Även om det innan dess inte bedrevs sexualundervisning fick unga ta del av tidens normer, lagar och faktakunskaper genom att läkare, lärare och föräldrar talade med dem om sexualitet (Nilsson, 2005). År 1918 kom Sveriges första smittskyddslag *Lex Veneris* som förordnade att samhället skulle sprida information om könssjukdomar och hur man skulle hindra överföring av smitta (Lennerhed, 2002). Sexualupplysning förhindrades dock av en lag som förbjöd information om preventivmedel. När den lagen avskaffades 1938 banades det väg för en obligatorisk sexualupplysning i Sverige (aa).

En kungörelse rekommenderade 1942 att sexualundervisning skulle införas i folkskolan (Lennerhed, 2002). Undervisningen skulle innefatta anatomi, *skillnaden* mellan könen, befruktning, fosterutveckling, könssjukdomar, rasbiologi<sup>4</sup> osv. men framförallt låg betoningen på fortplantning och sex enbart för reproduktion samt avhållsamhet/återhållsamhet innan äktenskapet (Nilsson, 2005). 1955 blev SRE obligatorisk för alla elever i alla åldrar i Sverige och en handledning gavs ut året efter med anledning av detta. Syftet med sexualundervis-

---

<sup>4</sup> Rasbiologi (rashygien, eugenik) – antagandet att det fanns människor med ”goda” resp. ”dåliga” anlag och att de med goda anlag var de som skulle föda barn. Tvångsterilisering var ett instrument för att minska de ”dåliga” anlagen (Lennerhed, 2002).

ningen var att skydda unga från sexualitetens negativa sidor där skolan hade en fostrarroll och enbart skulle bidra med kunskap men inte uppmuntra till sex (aa).

1975 kom en abortlag som tillät fri abort<sup>5</sup> och preventionsarbetet i Sverige kom att inriktas på abortförebyggande arbete på grund av rädslan att antalet aborter dramatiskt skulle öka men också med intentionen att enbart önskade barn skulle födas (Nilsson, 2005). Två år efter, 1977, kom en ny skolhandledning i Samlevnadsundervisning, ett bredare ord än sexualundervisning, som var sprungen ur en ny liberalare syn på sexualupplysning. Könroller och kvinnan sexuellt jämställd mannen, självkänsla, makt över sitt eget liv och sina handlingar ansågs vara grunden för att skydda sig mot oönskade graviditeter och mot sjukdomar. Den nya handledningen var mer anpassad till unga och sa att skolan skulle inta en mer neutral attityd till ungas sexualitet och stödja deras utveckling för att de skulle kunna skydda sig och leva ansvarsfullt. Trots att det talades mycket om den goda sexualiteten så problematiserades sexualiteten i undervisningen på så sätt att familjelivet förespråkades och heteronormativiteten med man, kvinna och barn var stark (aa).

Bara några år efter skolhandledningen, i Samlevnadsundervisning i början av 1980-talet kom larmrapporterna om HIV/AIDS och sexualupplysningen inriktades på att med alla medel förhindra en dödlig smitta (Nilsson, 2005). Till skillnad från många andra länder så hade Sverige goda förutsättningar att lyckas i det förebyggande arbetet mot HIV/AIDS. När kampen mot smittan startade så hade Sverige en god social välfärd, väl utvecklad hälso- och sjukvård, en Smittskyddslag som sa att könssjukdomar skulle förebyggas och vi hade redan obligatorisk SRE som ett medel att förebygga könssjukdomar (Folkhälsoinstitutet, rapport 1997:31). Några år efter larmrapporterna när chocken över HIV/AIDS lagt sig började det så småningom mer och mer talas om den goda sexualiteten och de positiva aspekterna av sexualiteten i SRE (Nilsson, 2005). Sex- och samlevnadsarbetet började stärkas överallt i Sverige genom att fler och fler ungdomsmottagningar öppnades och på andra sätt genom olika samtalsledare, projekt och hälsoupplysare runtom i landet (aa).

---

<sup>5</sup> Abort är sedan 1975 tillåten t.o.m. 18e graviditetsveckan och sedan 1992 kan kvinnan välja mellan kirurgiskt ingrepp och medicinsk abort, som kan göras fram till 9e graviditetsveckan (Rådö, 2005).

## **SRE i svenska skolor idag**

Läroplanen för grundskolan, Lpo94, och läroplanen för gymnasiet och gymnasiesärskolan, Lpf94, kom 1994 och är de nu gällande. När dessa antogs gjordes sex och samlevnad till ett ämnesövergripande område som rektorn ansvarar över och den detaljerade beskrivningen om sex och samlevnad som tidigare funnits försvann helt och hållet (Nilsson, 2005). De allra flesta fristående skolor på grundskole- och gymnasienivå tillämpar också läroplanerna Lpo94 och Lpf94. De med egna läroplaner och/eller kursplaner måste enligt Tillståndsgivningen på Skolverket på samma sätt som de kommunala skolorna tillämpa de regler som gäller för SRE (Skolverket 2006-04-18).

Kursplanerna för alla ämnen i skolan kompletterar läroplanen och anger målen för undervisningen. I grundskolan finns det i ämnet biologi målangivelser som berör området sexualitet medan det i andra ämnen kan tolkas in samlevnadsfrågor. Mycket är upp till varje enskild skola hur mycket som tas upp. På gymnasiet finns det också utrymme för att tolka in SRE i kärnämnen men bara några av gymnasieprogrammen (barn- och fritidsprogrammet, naturvetenskapsprogrammet, omvårdnadsprogrammet) har kurser som tydligare tar upp området (Skolverket, 2000).

När de nya läroplanerna kom 1994 blev SRE alltså mycket friare och varje skola kunde nu bestämma hur undervisningen skulle läggas upp. Skolverket publicerade året efter ett referensmaterial, ”Kärlek känns! förstår du” som byggde på erfarenheter från undervisningen i skolan (Nilsson, 2005). Enligt referensmaterialet var syftet med SRE att vägleda unga till att utvecklas till egna individer och stärka självkänslan och identiteten för att kunna fatta egna beslut. Etiska frågeställningar om exempelvis abort var viktiga i undervisningen. Homosexualitet var ett tema i referensmaterialet till skillnad från innan då heteronormativiteten var stark. Det som förmedlades i SRE var kunskap om mens, graviditet, sexuell lust, sexualitetens fysiologi, orgasm, onani, samlag, njutning, kärlek, åtrå men framförallt kommunikation kring känslor, sexualitet och risker. Åren efter nya läroplanen skapades flera metodmaterial för SRE med värderingsövningar i ämnet (aa). En nationell kvalitetsgranskning gjordes 1999 av Skolverket bland annat hur grund- och gymnasieskolor arbetar med SRE. Den visade på att innehållet, kvaliteten och omfattningen av SRE varierar mycket både mellan skolor men även inom skolorna (Skolverket, 2000).

År 2007 kommer en ny läroplan träda i kraft för gymnasiet och där kommer SRE att finnas med i kursplanerna för sex av kärnämnen: historia, naturkunskap, religionskunskap, samhällskunskap, svenska och idrott och hälsa (Norman, 2006). Enligt Skolverket är skälet att höja ämnets status och för att inte ämnet ska kunna falla bort i undervisningen (aa).

### **Förutsättningar och innehåll i SRE**

Enligt den Nationella folkhälsopolicyn för HIV/STD ska sex- och samlevnadsarbete syfta till att öka medvetenheten om den egna identiteten, stärka självkänslan samt öka förmågan att hantera relationer till andra människor (Folkhälsoinstitutet, 1997:31). Det är viktigt att utgå från flera perspektiv i undervisningen – som kön, sexuell läggning, social utsatthet, kultur, religion och handikapp – för att nå så många som möjligt. SRE bör innehålla samtal om sexualitet, relationer, självkänsla och gränssättning. Att sätta ord på tankar, känslor och erfarenheter leder till reflektion och kan även förändra både attityder och beteenden. Därför är det viktigt att få möjlighet och lära sig att kommunicera kring sexualitet. Värderingsövningar – att bearbeta normer och värderingar – kan vara ett sätt att samtala om sexualiteten och är ett viktigt komplement till ren faktakunskap om ämnet (aa).

Tidigare forskning betonar att förutsättningar för en lyckad SRE är att lärare har rätt utbildning i ämnet och att skolorna prioriterar området. En bra SRE kan, förutom av lärarna, förmedlas av eleverna själva genom peer education<sup>6</sup> eller av utomstående aktörer (Burtney & Duffy, 2004). I Sverige är det vanligt att RFSU, Riksförbundet för Sexuell Upplysning, RFSL, Riksförbundet för Sexuellt Likaberättigande, och Stiftelsen Noaks Ark – Röda Korset, som utomstående aktörer pratar om sex och samlevnad i skolorna (Folkhälsoinstitutet, 1997:31). För att undervisningen ska vara effektiv är det viktigt att den som undervisar har trovärdighet, kommunicerar på rätt sätt och har goda kunskaper om hur målgruppen fungerar (Burtney & Duffy, 2004). För att effektivt främja ungdomars sexuella hälsa måste undervisningen även vara evidensbaserad<sup>7</sup>. Undervisningen måste ta hänsyn till alla socioekonomiska aspekter av sex- och samlevnad och inte bara fokusera på individuella faktorer kopplat till sexualitet (aa). Ungdomssexualiteten är en process som går från att enbart vara platoniskt svärmeri via de första kyssarna till smekningar och samlag (Folkhälsoinstitutet, 1997:31).

