

Viðhorf og þekking 16 ára unglunga á kynlífstengdu efni

Ágrip

Kolbrún Gunnarsdóttir¹
læknanemi

Reynir Tómas Geirsson^{1,2}
sérfræðilæknir í fæðinga- og kvensjúkdómafræði, prófessor

Eyjólfur Porkelsson¹
læknanemi

Jón Porkell Einarsson²
læknir í sérnámi í lyflækningum

Ragnar Freyr Ingvarsson²
læknir í sérnámi í lyflækningum

Sigurbjörg Bragadóttir¹
læknanemi

Lykilorð Kynfræðsla, unglingar, kynsjúkdómar, getnaðarvarnir, neyðargetnaðarvörn

Tilgangur: Kynsjúkdómar og ótímabærar þunganir hafa verið félags- og heilbrigðisvandamál meðal íslenskra unglunga og algengari á Íslandi en í nágrennalöndunum. Sumarið 2001 var gerð könnun á þekkingu og viðhorfum 16 ára unglunga til kynfræðslu, kynsjúkdóma og getnaðarvarna sem sýndi að þekkingu á kynsjúkdómasmiti og getnaðarvörnum var verulega ábótavant. Könnunin var endurtekin 2005-2006 með tvöfalt stærra úrtaki og niðurstöður rannsóknanna bornar saman til að meta breytingar í ljósi fræðsluátaks frá Ástráði, forvarnastarfi læknanema.

Efniviður og aðferðir: Spurningalisti með 69 fjölvalsspurningum var lagður fyrir 16 ára ungmenni á Akureyri og á Reykjavíkursvæðinu í tengslum við forvarnastarfið. Samanburður var gerður á svörum 2001 og 2005-2006, og fyrir og eftir fræðsluna.

Niðurstöður: Alls tóku 201 ungmenni þátt 2001 og 417 í könnuninni 2005-2006. Flestum fannst

fræðslan eiga heima í skólum og æskilegt væri að utanaðkomandi fagfólk veitti hana. Þáttur foreldra var takmarkaður. Þekkingu var ábótavant á báðum rannsóknatímabilum, en marktæk breyting til batnaðar sást, milli tímabila og eftir fræðslu ($p < 0,001$). Meðal annars fannst að í hópi pilta í seinni könnuninni töldu 13% pilluna veita vörn gegn kynsjúkdómum, tæp 70% allra unglunganna taldi að herpesýking læknaðist með sýklalyfjum og tíundi hver að hægt væri að lækna HIV. Viðhorf til kynhegðunar höfðu lítið breyst milli tímabila og 66% töldu eðlilegt að 14-16 ára unglungar stundi kynlíf, þótt einungis 8% væru reiðubúin til að taka afleiðingunum.

Ályktun: Vanþekking og misskilningur um ýms grunnatriði kynlífs eru algeng meðal unglunga, ekki síst varðandi alvarlegustu kynsjúkdómanna, sem bendir til að bæta megi kynfræðslu í grunnskólum og á fyrstu stigum framhaldsskóla.

ENGLISH SUMMARY

Gunnarsdóttir K, Geirsson RT, Porkelsson E, Einarsson JP, Ingvarsson RF, Bragadóttir S

Attitudes and knowledge on sexual matters among 16-year old teenagers

Objective: Sexually transmitted diseases and unplanned pregnancies are social and health issues among Icelandic teenagers and are more prevalent than in neighbouring countries. In 2001 knowledge and attitudes to sexual education, sexually transmitted disease and contraception among 16-year olds were investigated by questionnaire. Knowledge was defective. The study was repeated in 2005-2006 in a larger sample and change over five years estimated after an educational effort on sexual issues was launched by medical students (www.astradur.is).

Material and methods: A survey with 69 multiple choice questions was administered in conjunction with sexual education by medical students. Changes in replies to the same questions were compared between 2001 and 2005-2006 as well as before and after teaching.

Results: A total of 201 teenagers were in the first and 417 in the latter study. There was a wish for sexual education in schools and by outside advisers. The parental role was relatively small. Knowledge was inadequate in both, but significant improvement was seen between periods and after the educational effort ($p < 0.001$). Misconceptions

were common, such as 13% of boys believing that oral contraceptives protected against sexually transmitted disease, that herpes infection was curable by antibiotics (70% of respondents) and that modern medicine cured HIV (10% of respondents). Attitudes to sexual behavior had not changed by 2005-6 and 66% thought it normal for 14-16 year olds to have sexual intercourse, while only 8% were ready to handle the consequences.

Conclusion: Misconception and inadequate knowledge on various key aspects of sexuality is common, not least on serious sexually transmitted diseases, which suggests a need for improved sexual education in late primary and early secondary school.

Key words: Sexual education, teenagers, sexually transmitted disease, contraception, emergency contraception

Correspondence: Reynir Tómas Geirsson, reynirg@landspitali.is

¹Læknadeild HÍ, Vatnsmýrarveggi 16, ²Landspítali, Hringbraut, 101 Reykjavík

Bréfaskriftir og fyrirspurnir:
Reynir T. Geirsson,
Kvennasvið,
Landspítala,
Hringbraut,
101 Reykjavík.
S. 543 1000
Netfang:

reynirg@landspitali.is

Inngangur

Tilgangur þessarar rannsóknar var að athuga breytingar á þekkingu og viðhorfum unglunga til kynlífs, kynsjúkdóma og getnaðarvarna frá sumri 2001 til veturs 2005-2006 og eftir fræðslu veturinn 2005-2006. Árið 1998 var stofnað félag meðal læknanema við Læknadeild Háskóla Íslands til að sinna forvarnastarfi varðandi kynheilbrigði í framhaldsskólum á grundvelli jafningjafræðslu. Hugmyndin kviknaði á samnorrenum ráðstefnum læknanema, en svipuð forvarnafélög eru starfrækt á Norðurlöndunum og víðar (1). Starfsemin hófst veturinn 2000-2001 og félagið nefnist nú Ástráður (2). Félagar í Ástráði heimsækja flesta framhaldsskóla landsins til að fræða unglunga um getnaðarvarnir, einkenni kynsjúkdóma, varnir gegn þeim og annað sem við kemur kynheilbrigði. Læknanemar fá kennslu um þessi málefni í byrjun haustannar 2. árs og fara síðan í skólana, þar sem að jafnaði fást tvær kennslustundir til fræðslunnar.

