

Sóley S. Bender, hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands
Álfheiður Freyja Friðbjarnardóttir, Varmahlíðarskóla

ÁRANGUR AF KYNFRÆÐSLUNÁMSEFNINU „KYNVERULEIKI Í LJÓSI KYNHEILBRIGÐIS“

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur: Rannsóknir benda til að kynfræðsla í skólum stuðli að betra kynheilbrigði unglinga. Hér á landi eru barneignir unglingsstúlkna og kynsjúkdómar eins og klamydía tíðari en í mörgum öðrum löndum í Evrópu. Það bendir til þess að þörf sé á kynfræðslu sem er líkleg til að skila árangri. Árangur af kynfræðslu í grunnskólum á Íslandi hefur lítið verið rannsakaður. Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta árangur nýs kynfræðsluefnis, *Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis*.

Aðferð: Nafnlaus könnun var haustið 2010 lögð fyrir nemendum í 8. bekk eins grunnskóla Reykjavíkur, fyrir og eftir kynfræðslu sem stóð í átta vikur. Alls svaraði 101 nemandi báðum könnunum, 52 stúlkur og 49 drengir. Könnuð var þekking, viðhorf, kynhegðun og samræður við foreldra um kynheilbrigðismál.

Niðurstöður: Niðurstöður sýndu aukna þekkingu og meiri samræður við foreldra en breytt viðhorf komu í minna mæli fram í kjölfar kynfræðslunnar, einkum hjá stúlkum. Í ljós kom að þekking hafði aukist marktækt meðal nemenda (úr 68% réttum svörum í 79%, $p < 0,001$). Stúlkur höfðu ívið meiri þekkingu en drengir í upphafi (70% rétt svör, 65%) en þekking jókst um 10% hjá báðum kynjum eftir fræðsluhlutun. Viðhorf til ábyrgðar í kynlífi ($p = 0,034$) og til fordóma ($p = 0,002$) breyttist marktækt á milli kannana hjá báðum kynjum. Hjá drengjum urðu mun meiri breytingar á viðhorfum en hjá stúlkum. Jafnframt ræddu unglingar og foreldrar meira saman um kynheilbrigðismál og nam sú aukning 24%.

Ályktanir: Niðurstöður styðja fyrri rannsóknir um árangur kynfræðslu í grunnskólum hvað varðar þekkingu, viðhorf og samræður við foreldra. Þær benda einnig til þess að það sé mikilvægt að hefja alhliða kynfræðslu eigi síðar en í 7. bekk til að unglingar fresti því að byrja að stunda kynlíf. Frekari rannsóknir á námsefninu eru æskilegar áður en það fer í almenna notkun.

Lykilorð: Kynfræðsla, unglingar, viðhorf, þekking, samræður kynhegðun.

INNGANGUR

Alþjóðasamtök hafa lagt áherslu á rétt til kynlífsheilbrigðis. Í þeim rétti felst meðal annars réttur til alhliða kynfræðslu (*comprehensive sexuality education*) og réttur til þess að fræðslan byggist á vísindalegum grunni (PAHO og WHO, 2000; WAS, 1999). Rannsóknir á kynheilbrigði íslenskra unglinga benda til að það megi bæta til muna. Kynheilbrigði er samspil líkamlegra, andlegra, félagslegra og tilfinningalegra þátta sem lúta að kynlífi og frjósemi fólks (Sóley S. Bender, 2006). Í stuttu máli vísar kynlífsheilbrigði til þess að stunda

ENGLISH SUMMARY

Bender, S.S., and Friðbjarnardóttir, A.F.

The Icelandic Journal of Nursing (2015), 91 (1), 46-53

EFFECTIVENESS OF THE SEXUALITY EDUCATIONAL PROGRAM „SEXUAL REALITY IN THE CONTEXT OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH“

Purpose: Previous studies have shown that school-based sexuality education can improve adolescents' sexual and reproductive health. Teenage childbearing and sexually transmitted diseases like chlamydia are more common in Iceland than in many European countries which indicates the need for effective sexuality education. Few studies have been conducted within primary schools in Iceland about the effectiveness of sexuality education. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of a new sexuality education program called *Sexual Reality in the Context of Sexual and Reproductive Health*.

Method: An anonymous survey was administered in the fall of 2010 to 8th grade students in one primary school in Reykjavik, before and after a sexuality education intervention. The sexuality education program lasted for eight weeks. In total 101 students answered both tests, 52 girls and 49 boys. The questionnaire measured knowledge, attitudes, sexual behavior and communication with parents about sexual health issues.

Results: The findings showed that knowledge and communication with parents increased with sexual education but changes in attitudes towards sexual health issues were less obvious, especially among girls. Results showed a significant increase in knowledge among students about sexual health matters (68% to 79%, $p < 0.001$). Girls had higher levels of knowledge at baseline compared to boys (70%; 65%) but knowledge increased by about 10% over time among both genders. Attitudes of the pupils towards responsibility ($p = 0.034$) and prejudice ($p = 0.002$) changed significantly between pre- and post-test both for girls and boys. The changes in attitudes were more obvious among boys. Communication with parents about sexual issues increased by 24%.

Conclusions: This study supports previous research about the effectiveness of sexuality educational programs regarding knowledge, attitudes and communication with parents. It also indicates the need to provide comprehensive sexuality education no later than in 7th grade in order to postpone sexual debut by adolescents. Further evaluation of this educational program is recommended before public use.

Keywords: Sexuality education, adolescents, attitudes, knowledge, communication, sexual behavior.