---

<sup>6</sup> Peer education – Unga personer undervisar andra unga (Burtney & Duffy, 2004) *Peer* betyder like; alltså like lär like

<sup>7</sup> Evidensbaserad – Medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag (evidens) inom folkhälsoarbete/health promotion (Forsberg & Wengström, 2003)

Mognadsnivån och åldern då ungdomar är mottagliga för olika delar i SRE varierar stort bland elever i skolan och därför är det viktigt att ha kontinuerlig SRE – inte bara för yngre tonåringar utan även för gymnasieelever (aa). Allt som görs för att främja den sexuella hälsan har dock inte alltid önskad effekt, om exempelvis kondomer delas ut minskar det inte köns-sjukdomarna om ingen använder dem eller så kan ojämlikheten i hälsa öka om insatserna enbart når en viss grupp människor (Burtney & Duffy, 2004). Väl fungerande insatser behöver inte heller direkt handla om hälsan utan exempelvis kan förebyggande av tidigt föräldraskap leda till ökat hopp och ökade förväntningar inför framtiden (aa). Forskning har visat att den som tar hälsorisker i sexlivet oftare utsätter sig för andra risker i livet; är oftare rökare och konsumerar mer alkohol. Folkhälsoarbete som arbetar för att förebygga HIV/STD har även betydelse för hur människor klarar av att hantera andra delar av sin vardag (Folkhälsoinstitutet, 1997:31).

### **Opposition - motstånd mot sexualupplysning**

Den svenska modellen med obligatorisk SRE, en strävan att uppnå jämställdhet mellan könen och en tillåtande attityd till föräktenskapliga förbindelser kan i vissa fall göra att människor från andra kulturer upplever undervisningen som stötande. Skillnaderna mellan olika kulturer är oftast inte så stora men det händer att protester förekommer mot skolans SRE i Sverige (Folkhälsoinstitutet, 1997:31). Opposition - abortmotstånd, förespråkande av avhållsamhet och sex enbart för reproduktion och motstånd mot sexualundervisning - finns runtom i världen (Bergman, 2004). Människors sexuella och reproduktiva hälsa riskeras ofta att hotas på grund av religiösa och kulturella krafter. I Sverige finns bland annat organisationen ”Ja till livet”<sup>8</sup> som vill begränsa abortlagen. Förespråkare av avhållsamhet är bland andra Vatikanen och Bushadministrationen. De refererar ofta till Ugandas framgångsrika HIV/AIDS bekämpning ABC, *Abstinence* - avhållsamhet, *Be faithful* - var trogen, *Condom use* - använd kondom, men där avhållsamhet endast var en del i ett stort program för att minska viruset (aa).

## **TEORETISK REFERENSRAM**

I avsnittet beskrivs de teorier som ligger till grund för analysen och för att kunna besvara syfte och frågeställningar. Tre olika *tillvägagångssätt* vid health promotion; behaviour change,

---

<sup>8</sup> För mer information se <http://www.jatilllivet.se>

educational approach och empowerment, och två sätt att *förklara hur beteenden kan förändras*; KAB-modellen (kunskap, attityder, beteenden) och Health Belief Model, har använts i denna studie. Dessa socialpsykologiska teorier kan, om inte förutse så förstå samt förklara hur människor gör val kring sin hälsa (Naidoo & Wills, 2000).

### **Behaviour change, educational approach och empowerment - modeller för att skapa förändring**

Psykologiska inlärningsteorier menar att inlärning involverar tre aspekter: kognitiv aspekt (information och förståelse), känslomässig aspekt (attityder och känslor) och beteende (färdigheter) (Naidoo & Wills, 2000).

*Behaviour change*, beteendeförändring, syftar till att uppmuntra individer att anamma hälsosamma beteenden, vilket är nyckeln till en ökad hälsa (Naidoo & Wills, 2000). Hälsa ses som en egenskap hos individen. Det är upp till var och en att förändra sin livsstil och öka hälsan och om individen inte tar ansvar så är det hon som får ta skulden. Samtidigt så existerar ett komplext förhållande mellan individuellt beteende och sociala och miljömässiga faktorer som individen inte alltid kan påverka. Exempelvis är det svårt för individen att skydda sig mot graviditet om inte preventivmedel finns att tillgå. Behaviour change är oftast ledd av någon form av expertis som lär ut och ger råd genom masskommunikation. Undervisningen syftar till att övertyga eller motivera individerna att förändras i en speciell riktning. I SRE är det oftast lärarna som undervisar hela klasser, men behaviour change kan riktas direkt till individens behov (aa).

*Educational approach*, undervisningsmodellen, ämnar bidra med kunskap och information och utveckla nödvändiga färdigheter för att människor själva ska kunna göra informerade val kring sitt hälsobeteende (Naidoo & Wills, 2000). Educational approach försöker därmed inte försöka förändra individer i en speciell riktning, som fallet är med behaviour change. Modellen bygger på tron att man genom att ökad kunskap kommer att förändra attityder vilket kan leda till förändrat beteende. Undervisningen består främst av informationsspridning, men även av utforskande av individens egna attityder och utvecklandet av praktiska färdigheter<sup>9</sup> (aa).

---

<sup>9</sup> På engelska benämns detta för *skills* och kan vara beslutsfattande, kommunikationsfärdigheter, stå emot gruppträck, förhandlande osv. kring sex och samlevnadsfrågor (Weyman, 2004).

*Empowerment* använder en annan strategi än behaviour change och educational approach. Individerna är själva de mest delaktiga och undervisningen är ett stöd för att individerna ska kunna ta kontroll över sina egna liv (Naidoo & Wills, 2000). Den som undervisar hjälper till att identifiera individens behov kring sin hälsa och fungerar som en uppmuntrare, eller möjliggörare, för individer att hjälpa sig själva. I SRE kan lärare exempelvis öka elevens självförtroende för att de ska ha möjligheten att öka sin sexuella och reproduktiva hälsa genom att våga förhandla om kondom, öka relationen till partner osv. (aa).

### **KAB och HBM – modeller för att förstå beteenden**

*KAB-modellen* – kunskap/attityder/beteenden används ofta för att förstå hur beteenden kan påverkas (Naidoo & Wills, 2000). Enligt denna modell så är den kunskapsförmedling, som sker i skolans SRE, en viktig men oftast inte tillräcklig förutsättning för att förändra ett beteende. Information är heller inte alltid nödvändig för att förändra ett beteende. Attityder till sex och samlevnad har stor betydelse för beteendet och för att påverka attityder krävs oftast interaktion med de berörda (aa). Beteenden bottnar i kunskaper och attityder men kan gå emot både kunskaper och övertygelser av olika skäl (Rådö, 2001). Ett beteende grundläggs ofta tidigt. Vanor, gruppträck, kärlek, droger med mera kan påverka beteendet i en viss situation kopplat till sex och samlevnad. Kompisar är troligtvis de som lättast kan påverka varandras attityder och beteenden (aa).

*HBM* – Health Belief Model utgår ifrån att människors beteende påverkas av att individen gör en avvägning kring beteendets genomförbarhet och fördelar mot dess kostnader (Naidoo & Wills, 2000). För att en beteendeförändring ska ske krävs enligt HBM att individen måste ha motivation att förändras, känna sig hotad av sitt nuvarande beteende, känna att en förändring kommer att vara fördelaktigt och sakna negativa konsekvenser samt känna sig kompetent att genomföra förändringen. För att förändra ett beteende eller ta ett hälsorelaterat beslut måste det för individen kännas angeläget och relevant. Enbart positiv belöning är inte tillräcklig för att anamma ett positivt beteende och kortsiktig tillfredsställelse väger ofta tyngre än negativa långsiktiga konsekvenser. Individen påverkas av hur sårbara de själva uppskattar att de är för att skadas, bli sjuk eller utsatt för fara och en subjektiv riskbedömning görs. Ofta finns en orealistisk optimism att det inte händer en själv, vilket kan vara fallet exempelvis vid könsjukdomar. Riskbedömningen avgör sedan beteendet och kan påverka om personen använder kondom vid ett sexuellt möte. Risktagande är utmärkande för ungdomar som ofta har svårt att

uppskatta de långsiktiga effekterna då de ofta lever här och nu. Skrämelsepropaganda kan temporärt vara effektivt men har oftast inte långsiktiga konsekvenser. För att det ska fungera måste hotet vara uppskattat som allvarligt och sannolikt komma att drabba personen som inte följer rådet (aa).

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Detta arbete är en systematisk litteraturstudie av internationell vetenskaplig forskning som ämnar undersöka hur sex- och samlevnadsundervisning, SRE, genom skolans insatser påverkar elever i åldern 10 – 19 år. För att kunna besvara syftet är utgångspunkten följande frågeställningar:

- Kan elever påverkas av SRE och i så fall hur: *kunskapsmässigt, attitydmässigt* och *beteendemässigt*?
- Finns det speciella strategier i SRE som används för att påverka elever?
- Hur värderas SRE av elever?