Kynfræðsla í grunnskólum er mismikil og ekki vel skilgreint innan hvaða kennslugreina hún skuli veitt. Kennarar og skólahjúkrunarfræðingar kunna að vera misvel í stakk búnir til að ræða viðkvæm mál sem þessi. Rannsóknir hafa bent til þess að heppilegt geti verið að utanaðkomandi aðili komi að kynfræðslu í skólum, til dæmis á grundvelli jafningjafræðslu (3). Þetta á bæði við um alnæmisfræðslu (4) og almenna kynfræðslu (3).

Í áfangamarkmiðum náttúrufræði og lífsleikni við lok 10. bekkjar segir að nemandi eigi að „geta tekið ábyrga afstöðu í kynferðismálum byggða á þekkingu á líkamlegum kyneinkennum, gerð og starfsemi kynfæra, mikilvægi getnaðarvarna“ og eigi að „þekkja helstu kynsjúkdóma, orsakir, einkenni, smitleiðir og mögulegar varnir, afleiðingar og lækningar“ (5). Óvíst er þó hvernig þessi markmið skila sér í haldgóðri þekkingu unglunga. Margt bendir til að þekking íslenskra ungmenna á getnaðarvörnum sé minni en jafnaldrar þeirra á Norðurlöndunum (6). Fóstureyðingar og fæðingar í aldurshópnum 15-19 ára hafa til skamms tíma verið töluvert algengar á Íslandi miðað við Norðurlöndin (7), en hlutfallslega hefur þó dregið úr þeim atburðum meðal unglunga síðari árin (8). Ekki er vitað hvort þessar þunganir voru allar ótímabærar, en 70-80% íslenskra ungmenna töldu sig ekki tilbúin í foreldrahlutverkið samkvæmt nýlegri rannsókn (6).

Kynfræðsla verður að fara fram víðar en í skólum og þá ekki síst frá foreldrum til barna. Foreldrar ræða þó fremur við börn sín um tíðahring kvenna og barneignir en kynsjúkdóma og getnaðarvarnir (9). Sumir telja skírlífi einu leiðina

til að forðast kynsjúkdóma og ótímabærar þunganir ungmenna og að kynfræðsla stuðli að fyrra upphafi kynlífs en ella (10). Ekki eru samt tengsl milli fræðslu um kynlíf og aukinnar kynlífsiðkun- ar ungmenna (11, 12). Aðgengi að kynlífstengdu efni hefur hins vegar aukist mikið á vefnum og í öðrum fjölmiðlum og nýleg könnun benti til að langflestir unglingar á Íslandi hafi séð klámefni í sjónvarpi, klámblöðum, á neti og á myndbandi eða DVD (13).

Á Íslandi er notkun hormónagetnaðarvarna algeng hjá ungum stúlkum (6). Bæði kynin virðast jafnlíkleg til að nota getnaðarvarnir að staðaldri en viðhorf stúlkanna er í heild jákvæðara. Íslensk ungmenni virðast þó ekki byrja að nota getnaðarvarnir fyrr en eftir fyrstu kynmök. Unglingar sem ræða getnaðarvarnir við foreldra sína virðast jákvæðari gagnvart getnaðarvörnum og stúlkur eru líklegri til að geta rætt þessi mál við foreldra en piltar (6). Þrátt fyrir jákvæð viðhorf er þekking og notkun íslenskra unglunga á getnaðarvörnum minni en æskilegt væri (14).

Neyðargetnaðarvörn kom á markað 1998 og tvöfaldaðist sala hennar á árabílinu 2001-2006 (Ellert Á. Magnússon, Lyfjastofnun, persónulegar upplýsingar), einkum eftir að aðgengið var auðveldað árið 2000. Meiri notkun kann að vera vísbending um aukna vitund ungmenna á þessu úrræði, en breyting á aðgengi og ný lyfjaform gætu líka hafa skipt máli (15).

Forvarnastarf læknanema varð til þess að tveir höfunda (RFL, JÞE) stóðu sumarið 2001 að könnun á þekkingu og viðhorfi til kynfræðslu, kynsjúkdóma og getnaðarvarna meðal 201 sextán ára unglings í Reykjavík og á Akureyri. Niðurstöðurnar bentu til að þekkingu um kynlífstengd mál væri ábótavant. Tímabært þótti fimm árum síðar að afla sambærilegra upplýsinga til að fá samanburð við fyrri könnun, og leggja mat á hvort fræðslan bæri árangur.

Efniviður og aðferðir

Þverskurðarrannsókn var gerð á tímabilinu október 2005 til apríl 2006 með spurningalistum sem lagðir voru fyrir 417 ungmenni í tveimur framhaldsskólum á Akureyri og sex á Reykjavíkursvæðinu að fengu leyfi skólastjórnenda. Einungis voru teknir með unglingar sem fæddir voru árið 1989. Nemendur fengu 15-20 mínútur til að svara spurningalista sem var sambærilegur þeim sem notaður var 2001 (Jón Þorkell Einarsson og Ragnar Freyr Ingvarsson, óbirt efni, unnið úr eldri spurningalista Jóns Þorvarðarsonar, BA-ritgerð, Kennaraháskóla Íslands 1978). Í fyrri rannsókn voru þátttakendur allir 16 ára unglingar

í vinnuskólum Reykjavíkur og Akureyrar sumarið 2001. Spurningalistinn 2005-2006 var lagður fyrir áður en fræðsla frá Ástráði fór fram og aftur 4-6 vikum síðar.

Nokkrar breytingar voru gerðar frá listanum 2001 til að gera orðalag skýrara. Einnig voru spurningar felldar brott þar sem niðurstöður 2001 höfðu ekki gefið marktækar upplýsingar, en nokkrum spurningum um áhættuþætti leghálskrabbameins bætt við, ásamt spurningum um þekkingu á smitleiðum kynsjúkdóma og möguleika á lækningu þeirra. Spurningalistinn var í fimm hlutum. Í 1. hluta voru almennar spurningar um viðhorf til kynfræðslu í grunnskólum. Í 2. hluta var spurt um viðhorf til kynhegðunar og í 3. hluta um atriði sem leggja ætti áherslu á og unglingarnir beðnir að meta umræðuefni eftir mikilvægi þeirra. Í 4. hluta áttu unglingarnir að taka afstöðu til staðhæfinga um getnaðarvarnir, kynsjúkdóma og fóstureyðingar, meta þekkingu sína á þessum efnum og svara hvort þeim fyndist þau hafa fengið nægilega fræðslu á skólagöngunni. Í 5. hluta var þekking á atriðum tengdum kynsjúkdómum, getnaðarvörn- um og kynhegðun könnuð.