Correspondance: ssb@hi.is

heilbriggt, gott og gefandi kynlíf en frjósemisheilbrigði lýtur að frjósemisþættinum, þ.e. að fólk sé fært um að eiga ábyrgt kynlíf en hafi jafnframt frjálsræði til að ákveða hvort, hvenær og hversu oft það vilji eignast börn. Landskönnun meðal íslenskra unglinga á aldrinum 18-20 ára unglinga árið 2009 leiddi í ljós að við 13 ára aldur sögðust 4,6% vera byrjuð að stunda kynlíf en það hlutfall var komið í 17,7% við 14 ára aldur (Sóley S. Bender, 2012). Slíka aukningu á kynferðislegri virkni milli þessara aldurshópa má einnig sjá í erlendum rannsóknum (Coyle o.fl., 2004; Thomas o.fl., 1998). Það hefur sýnt sig um langt skeið að fleiri ungar íslenskar stúlkur (19 ára og yngri) eignast börn heldur en kynsystur þeirra á Norðurlöndum (Bender o.fl., 2003; NOMESCO, 2013) og eiga að jafnaði fleiri rekkjunauta (Kjaer o.fl., 2011). Auk þess eru klamydíusýkingar algengastar hér á landi (NOMESCO, 2013). Markviss notkun getnaðarvarna er lykilatriði til varnar ótímabærum þungunum og er smokkurinn einkar mikilvægur til að minnka líkurnar á kynsjúkdómasmiti. Í alþjóðlegri rannsókn á heilbrigði skólábarna (Health Behaviour of School Children, HBSC) á árunum 2009-2010 kom í ljós að hlutfall 15 ára unglinga á Íslandi, sem notuðu smokkinn við síðustu samfarir, var um 67% en var að meðaltali um 87% í Eistlandi, Lúxemborg, Grikklandi og Frakklandi þar sem notkunin var mest (Currie o.fl., 2012). Samkvæmt þessum upplýsingum er greinilegt að bæta má kynheilbrigði unglinga og ein leið til þess er að veita markvissa og gagnreynda kynfræðslu í skólum. Engin heildarúttekt hefur verið gerð á kynfræðslu (eða kynheilbrigðiskennslu) í grunnskólum á Íslandi en hún getur verið mjög mismunandi eftir skólum. Í nýrri aðalnámskrá grunnskóla, þar sem fjallað er um heilbrigði og velferð, segir: „Helstu þættir heilbrigðis sem leggja þarf áherslu á eru: jákvæð sjálfsmynd, hreyfing, næring, hvíld, andleg vellíðan, góð samskipti, öryggi, hreinlæti, *kynheilbrigði* og skilningur á eigin tilfinningum og annarra“ (Mennta- og menningarmálaráðuneytið, 2013, bls. 23). Það er því mikilvægt í skólum landsins að leggja áherslu á kynheilbrigði. Aðeins er til hér á landi ein rannsókn þar sem skoðaður hefur verið árangur af alhliða kynfræðslunámsefni. Er það rannsókn á námsefninu *Kynfræðsla: Lífsgildi og ákvarðanir* sem gert var fyrir meira en tveimur áratugum (Sóley S. Bender, 2012). Það námsefni var gefið út árið 1991 en hefur ekki verið endurskoðað og þótti því nauðsynlegt að semja nýtt kynfræðsluefni sem byggðist á þessu námsefni en jafnframt á gæðastöðlum og alþjóðlegum leiðbeiningum. Þörf er á kynfræðsluefni hér á landi sem byggist á gagnreyndri þekkingu. Rannsóknir sýna að með því að bjóða upp á vandaða alhliða kynfræðslu er hægt að hafa áhrif á þætti sem stuðla að bættu kynheilbrigði hvað varðar viðhorf og þekkingu unglinga en einnig er lýtur að kynhegðun þeirra (Carvajal o.fl., 1999; Coyle o.fl., 2004; Kirby o.fl., 2004; Kirby o.fl., 1991; Tortolero o.fl., 2010; Zimmerman o.fl., 2008). Á meðal þátta, sem sérfræðingar telja einna auðveldast að vinna með og breyta, eru þekking og viðhorf unglinganna sjálfra til kynlífs, skynjun þeirra á viðhorfum jafningja, innri löngun (hvatning) þeirra til að fyrirbyggja þungun eða kynsjúkdómasmit og trú þeirra á eigin getu (Kirby og Lepore, 2007). Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta árangur nýs alhliða kynfræðsluefnis, *Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis*, í 8. bekk í einum grunnskóla í Reykjavík. Lagðar voru eftirfarandi rannsóknarspurningar til grundvallar rannsókninni:

- Er þekking nemenda meiri í lok kynfræðslunnar en við upphaf hennar?
- Hafa viðhorf nemenda til kynheilbrigðis breyst í lok kynfræðslunnar miðað við upphaf hennar?
- Er munur á kynjum við upphaf og lok kynfræðslunnar varðandi þekkingu og viðhorf til kynheilbrigðis?
- Eiga nemendur auðveldara með að ræða við foreldra um kynferðismál að eigin mati í lok kynfræðslunnar miðað við upphaf hennar?
- Er einhver breyting á kynhegðun nemenda fyrir og eftir kynfræðsluna?

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið

Rannsóknin var íhlutandi og var spurningalisti lagður fyrir sömu nemendum í upphafi og undir lok kynfræðslunnar.

Úrtak

Valinn var einn árgangur í 8. bekk í einum grunnskóla í Reykjavík haustið 2010. Nemendurnir, sem tóku þátt í kynfræðslunni, voru samtals 141 og voru þeir í sex bekkjardeildum. Af þeim tók 101 þátt í báðum könnunum.

Fræðsluáhrif

Í greininni *Ferlismat á nýju kynfræðsluefni fyrir unglinga*, sem birtist í Tímariti hjúkrunarfræðinga 2012, var gerð ítarleg grein fyrir fræðsluáhrifunum (Sóley S. Bender, 2012) og því verður hér aðeins fjallað um meginatriði hennar. Samið var heildstætt átta kennslustunda kynfræðsluefni sem byggt var á alhliða kynfræðsluefninu *Kynfræðsla: Lífsgildi og ákvarðanir* sem var tekið upp í efstu bekkjum grunnskólans hér á landi árið 1991. Jafnframt var stuðst við gæðastaðla um kynfræðsluefni sem byggjast á viðamiklum rannsóknum á árangri af kynfræðslunámsefnum (Kirby, 2001, 2002; Kirby o.fl., 2007). Að auki var stuðst við alþjóðlegar leiðbeiningar eins og frá kynfræðslusamtökum í Bandaríkjunum (SIECUS) (National Guidelines Task Force, 2004). Námsefnið byggist á hugmyndafræði um kynheilbrigði, seiglu og félagsmótun. Þegar hefur verið gerð grein fyrir hugmyndafræðinni í fyrrnefndri grein frá 2012. Megináherslur kynfræðslunnar byggðust á fjórum efnisþáttum sem voru: 1) Sjálfsmynd, 2) Samskipti, 3) Kynjamunur og 4) Kynheilbrigði. Innan efnisþátta um Sjálfsmynd var lögð áhersla á styrkleika og virðingu, innan Samskipta var fjallað um samræður og ákvarðanir, innan Kynjamunar var farið í breytingar á unglingsárum og jafnrétti og í síðusta efnisþættinum um Kynheilbrigði var lögð áhersla á ábyrgð og sjálfsstjórn. Tilgangur þessa námsefnis var að stuðla að kynheilbrigði unglinga og var það undirtónn hverrar kennslustundar. Stuðst var við fjölbreyttar kennsluáðferðir sem byggðust að stærstum hluta á því að virkja nemendur í hópinnu. Með þátttöku í hópnum fengu þeir tækifæri til að tjá sig um kynheilbrigðismál í gegnum fjölþætta verkefnavinnu.