## **METOD**

En systematisk litteraturstudie utfördes inom området SRE. En sådan studie innebär att systematiskt söka, granska och sammanställa litteraturen inom området (Forsberg & Wengström, 2003). Vetenskapliga artiklar om SRE sammanställdes och analyserades utifrån frågeställningarna och analysen skedde med hjälp av socialpsykologiska teorier som identifierar determinanter för människors hälsobeteende. En vetenskapligt utförd systematisk litteraturstudie kan användas för att finna bästa vetenskapliga bevis, *evidens*, för ett fenomen och på så sätt ligga till grund för evidensbaserad folkhälsovetenskap och folkhälsointerventioner (Brownson m.fl., 2003).

### **Litteratursökning**

Litteratursökningen genomfördes via artikelsökning och manuell sökning. Då folkhälsovetenskap, sex- och samlevnad och inläring/påverkan är breda områden gjordes en sökning i olika databaser och elektroniska tidskrifter, via *ELIN* och *BMJ*, för att finna studier från olika ve-

tenskapliga fält. ELIN är en tjänst som samtidigt söker i flera databaser och tidskrifter som Oxford Journals, Science Direct och Academic Search Elite. BMJ (British Medical Journals) är en medicinsk tidskrift från Storbritannien. Pubmed är en mer heltäckande databas för det medicinska området än tidskriften BMJ. Bristande förkunskaper i databassökning medförde att Pubmed inte användes (se mer i kapitlet metoddiskussion). Samma sökord användes i ELIN och BMJ med begränsning på publiceringsår från 1996 och framåt för att finna modern forskning och vetenskap. Olika söktermer prövades genom *trial-and-error*<sup>10</sup> för att lokalisera centrala termer och finna de mest lämpade vetenskapliga studierna kring påverkan av SRE på elever. Från början användes sökordet ”sex and relationships education” som används i brittisk litteratur men ”sex education” visade sig vara det mer internationellt gångbara begreppet för ämnet.

Sökning i databasen ELIN med sökorden ”sex education” AND behaviour AND school gav 15 träffar varav fem artiklar lästes och tre valdes ut (Buston & Wight, Kidger samt Conboy Martiniuk m.fl.). Sökning i samma databas med sökorden ”sex education” AND attitudes AND school gav 34 träffar där fyra artiklar lästes och tre valdes ut (Díaz m.fl, Donati m.fl samt Perez & Dabis). En sökning i BMJ med orden ”sex education” AND behaviour AND school gav 26 träffar varav tre artiklar lästes och två användes till studien (Walker m.fl samt Wight m.fl). Sökorden ”sex education” AND attitudes AND school i BMJ gav 40 träffar men ingen artikel valdes ut till studien. Manuell sökning gjordes därefter genom att studera referenslistan på valda artiklar från databassökningen och en artikel valdes ut på detta sätt (Stephenson m.fl). Totalt valdes nio artiklar.

### **Inkluderings- och exkluderingskriterier**

Både kvalitativa och kvantitativa studier valdes ut till litteraturgranskningen. Enbart originalartiklar användes och därför valdes åtskilliga systematiska studier bort (systematic reviews). Företrädesvis valdes artiklar som handlade om SRE i skolan för ungdomar i åldern ca 10-19 år (i en artikel var deltagarna upp till 21 år). Både artiklar om lärarledd undervisning och peer education inkluderades. Även artiklar med HIV i titeln valdes ut om intervention genomförts. Artiklar som behandlade ungdomars sexualitet i allmänhet, utan att handla om SRE och artiklar där SRE skedde på någon annan arena än skolan valdes bort. Exkluderades gjordes även

---

<sup>10</sup> Aktiv sökprocess som innebär att testa olika söktermer och kombinera dess för att finna den mest lämpade litteraturen (Backman, 1998)

de artiklar där sexuell avhållsamhet förespråkades eller där syftet med undervisningen var att minska sexuell aktivitet bland ungdomar. Ingen geografisk avgränsning gjordes vid artikel-sökningen, men inga artiklar från Afrika eller Asien som passade syfte och frågeställningar kunde hittas.

### **Artikelgranskning och databearbetning**

Av de drygt 100 träffarna i *ELIN* och *BMJ* valdes nio artiklar ut som bäst kunde besvara frågeställningarna. De valda artiklarna lästes grundligt. En kvalitetsbedömning och kritisk granskning av artiklarna gjordes utifrån vedertagna krav på vetenskaplighet med hjälp av en mall från Karolinska Institutet (Hanson, 2002) och information om hur man värderar kvantitativ och kvalitativ forskning av Forsberg & Wengström (2003). Artiklarna sammanställdes i en litteraturöversikt (se bilaga 1). Kvaliteten i studierna var genomgående hög men några av artiklarna visade på en del brister som högt bortfall i undersökningarna, otydlig presentation av resultatet osv. Studiernas kvalitet kommenteras i litteraturöversikten. Artiklarna lästes gång på gång och relevanta fakta i en studie ströks under, lästes, kontrollerades och jämfördes med övriga studier. Vissa mönster gick att finna mellan och inom studierna och dessa presenteras i *resultatkapitlet*. Huvudsakliga fynd kring hur SRE påverkar elever som uppkom efter läsning, granskning och sammanställning av de vetenskapliga studierna användes för att besvara frågeställningarna.

## **RESULTAT**

I kapitlet presenteras data från de nio vetenskapliga artiklarna varav fem av dessa studier var kvantitativa, två kvalitativa och två både kvalitativa och kvantitativa. Varje rubrik i resultatdelen representerar och besvarar en frågeställning.

### **Elevers påverkan av SRE: kunskapsmässigt, attitydmässigt och beteendemässigt**

#### *Kunskap*

En trettimmars teoretiskt baserad SRE implementerades i Belize, Centralamerika, med syftet att ge elever en grund för beslutsfattande i relationer och bidra med opartisk information om

sex och sexualitet (Conboy Martiniuk m.fl., 2003). Intentionen var att bland elever skapa säkrare sexuella beteenden, som kondomanvändning. Kunskap kring sex och sexualitet (kunskap om STD inkl. HIV/AIDS och prevention, kondomer, graviditet m.m.) mättes genom att 20 sant/falskt frågor ställdes. Efter genomgången SRE hade elever som deltagit i programmet (n= 166) i genomsnitt 2,22 fler rätt<sup>11</sup> på kunskapstestet (95 % KI<sup>12</sup>: 0,53 – 3,91) än elever som inte deltagit i programmet (n= 233) (aa).

I tre brasilianska städer (Rio de Janeiro, Salvador och Belo Horizonte) genomfördes varsitt SRE- och medborgarskapsprogram med likvärdigt innehåll (Díaz m.fl., 2005). Undervisningen syftade till att stödja den sociala och individuella utvecklingen av unga i skolan. De elever som deltog stimulerades att aktivt delta i inlärningsprocessen. I Salvador arbetade man även med kulturella och kreativa aktiviteter med eleverna och i Salvador och Rio de Janeiro samarbetade man med hälso- och sjukvården. Programmen arbetade utifrån en utökad betydelse av sexualitet, där inte bara samlag utan även känslor innefattades, och utifrån könsroller som en social konstruktion med försök till att bryta upp traditionella samhälleliga roller kopplat till kön. Efter att ha deltagit i programmen hade elever bättre kunskap kring reproduktion och fortplantningsfunktioner jämfört med elever som aldrig deltagit i SRE: Rio de Janeiro OR<sup>13</sup> 1,79 (95 % KI: 1,24 – 2,59), Salvador OR 1,67 (95 % KI: 1,08 – 2,58) och Belo Horizonte OR 1,60 (95 % KI: 1,16 – 2,21). Kunskap om sexualitet var högre i Salvador, OR 1,76 (95 % KI: 1,25 – 2,50) och kunskap om STI/HIV/AIDS var högre i Belo Horizonte, OR 1,47 (95 % KI: 1,08 – 1,99) bland deltagande elever jämfört med icke deltagande elever. Ingen kunskapskillnad kring preventivmedel eller hur HIV överförs uppmättes mellan elever som deltagit i SRE och de som inte deltagit (aa).

En italiensk kvantitativ studie av Donati m.fl. (2000) utvärderade påverkan på tonåringars kunskap och attityder av SRE. Undervisningen bestod av presentation och diskussion kring reproduktiv anatomi och fysiologi, hygien, STD, abort, lagar kring sexualitet och emotionella och psykologiska aspekter kring reproduktiv hälsa. Innan undervisningen hade de deltagande eleverna (n = 376) i ett 13 frågors kunskapstest om reproduktiv hälsa (kunskap om menstrua-

---

<sup>11</sup> Antal rätt mättes genom *difference score* – skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp i genomsnittlig förändring av antal rätt före och efter intervention (Conboy Martiniuk m.fl., 2003)

<sup>12</sup> *KI = konfidensintervall*: intervall som med viss grad av sannolikhet innefattar det verkliga värdet av den aktuella variabeln (Janlert, 2000)

<sup>13</sup> *OR = Odds Ratio*, på svenska oddskvot: hur interventionen skiljer sig från kontrollerna vid en studerad variabel. Över 1,00 – variabeln mer frekvent bland interventionen, under 1,00 mindre frekvent (Janlert, 2000)

tionscykel, abort, STD, preventivmedel m.m.) i genomsnitt 5,00 rätt. Efter genomgången SRE hade eleverna i snitt 11,80 rätt. Kunskapsnivån ökade från 20 – 50 % rätt på testet till 70 – 100 % rätt. Flickor och de från skolor med bättre socioekonomisk bakgrund hade en initialt högre kunskapsnivå (aa).