Spurningarnar voru fjölvalsspurningar og mismunandi form notuð (rétt/rangt og kvarðað) til að fá sem heildstæðasta mynd. Spurningalistinn var ópersónugreinanlegur og frumgögnum var eytt að úrvinnslu lokinni. Spurningalistann má sjá á www.laeknabladid.is/

Í úrvinnslu var munur á svörum milli kynja og rannsókna, og fyrir og eftir fræðslu, athugaður með krosstöflum, kí-kvaðrat prófi og t-prófi, eins og við átti. Ef gildi voru ekki normaldreifð var gert Mann-Whitney próf. Fylgnistuðull Pearsons var notaður til að skoða fylgni í 1. og 2. hluta spurningalistans. Í 3. og 4. hluta spurningalistans var gerð þáttgreining til að skýra fylgni milli spurninga og draga saman hvaða spurningar mældu tiltekin hugtök eða þætti. KMO stuðull (Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy) var á bilinu 0,67 - 0,8 og úrtakið því nægilega stórt. Þáttgreining þótti ekki gefa skýrar niðurstöður og því voru meðaltöl allra svara sett upp í töflu og t-próf notað til að athuga mun milli kynja og rannsókna 2001 og 2005-2006.

Í 5. hluta var „einkunn“ fyrir hvern nemanda reiknuð. Fyrir rétt svar fékkst 1 stig en ekkert fyrir rangt. Fyrir 10 sambærilegar spurningar milli rannsókna var meðaleinkunn nemenda reiknuð. Mismunur milli ára var metinn með kí-kvaðrat prófi. Fyrir sjö nýjar spurningar 2005-2006 var mismunur í svörum kynja borinn saman með krossprófi.

Þar sem um var að ræða viðhorfskönnun voru leyfi Vísindasiðanefndar og Persónuverndar ekki

naðsynleg en báðar nefndir voru upplýstar um inntak könnunarinnar svo og umboðsmaður barna. Engar athugasemdir bárust. Ungmennin og foreldrar/forráðamenn þeirra voru upplýst um könnunina með bréfi áður en skólarnir voru heimsóttir. Þar var lýst tilgangi og framkvæmd rannsóknarinnar, hver framkvæmdi hana og foreldrum veitt tækifæri til að hafna þátttöku unglingansins. Gefinn var kostur á að hafa samband við rannsakendur til að fá frekari upplýsingar. Ekkert foreldri hafnaði þátttöku barns síns. Sama aðferð var notuð 2001 og 2005-2006.

Niðurstöður

Útiloka varð 21 lista í könnun 2005-2006 þar sem svarendur voru ekki fæddir 1989. Endanleg úrtaksstærð var 396 og svarhlutfall 82%. Þegar könnun var endurtekin eftir fræðslu var viðbót- arbrottfall 70. Kynjahlutfall 2005-6 var 192 piltar og 204 stúlkur.

Almennt um kynfræðslu

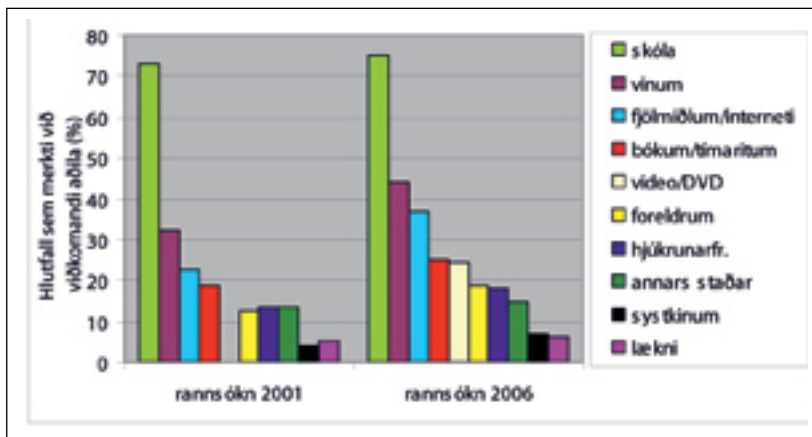
Meirihluta unglinganna fannst að skólum bæri að veita kynfræðslu, fræðslu um getnaðarvarnir og kynsjúkdóma. Unglingar 2005-2006 voru jákvæðari en 2001 gagnvart umræðu um samkynhneigð. Flestum fannst að kynfræðsla ætti að hefjast í 7. bekk og 97% að hún ætti að hefjast í 8. bekk eða fyrr. Ekki var marktækur munur á meðaltali svara milli 2001 og 2005-6 ($t = 0,56$; $p = 0,57$).

Í rannsókninni 2005-2006 merktu 81% við læknanema/hjúkrunarfræðinema þegar spurt var um aðila sem ætti að sjá um kynfræðslu. Þetta hlutfall var 58% 2001 og þá merktu fleiri við skóla- hjúkrunarfræðinga. Flestir töldu líklegra að umræður sköpuðust ef sá sem sæi um fræðsluna væri ókunnugur (77% fyrir fræðslu, 90% eftir fræðslu, $p < 0,001$). Stúlkum fannst þetta mikilvægara en strákuum ($p < 0,001$). Hlutfall þeirra sem vildu að nemar sæju um fræðsluna jókst eftir fræðslu Ástráðs ($p = 0,002$). Engar marktækar breytingar urðu fyrir og eftir fræðslu hvaða form unglingarnir kusu; 59% vildu sameiginlega umræðuhópa, 43% umræðuhópa þar sem kynin eru aðskilin, 52% fyrirlestra og 62% myndbönd. Í báðum heimsóknum vildu um helmingi fleiri stúlkur en strákar aðskilda umræðuhópa ($p < 0,001$).