Matstæki

Til grundvallar rannsókninni var lagður spurningalisti sem var forþróaður árið 1995 (Ragnheiður Eiríksdóttir, 1995). Hann var endurskoðaður vegna breyttra áherslna námsefnisins

og samfélagsbreytinga. Upprunalega samdi Search Institute í Bandaríkjunum spurningalistann í tengslum við kynfræðsluefnið *Kynfræðsla: Lífsgildi og ákvarðanir*. Safnað var gögnum um bakgrunn þátttakenda, umræður við foreldra um kynheilbrigðismál, þekkingu, viðhorf og kynhegðun. Bakgrunnsspurningar voru sjö og fjölluðu um aldur, kyn, búsetu, menntun móður, menntun föður, áætlaða skólagöngu og einkunnir. Umræðuspurningar voru þrjár og lutu að því hversu oft unglingar ræddu við foreldra, hver voru umræðuefnin og gæði samtalanna. Þekking var skoðuð með ellefu spurningum sem hægt var að svara ýmist rétt eða rangt. Dæmi: „Hægt er að vera með kynsjúkdóm án þess að hafa einkenni.“ Fimmtán fullyrðingar snerust um viðhorf og voru þær á fimm bila Likert-kvarða frá „mjög sammála“ til „mjög ósammála“. Spurningar um kynhegðun voru alls átta en unnið var úr fimm þeirra þar sem fáir voru byrjaðir að stunda kynlíf. Þessar fimm spurningar voru um það hvort nemandinn hefði verið á föstu, væri nú á föstu, væri byrjaður að stunda kynlíf, fjöldi vina sem byrjaðir væru að stunda kynlíf og aldur við fyrstu kynmök.

Framkvæmd rannsóknar

Áður en rannsóknin var framkvæmd var sótt um leyfi hjá Menntasviði Reykjavíkurborgar, hjá Vísindasiðanefnd (VSNb2010080006/03.7) og rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (S4941/2010). Þá var fengið leyfi hjá viðkomandi skólastjóra og foreldrum. Allir foreldrar og nemendur fengu sent kynningarbréf þar sem rannsóknin og framkvæmd hennar var kynnt. Óskað var eftir samþykki foreldra um þátttöku þeirra unglings í upphafi og í lok rannsóknar. Í þeim tilvikum, þar sem ekki barst svar frá foreldri, var hringt og beiðni um þátttöku fylgt eftir. Þeir nemendur, sem fengu leyfi, voru 126 eða 89% af öllum nemendafjöldanum. Af þessum 126 svaraði 101 nemandi báðum könnunum. Afföllin voru einkum vegna þess að nemandur mættu ekki í skólann þegar könnunin var lögð fyrir. Kynningarfundur var haldinn um rannsóknina og kynfræðsluefnið fyrir stjórnendur, kennara, námsráðgjafa og hjúkrunarfræðing. Fyrri könnunin (Fyrirlögn I, FI) var lögð fyrir þátttakendur 12. október 2010, viku áður en kynfræðslan hófst. Þeir sem sáu um kennsluna voru annars vegar kennari og meistaranemi í lýðheilsuvísindum og hins vegar ljósmæðranemar við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Áður en íhlutun hófst tóku kennararnir þátt í undirbúningsnámskeiði um kennslu kynfræðsluefnisins. Nýja námsefnið var kennt í lífsleiknitímum og voru lífsleiknikennarar skólans að jafnaði viðstaddir. Kennslan fór ýmist fram fjórum sinnum með tveggja kennslustunda fræðslu eða átta sinnum með einni kennslustund í senn. Síðari könnunin (Fyrirlögn II, FII) fór fram viku eftir að kynfræðslunni lauk, þann 10. desember 2010.

Gagnagreining

Gögnin voru skráð og greind með hjálp forritsins SPSS fyrir Windows, útgáfu 17,0. Tíðnitöflur voru notaðar við lýsandi greiningu. Í þekkingarhluta gagnanna var reiknuð út „einkunn“ nemenda í tugabrotum sem auðvelt var að yfirfæra í hlutfall af hundraði. Gögnum var breytt þannig að fyrir rétt svar fengu nemendur 1 en fyrir rangt svar fengu þeir 0. Til að mæla hvort

marktækur munur væri á meðaleinkunn fyrir og eftir fræðslu var reiknað út líkindahlutfall og öryggisbil fyrir hverja spurningu. Meðaleinkunn úr þekkingarspurningunum 11 var síðan reiknuð saman í eina breytu í FI og í aðra breytu í FII í þeim tilgangi að greina mun á þekkingu eftir kynjum, menntun foreldra og áætlaðri skólagöngu. Til þess að mæla marktækan mun í þeim hluta var notað ANOVA-próf endurtekinna mælinga. Svarmöguleikar í viðhorfahluta spurningalistans voru fimm. Þeim var fækkað í úrvinnslu í þrjá þannig að svörin „sammála“ og „mjög sammála“ voru tekin saman í einn flokk og „ósammála“ og „mjög ósammála“ sömuleiðis en svör við svarmöguleikanum „hlutlaus“ héldust óbreytt. Í viðhorfahlutanum var Wilcoxon-próf notað til að kanna mun á fyrirlögnum og jafnframt í greiningu á kynhegðunarhluta gagnanna. Í gagnagreiningunni voru marktæktarmörkin miðuð við $p < 0,05$.

NIÐURSTÖÐUR

Nemendur, sem svöruðu báðum könnunum (FI og FII), voru samtals 101 (um 80% svarhlutfall), stúlkur voru 52 (51%) og drengir 49 (49%). Flestir bjuggu hjá báðum blóðforeldrum (79%). Meirihluti foreldra hafði lokið háskólanámi (80% mæðra og 62% feðra). Flestir af nemendunum sögðust venjulega fá einkunnina 8 eða meira í skólanum (79%) og höfðu langflestir framtíðaráform um að stunda háskólanám (72%).