Perez och Dabis (2003) påvisar i sin studie från Colombia att både elever (n = 111) och lärare (n = 80) initialt visste mycket lite om frågor relaterat till sexuell och reproduktiv hälsa innan de deltog i ett skolbaserat HIV preventionsprogram. Eleverna hade tidigare inte fått någon formell information eller utbildning kring sexuell och reproduktiv hälsa. I fokusgruppintervjuer framkom det att elever ansåg att risken att bli infekterad av HIV var liten, att det ”aldrig skulle hända dem själva”, att de inte var sårbara och trodde att andra ”riskgrupper” i populationen var de som riskerade att smittas. Både elever och lärare uppvisade i en tvärsnittsstudie innan interventionen brist på kunskap och missuppfattningar relaterat till preventionsfrågor, såsom begränsad förståelse för hur STI överförs och möjligheter att förebygga STI. Efter interventionen mättes elevers samlade kunskapsökning och attitydförbättring kring STI/HIV/AIDS (grundläggande föreställningar kring HIV/AIDS och attityder till personer med AIDS, kunskap om STI och överföringssätt och prevention). Följande kunskaps- och attitydökning hade skett bland eleverna i de tre städerna som deltog i HIV preventionsprogrammet: Bogota från 48,1 % till 80,8 % korrekta svar, Cali från 54,3 % till 75,0 % och Bucaramanga från 3,1 % till 56,2 % ( $p < 0,05$ ) (aa).

I en brittisk studie av Stephenson m.fl. (2004) jämfördes effektiviteten av SRE genom peer education (n=4 531) och lärarledd SRE (n=3 625). Ett speciellt SRE-program, *RIPPLE*, hade utformats och genomfördes bland dem som fick peer education medan de elever som fick lärarledd undervisning fortsatte ordinarie SRE. Vid uppföljning sex månader efter undervisningen hade flickor som fått peer education bättre kunskap om metoder för att förebygga STI än flickor som fått lärarledd undervisning (67,0 % jämfört med 61,8 % hade alla rätt på tre kunskapsfrågor, OR 1,27, 95 % KI: 1,01 – 1,59) och vid uppföljning arton månader efter SRE hade pojkar i peergruppen bättre kunskap än pojkar i lärarledda gruppen (68,7 % hade alla rätt jämfört med 64,1 %, OR 1,31 KI: 1,02 – 1,68). Ingen skillnad mellan peer education och lärarledd undervisning uppmättes i kunskap om STI, dagenefterpiller eller förmåga att identifiera lokal sexuell hälsoservice (aa).

Ett HIV preventionsprogram implementerades i skolor i Mexiko där en grupp elever deltog i SRE där kondom användning befrämjades, en annan grupp elever deltog i samma SRE men där även akut preventivmedel (dagenefterpiller) befrämjades som backup till kondom och resterande fick fortsätta med ordinarie SRE (Walker m.fl., 2006). Kunskap om HIV (nio frågor graderade från 0 – helt inkorrekt till 5 – helt korrekt) var bättre bland de där kondom och dagenefterpiller främjats jämfört med dem som fått ordinarie SRE: flickor 41,6 av 45 poäng (95 % KI: 41,2 – 42,0); 1,0 poäng högre och pojkar 41,2 av 45 poäng (95 % KI: 40,7 – 41,7); 1,0 poäng högre. En större andel elever i gruppen där kondom och dagenefterpiller främjats hade kunskap om dagenefterpiller jämfört med ordinarie SRE: 83 % av flickorna (95 % KI: 78 – 87 %); 20 % fler och 77 % av pojkarna (95 % KI: 72 – 83 %); 15 % fler. Gruppen där kondom främjades hade inte större kunskap om HIV eller dagenefterpiller jämfört med ordinarie SRE (aa).

I Storbritannien utvärderades effektiviteten av ett teoretiskt baserat SRE-program med utbildade lärare, *SHARE*, jämfört med ordinarie SRE (Wight m.fl., 2002). Undervisningen i ordinarie SRE inriktades främst på information och diskussion och lärare var generellt begränsat utbildade i ämnet. Undervisningen i *SHARE* bestod av aktiv inläring (såsom arbete i mindre grupper, spel och lekar), information om sexuell hälsa via informationsbroschyrer och utvecklandet av praktiska färdigheter, *skills*, genom exempelvis rollspel. Syftet var att minska osäkert sexuellt beteende, minska oönskade graviditeter och öka kvaliteten på sexuella relationer. Ett halvår efter genomgången undervisning ställdes åtta frågor i praktisk kunskap om *sexuell hälsa* (n=5 854). Eleverna som deltagit i *SHARE* hade en högre kunskapsnivå än de som fått ordinarie undervisning: pojkar 4,35 av 8 rätt; 0,7 fler rätt än pojkar i ordinarie SRE (95 % KI: 0,2 – 1,2), flickor 5,11 av 8 rätt; 0,5 fler rätt än flickor i ordinarie SRE (95 % KI: 0,1 – 0,9). I både *SHARE* och ordinarie SRE var flickorna mer kunniga än pojkarna (aa).

### ***Attityder***

Elever som deltagit i ett SRE-program i Brasilien uppvisade positivare attityder till sexualitet (sexuell aktivitet och känslor) än elever som aldrig deltagit i SRE i två av tre städer i den kvantitativa studien av Diaz m.fl. (2005): Rio de Janeiro, OR 1,45 (95 % KI: 1,06 – 1,99) och Salvador, OR 1,62 (95 % KI: 1,12 – 2,33). Genusattityden bland eleverna mättes genom att sexton frågor ställdes om huruvida en aktivitet (exempelvis i hemmet) härrörde till ett visst kön eller till båda könen. Den förväntade attityden var att ingen aktivitet kan kopplas till ett visst kön, då undervisningens utgångspunkt var att se könsroller som en social konstruktion.

En lägre förväntad genusattityd uppvisades i Belo Horizonte, OR 0.59 (95 % KI: 0,45 – 0,78) bland elever som deltagit jämfört med dem som aldrig deltagit i SRE. I Rio de Janeiro och Salvador skiljde sig inte genusattityderna åt mellan deltagande och icke deltagande elever (Diaz m.fl., 2005).

I Storbritannien deltog unga mödrar i SRE där de opartiskt skulle berätta om sina egna erfarenheter av tidigt föräldraskap (Kidger, 2004). Syftet var att uppmuntra elever att utifrån den information de fått i framtiden fatta ”informerade beslut” kring sex, preventivmedelsanvändning och föräldraskap. Elever (n= 49) som deltagit i undervisningen förändrade sin attityd till tonårsföräldraskap från att ”det händer inte mig” till att ”det kan hända vem som helst” och även inkludera dem själva. Istället för att se föräldraskap som något abstrakt och generellt skapade undervisningen en förståelse för att tonårsföräldraskap kunde gälla deras egna liv (aa).

I studien av Stephenson m.fl., (2004) fick elever sex och arton månader efter att de deltagit i antingen SRE genom peer education eller lärarledd undervisning svara på frågan om de höll med om att använda kondom är en smart grej att tillämpa (Stephenson m.fl., 2004). Positiva attityder till kondom skilde sig inte åt mellan elever som fått peer education och de som fått lärarledd SRE. Flickor uppvisade en mer positiv attityd än pojkar. I attityden till sex (påståenden om att ha sex med förväntad attityd: hjälper till att behålla en partner (håller inte med), är glädjefyllt (håller med), är genant (håller inte med), är obehagligt (håller inte med), gör dig skuldmedveten (håller inte med) så skilde sig inte de positiva attityderna åt mellan dem som fick peer education och dem som fick lärarledd undervisning (aa).

Walker m.fl. (2006) fann inga skillnader i sin studie i attityder till kondom (om elever skulle använda kondom och om de skulle föredra sex med kondom vid deras nästa samlag) mellan elever som deltagit i ett HIV preventionsprogram (där kondom främjades i en grupp och kondom plus dagenefterpiller främjades i en annan grupp) jämfört med elever som fortsatte med ordinarie, biologiskt baserad SRE. En markant skillnad mellan könen i attityder till kondom användning uppmättes där flickor var mer positiva till kondom än pojkar (se tabell 1).