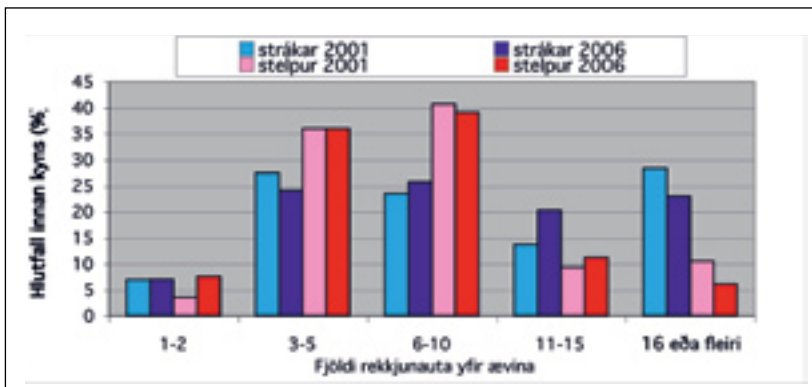
Þegar spurt var hvaðan unglingar teldu sig hafa fengið mesta fræðslu merktu langflestir við skóla. Þar á eftir komu vinir og kunningjar og því næst fjölmiðlar og vefurinn. Mjög lítil hluti merkti við foreldra (mynd 1).

Kynhegðun

Árið 2005-2006 fannst 67% eðlilegt að 14-16 ára



Mynd 1. Yfirlit yfir hvaðan unglingar töldu sig hafa fengið mesta fræðslu um kynferðismál. Í rannsókninni 2001 var ekki í boði að merkja við video/DVD.



Mynd 2. Svör við spurningu um eðlilegan fjölda rekkjunauta yfir ævina eftir kyni og rannsóknarhlutumum 2001 og 2006.

Tafla 1. Munur á svörum um áhersluatriði í kynfræðslu árin 2001 og 2005-6 út frá meðaltölum. Svarmöguleikar á skala 1-5 (lítillvægt – mikilvægt).

	Meðaltal 2001	Meðaltal 2005-6	t-gildi	df	p-gildi
Gerð kynfæra og starfsemi þeirra	4,2	3,8	6,9	479	<0,001
Kynhormónar og tíðarblæðingar	4,1	3,9	2,7	589	0,006
Fóstureyðingar	4,1	4,3	-3,0	590	0,003
Kynsjúkdómar, smitleiðir og meðferð	4,5	4,7	-3,0	343	0,003
Einkenni kynsjúkdóma	4,5	4,7	-4,3	308	<0,001
Getnaðarvarnir	4,5	4,6	-2,6	347	0,01
Sam- og tvíkynhneigð	3,2	3,5	-3,5	349	0,001
Klám	3,4	3,6	-2,0	590	0,04
Umræður um eðlilegt/óeðlilegt kynlíf	3,4	3,6	-2,2	588	0,03
Aðgengi að upplýsingum	4,2	4,3	-2,0	590	0,04
Umræður um samskipti kynjanna	4,3	4,0	3,9	590	<0,001

unglingar stunduðu kynlíf, en 8,4% töldu þennan aldurshóp reiðubúinn til að taka afleiðingum kynlífs. Í rannsókninni 2001 var hlutfallið svipað (62% og 10,2%). Í báðum rannsóknum fannst 79-90%

unglinga eðlilegt að hefja kynlíf fyrir 16 ára aldur (2001; strákar 84,9%, stúlkur 86,3%, $p=0,009$; 2006; strákar 89,4%, stúlkur 78,9%, $p<0,001$). Milli rannsóknaráranna hækkaði hlutfall stráka sem vildu byrja fyrr, en lækkaði hjá stúlkunum. Ekki varð marktæk breyting milli heimsókna 2005-2006 á því hvenær unglingum þótti eðlilegt að hefja kynlíf.

Fylgni var milli þess að telja eðlilegt að eiga marga rekkjunauta og finnast eðlilegt að hefja kynlíf ≤ 14 ára (Pearsons fylgnistuðull = 0,42; $p<0,001$). Fylgni var einnig milli þess að telja sig hafa góða þekkingu á kynferðismálum og að eðlilegt væri að unglingar hefji kynlíf ≤ 14 ára (Pearsons fylgnistuðull = 0,27; $p<0,001$). Áætlaður meðalaldur við upphaf samfara samkvæmt þessum svörum var 15,4 ár 2001 en 15,5 ár 2005-2006. Ekki var munur á aldursdreifingu milli ára ($t = -0,83$; $df = 575$; $p = 0,41$) (mynd 2).

Áherslur í kynfræðslu

Munur á meðaltölum kvarðaðra svara við spurningum um áhersluatriði er sýndur í töflu I. Unglingum 2005-2006 fannst ekki eins mikilvægt og 2001 að fjallað væri um gerð og starfsemi kynfæra, kynhormóna, tíðarblæðingar eða samskipti kynjanna. Hins vegar fylgjaði þeim sem vildu fræðast meira um gerð og starfsemi kynfæra eftir fræðslu Ástráðs (meðaltalseinkunn 3,7 varð 4,0; $t=-3,330$; $df=699$; $p=0,001$). Unglingum 2005-2006 fannst mikilvægara að ræða um fóstureyðingar, kynsjúkdóma, getnaðarvarnir, sam- og tvíkynhneigð, klám og hvað teljist eðlilegt í kynlífi en 2001. Meðaltal í svörum stúlkanna var hærra ef marktækur munur var á kynjunum, nema þegar spurt var um sjálfsfróun og næm svæði líkamans. Þar voru strákar líklegri til að merkja við „mikilvægt“.

Viðhorf til kynheilbrigði

Munur á meðaltölum kvarðaðra svara um viðhorf er sýndur í töflu II. Nemendur sem töldu sig ekki vita hvort þeir hefðu fengið næga fræðslu um kynsjúkdóma á skólagöngu gátu heldur ekki sagt hvort þeir hefðu fengið næga fræðslu um þunganir, ábyrgð foreldrahlutverksins eða getnaðarvarnir. Unglingum sem fannst þunganir unglingsstúlkna of algengar, voru líklegir til að vera sammála því að fóstureyðingar séu of algengar. Þeir sem höfðu jákvætt viðhorf til smokksins voru líklegir til að gera sér grein fyrir hlutverki hans sem kynsjúkdómavarnar og einnig að vita að klamydía er ekki hættalaus sjúkdómur.