Þekking á kynheilbrigðismálum

Réttum svörum allra þátttakenda fjölgaði marktækt ($p < 0,001$) milli kannana (68% FI; 79% FII) og reyndist þekkingin vera óháð kyni, menntun foreldra og lengd áætlaðrar skólagöngu (tafla 1). Þekking nemenda í heild jókst marktækt eftir kynfræðsluna hvað varðar líkur á þungun (OR:1,56, CI:1,02-2,39 og OR:3,83, CI:2,50-5,89), ófrjósemi (OR:1,59, CI:1,20-2,11) en einnig um kynsjúkdóma (OR:1,47, CI:1,10-1,98) og kynsjúkdómaáhhættu (OR:1,76, CI:1,35-2,30) (tafla 2). Þegar litið var til kynjamunar kom í ljós að hlutfall réttra svara var oftast hærra hjá stúlkum en drengjum í báðum fyrirlögnum. Stúlkur voru að meðaltali með um 70% rétt svör í upphafi en um 81% eftir kynfræðsluna. Drengir voru að meðaltali með 65% rétt svör í byrjun en höfðu aukið hlutfallið í 75% eftir kynfræðsluna. Þekking stúlkna jókst marktækt í sambandi við líkur á þungun og ófrjósemi en jafnframt um kynsjúkdóma og þekking drengja jókst marktækt um líkur á þungun og kynsjúkdóma. Mestur kynjamunur var á spurningunni „Stúlka getur orðið ólétt áður en hún fær fyrstu blæðingar“ (OR:3,83, CI:2,50-5,89). Stúlkur voru rúmlega þrisvar sinnum líklegri í FII til að svara spurningunni rétt (OR:3,20, CI:1,95-5,27) og drengir líðlega fimm sinnum líklegri (OR:5,56, CI:2,42-12,79). Þegar nemendur voru spurðir að því hvar þeir hefðu lært mest um kynlíf kom í ljós að í efstu þremur sætum voru skólinn (43% FI; 53% FII), næst voru vinir (20% FI; 19% FII) og í þriðja sæti voru foreldrar (14% FI; 10% FII). Reyndist veraldarvefurinn í neðsta sæti með 7% í FI og 10% í FII.

Viðhorf til kynheilbrigðis

Þegar viðhorf nemenda voru skoðuð í heild var marktæk breyting á viðhorfum til ábyrgs kynlífs ($p = 0,034$) og til fordóma

Tafla 1. Þekking nemenda á kynferðismálum út frá kyni, menntun foreldra og áætlaðri skólagöngu.

	FI (N=101)	FII (N=101)	Samanburður
	Fjöldi (hlutfall réttra svara) n (%)	Fjöldi (hlutfall réttra svara) n (%)	FI og FII p-gildi*
Allir	94 (68)	99 (79)	0,001
Kyn			
Stúlka	49 (70)	51 (82)	
Drengur	45 (65)	48 (76)	0,579
Menntun móður			
Framhaldsskólamenntun eða minna	15 (67)	16 (78)	
Lokið háskólanámi	50 (66)	56 (77)	
Stundað framhaldsnám eftir grunnnám í háskóla	25 (72)	24 (83)	0,998
Menntun föður			
Framhaldsskólamenntun eða minna	30 (63)	34 (76)	
Lokið háskólanámi	39 (68)	40 (78)	
Stundað framhaldsnám eftir grunnnám í háskóla	21 (71)	21 (83)	0,735
Áætluð skólaganga			
Fara í menntaskóla/fjölbrautaskóla	28 (62)	28 (71)	
Fara í háskóla	40 (70)	43 (81)	
Fara í framhaldsnám eftir grunnnám í háskóla	25 (71)	27 (84)	0,623

Breytingar á hlutfalli réttra svara (meðaleinkunn þátttakenda) um kynheilbrigðismál. Meðaleinkunn ekki tekin með í útreikninga ef svarað var færri en 8 spurningum af 11.

* P-gildi fundið með Repeated Measures ANOVA-mælingu. $P < 0,05$.

($p=0,002$) (tafla 3). Viðhorf drengja breyttust meira milli fyrirlagna en hjá stúlkum. Hjá þeim breyttust viðhorf marktækt til sjálfsvirðingar, virðingarleysis gagnvart öðrum og ábyrgðar í kynlífi ($p=0,012-0,046$). Einungis eitt viðhorf hvað varðaði fordóma breyttist marktækt hjá stúlkum en það var um fullyrðinguna: „Ef stelpa er með smokka á sér er hún líklega til í tuskið“. Stúlkur voru sammála fullyrðingunni í 35% tilfella í FI, en 16% í FII ($p=0,001$). Við nánari skoðun á svörum nemenda við fullyrðingum um viðhorf samkvæmt viðhorfaflokkun (dálkur 1 í töflu 3) komu fram þættir sem ýmist aðgreindu kynin eða sýndu samhlóm þeirra á milli. Hvað varðar sjálfsvirðingu kom fram að marktækt fleiri drengir í FII töldu það erfitt að ræða við rekkjunaut, það væri erfitt að segja nei ef rekkjunautur vildi hafa samfarir en maður sjálfur vildi það ekki og þeim fannst þeir fullorðnast við það að byrja að stunda kynlíf. Flestum nemendum af báðum kynjum í FI og FII (83%) fannst þeir ekki (eða voru hlutlausir) öðlast vinsældir í hópnum með því að stunda kynlíf. Langflestir af báðum kynjum (88% FI; 91% FII) vildu virða rétt annarra til að segja nei gagnvart samförum. Þegar viðhorf til ábyrgðar og ábyrgðarleysis voru skoðuð hjá báðum kynjum kom fram að langflestum fannst framtíðaráform

drengja (94% FI; 86% FII) og stúlkna (FI 94%; FII 92%) mundu breytast við það að eignast barn. Í báðum fyrirlögnum fannst flestum að bæði væru ábyrg ef stúlkan yrði ófrísk en töluvert fleiri stúlkur höfðu þessa skoðun (stúlkur 96% FII; drengir 80% FII). Hvað varðar ábyrgðarleysi þá var meirihluti stúlkna (75%) þeirrar skoðunar í FI og FII að það væri ekki léttvægt að fara í fóstureyðingu ef ótímabær þungun yrði en aðeins 51% drengja í báðum fyrirlögnum. Langflestir í FI og FII töldu það þess virði að nota getnaðarvarnir þó þær hefðu aukaverkanir en mun fleiri stúlkur en drengir voru hlynntar þessu (stúlkur 88% FII; drengir 69% FII). Flestir þeirra (drengir 33% FII; stúlkur 42% FII), sem tóku afstöðu til notkunar smokksins, hölluðust að þeirri skoðun að hann drægi ekki úr rómantik augnabliksins. Einnig voru skoðuð viðhorf er lutu að fordómum gagnvart kynlífi og kynhegðun. Fram kom verulegur munur á viðhorfum kynjanna til þess ef stúlka væri með smokk á sér þá væri hún til í tuskið. Voru drengir mun oftast sammála þessu (stúlkur 16% FII; drengir 57% FII). Langflestir af báðum kynjum í FI og FII töldu drengi ekki endilega vera með kynsjúkdóm (79% FI; 80% FII) eða vera samkynhneigðir (85% FI; 86% FII) ef þeir vildu ekki stunda kynlíf.