Tabell 1. Attityder till kondomanvändning, andel elever som skulle använda kondom vid samlag, jämförelse mellan pojkar och flickor. Siffror i parantes = 95 % konfidensintervall

	HIV preventionsprogram kondom		HIV preventionsprogram kondom & dagenefterpiller		Ordinarie SRE	
	Pojkar (n=855)	Flickor (n=734)	Pojkar (n=1213)	Flickor (n=980)	Pojkar (n=570)	Flickor (n=529)
Skulle använda kondom vid samlag	57 % (53 – 60 %)	75 % (72 – 79 %)*	58 % (53 – 63 %)	81 % (77 – 84 %)*	57 % (52 – 63 %)	74 % (68 – 81 %)*
Walker m.fl. (2006)					* p < 0,05 mellan flickor och pojkar inom en grupp	

### Beteenden

I en studie där 30 flickor intervjuades om innehållet i deras SRE uppger en flicka att undervisningen påverkat hennes beteende, då information från SRE gjorde att hon anmälde sig till ett projekt på den lokala sexuella hälsokliniken för att få gratis kondomer (Buston & Wight, 2002). Ett flertal av de intervjuade flickorna uppgav att deras framtida beteende troligen kommer att påverkas av vad de lärt sig av undervisningen. Tio elever uppger att orsaker utanför skolan (främst genom släkt och vänner) påverkat deras nuvarande eller planerade beteende. Fem av dessa nämnde förändringar i preventivmedelsanvändning och fem nämnde förändringar i deras planerade sexuella beteende. Bland annat hade en flicka som tidigare varit sexuellt aktiv beslutat sig för att vänta med sex då en vän genomgått en abort, och två hade beslutat sig för att inte ha sex förrän de inlett en längre relation då två av deras vänner haft tillfälligt sex och sedan ångrat detta (Buston & Wight, 2002).

Enligt studien av Díaz m.fl. (2005) så var användningen av preventivmedel högre bland elever som deltagit i SRE jämfört med elever som aldrig deltagit i en av tre brasilianska städer: Salvador OR 2,82 (KI 95%: 1,45 – 5,49) men skilde sig inte åt i Rio de Janeiro och Belo Horizonte. Kondomanvändningen skiljde sig inte åt i någon av städerna mellan de som fått och de som inte fått SRE (aa). Perez och Dabis (2003) påvisar att ungdomar i högre utsträckning planerar att använda kondom efter att de fått SRE. 92 % av eleverna mot 63 % innan genomgången SRE uppgav att de har intentionen att använda kondom ( $p < 0,05$ ).

Stephenson m.fl. (2004) fann ingen skillnad i beteende sex och arton månader efter undervisning i SRE mellan elever som fått peer education och lärarledd SRE i andel som: ångrat första samlag, känt trygghet att diskutera preventivmedel och prata om sex med flick- eller pojkvän, eller som haft oskyddat sex vid sitt första heterosexuella samlag. Flickor som fått peer education rapporterade något färre oönskade graviditeter än flickor som fått lärarledd SRE, 2,3 % (n=37) mot 3,3 % (n=42),  $p=0,07$ . Flickor som fick peer education blev tryggare att använda

kondom efter att de fått undervisning men mindre säkra på att säga nej till oönskade situationer trygghet jämfört med flickor som fått lärarledd undervisning. Bland elever som haft sex mer än en gång vid uppföljningen arton månader efter undervisningen uppmättes inga skillnader i beteende mellan elever som fått peer education eller lärarledd SRE i: kondom- eller preventivmedelsanvändning, rapporterat senaste sex som glädjefyllt eller genant, känt ånger eller oro efter senaste sex eller kvalitet på relation (uppskattat genom hur lätt det var att kommunicera med partner eller njutning av tid spenderad tillsammans med partner) (aa).

Walker m.fl. (2006) påvisar att jämfört med elever ordinarie SRE så uppvisar flickor men inte pojkar som deltagit i en HIV preventionskurs där kondom och dagenefterpiller främjats till viss del säkrare beteende (användning av dagenefterpiller). I HIV preventionskursen där kondom främjades uppvisades inte säkrare beteende än i gruppen med ordinarie SRE varken bland pojkar eller bland flickor (se tabell 2).

Tabell 2. Sexuellt beteende. Siffror i parantes = 95 % konfidensintervall. Siffror med fetstil visar signifikant säkrare beteende i en HIV preventionsgrupp jämfört med ordinarie SRE. P = pojkar, F = flickor

	HIV preventionsprogram kondom		HIV preventionsprogram kondom & dagenefterpiller		Ordinarie SRE	
	P (n= 184)	F (n = 161)	P (n = 284)	F (n = 204)	P (n = 185)	F (n = 148)
Kondomanvändning vid samlagsdebut	47 % (43 – 50 %)	40 % (34 – 46 %)	40 % (33 – 46 %)	56 % (50 – 62 %)	39 % (35 – 43 %)	41 % (30 – 52%)
Kondomanvändning vid senaste samlag	51 % (44 – 57 %)	46 % (41 – 52 %)	50 % (44 – 56 %)	48 % (42 – 54 %)	49 % (42 – 55 %)	42 % (33 – 50 %)
Använt dagenefterpiller	21 % (16 – 25 %)	22 % (17 – 27 %)	21 % (16 – 25 %)	<b>35 % (28 – 42 %)*</b>	15 % (10 – 20 %)	22 % (16 – 29 %)
Walker m.fl. (2006)						* p < 0,05

I Wights m.fl (2002) kvantitativa studie uppmättes inga skillnader i andel elever som någon gång haft oskyddat sex, använt kondom vid samlagsdebut<sup>14</sup> och vid senaste samlag, använt orala preventivmedel vid senaste samlag eller andel flickor med oönskade graviditeter mellan elever som deltog i teoretiskt baserad SRE, *SHARE*, och ordinarie SRE. Andelen som upplevt ånger eller press vid samlagsdebut skilde sig inte åt mellan de i *SHARE* och ordinarie SRE. Bland dem som haft fler än en partner ångrade färre elever i *SHARE* jämfört med ordinarie SRE tidpunkten för första samlaget med senaste partnern. Pojkar i *SHARE* rapporterade även mindre press vid första samlaget med senaste partnern (se tabell 3). Överlag ansåg de som haft fler än en ett samlag att deras senaste samlag var glädjefyllt.

<sup>12</sup> De elever som första året av genomgången SRE var oskulder, och som samlagsdebuterade efter första året.

Tabell 3. Andel elever som upplevt ånger/press vid samlag, jämförelse mellan elever som genomgått SHARE och ordinarie SRE. Siffror i fetstil innebär signifikant mindre press/ånger vid SHARE. P = pojkar, F = flickor.

		SHARE	Ordinarie SRE	Skillnad i % (95 % KI)
Ånger vid samlagsdebut	P	18,0 % (n = 211)	18,1 % (n = 249)	- 0,1 % ( -5,9 till 5,7 %)
	F	34,6 % (n = 361)	33,1 % (n = 381)	1,6 % ( -6,1 till 9,2 %)
Press vid samlagsdebut	P	13,6 % (n = 242)	15,7 % (n = 274)	- 2,1 % ( -8,1 till 4,0 %)
	F	19,2 % (n = 402)	21,5 % (n = 415)	- 2,3 % ( -8,5 till 3,9 %)
Ånger vid första samlag med senaste partner*	P	<b>9,6 %</b> (n = 157)	19,4 % (n = 170)	<b>- 9,9 %</b> ( -18,7 till -1,0)**
	F	<b>26,0 %</b> (n = 304)	33,7 % (n = 285)	<b>- 7,7 %</b> ( -16,6 till 1,2 %)**
Press vid första samlag med senaste partner*	P	<b>14,1 %</b> (n = 184)	20,5 % (n = 195)	<b>- 6,4 %</b> ( -13,7 till 0,9 %)**
	F	13,5 % (n = 326)	14,8 % (n = 318)	- 1,3 % ( -5,8 till 3,2 %)

Wight m.fl. (2002)

\* Bland elever som har haft fler än en sexuell partner \*\* p < 0,05

## Strategier i SRE för att påverka elever

I kapitlet beskrivs olika strategier och särskilda metoder som använts i undervisningen för att lära ut kunskap, attityder och beteenden och hur de olika strategierna påverkat eleverna.

### *Skills – praktiska färdigheter*

Något som nämns i flera studier är utvecklandet av praktiska färdigheter och att lära sig *hur*, på engelska benämnt *skills*. I en kvalitativ studie där flickor intervjuats efter att ha deltagit i SRE, beskriver Buston och Wight (2002) att flickorna särskilt uppskattade lektioner med intentionen att utveckla deras praktiska färdigheter (som att visa hur en kondom träs på genom att visa med en morot) oavsett om övningarna hade direkt relevans för dem själva. Många av flickorna ansåg att de lärt sig färdigheten ”att säga nej” och ungefär hälften av dessa, varav de flesta oskulder, menade att detta var värdefullt. Det stärkte dem, och gjorde så att de blev säkra på att säga ifrån eller att deras säkerhet sedan innan upprätthölls. Endast en menade att träningen i praktiska färdigheter förändrat det faktiska beteendet medan många trodde att de nya kunskaperna skulle komma att påverka deras beteende i framtiden (aa).