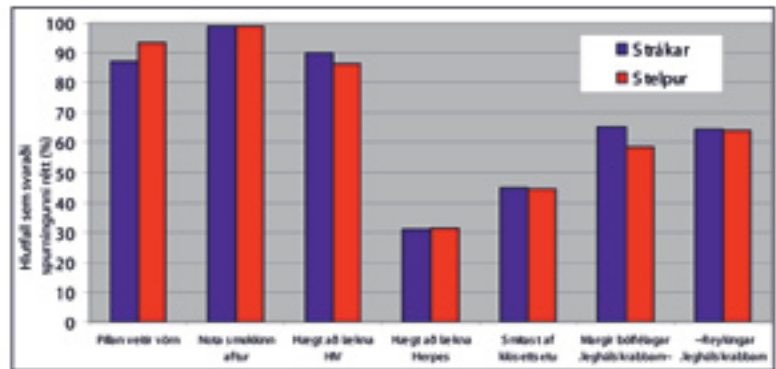
Fleiri unglingar 2005-2006 voru sammála því en 2001 að smokkurinn væri of dýr og hann veitti vörn gegn kynsjúkdómum. Færri unglingum þóttu unglingsþunganir, fóstureyðingar og

kynsjúkdómar of algeng 2005-2006 og færri töldu neyðargetnaðarvörn valda fóstureyðingu. Unglingum 2005-2006 fannst auðvelt fyrir stúlkur að nálgast pilluna og meirihluti var sammála því að getnaðarvarnir ættu að vera ókeypis fyrir ungt fólk. Hlutfallið hækkaði frá 2001, einkum meðal stúlkna.

Fyrir og eftir fræðslu varð marktæk breyting í átt að betri þekkingu á staðhæfingum um smokkinn, fjölda þeirra sem fá kynsjúkdóma á Íslandi, þunganir unglingsstúlkna, algengi fóstureyðinga, verkunarmáta neyðargetnaðarvarnarinnar og aðgengi að pillunni (tafla II).

Samanburður á þekkingaratriðum

Hlutfall réttra svara í þekkingarhlutanum er sýnt í töflu III og mynd 3. Þekking var í heild betri 2005-2006 ($p < 0,001$). Enn taldi þó hluti unglinga að túrtappanotkun væri hættuleg og að þeir gætu „týnst í leginu“. Misskilningur um að engar líkur séu á frjógvun við rofnar samfarir var enn til staðar og jókst hjá stúlkum milli ára. Marktækur munur var



milli ára þegar spurt var um rétt stúlkna til fóstureyðingar án samþykkis frá stráknem og fleiri svöruðu rétt 2005-2006. Þá varð einnig marktæk breyting eftir fræðslu. Mikil breyting varð milli ára þegar spurt var hvort kynsjúkdómar gætu aðeins smitast við samfarir og hvort þeir gætu smitast með munnmökum. Fleiri virtust vita 2005-2006 að samfarir eru ekki nauðsynlegar til að smitast og að kynsjúkdómar geta smitast með munnmökum.

Mynd 3. Hlutfall 16 ára unglinga eftir kyni sem svöruðu rétt spurningum sem voru aðeins á 2006 spurningalistanum.

Tafla II. Munur á svörum um viðhorf til þátta varðandi kynsjúkdóma og getnaðarvarnir 2001 og 2005-6 og fyrir og eftir fræðslu 2005-2006, út frá meðaltali. Svarmöguleikar á skala 1-5 (lítilvægt – mikilvægt).

	'01	'05-6 Fyrri heimsókn	'05-6 Seinni heimsókn	Samanburður milli ára			Samanburður fyrir og eftir fræðslu		
				t	df	p	t	df	p
Smokkurinn of dýr	3,51	4,21	4,22	-7,76	362	<0,001	-0,07	718	0,944
Smokkurinn vörn gegn kynsjúkdómum	4,62	4,79	4,89	-3,17	299	0,002	-2,90	719	0,004
Smokkurinn er til vandræða	1,61	2,12	1,95	-5,59	593	<0,001	2,06	719	0,039
Margt ungt fólk á Íslandi fær kynsjúkdóma	3,83	3,52	3,96	4,17	353	<0,001	-7,21	717	<0,001
Þunganir 15-19 ára of algengar	4,04	3,81	4,05	2,80	591	0,005	-3,40	719	0,001
Fóstureyðingar of algengar	3,84	3,37	3,56	5,70	592	<0,001	-2,72	719	0,007
Auðvelt að komast í fóstureyðingu	3,29	3,29	3,58	0,08	590	0,940	-4,55	690	<0,001
Neyðargetnaðarvörnin veiddur fóstureyðingu	3,33	3,01	2,58	3,08	589	0,002	4,45	633	<0,001
Auðvelt fyrir stelpur að nálgast pilluna	3,53	3,75	3,91	-2,46	592	0,014	-2,24	712	0,025
Getnaðarvarnir ættu að vera ókeypis fyrir ≤20 ára	3,68	4,03	4,19	-3,04	377	0,003	-1,78	719	0,076
Klamydía er algengur, hættulaus kynsjúkdómur.	2,48	2,36	2,55	1,09	588	0,276	-1,96	663	0,050
Stúlkur fitna á pillunni	3,20	3,26	3,26	-0,68	429	0,495	0,04	713	0,968
Ég hef góða þekkingu á kynferðismálum	3,60	3,67	3,77	-0,92	587	0,358	-1,61	711	0,108
Ég hef fengið næga fræðslu um kynsjúkdóma	3,25	3,33	3,73	-0,78	590	0,436	-4,63	716	<0,001
Ég hef fengið næga fræðslu um getnaðarvarnir	3,81	3,76	4,20	0,47	589	0,635	-5,70	711	<0,001

t = t-gildi, df = degrees of freedom, bil, p = p-gildi.

Tafla III. Yfirlit yfir hlutfall rétttra svara við spurningum úr þekkingarhlutum sem komu fyrir í báðum rannsóknum árin 2001 og 2006 (kvk = kvenkyn, kk = karlkyn).