Tafla 2. Þekking nemenda á kynferðismálum í heild og eftir kynjum.

	FJA Allir N=101		FJIB Allir N=101		Samanburður	FJA Stúlur N=52		FJIB Stúlur N=52		Samanburður	FJA Drengir N=49		FJIB Drengir N=49		Samanburður	
	n/N	(%)	n/N	(%)		OR (95% CI) ^C	n/N	%	n/N		%	OR (95% CI) ^C	n/N	%		n/N
Fullyrðing																
Ef stúlka hefur sjaldan samfarir getur hún ekki orðið ólétt	90/96	94	97/99	98	1,56 (1,02-2,39)*	47/49	96	51/52	98	1,39 (0,61-3,18)	43/47	92	46/47	98	1,66 (1,02-2,70)*	
Stúlka getur orðið ólétt áður en hún fær fyrstu blæðingar	18/96	19	74/100	74	3,83 (2,50-5,89)*	13/50	26	41/52	79	3,20 (1,95-5,27)*	5/46	11	33/48	69	5,56 (2,42-12,79)*	
Stundum getur stelpa orðið ólétt jafnvel þó að strákurinn hafi sáðfall fyrir utan leggöngin	43/89	49	53/98	54	1,13 (0,84-1,53)	20/46	44	26/51	51	1,17 (0,77-1,79)	23/43	54	27/47	57	1,09 (0,71-1,67)	
Ef engin getnaðarvörn er notuð og stelpa verður ekki ólétt þá er líklegt að hún sé ófrjó	46/94	49	70/98	71	1,59 (1,20-2,11)*	28/48	58	44/52	85	1,84 (1,27-2,67)*	18/46	39	26/46	57	1,43 (0,93-2,19)	
Vissar tegundir kynsjúkdóma geta valdið ófrjósemi	86/92	94	92/98	94	1,04 (0,58-1,86)	43/48	90	49/50	98	1,78 (1,17-2,71)*	43/44	98	43/48	90	0,33 (0,06-2,02)	
Það er líklegt að fóstureyðing valdi ófrjósemi	60/93	65	63/92	69	1,09 (0,81-1,47)	32/48	67	32/46	70	1,07 (0,70-1,62)	28/45	62	31/46	68	1,12 (0,73-1,71)	
Neyðarpillan er sama og fóstureyðing	47/89	53	47/96	49	0,92 (0,68-1,25)	30/45	67	27/49	55	0,77 (0,49-1,22)	17/44	39	20/47	42	1,09 (0,70-1,69)	
Stelpur sem nota pilluna þingjast yfirleitt	73/95	77	75/95	79	1,06 (0,76-1,48)	36/48	75	39/50	78	1,09 (0,69-1,72)	37/47	79	36/45	80	1,04 (0,64-1,68)	
Hægt er að vera með kynsjúkdóm án þess að hafa einkenni.	71/94	76	88/100	88	1,47 (1,10-1,98)*	38/49	78	49/52	94	1,80 (1,25-2,59)*	33/45	73	39/48	81	1,25 (0,80-1,95)	
Fleiri rekkjunautar skapa meiri hættu að fá kynsjúkdóma	70/93	75	91/98	93	1,76 (1,35-2,30)	40/49	82	48/51	94	1,65 (1,11-2,46)*	30/44	68	43/47	92	1,89 (1,31-2,74)*	
Það er skaðlegt að stunda sjálfsfróun	93/96	97	93/97	96	0,86 (0,36-2,04)	46/49	94	46/49	94	1 (0,44-2,28)	47/47	100	47/48	98	2 (1,63-2,45)*	

^a Fyrirlögn I í október 2010

^b Fyrirlögn II í desember 2010.

^c OR (odds ratio) = líkindahlutfall. CI (confidence intervals) = öryggisbil.

* Marktækur munur, $p < 0,05$.

Kynhegðun

Við upphaf rannsóknar sagðist 51% einhvern tímann hafa verið á föstu en í seinni fyrirlögn voru það 56%. Í báðum könnunum sögðust 9% vera á föstu núna. Alls töldu 69% í FI að enginn vina þeirra væru byrjaður að stunda kynlíf en þetta hlutfall lækkaði niður í 47% í FII. Fjórir nemendur sögðust hafa haft samfarir í fyrri

könnuninni en 10 í þeirri síðari og reyndist munurinn marktækur ($p=0,034$). Ein stúlka hafði haft samfarir við upphaf rannsóknar en fjórar í FII. Þrír drengir sögðust hafa haft samfarir við upphaf rannsóknar en sex í FII. Stelpurnar fjórar í FII sögðust allar hafa verið 13 ára við fyrstu samfarir en þrír drengir sögðust hafa verið 11 ára eða yngri, einn tólf ára og tveir 13 ára.

Tafla 3. Viðhorf nemenda til fullyrðinga um kynheilbrigðismál í heild og eftir kynjum.