### *Peer education, lärarledd undervisning och/eller utomstående aktörer*

Donati m.fl (2000) belyser att eleverna i både före och efter genomgången SRE verkar föredra utomstående aktörer som undervisare, antingen ensamma eller tillsammans med lärare. I studien av Stephenson m.fl. (2004) jämfördes SRE framfört genom peer education med lärarledd SRE. På frågan om tre källor där elever lärt sig mest om sex nämnde 64,0 % skolan bland dem som fått peer education jämfört med 55,1 % av dem som fått lärarledd undervisning. Liknande ämnen behandlades i båda typerna av SRE, med den största skillnaden att

peergruppen i högre utsträckning (76,4 % jämfört med 26,9 %,  $p < 0,0001$ ) även tränade praktiska färdigheter, skills (aa).

### *Tidpunkt*

I studien av Buston och Wight (2002) angav tolv av de intervjuade flickorna att undervisning i SRE vid 14 – 16 års ålder levererades i rätt tid medan tolv angav att tidpunkten var för sent. Många menade att anledningen till att den kom för sent var att den måste ske innan elever ingår sin första relation. Detta ansåg eleverna oberoende hur stor deras egna sexuella erfarenhet var när undervisningen skedde (aa). Elever i studien av Stephenson m.fl. (2004) som fått undervisning av peers ansåg att tidpunkten för undervisningen i högre utsträckning var rätt för dem än de som fått lärarledd SRE (45,1 % resp. 36,3 % av eleverna ansåg att SRE levererades vid rätt tidpunkt,  $p=0,001$ ). Över hälften i båda grupperna ansåg att undervisningen skulle ha kommit tidigare (51,9 % av eleverna i peergruppen och 60,8 % i lärarledd SRE,  $p=0,002$ ). Undervisningen skedde då eleverna var 13-14 år (aa).

### **Elevers värdering av SRE – positivt och negativt**

I kapitlet beskrivs hur eleverna värderat den undervisning de fått, om de varit nöjda eller inte och vad i undervisningen de uppskattat eller haft att anmärka på.

### *Värdering*

I den kvalitativa studien av Buston & Wight (2002) intervjuade 30 flickor, där de fick värdera hur viktiga olika källor var för dem för att lära sig om sex. Nästan alla intervjuade flickor ansåg att skolan var en användbar källa. Av dessa ansåg många att skolan var en av huvudkällorna som de fått större förståelse kring sexuella frågor från och några angav skolan som huvudkälla. Främst sågs skolan som en introduktion eller komplement till andra källor (vänner, tidningar och mödrar). Anledningar till att flickorna uppskattade SRE var: tidpunkten den skedde på, att undervisningen var relevant och/eller användbar och att en medvetenhet skapades om sexuella hälsofrågor. Specifikt uppskattade de att de blivit visad preventivmedel och fått veta hur effektiva varje sorts preventivmedel är, hur man skaffar dem, använder dem och hur man planerar att använda dem med partnern, att de lärt sig om STD inklusive HIV/AIDS och hur de smittas, förebyggs och var man kan testa sig samt att de lärde sig att kunna ”säga nej”. De intervjuade flickorna kritiserade skolans SRE för att de inte lärt sig något nytt eller

att undervisningen kommit för sent, att det inte var tillräckligt med undervisning överlag eller om vissa specifika ämnen samt att undervisningen eller delar av den var orealistisk (aa).

Nästan alla elever (96,5 %) i studien av Donati m.fl (2000) ansåg att skolans läroplan bör innehålla obligatorisk SRE och 74 % tyckte att den borde starta från åtminstone 11 – 14 år. Över 90 % av deltagarna rapporterade att deras SRE var personligt användbar. Ungefär hälften föredrog smågruppsdiskussioner framför helklass. I Stephenson m.fl. (2004) rapporterade en stor andel elever flickor som fått peer education (54,9 % av flickorna och 35,5 % av pojkarna) och lärarledd undervisning (58,7 % av flickorna samt 35,5 % av pojkarna) att de helt eller delvis ville ha enkönade grupper. Varken peer education eller lärarledd undervisning hade haft enkönade grupper (aa).

Kidger (2004) intervjuade elever som fått undervisning om föräldraskap av unga mödrar. Eleverna ansåg att deras SRE var effektiv pga. att deras peer educators pratade utifrån egna erfarenheter och att de verkade öppna och ärliga – till skillnad från vad de ofta ansåg om deras lärare. Eleverna uppskattade också att peer educators var i ungefär samma ålder som de själva – i kontrast till deras lärare. Mödrarna själva menade att det ibland kändes besvärligt att både ha rollen som undervisare och samtidigt vara peer. De tenderade också att inta ett preventivt förhållningssätt och tala om tidigt föräldraskap i problematiska termer istället för att, vilket var menat att de skulle, inta en neutral attityd till att bli förälder i unga år (aa).

Elever som fått SRE genom peer education var mer nöjda med undervisningen än de som fått lärarledd undervisning (Stephenson m.fl., 2004). De motiverade detta med att deras peer jämfört med deras lärare besatt mer liknande värderingar om sex, använde ett mer känt språk, gjorde lektionerna roligare, var mindre moralistiska, hade mer respekt för eleverna samt lärde ut mer relevant kunskap. Elever själva som undervisade tenderade att ibland glömma bort att lära ut kunskap om exempelvis dagenefterpiller (aa). I studien av Wight m.fl. (2002) fick elever poängsätta från 1 till 6 hur väl deras SRE täckt fem praktiska frågor i ämnet där 6 innebar att alla frågor täcktes. De som deltagit i den teoretiskt baserade SRE, SHARE, värderade undervisningen högre än de som deltagit i ordinarie SRE: pojkar 5,08; 0,3 poäng högre (95 % KI: 0,1 – 0,6) och flickor 5,04; 0,6 poäng högre (95 % KI: 0,2 – 0,9) (aa).

## DISKUSSION

Kapitlet består av en metoddiskussion, som beskriver *styrkor och svagheter* i studien, och en resultatdiskussion. I resultatdiskussionen *tolkas och analyseras* resultatet med hjälp av den teoretiska referensramen (tillvägagångssätt vid health promotion och förklaringsmodeller för beteenden) och bakgrundsinformation om folkhälsa, health promotion och SRE.

### Metoddiskussion

Att genomföra en SRE-intervention är en lång process och likaså är kunskap/attityder/ beteenden något som oftast förändras över lång tid. En systematisk litteraturstudie har den fördelen att kunna få en överblick över studier som skulle kräva år att göra och kan samtidigt integrera och systematisera olika typer av studier för att skapa evidensbaserad folkhälsovetenskap.

All forskning kring *påverkan på elever genom SRE* har med all säkerhet inte inkluderats i denna systematiska litteraturstudie. En databassökning i PubMed skulle ha varit mer lämpad för att få en heltäckande bild av det medicinska fältet än en sökning i tidskriften BMJ. Bristande förkunskaper i databassökning gjorde att jag misstog BMJ för att vara en databas likvärdig PubMed. De sökord som valdes kan, om de inte var tillräckligt precisa, ha uteslutit viktiga vetenskapliga artiklar. Förhoppningsvis är de valda artiklarna relativt överensstämmande med studier som inte fångades upp vare sig i databassökningen eller i den manuella sökningen. De flesta av studierna höll en hög kvalitet, men några studier var otydliga i sin presentation av deras resultat eller innehöll systematiska fel och det kan ha inneburit att viktiga fakta undgått eller förvrängts. Det är svårt att veta om det finns publiceringsbias, alltså om forskningsstudier som visar på negativa resultat kring påverkan på elever genom SRE inte publicerats och därför inte kommit med i denna studie. Resultatet kan då vara övervärderat. Inga artiklar som publicerats i Afrika eller i Asien användes. Detta var inget medvetet val, men inga artiklar därifrån passade syftet eller frågeställningarna. Förklaring kan vara att många länder i dessa områden saknar undervisning i SRE eller att den undervisning som sker förespråkar avhållsamhet, ett av exkluderingskriterierna för val av studier.

Ibland har de valda studierna varit samstämmiga och ibland har de varit motstridiga. Detta tolkar jag som att olika interventioner påverkar på olika sätt – inte att studierna inte är trovär-

diga bara för att de inte kommit fram till samma resultat. Den teoretiska referensramen har varit till stor nytta för att analysera resultatet. Samtidigt har inte de olika socialpsykologiska teorierna kunnat förklara allting, som varför flickor påverkas mer av SRE än vad pojkar gör. För att förklara detta hade mer specifika genusteorier behövts.

## **Resultatdiskussion**

I resultatdiskussionen diskuteras SRE utifrån den teoretiska referensramen: hur olika tillvägagångssätt för att påverka elever (behaviour change, educational approach och empowerment) fungerat, om det går att påverka elever genom SRE, och om resultatet går att överföra till svenskt kontext och den svenska skolan.