	2001			2006			Samanburður milli ára		
	kvk (%)	kk (%)	alls (%)	kvk (%)	kk (%)	alls (%)	χ	df	p
Varasamt að nota túrtappa því þeir geta týnst í leginu (rangt).	93,4	80,0	86,2	83,1	87,2	85,0	0,2	1	0,69
Stúlkur geta ekki orðið óléttar í fyrsta skipti sem þær sofa hjá (rangt).	82,2	84,8	83,6	91,1	87,1	89,2	3,7	1	0,06
Stelpa getur ekki orðið óléttar við rofnar samfarir (rangt).	81,6	75,2	78,2	80,8	81,9	81,3	0,8	1	0,38
Stúlkur þurfa ekki samþykki stráksins ef þær vilja fara í fóstureyðingu (rétt).	66,3	63,0	64,5	77,2	68,1	72,8	4,1	1	0,044
Kynsjúkdómar geta eingöngu smitast við samfarir (rangt).	72,7	56,7	64,1	78,4	80,3	79,3	15,6	1	<0,001
Klamydía er ólæknandi (rangt).	76,4	70,4	73,3	76,2	75,4	75,8	0,4	1	0,51
Möguleiki að smitast af HIV með munnvatni (rangt).	75,0	69,9	72,3	81,9	74,9	78,5	2,8	1	0,10
Sumir kynsjúkdómar geta smitast með munnmökum (rétt).	82,8	73,1	77,5	96,5	86,5	91,6	22,4	1	<0,001
Neyðargetnaðarvörn virkar ekki ef >24 klst. hafa liðið frá samförum (rangt).	33,3	22,2	27,5	35,5	24,6	30,3	0,5	1	0,49

Þekking á þessum atriðum jókst marktækt eftir fræðslu. Marktæk breyting var hjá báðum kynjum þegar spurt var um munnmök sem smitleið.

Fjórðungur nemenda svaraði því bæði árin að klamydía væri ólæknandi. Vanþekking á virkni neyðargetnaðarvarnar var algeng; 30% nemenda vissi fyrir fræðslu að hún virkaði lengur en 24 klukkustundir eftir óvarðar samfarir (tafla III) en það hlutfall hækkaði í 52% eftir fræðslu.

Tíundi hver 16 ára unglingur taldi pilluna veita vörn gegn kynsjúkdómum og 65% þeirra sem svo töldu vera, voru strákar ($p=0,028$). Nær allir, 99%, vissu að ekki er í lagi að nota sama smokkinn aftur. Fyrir fræðslu töldu tæp 12% að hægt væri að lækna alnæmi (HIV), það var nær óbreytt eftir fræðslu (mynd 3). Um 70% töldu fyrir fræðslu að herpes-veiru sýkingu mætti lækna með sýklalyfjum, en 53% eftir. Rúmlega helmingur allra sem svörðuðu töldu sig geta smitast af kynsjúkdómum af klósettsetu og enginn munur var á milli kynja (54,9% strákar og 55,4% stúlkur). Alls voru 62% með rétt svar við þessari spurningu og 66% töldu reykingar auka líkur á leghálskrabbameini (mynd 3).

Umræða

Viðhorfsbreytingar síðustu fimm ár virðast ekki hafa verið miklar hvað varðar kynhegðun 16 ára unglunga. Enn er algengt að telja að kynlíf geti hafist á ungum aldri og að rekkjunautar yfir ævina eigi að vera margir. Áherslur sem unglungarnir vildu hafa í kynfræðslu breyttust samt milli ára og þekkingaratriði hjá unglungunum voru í heildina nokkru betri en fimm árum áður.

Unglingarnir töldu flestir að í skólum bæri að veita fræðslu um kynlífstengd efni. Þeir töldu sig hafa fengið mesta fræðslu þar og svo frá vinum og kunningjum. Það er vísbending um hve stóran þátt grunnskólar ættu að eiga í kynfræðslu og jákvætt að skólinn sé aðaluppstretta kynfræðslu, þó hún mætti byrja fyrr að áliti unglunganna sjálfra. Þetta gerir einnig þá kröfu til skólanna að fræðslan sé yfirgrípsmikil og góð. Hlutfall þeirra sem merktu við vini og kunningja var sambærilegt við rannsóknir í öðrum löndum, en þar eru vinir og kunningjar oftast ofar á blaði en skólinn (12, 16, 17). Lítil hluti merkti við foreldra sem fræðara um kynferðismál. Mikilvægt er að foreldrar opni umræðu um kynlíf og láti unglungana vita að þau séu tilbúin að ræða kynlíf og getnaðarvarnir. Rannsókn á unglungum í Bandaríkjunum sýndi að unglingspiltar sem geta rætt um kynlíf við foreldra sína eru líklegri til að nota smokkinn (18). Í Svíþjóð fékk aðeins rúmur helmingur unglunga fræðslu frá foreldrum í sambærilegri rannsókn (19). Hér var hlutfall fræðslu frá foreldrum 2005-2006 einungis 18%, þó það hefði aukist frá 12% árið 2001.

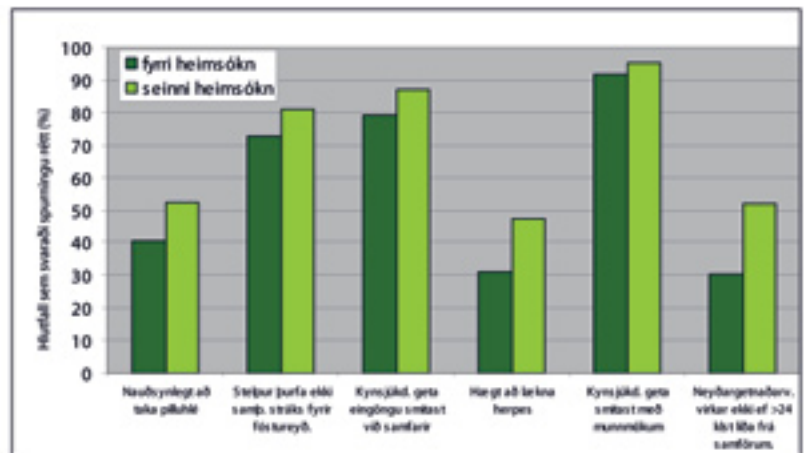
Stærstur hluti unglunganna merkti við lækna nema þegar þau voru spurð hver ætti að sjá um kynfræðslu og flestum fannst líklegra að umræður sköpuðust ef sá sem sæi um fræðsluna væri utanaðkomandi aðili, frekar en kennari, og jókst þetta hlutfall eftir fræðslu frá Ástráði. Þetta er sambærilegt við erlendar rannsóknir (3, 20) og jákvæð niðurstaða fyrir fræðslustarf Ástráðs sem styður að „fagaðili“ komi að kynfræðslu í skólum, en ekki einungis bekkjarkennarar. Hins vegar verður að taka fram að ungmennin vissu að þeir sem lögðu spurningalistann fyrir voru læknanem-

ar og það gæti hafa haft áhrif á svörin. Þó framlag Ástráðs sé sennilega mikilvægt geta læknanemar aðeins sinnt hluta fræðslunnar. Til að breyta viðhorfum þarf meira en tveggja klukkustunda jafningjafræðslu þó sú aðferð gefi betri árangur en upplýsingagjöf fullorðinna (20, 21). Fræðsla Ástráðs virtist hafa haft nokkur áhrif á vetrinum 2005-2006. Nýtt námsefni frá árinu 2006 um kynfræðslu er ætlað nemendum á seinni stigum grunnskólans. Þar er fjallað á opinskáan hátt um flest það sem við kemur kynþroska, getnaðarvörnum, kynsjúkdómum, getnaði, æxlun og upphafi kynlífsiðkunar (22). Fjölpættari fræðsla ætti að tryggja að unglिंगarnir fái nægar upplýsingar og tileinki sér rétt gildismat.

Það virtist almennt viðhorf að eðlilegt sé að 14-16 ára unglिंगar hafi samfarir. Einungis lítið hlutfall (um 8%) taldi þó þennan aldursþóp reiðubúinn til að taka afleiðingunum. Fjórtán ára einstaklingur er ekki líkamlega eða andlega reiðubúinn til kynlífs og því valda þessar niðurstöður áhyggjum. Rannsóknir hafa sýnt að fræðsla um kynlíf, kynsjúkdóma og getnaðarvarnir er líkleg til að stuðla að notkun smokksins og pillunnar, en að kynfræðsla hafi lítil eða engin áhrif á aldur við upphaf samfara (23). Líklegt er að félagslegir þættir (viðmið jafnaldra) skipti meira máli en inntak fræðslunnar.

Unglingarnir vildu minni áherslu á líffræðileg atriði í kynfræðslu 2005-2006 miðað við 2001, en frekar ræða kynlíf, kynsjúkdóma og hentugar getnaðarvarnir. Þetta er í samræmi við svipaða sænska rannsókn (19). Fleiri unglिंगar vildu fræðslu um klám 2005-2006. Griðarleg aukning hefur orðið á aðgengi að klámefni, eins og niðurstöður nýlegrar íslenskrar könnunar sýndu (13). Velta má fyrir sér hvort unglिंगar vilji meiri umræðu um klám af því að þau viðurkenni klám sem fræðsluefni, eða hvort þau séu óviss um hvað sé raunverulegt í „kynlífi“ sem þar er sýnt. Erlendar rannsóknir hafa bent til að hluti unglिंगa telji klámmyndbönd vera leið til að læra um kynlíf (16). Áhrif klámvæðingar má ef til vill merkja í viðhorfum strákana til kynhegðunar, í óskum um fyrra upphaf kynlífs og fleiri rekkjunauta. Þessi viðhorf endurspeglar þó ekki endilega raunveruleika, enda sýna íslenskar rannsóknir að stúlkur byrja fyrr að stunda kynlíf en strákar (24). Hér er því frekar um að ræða persónulegar væntingar og í sumum tilvikum brenglaða sýn strákanna á kynlíf. Áætlaður meðalaldur við upphaf samfara (15,5 ár) var samhljóða eldri íslenskri rannsókn (24).

Niðurstöður sýna að fræðsla frá Ástráði hafði marktæk áhrif á þekkingu og viðhorf unglिंगanna til atriða er varða getnaðarvarnir, fóstureyðingar, kynsjúkdóma og unglिंगaþunganir. Þetta



Mynd 4. Hlutfall 16 ára unglिंगa sem svöruðu rétt spurningum úr þekkingarhluta. Hér sýndar niðurstöður þar sem marktæk breyting varð eftir heimsókn frá Ástráði.

verður að teljast jákvætt í ljósi þess að fræðslan var að jafnaði einungis 80 mínútur. Viðhorf til getnaðarvarna var svipað og fyrir fimm árum en jákvætt að unglिंगum fannst aðgengið betra. Þó ekki hafi verið sýnt fram á að notkun hormónapillunnar leiði til verulegrar þyngdaraukningar (25), þá hafði hlutfall unglिंगa sem höfðu áhyggjur af þessu heldur aukist og þetta útbreidda viðhorf gæti átt þátt í verri meðferðarheldni. Viðhorf til neyðargetnaðarvarnar var jákvæðara en 2001 og færri töldu neyðargetnaðarvörnina valda fóstureyðingu. Þeim fækkaði enn frekar eftir fræðslu. Þekking á verkunartíma neyðargetnaðarvarnar milli ára var nær óbreytt en batnaði talsvert milli heimsókna. Ekki er nóg að auðvelda aðgengi að neyðargetnaðarvörn, heldur þurfa viðhorf og þekking unglिंगa og heilbrigðisstarfsfólks að fylgjast að. Í þeim löndum þar sem grunnaðgengi í heilbrigðiskerfinu er gott, verður lítil þörf fyrir viðbótarúræði önnur en að ungt fólk sé meðvitað um neyðargetnaðarvarnir og að viðhorf samfélagsins sé jákvætt (26). Orsök ótímabærra þungana hjá ungu fólki þar sem almenn notkun getnaðarvarna er góð í samfélaginu virðist oftast vera sú að vörnir bregst heldur en að hún sé ekki notuð (27).

Breytingar á þekkingu unglिंगanna um kynlíf voru minni en búist var við. Fleiri vissu 2005-2006 en 2001 að samfarir eru ekki nauðsynlegar til að smitast af kynsjúkdómum og þeim fjölgaði enn frekar eftir fræðslu. Takmörkuð þekking ungmennanna fyrir fræðslu 2005-2006 á smitleiðum og möguleikum á lækningu algengustu og alvarlegustu kynsjúkdómanna vakti athygli. Umræða um munnmök er meiri og jákvæðari og í Bandaríkjunum finnst unglिंगum þau ekki eins áhættusöm og samfarir með tilliti til kynsjúkdóma (28). Þá var hlutfall þeirra sem töldu fyrir fræðslu 2005-2006 að lækna mætti alnæmis- og herpesýkingu hátt og athygli vakti að fræðslan bætti ekki þekkingu um alnæmi. Hugsanlegt er að með

tæknivæðingu samtímans beri ungt fólk ofurtrú til læknávisindanna og telji jafnvel að þeim stafi ekki ógn af sjúkdómum eins og alnæmi. Afleiðingar af slíkri vanþekkingu geta verið alvarlegar og nauðsynlegt er að auka fræðslu um þessi mál.

Úrtökin 2001 og 2005-2006 voru ekki fyllilega sambærileg. Í rannsókninni 2001 var úrtakið allir unglingar í vinnuskólum Reykjavíkur og Akureyrar sem urðu 16 ára á því ári. Í þessari rannsókn var úrtakið 16 ára ungmenni í lífsleikni-kennslu framhaldsskóla. Unglingarnir í seinna úrtakinu voru um hálfu ári eldri, sem gæti haft skekkju í för með sér. Kostir rannsóknarinnar 2005-2006 voru hins vegar stærra úrtak og breiðari hópur með nokkuð jafna kynjaskiptingu. Í árslok 2005 voru lifandi 4459 einstaklingar fæddir 1989 (29) og úrtak þessarar rannsóknar því tæp 10% af 16 ára Íslendingum. Rannsóknin ætti því að endurspeglar almenn viðhorf unglinganna og hún gefur til kynna að kynfræðslu íslenskra ungmenna bæði í grunn- og framhaldsskólum megi enn bæta. Með því mætti sporna við aukningu á kynsjúkdómasmíti og koma enn frekar í veg fyrir ótímabærar þunganir.

Pakkir

Ragnar F. Ólafsson, fyrir aðstoð við tölfræðiúrvinnslu. Hafdís Finnbogadóttir, Ellert Ágúst Magnússon, Dagbjört Sigvaldadóttir, Guðbjörg Hildur Kolbeinsdóttir fyrir upplýsingar og aðgang að óbirtum gögnum. Dr. Sóley S. Bender, dósent, fyrir aðstoð við gerð spurningalistas árið 2001.

Skólastjórnendum og öðrum tengiliðum í framhaldsskólum á Akureyri og á Reykjavíkursvæðinu er sérstaklega þakkað fyrir hjálp og velvild við gagnasöfnun og loks eiga unglingarnir sem svörðu spurningalistunum þakkir skildar.

Heimildir

1. International Federation of Medical Students' Associations 2006 [cited 12. apríl 2006]; www.ifmsa.org
2. Ástráður, forvarnastarf læknanema. 2006 [cited 10. mars 2006]; www.astradur.is
3. Jobanputra J, Clack AR, Cheeseman GJ, Glasier A, Riley SC. A feasibility study of adolescent sex education: medical students as peer educators in Edinburgh schools. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 887-91.
4. Borgia P, Marinacci C, Schifano P, Perucci CA. Is peer

- education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. *J Adolesc Health* 2005; 36: 508-16.
5. Menntamálaráðuneytið. Aðalnámsskrá grunnskólanna. 2005 [cited 27. apríl 2006]; www.menntamalaraduneytid.is
 6. Bender SS, Kosunen E. Teenage contraceptive use in Iceland: a gender perspective. *Public Health Nurs* 2005; 22: 17-26.
 7. NOMESCO. Health Statistics in the Nordic Countries 2003. Copenhagen: NOMESCO; 2005.
 8. Landlæknisembættið. Fæðingar og fóstureyðingar. 2006 [cited 10. apríl 2006]; www.landlaeknir.is
 9. Ancheta R, Hynes C, Shrier LA. Reproductive health education and sexual risk among high-risk female adolescents and young adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005; 18: 105-11.
 10. Thomas MH. Abstinence-based programs for prevention of adolescent pregnancies. A review. *J Adolesc Health* 2000; 26: 5-17.
 11. Wielandt H, Knudsen LB. Sexual Activity and Pregnancies among Adolescents in Denmark - trends during the eighties. *Nordisk Sexologi* 1997; 15: 75-88.
 12. Wellings K, Wadsworth J, Johnson AM, Field J, Whitaker L, Field B. Provision of sex education and early sexual experience: the relation examined. *BMJ* 1995; 311: 417-20.
 13. Kolbeinsdóttir GH. Unge, køn og pornografi i Norden: Kvantitative studier. Kaupmannahöfn: Norræna ráðherranefndin; 2007.
 14. Landlæknisembættið. Sóttvarnir. 2006 [cited 26. mars 2006]; www.landlaeknir.is
 15. Lyfjastofnun. 2006 [cited 29. apríl 2006]; www.lyfjastofnun.is
 16. Nonoyama M, Tsurugi Y, Shirai C, Ishikawa Y, Horiguchi M. Influences of sex-related information for STD prevention. *J Adolesc Health* 2005; 36: 442-5.
 17. Strasburger VC. Adolescents, sex, and the media: ooooo, baby, baby-a Q & A. *Adolesc Med Clin* 2005; 16: 269-88.
 18. Halpern-Felsher BL, Kropp RH, Boyer CB, Tschann JM, Ellen JM. Adolescents' self-efficacy to communicate about sex: its role in condom attitudes, commitment, and use. *Adolescence* 2004; 39: 443-56.
 19. Haggstrom-Nordin E, Hanson U, Tyden T. Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. *J Adolesc Health* 2002; 30: 288-95.
 20. Stephenson JM, Strange V, Forrest S, et al. Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet* 2004; 364: 338-46.
 21. Mellanby AR, Newcombe RG, Rees J, Tripp JH. A comparative study of peer-led and adult-led school sex education. *Health Educ Res* 2001; 16: 481-92.
 22. Ragnarsdóttir E, Arnardóttir T. Um stelpur og stráka; kynfræðsla. Reykjavík: Námsgagnastofnun; 2006.
 23. Kirby DB, Baumler E, Coyle KK, et al. The „Safer Choices“ intervention: its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *J Adolesc Health* 2004; 35: 442-52.
 24. Bender SS. Attitudes of Icelandic young people toward sexual and reproductive health services. *Fam Plann Perspect* 1999; 31: 294-301.
 25. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD003987.
 26. Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, et al. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception* 2004; 69: 361-6.
 27. Wielandt H, Boldsen J, Knudsen LB. The prevalent use of contraception among teenagers in Denmark and the corresponding low pregnancy rate. *J Biosoc Sci* 2002; 34: 1-11.
 28. Halpern-Felsher BL, Cornell JL, Kropp RY, Tschann JM. Oral versus vaginal sex among adolescents: perception, attitudes, and behavior. *Pediatrics* 2005; 115: 845-51.
 29. Hagstofa Íslands. 2005 [cited 27. apríl]; www.hagstofan.is