Flokkun	Fullyrðingar	Svarmöguleikar	F1 ^a	F11 ^b	Samanburður	F1 ^a	F11 ^b	Samanburður	F1 ^a	F11 ^b	Samanburður
			Allir (N=101)	Allir (N=101)	FI og FII	Stúlkur (N=52)	Stúlkur (N=52)	FI og FII	Drengir (N=49)	Drengir (N=49)	FI og FII
			%	%	p-gildi*	%	%	p-gildi*	%	%	p-gildi*
Sjálfsvirðing	Maður fullorðnast við fyrstu samfarir	Sammála ^c	22	30		21	25		22	35	
		Hlutlaus	37	29	0,229	35	20	0,415	39	39	0,027*
		Ósammála ^d	42	41		44	55		39	27	
	Erfitt að segja nei ef rekkjunautur vill hafa samfarir en ekki ég	Sammála	27	40		24	29		31	52	
		Hlutlaus	21	16	0,053	24	17	0,778	19	15	0,012*
		Ósammála	52	44		52	54		50	33	
	Erfitt að tjá sig um kynlíf við rekkjunaut	Sammála	21	28		28	24		15	32	
		Hlutlaus	52	52	0,311	51	51	0,224	53	53	0,021*
		Ósammála	27	20		21	15		32	15	
	Maður öðlast vinsældir með því að hafa samfarir	Sammála	17	17		19	10		15	25	
		Hlutlaus	38	37	0,986	33	33	0,060	44	42	0,079
		Ósammála	45	46		48	57		41	33	
Virðing/ Virðingarleysi gagnvart öðrum	Mikilvægt að virða rétt annarra til að segja nei gagnvart samförum	Sammála	88	91		94	94		81	88	
		Hlutlaus	10	8	0,396	4	4	1,0	17	12	0,248
		Ósammála	2	1		2	2		2	0	
	Stundum í lagi að þvinga stúlku til samfara	Sammála	1	4		2	0		0	8	
		Hlutlaus	5	10	0,097	4	8	1,0	6	12	0,046*
		Ósammála	94	86		94	92		94	80	
Ábyrgð/ Ábyrgðarleysi	Famtíðaráform breytast ef unglingsstrákur verður pabbi	Sammála	94	86		90	88		98	84	
		Hlutlaus	4	9	0,034*	6	6	0,453	2	12	0,021*
		Ósammála	2	5		4	6		0	4	
	Framtíðaráform breytast ef unglingsstúlka verður móðir	Sammála	94	92		94	94		94	90	
		Hlutlaus	5	6	0,454	4	4	1,0	6	8	0,317
		Ósammála	1	2		2	2		0	2	
	Ef stúlkan verður ófrísk eru bæði ábyrg	Sammála	88	88		96	96		79	80	
		Hlutlaus	10	11	0,808	2	4	0,655	19	18	1,0
		Ósammála	2	1		2	0		2	2	
	Þungun ekki vandamál, aðvelt að fara í föstureyðingu	Sammála	9	9		4	6		15	12	
		Hlutlaus	27	28	0,976	21	19	0,837	34	37	0,852
		Ósammála	64	63		75	75		51	51	
Ekki þess virði að nota getnaðarvarnir vegna aukaverkana	Sammála	1	5		0	2		2	8		
	Hlutlaus	19	16	0,206	10	10	0,180	29	23	0,477	
	Ósammála	80	79		90	88		69	69		
Notkun smokksins dregur úr rómantík augnabliksins	Sammála	14	11		10	4		19	19		
	Hlutlaus	47	51	0,691	50	54	0,346	44	48	0,885	
	Ósammála	39	38		40	42		37	33		
Fordómar	Stúlka er til í tuskið ef hún er með smokka á sér	Sammála	45	36		35	16		56	57	
		Hlutlaus	40	38	0,002*	44	41	0,001*	36	35	1,0
		Ósammála ^d	15	26		21	43		8	8	
	Strákur líklega með kynsjúkdóm ef hann vill ekki hafa samfarir	Sammála	6	2		4	0		9	4	
		Hlutlaus	15	18	0,335	13	14	0,360	17	23	0,660
		Ósammála	79	80		83	86		74	73	
	Strákur líklega hommi ef hann neitar að hafa samfarir	Sammála	7	4		2	0		13	8	
		Hlutlaus	8	10	0,556	10	4	0,096	6	16	0,883
		Ósammála	85	86		88	96		81	75	

Frávik frá heildarfjöldu eru vegna þeirra sem svara ekki viðkomandi fullyrðingu.

^a Fyrirlögn I í október 2010.^b Fyrirlögn II í desember 2010.^c Sameinaður flokkur „sammála“ og „mjög sammála“.^d Sameinaður flokkur „ósammála“ og „mjög ósammála“.

* P-gildi fundið með Wilcoxon-prófi. Munurinn er marktækur ef p<0,05.

Umræður milli unglina og foreldra um kynheilbrigðismál

Niðurstöður bentu til þess að umræður um kynlíf milli nemenda og foreldra þeirra á þeim tveimur mánuðum, sem liðu milli fyrirhagna, hefðu aukist. Skoðað var hversu oft unglingsurinn hefði á síðustu fjórum vikum rætt við annað hvort foreldri (forráðamann) um kynlíf. Hlutfall þeirra sem höfðu einu sinni eða oftar rætt við foreldra var 23% í fyrri könnun en hafði aukist í 37% í þeirri seinni en það er aukning um 24%. Það voru 28% í FI en 24% í FII sem mátu samræður við foreldra mjög góðar eða góðar. Nemendur voru spurðir hvort þeir hefðu rætt um tiltekna efnisþætti við foreldra sína. Fimm algengustu umræðuefnin eftir kynfræðsluna (FII) voru hvað væri rétt og rangt varðandi kynhegðun (24% FI; 27% FII), hvaða breytingar yrðu á lífi þeirra ef þau eignuðust barn (27% FI; 26% FII), kynsjúkdóma (19% FI; 24% FII), getnaðarvarnir (19% FI; 23% FII) og afstöðu foreldra til kynlífs unglina (20% FI; 21% FII).

UMRÆÐUR

Niðurstöður gefa vísbendingar um að kynfræðsluefnið *Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis* hafi einkum haft jákvæð áhrif á þekkingu og umræður milli nemenda og foreldra en í minna mæli á viðhorf þeirra, einkum stúlkna. Hluti af skýringunni gæti verið sá að viðhorf voru töluvert jákvæð í upphafi.

Þekking nemenda reyndist vera meiri eftir kynfræðsluna en fyrir hana og er það í samræmi við aðrar íhlutandi rannsóknir á árangri kynfræðslu hvað varðar þekkingu (Coyle o.fl., 2004; Kirby o.fl., 1991; Schaalima o.fl., 1996; Zimmerman o.fl., 2008). Stúlkur stóðu sig betur en drengir hvað varðar heildarþekkingu í báðum könnunum en kynjamunur kom jafnframt fram á þekkingarlegum atriðum í rannsókn á kynfræðsluefninu *Kynfræðsla: Lífsgildi og ákvarðanir* (Arna Axelsdóttir o.fl., 1990). Rannsókn okkar sýndi að nemendur höfðu mest fengið kynfræðslu í skólanum en sýnt hefur verið fram á að kynhegðun er önnur meðal þeirra sem fá kynfræðslu aðallega í skólanum heldur en meðal þeirra sem fá hana einkum hjá vinum eða fjölmíðlum (Wellings o.fl., 1995). Fram kom í þeirri rannsókn að drengir voru síður líklegir til að byrja að stunda kynlíf fyrir 16 ára aldur og líkur meðal stúlkna voru ekki meiri.

Viðhorf drengja til sjálfsvirðingar gefa til kynna að sumum finnst eftirsóknarvert að stunda kynlíf þar sem í því geti falist að þeir fullorðnist. Á sama tíma er til staðar óvissa gagnvart því að ræða við rekkjunaut og að segja nei við hann. Í kynfræðsluefninu var tekið á þessum atriðum en þetta gefur til kynna að skerpa megi á þessum efnisþáttum. Viðhorf til ábyrgðar og ábyrgðarleysis í kynlífi benda til í heild að nemendur hafi myndað sér nokkuð ábyrga afstöðu til kynlífs. Niðurstöður um viðhorf til forðoma gefa vísbendingar um að nauðsynlegt sé að vinna meira með viðhorf gagnvart kynhegðun stúlkna og hvað þeim leyfist. Það viðhorf hefur verið lífseigt í samfélaginu að stúlkur eigi að vera sómakærar þegar kemur að kynlífi en drengjum leyfist mun meira. Þarna gætir ekki jafnræðis milli kynjanna. Það er mikilvægt að það gildi jafnt fyrir bæði kyn að það að vera með smokk á sér sýni fram á vilja til þess að vera ábyrgur í kynlífi. Þegar hlutfallsleg svörin er skoðuð milli kynja þá kemur í ljós

töluverður munur á afstöðu kynjanna eins og til fóstureyðinga, hvað stúlkum leyfist og ábyrgð gagnvart þungun. Kannanir hafa áður sýnt kynjamun er lýtur að viðhorfum til kynheilbrigðismála (Coyle o.fl., 2004; Murphy o.fl., 1998). Eins er verðugt að huga að viðhorfum drengja sérstaklega þar sem oft hefur komið í ljós að þeir njóti minni kynfræðslu hjá foreldrum en stúlkur (Raffaelli o.fl., 1998) en jafnframt er sú staðreynd fyrir hendi að kynfræðsluefni virðist höfða á mismunandi hátt til kynjanna (Aarons o.fl., 2000). Hjá drengjum komu fram marktækar viðhorfsbreytingar á þá lund að fleirum fannst þeir fullorðnast við það að hafa fyrstu samfarir, færri fannst að barneign hefði áhrif á framtíðaráform þeirra, fleiri töldu erfitt að tjá sig um kynlíf við rekkjunaut, fleirum fannst erfitt að segja nei ef rekkjunautur vildi hafa samfarir og nokkrum fannst það í lagi að þvinga stúlku til samfara. Afstaða drengja bendir til tilhneigingar til kæruleysis gagnvart barneign en jafnframt að ýmsir erfiðleikar geti tengst kynlífi þegar kemur að því að ræða málin, setja mörk og að koma fram við stúlku á sæmandi hátt. Þetta bendir til þess að drengir hafi þörf fyrir meiri umfjöllun um þessi mál í áframhaldandi kynfræðslu.

Breyting varð á afstöðu nemenda til þess hvort þeir töldu vini vera byrjaða að stunda kynlíf en liðlega helmingur í seinni fyrirlögn taldi vini hafa haft samfarir. Það helst að vissu leyti í hendur við kynhegðun þeirra en 6% aukning varð milli fyrirhagna á fjölda þeirra sem stunduðu kynlíf. Þessi fjölgun á kynferðislega virkum unglingsum á þessu stutta tímabili miðast við afar fáa einstaklinga en getur gefið vísbendingar um þróun mála á þessum tíma. Íslenskar landskannanir frá 2009 og 1996 hafa sýnt að kynlífsvirkni eykst töluvert milli 13 og 14 ára aldurs (Sóley S. Bender, 2012). Slíkt staðfesta einnig erlendar rannsóknir frá Kanada (Thomas o.fl., 1998) og Bandaríkjunum (Coyle o.fl., 2004). Þetta gefur til kynna mikilvægi þess að tryggja nemendum vandaða alhliða kynfræðslu ekki seinna en í 7. bekk ef ætlunin er að hvetja unglina til að byrja seinna að stunda kynlíf og að þeir séu ábyrgir þegar að því kemur. Ýmsar fyrri rannsóknir hafa leitt í ljós að þeir sem hafa fengið alhliða kynfræðslu eru líklegri til að fresta því að byrja að stunda kynlíf (Coyle o.fl., 2004; Hubbard o.fl., 1998; Kirby o.fl., 1991; Tortolero o.fl., 2010) og líklegri til að nota getnaðarvarnir á markvissan hátt (Aarons o.fl. 2000; Coyle o.fl. 2001; Kirby o.fl. 2004).

Samræður milli unglina og foreldra um kynheilbrigðismál jukust í heildina á milli fyrirhagna en fyrri íhlutandi rannsóknir hafa einnig sýnt fram á það (Arna Axelsdóttir, o.fl., 1990; Hubbard o.fl. 1998; Kirby o.fl., 1991). Kynfræðsluefnið gaf nemendum mörg tækifæri til umræðna í kennslustundum en nemendur fóru ekki heim með nein verkefni til að vinna með foreldrum. Það virðist því hafa verið nægjanlegt að unglingar ræddu málin í kennslustund og það varð ef til vill kveikja að því að þeir ræddu betur við foreldrana um þessi mál.

Kostir og takmarkanir

Svarhlutfall rannsóknarinnar var hátt enda lagt fyrir í kennslustund. Kynfræðslan byggðist á nju námsefni sem kennt var í átta kennslustundum og var byggt á hugmyndafræðilegum

grunni. Jafnframt byggðist hún á gæðastöðlum eins og um lengd námsefnis, gagnvirkum kennsluáferðum og mikilvægum áherslum og var að því leyti líklegri en námsefni, sem ekki uppfyllir þessi skilyrði, til að ná árangri. Takmarkanir rannsóknarinnar fólust í því að valinn var einn árgangur úr einum grunnskóla í Reykjavík eftir hentugleika án samiburðarhóps og því ekki unnt að alhæfa um niðurstöður á alla 13 ára unglunga. Þá er ljóst að gera má ráð fyrir svarskekkjum þegar um sjálfsmatslista hjá unglungum er að ræða. Rannsóknarsniðið var auk þess takmarkað að því leyti til að það náði yfir stuttan tíma. Á þessum átta vikum, sem kynfræðslan átti sér stað, gátu einnig ýmsir aðrir áhrifaþættir haft sitt að segja, eins og áhorf á bíómyndir, netnotkun og fleira í umhverfi unglingsins.

Ályktanir

Sýnt hefur verið fram á að alhliða kynfræðsla í grunnskólum sé skilvirk leið til þess að bæta kynheilbrigði unglunga. Lítið er til af rannsóknum um árangur alhliða kynfræðslu í skólum á Íslandi. Þessi rannsókn bætir við þá þekkingu. Þetta frummat á kynfræðsluefninu Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis gefur vísbendingar um gagnsemi efnisins en það þarf samt að kanna það frekar áður en það er almennt tekið upp í skólum. Æskilegt væri að gera langtímarannsókn á áhrifum alhliða kynfræðslu.

Þakki

Við viljum þakka einstakt samstarf við skólastjórnendur, kennara, námsráðgjafa og hjúkrunarfræðing viðkomandi skóla. Einnig viljum við þakka skilning foreldra á því að unglingar þeirra tækju þátt í rannsókninni. Síðast en engan veginn síst viljum við þakka þeim nemendum sem í tvígang svöruðu könnunum og lögðu þar með ómetanlega af mörkum til þekkingarþróunar á þessu sviði. Einnig þökkum við fyrir styrk til þessarar rannsóknar úr forvarnasjóði Lýðheilsustöðvar.

Heimildir

Aarons, S., Jenkins, R.R., Raine, T.R., El-Khorazaty, M.N., Woodward, K.M., Williams, R.L., Clark, M.C., og Wingrove, B.K. (2000). Postponing sexual intercourse among urban junior high school students: A randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health*, 27, 236-247.

Arna Axelsdóttir, Álfheiður Atladóttir, Heiða Sigríður Davíðsdóttir, Kristín Skúladóttir, Kristrún Þóra Ríkhardsdóttir, Rannveig Rúnarsdóttir og Sigríður Héðinsdóttir (1990). *Könnun á kynfræðsluefninu Lífsgildi og ákvarðanir*. Óbirt BS-ritgerð: Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Bender, S.S., Geirsson, R.T., og Kosunen, E. (2003). Trends in teenage fertility, abortion and pregnancy rates in Iceland compared with other Nordic countries, 1976-99. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 38-47.

Carvajal, S.C., Parcel, G.S., Banspach, S.W., Basen-Engquist, K., Coyle, K.K., Kirby, D., og Chan, W. (1999). Psychosocial predictors of delay of first sexual intercourse by adolescents. *Health Psychology*, 18 (5), 443-452.

Coyle, K.K., Kirby, D.B., Marin, B.V., Gomez, C.A., og Gregorich, S.E. (2004). Draw the line/respect the line: A randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors. *American Journal of Public Health*, 94 (5), 843-851.

Coyle, K., Basen-Engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Collins, J., Baumler, E., Carvajal, S., og Harrist, R. (2001). Safer choices: Reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Reports*, 116, 82-93.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., deLooze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O.R.F., og Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. Kaupmannahöfn: World Health Organization. Sótt 7. mars 2014 á <http://www.hbsc.org/publications/international/>.

Hubbard, B.M., Giese, M.L., og Rainey, J. (1998). A replication study of reducing the risk: A theory-based sexuality curriculum for adolescents. *Journal of School Health*, 68 (6), 243-247.

Kirby, D.B., Laris, B.A., og Roller, L.A. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-217.

Kirby, D., og Lepore, G. (2007). *Sexual risk and protective factors: Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted disease: Which are important? Which can you change?* ETR Associates. Sótt 6. júní 2014 á <https://thenationalcampaign.org/resource/sexual-risk-and-protective-factors%E2%80%9494full-report>.

Kirby, D.B., Baumler, E., Coyle, K.K., Basen-Engquist, K., Parcel, G.S., Harrist, R., og Banspach, S.W. (2004). The "Safer Choices" intervention: Its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health*, 35 (6), 442-452.

Kirby, D.B. (2001). *Emerging answers. Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washingtonborg: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Kirby, D.B. (2002). Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy and childbearing. *The Journal of Sex Research*, 39 (1), 5157.

Kirby, D., Barth, R.P., Leland, N., og Fetro, J.V. (1991). Reducing the risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 23 (6), 253-264.

Kjaer, S.K., Jensen, K.E., Munk, C., Sørensen, P., Tryggvadóttir, L., Liaw, K.L., Dasbach, E., og Nygard, M. (2011). Women's sexual behavior. Population-based study among 65,000 women from four Nordic countries before introduction of human papillomavirus vaccination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90 (5), 459-467.

Mennta- og menningarmálaráðuneytið (2013). *Aðalnámskrá grunnskóla, almennt hluti 2011, greinasvið*. Sótt 7. mars 2014 á <http://www.menntamalaraduneyti.is/utgefing-efni/hamskrar/adalnamskra-grunnskola/>.

Murphy, D.A., Rotheram-Borus, M.J., og Reid, H.M. (1998). Adolescent gender differences in HIV-related sexual risk acts, social-cognitive factors and behavioral skills. *Journal of Adolescence*, 21 (2), 197-208.

National Guidelines Task Force (2004). *Guidelines for comprehensive sexuality education* (3. útg.). New York: Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS).

NOMESCO (2013). *Health statistics in the Nordic Countries*. Kaupmannahöfn: NOMESCO.

PAHO [Pan American Health Organization] og WHO [World Health Organization] (2000). *Promotion of sexual health recommendations for action*. Antigua Guatemala: PAHO og WHO.

Raffaelli, M., Bogenschneider, K., og Flood, F.F. (1998). *Parent-teen communication about sexual topics*. Faculty Publications, Department of Psychology, Paper 98. Sótt 6. júní 2014 á <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1097&context=psychfacpub>.

Ragnheiður Eiríksdóttir (1995). *Kynfræðsluefnið Lífsgildi og ákvarðanir: Forprófun mæltækis*. Óbirt BS-ritgerð: Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Schaalma, H.P., Kok, G., Bosker, R.J., Parcel, G.S., Peters, L., Poelman, J., og Reinders, J. (1996). Planned development and evaluation of AIDS/STD education for secondary school students in the Netherlands: Short-term effects. *Health Education Quarterly*, 23 (4), 469-487.

Sóley S. Bender (2006). Kynlífsheilbrigði: Frá þögn til þekkingar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 82 (4), 46-50.

Sóley S. Bender (2012). Ferlismat á nýju kynfræðsluefni fyrir unglunga. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 88 (4), 48-56.

Thomas, H., DiCenso, A., og Griffith, L. (1998). Adolescent sexual behaviour: Results from an Ontario sample. *Canadian Journal of Public Health*, 89 (2), 90-93.

Tortolero, S.R., Markham, C.M., Peskin, M.F., Shegog, R., Addy, R.C., Escobar-Chaves, S.L., og Baumler, E.R. (2010). It's your game: Keep it real: Delaying sexual behavior with an effective middle school program. *Journal of Adolescent Health*, 46 (2), 169-179.

Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A.M., Field, J., Whitaker, L., og Field, B. (1995). Provision of sex education and early sexual experience: The relation examined. *British Medical Journal*, 311, 417-420.

WAS [World Association for Sexual Health] (1999). *Declaration of sexual rights*. Sótt 6. mars 2014 á <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>.

Zimmerman, R.S., Cupp, P.K., Donohew, L., Sionean, C.K., Feist-Price, S., og Helme, D. (2008). Effects of a school-based, theory-driven HIV and pregnancy prevention curriculum. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40 (1), 42-51.