### *Tillvägagångssätt vid tillämpad SRE*

Genom att med informerade val och kunskap skapa bättre attityder och beteenden så förändrades elevers riskbedömning: från ”det händer inte mig” till ”det kan hända vem som helst” och att det alltså även kan hända dem själva (Kidger, 2004). Det här är en viktig förändring, då unga kan ha en övertro på att ingenting ont kan drabba dem. Då riskbedömningen förändrats, finns stora chanser att elever som utsätter sig för risker förändrar sitt beteende i framtiden till att exempelvis använda preventivmedel om de tidigare inte gjort det. I enlighet med Health Belief Model så måste individen känna sig hotad av sitt nuvarande beteende (”det kan även hända mig att jag blir med barn”) och känna att en förändring är fördelaktig. Genom att SRE bidragit med kunskap utan att försöka påverka eleverna har eleverna själva ändrat uppfattning om riskfyllda beteenden. Denna förändring är ett bra exempel på hur en lyckad SRE utifrån educational approach kan se ut. Att däremot med educational approach enbart inrikta undervisningen på informationsspridning av experter, som läkare, utan att låta eleverna själva vara särskilt delaktiga i undervisningen kan förändra kunskapsnivån men inte attityder eller beteenden (Donati m.fl, 2000). Då undervisningen blir expertledd är det troligtvis svårt för eleverna att känna sig motiverade att förändra beteenden i enlighet med HBM.

Flera SRE arbetade med att göra eleverna självständiga genom utvecklandet av skills, praktiska färdigheter, och genom att undervisningen ämnade ge en grund för beslutsfattande i relationer (som i studien av Conboy Martiniuk m.fl., 2003). På detta sätt fick eleverna möjligheten att i framtiden ta kontroll över deras egna liv kring deras sexuella hälsa. Att stärka

elever med empowerment lyckades förbättra kunskapsnivån och i viss mån attityder och beteenden (exempelvis i studien av Diaz m.fl, 2005).

Behaviour change, att försöka motivera till förändring av beteendet i en speciell riktning förändrar inte elevers beteenden i högre grad än educational approach eller empowerment. SRE som arbetade utifrån att minska osäkert sexuellt beteende och minska oönskade graviditeter lyckades inte påverka elevers beteende (Wights m.fl., 2002). Så länge inte initiativet till förändring kommer från eleven själv sker inga större beteendeförändringar. Det kan bero på, i enlighet med HBM, att eleven inte känner att det är tillräckligt fördelaktigt att börja använda preventivmedel bara för att läraren förespråkar detta eller att riskbedömningen hos eleven inte förändras genom behaviour change. Till skillnad från mer praktiska beteendeförändringar som ökad kondomanvändning så ökade kvaliteten på elevers relationer till viss del genom behaviour change (Wights m.fl., 2002). Att förändra kvaliteten på en relation kräver inte förändringar av riskbedömning och det finns inga negativa konsekvenser för att skapa en bättre relation, i enlighet med HBM.

### *Att påverka elever i skolundervisning – går det?*

All SRE lyckades påverka kunskapsnivån bland elever på ett eller flera sätt. Syftet med interventionerna var dock att även påverka elevers attityder och/eller beteenden. Elevers attityder till sexualitet var svåra att förändra och beteenden ännu svårare att förändra. På så sätt har alla interventioner delvis misslyckats med syftet att påverka och förändra elever.

Attityden till kondom och främst kondomanvändningen är svår att förändra genom SRE.

*Intentionen* att använda kondom kan förändras, en elev hämtade exempelvis gratis kondomer efter tips från undervisningen, men om elever i slutändan använder kondom i högre utsträckning efter genomgången SRE är svårt att bevisa. Användningen av kondom avgörs enligt HBM i slutändan av en subjektiv riskbedömning och även om intentionen finns från början så kanske inte exempelvis kondomer finns tillgängliga vid tillfället. Det går inte att påvisa att peer education medför en högre kondomanvändning jämfört med lärarledd undervisning, att teoretiskt baserad SRE medför högre kondomanvändning än med ordinarie SRE, eller ens att elever som deltagit i SRE använder kondom i högre utsträckning än elever som aldrig deltagit i SRE. Attityden till kondom är mer positiva hos flickor än pojkar (Stephenson m.fl, 2004 & Walker m.fl, 2006). För preventivmedelsanvändning (exkl. kondom) gäller ungefär detsamma: ingen skillnad mellan peer education och lärarledd undervisning eller mellan teoretiskt

baserad och ordinarie SRE. Användningen var större i ett av tre fall bland dem som fått jämfört med dem som aldrig fått SRE (Díaz m.fl., 2005). En viktig förklaring till att just denna SRE genom empowerment lyckats påverka elever kan vara arbetet att stärka individer genom att stödja utvecklingen av eleverna och låta dem själva vara delaktiga i undervisningen och inlärningsprocessen

Orsaker *utanför* skolan – påverkan genom vänner och andra signifikanta andra – verkar vara av stor betydelse för de unga (Buston & Wight, 2002). Att exempelvis ha sett sin kompis bli med barn kan medverka till att eleven känner sig hotat av sitt nuvarande beteende och finner det, i enlighet med HBM, angeläget och relevant att upprätta ett säkrare sexuellt beteende och börja använda preventivmedel. Så länge insikten att det kan hända en själv inte finns – sker inga förändringar från riskfyllt till säkert sexuellt beteende.

En viktig punkt och ett av syftena med SRE i skolan är, både enligt det av Skolverket publicerade referensmaterialet ”Kärlek känns! förstår du” och den Nationella folkhälsopolicyn, att stärka självkänslan hos unga. Träning i praktiska färdigheter, skills, är ett sätt att stärka elever och öka förmågan till kommunikation (skills tränades bland annat i studien av Buston & Wight, 2002). Genom att ge verktyg till elever som kan användas i praktiska situationer så kan eleverna själva ta kontroll över sina egna liv och detta är ett bra exempel på empowerment i SRE. Träning i skills innebär både att lära sig praktiska saker som att trä på en kondom men handlar framförallt om mellanmänniskt beteende och samspel. För att exempelvis kunna säga nej i sexuella situationer där elever känner obehag eller för att våga förhandla om kondom behövs färdigheten och styrkan att kommunicera. Att i undervisningen träna och lära sig dessa praktiska färdigheter är att lära sig verkligheten och att lära sig inför kommande situationer.

Att ha ett smalt fokus är en fördel i undervisningen. Ett bredare perspektiv gör att påverkan på elever blir otydlig och slumpmässig. Att göra undervisningen konkret, med tydlig fokusering – som att prata om tidigt föräldraskap – leder till mer konkreta förändringar bland elever (Kidger, 2004). Kunskap går relativt enkelt att förändra hos elever oavsett vilken kunskap det handlar om och oavsett om undervisningen är bred eller inriktad. Men när det gäller attityder och beteenden verkar nyckeln vara att välja ut viktiga bitar kring den *sexuella och reproduktiva hälsan* och arbeta utifrån detta. Tematisk undervisning verkar därför vara ett bra arbetssätt i SRE.

Det som saknas i undervisningen är ett genusperspektiv och andra olika perspektiv – som religion, kultur och sexuell läggning. Många av studierna hade ett heteronormativt synsätt. I ett fall (Díaz m.fl., 2005) hade undervisningen i SRE ett genusperspektiv med utgångspunkten att skillnader mellan könen beror på sociala föreställningar. I studien visade det sig att elever som fått SRE inte skilde sig från dem som inte fått SRE, eller till och med i högre grad ansåg att olika aktiviteter i hemmet, vardagen och samhället skulle utföras av ett speciellt kön och inte kunde utföras av båda könen, tvärt emot vad undervisningen syftade till.

Könsskillnaderna i kunskap, attityder och till viss del beteenden var stora, där flickor nästan alltid uppvisade större kunskap (Donati m.fl., 2000, Wight m.fl., 2002), positivare attityder (Stephenson m.fl., 2004, Wight m.fl., 2006) eller säkrare beteenden (Walker m.fl., 2006). Ungdomssexualiteten är en process (Folkhälsoinstitutet, 1997:31). Om mognadsnivån skiljer sig åt mellan flickor och pojkar när SRE genomförs kan det vara så att flickor är mer mottagliga för SRE för att de befinner i ett stadie där de lättare påverkas och tar till sig undervisningen.

Elever är individer och individer är olika. Tidpunkten för när elever önskar/behöver SRE skiljer sig markant mellan elever. Om undervisningen ska starta innan elever haft sin första sexuella relation/upplevelse, vilket är önskvärt, är 13-års ålder för sent för en del av eleverna (Buston & Wight, 2002, Stephenson m.fl, 2004). Detta tyder på att undervisning bör börja när eleven är i 10-års ålder. Den bör även vara kontinuerlig med möjligheter att repetera viktiga kunskaper samt obligatorisk tills eleven går ut gymnasiet för att nå så många som möjligt.

Bristen på initial kunskap om sex- och samlevnad fanns inte bara hos elever innan de fick SRE utan även bland lärare (Perez & Dabis, 2003). Det är problematiskt och självklart ohållbart att en undervisare lär ut något han eller hon inte behärskar själv. Detta gäller både om lärare, utomstående aktörer eller peer undervisare. Då beteenden antas kunna förändras i nära relationer enligt KAB-modellen (kunskap/attityder/beteenden) är det utmärkt att den som undervisar är så lik eleverna som möjligt vilket talar mycket för peer education. Eleverna upplever också lektionerna som trevligare och litar mer på en peer än en lärare. Problemet är dock eleven får dubbla roller, både en lärarroll och en kompisroll. Att besitta kunskap och vara opartisk utan att tappa rollen som peer och jämlike är en svår balansgång (Kidger, 2004).

Därför är det viktigt med utbildning i inte bara kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa utan även utbildning i att utbilda.

### *Svenska ungdomar i en globaliserad värld*

Kan elever i Colombia eller Italien säga något om svenska ungdomars vardag och verklighet? Är metoder i SRE och påverkan på elever något som går utöver landsgränser och nationalitet? Trots olikheter mellan länder och hur långt de har kommit i utbyggnad av SRE finns det stora likheter mellan de unga. De är i färd att upptäcka sin och andras sexualitet och kan behöva stöd för att kunna anamma en god sexuell och reproduktiv hälsa. Utifrån resultat och analys av vetenskaplig forskning inom området har en ram för fungerande undervisning växt fram. En effektiv, evidensbaserad undervisning i sex- och samlevnad innebär, utifrån resultat av denna litteraturstudie:

- *Att konkretisera:* genom att elever tränar sina praktiska färdigheter, skills, och genom att undervisningen handlar om elevers egna liv, gärna med hjälp av peer education
- *Att kommunicera:* genom att i undervisningen prata, diskutera, spela teater och annat – övning i kommunikation ger färdigheter i en framtida relation.
- *Att tematisera:* genom att behandla ett område i taget kring den sexuella och reproduktiva hälsan – HIV, kondomanvändning, tonårsgraviteter osv.
- *Att perspektivisera:* genom att undervisningen genomsyras av olika perspektiv. Genusperspektiv exempelvis krävs för att både flickor och pojkar ska ges samma möjligheter dels i undervisningen och dels i livet.
- *Att individualisera:* genom att ha i åtanke att alla unga är individer, de mognar olika, debuterar sexuellt vid olika ålder osv. och undervisningen måste därför planeras utifrån att en grupp elever är heterogena.
- *Att specialisera:* genom att de som undervisar är förberedda, belästa och kunniga.
- *Att repetera med mera:* genom att ha obligatorisk undervisning, repetition av kunskaper och kontinuerlig SRE. Från 10-års ålder fram tills att eleverna går ut gymnasiet.

Viktigt att tänka på: undervisning i SRE är inte lika omvälvande och påverkbar som en revolution. Andra saker än skolan påverkar elever. Men rätt utförd kan SRE vara en viktig pusselbit i att skapa en god sexuell och reproduktiv hälsa bland unga. Mallen för evidensbaserad SRE som arbetats fram i denna litteraturstudie kan användas vid folkhälsoarbete i skolan just för att undervisningen ska bli så effektiv som möjligt.

## Peer, pirr och påverkan – reflektioner

Sex- och samlevnad är ett pirrigt ämne. Pirrigt i betydelsen att elever är på väg att upptäcka en ny del av deras liv, sexualiteten. Pirrigt i betydelsen att sex- och samlevnad för många är ett känsligt ämne. Pirrigt i betydelsen glädjefyllt. Pirrigt i betydelsen peer. I sex- och samlevnadsundervisning verkar peer education vara till mest glädje för eleverna om man frågar dem själva. Till mest glädje och kanske till mest nytta för åtminstone i teorin har en jämlike större chans att kunna förändra och påverka elever. För elever kan påverkas. Först och främst kan elevers kunskapsnivå öka av undervisningen. Även elevers attityder kan påverkas i viss mån medan beteenden verkar vara svåra att förändra i skolundervisningen.

Att mäta beteendeförändringar när alla i en grupp inte har prövat på beteendet är förstås problematiskt. Många elever har inte haft sin sexuella debut när undervisningen genomförs. Kan deras framtida beteende ha påverkats av undervisningen? De förändringar i kunskap, attityder och beteenden som uppmätts i de flesta studier har utgått ifrån att elever är homogena, utan hänsyn till religiösa åsikter, sexuell läggning eller socioekonomiska skillnader. Kan det vara så att de positiva förändringar som går att finna av påverkan genom SRE skedde bland de elever som undervisningen utgick ifrån/indirekt riktade sig till dvs. de elever som inte skilde sig från mängden?

Det är svårt att styrka att folkhälsoarbete ger resultat. Mer forskning behövs därför för att undersöka elevers beteenden några år efter undervisningen när fler elever kan svara på om de påverkats. Inför framtida forskning i området bör även fokus ligga på perspektivbaserad sex- och samlevnadsundervisning, exempelvis varför flickor påverkas mer än pojkar i undervisningen. Det finns många frågor kvar. Vad i undervisningen påverkar vem? Och varför?

## REFERENSER

- Backman, J (1998) *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur
- Burtney, E och Duffy, M (red.) (2004) *Young people and sexual health – individual, social and policy contexts*. New York: Palgrave Macmillian
- Bergman, Y (red.) (2004) *Breaking Through: A Guide to Sexual and Reproductive Health and Rights*
- Buston, K och Wight, D (2002) "The Saliency and Utility of School Sex Education to Young Women" *Sex Education*, Vol. 2, No. 3 s. 233 – 250
- Conboy Martiniuk, A m.fl. (2003) "A cluster randomized trial of a sex education programme in Belize, Central America" *International Journal of Epidemiology*, Vol. 32 s. 131 – 136
- Díaz, M m.fl (2005) "Outcomes of three different models for sex education and citizens programs concerning knowledge, attitudes and behaviour in Brazilian adolescents" *Cad. Saúde Pública*, Vol. 21 s. 589 – 597
- Donati, S m.fl. (2000) "Sex education in secondary schools: an italian experience" *Journal of adolescent health*, Vol. 26, No. 4 s. 303-308
- Folkhälsoinstitutets rapport 1997:31 (1997) *"En fråga för livet – ett sexualitets- och samlevnadsperspektiv på Nationell folkhälsopolicy för HIV/STD"* Stockholm: Folkhälsoinstitutet
- Forsberg, C & Wengström, Y (2003) *"Att göra systematiska litteraturstudier."* Stockholm: Natur och Kultur
- Forsberg, M (2006) *"Ungdomar och sexualitet"* Stockholm: Edita
- Hanson, U (2002) "Vad är en vetenskaplig artikel?" Karolinska Institutets hemsida: <http://ki.se/content/1/c4/54/02/Vetenskaplighet.pdf>
- Janlert, U (2000) *"Folkhälsovetenskapligt lexikon"* Stockholm: Natur och Kultur
- Kidger, J (2004) "You realise it could happen to you: the benefits to pupils of young mothers delivering school sex education" *Sex Education* Vol. 4, No. 2 s. 185 – 197
- Lennerhed, L (2002) *"Sex i folkhemmet. RFSUs tidiga historia."* Uppsala: Gidlunds förlag
- Naidoo, J och Wills, J (2000) *"Health Promotion, Foundations for Practice"* 2nd Edition.
- Nilsson, A (red.) (2005) *"Hela livet – 50 år med sex- och samlevnadsundervisning"*. Stockholm: Liber

- Norman, H (2006) ”Högre status för gymnasieskolans sex- och samlevnadsundervisning”  
Skolverkets hemsida: <http://www.skolverket.se/sb/d/1295/a/5488>
- Perez, F och Dabis, F (2003) ”HIV prevention in Latin America: reaching youth in Colombia”  
*AIDS Care*, Vol. 15, No.1 s. 77-87
- Regeringens proposition 2002/03:3 (2002) ”Mål för folkhälsan” Stockholm: Regeringen
- Rådö, G (red.) (2005) ”Kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2005, Målområde 8  
Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa” Stockholm:  
Folkhälsoinstitutet
- Rådö, G (red.) (2001) ”Nationell handlingsplan för STD/HIV-prevention under perioden  
2000–2005” Stockholm: Folkhälsoinstitutet
- SKOLFS 1994:1 (1994) ”1994 års läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklas-  
sen och fritidshemmet (Lpo94)” Stockholm: Regeringen
- SKOLFS 1994:2 (1994) ”1994 års läroplan för de frivilliga skolformerna (Lpf 94)”  
Stockholm: Regeringen
- Skolverket (2000) ”Nationella kvalitetsgranskningar 1999. Skolverkets rapport nr 180.”  
Stockholm: Liber
- Skolverket 2006-04-18 ”Telefonintervju med Tillståndsgivningen på Skolverket: Om  
fristående skolor”
- Stephenson, JM m.fl. (2004) ”Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-  
randomised intervention trial” *The Lancet*, Vol. 364 s. 338 – 346
- Walker, D m.fl. (2006) ”HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised  
evaluation of intervention” *BMJ*, Vol. 332 s. 1189-1194
- Weyman, A (2004) ”Putting sex in context: sex and relationships education in schools” *Edu-  
cation Review* Vol 17 s. 80 - 85
- Wight, D m.fl (2002) ”The limits of teacher-delivered sex education: interim behavioural  
outcomes from a randomised trial” *BMJ* Vol. 324 s. 1 – 6
- World Health Organization, WHO (1986) ”Ottawa Charter for Health Promotion -First  
International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 -  
WHO/HPR/HEP/95.1”
- World Health Organization, WHO (2004) ”Progress in reproductive health research”  
WHO:s hemsida: <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf>