

Sex- och samlevnadsundervisning på sfi

En interventionsstudie genomförd av Järva mansmottagning på fyra sfi-skolor i Stockholms stad

ijns
SEKSI
CEKC
sugū
LAFA Järva

SEX

sex[®] cekc

性生活

seksi SESSO

sugū

SEKS IJNS

SEX

سكس

SEX

Sex

cinsiyet

SEKS
سكس
seksi

Sex- och samlevnadsundervisning på sfi

**En interventionsstudie genomförd av Järva mansmottagning
på fyra sfi-skolor i Stockholms stad**

Linnéa Wärenius

Förord

Järva mansmottagning som startade som ett projekt inom Lafa 2002 är idag en etablerad verksamhet inom Stockholms läns landsting. Förutom klinisk verksamhet kring mäns sexualitet och hälsa bedriver Järva mansmottagning ett utåt-riktat arbete för att nå män med invandrarbakgrund. Sedan 2004 har en viktig del av det förebyggande arbetet skett i form av sex- och samlevnadsundervisning på sfi-skolor i Stockholms län. I det arbetet har man nått både män och kvinnor, en viktig förutsättning för att kunna diskutera värderingsfrågor kring könsroller och prevention.

Under hösten 2008 och våren 2009 hade Järva mansmottagning en forskare anställd för att ta reda på kunskapsnivån bland sfi-studenterna när det gäller sexualitet och samlevnad och för att mäta hur bra Järva mansmottagning är på undervisning.

I den här rapporten beskriver Linnéa Warenius hur studien genomfördes på fyra sfi-skolor i Stockholm. Eleverna fick vid två tillfällen svara på enkäter kring anatomi/fysiologi, reproduktion, könssjukdomar, preventivmedel samt svenska lagar relaterade till sexualitet.

Vid två av skolorna fick sfi-eleverna sex- och samlevnadsundervisning innan de svarade på enkät nummer två. Vid de två andra gavs ingen sådan undervisning.

Resultatet visar att eleverna som fått undervisning hade signifikant bättre kunskaper efter att de deltagit i sex- och samlevnadsundervisning än innan. Men det fanns fortfarande vissa kunskapsluckor och oklarheter, till exempel kring onani, mödomshinnan och svenska lagar med koppling till sexualitet och samlevnad.

Erfarenheterna från studien visar att det är viktigt att erbjuda sfi-eleverna sex- och samlevnadsundervisning, inte bara för att ge fakta utan även möjligheter till värderingsdiskussioner kring könsroller och sexualitet. Studien visar också att det inte alls är så känsligt att diskutera sexualitet bland invandrarelever som många tror, utan att det tvärtom är ett ämne som både engagerar och roar eleverna. Något som säkert kan underlätta för fler sfi-skolor att börja med sex- och samlevnadsundervisning.

Gunilla Neves Ekman
Chef för Lafa

Innehåll

ABSTRAKT	6
ABSTRACT	7
INTRODUKTION	8
Personer med utländsk bakgrund	9
SYFTE	11
METOD	11
Svenskundervisning för invandrare, sfi	11
Population och urval	12
Interventionens genomförande och innehåll	14
Utvärdering av interventionen	15
Analys	16
Etiska överväganden	16
RESULTAT	17
Bakgrundsinformation om deltagarna och bortfallet	17
Sfi-deltagarnas kunskaper avseende sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter	21
<i>Anatomifysiologi och reproduktion</i>	23
<i>Könssjukdomar och preventivmedel</i>	24
<i>Svenska lagar relaterade till sex och samlevnad</i>	25
Bakgrundsfaktorer och deras inflytande på kunskap om sexualitet	34
DISKUSSION	35
Reflektioner över resultaten	35
Sammanfattning av resultaten	39
Vidareutveckling av sexualundervisningen	39
REFERENSER	41

Abstrakt

I den svenska nationella strategin mot hiv/aids är personer med utländsk bakgrund en av målgrupperna. Årligen rapporteras 400-500 hivfall till Smittskyddsinstitutet. Av de 448 hivfall som rapporterades år 2008 bestod 56 procent av personer med utländsk härkomst som hade smittats innan ankomst till Sverige. Personer med utländsk bakgrund och då särskilt män är ofta svåra att nå med hälsofrämjande information. För att nå denna målgrupp har Järva mansmottagning, som är en sex- och samlevnadsmottagning i ett invandrar-tätt område i Stockholm, sedan 2004 bedrivit sexualundervisning på sfi (svenskundervisning för invandrare) i Stockholms stad. Utvecklingen av sexualundervisningen behöver stå på kunskapsbeprövad grund. Därför har Järva mansmottagning genomfört den första vetenskapliga studien av sfi-deltagares kunskaper om sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter. Studien har en pre- och postdesign och inkluderar även en kontrollgrupp som inte fått sexualundervisning. Resultaten pekar på en signifikant ökning i sfi-deltagares kunskaper om sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter efter sexualundervisningen. Dock hade studenterna redan innan interventionen goda kunskaper främst om kondomen som skydd mot graviditet och könssjukdomar samt hur man blir gravid. Däremot var det färre av deltagarna som visste att p-piller inte skyddar mot hiv, att man inte kan bli botad från hiv eller att människor kan ha könssjukdomar utan att veta om det. Likaså var färre deltagare insatta i den svenska smittskyddslagen liksom svensk lagstiftning kopplad till sex och samlevnad. Bestående kunskapsluckor även efter sexualundervisningen återfanns i frågor rörande mödomshinnan, onani, fysiologin bakom erektion och samlag under mensperioden. Utöver faktakunskap speglar dessa kunskapsluckor ett behov av diskussioner om normer och värderingar kring sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter.

Abstract

People of foreign background are one of the target groups in Sweden's national strategy to combat HIV/AIDS. 400 – 500 HIV cases are registered each year. 448 HIV cases were reported in 2008, 56% of which occurred in people of foreign background who became infected before coming to Sweden. People of foreign background and, in particular, men are difficult to reach with health promotion information. Järva Men's Clinic, a sexual and reproductive health clinic located in an immigrant-dense area of Stockholm, has been providing sex education at SFI (Courses in Swedish for immigrants) since 2004 in the City of Stockholm in order to reach this target group. The development of sex education at SFI needs to be based on sound knowledge, and Järva Men's Clinic has consequently conducted the first academic study of SFI participants' knowledge of sexuality, reproductive health and rights. The study has a pre- and post design, and also includes one control group that did not receive sex education. The results revealed a significant increase in SFI participants' knowledge of sexuality, reproductive health and rights after receiving the sex education. However, even before the sex education, the participants were well informed about the condom as a preventive measure against pregnancy and sexually transmitted infections, and of how pregnancy comes about. But fewer participants knew that oral contraceptives do not protect against HIV, that one cannot be cured of HIV, or that people can have a sexually transmitted infection and not be aware of it. Likewise, fewer participants were aware of the Swedish infectious disease control program and Swedish legislation related to sexuality. After the sex education, knowledge gaps still remained with regard to issues concerning the hymen, masturbation, the physiology underlying erection and sexual intercourse during menstruation. Besides the need for factual information, these gaps also reflect a need for discussion of norms and values related to sexuality, reproductive health and rights.

Introduktion

Oönskade graviditeter, osäkra aborter och könssjukdomar inklusive hiv/aids är stora folkhälsoproblem världen över som kan få katastrofala konsekvenser för såväl individen som för ett samhälles utveckling (Glasier A, Metin Gülmezoglu A, Schmid G et al. 2006). År 1994 fick sexuell, reproduktiv hälsa och rättigheter¹ för första gången ett stort internationellt genomslag i och med den FN-ledda konferensen »*Population and Development*« i Kairo. Konferensen var mycket omtvistad då den berörde frågor som abort, könsroller kopplat till reproduktion och sexualitet samt rätten till preventivmedel och sexuell hälsoinformation. Trots de internationella överenskommelserna är sexualundervisning och tillgång till preventivmedel samt sexuell och reproduktiv hälsovård än idag starkt eftersatt i många länder. Det är ofta religiösa samfund och bristen på politisk vilja som sätter käppar i hjulet för en utveckling inom området (DeJong J 2000).

Sverige har haft en lång tradition av arbete inom området sexuell, reproduktiv hälsa och rättigheter och var ett av de första länderna i världen att införa obligatorisk sexualundervisning i skolan år 1955. Även om Sverige i ett internationellt perspektiv har ett lågt antal tonårsgraviditeter och få hivfall så finns det anledning att agera då aborter och sexuellt överförda könssjukdomar ökar vilket indikerar ett ökat riskbeteende hos befolkningen (Forsberg M 2006). Vad gäller aborter så är unga kvinnor med utländsk bakgrund överrepresenterade bland ungdomar i Sverige som gör abort (Helström L, Zätterström C, Od Lind V 2006, Helström L, Od Lind V, Ek bom A et al 2003, Söderberg H, Andersson C, Sjöberg N-O et al 1993). Vidare ökar antalet personer med hivinfektion som invandrar till Sverige från länder med hög hivförekomst (SMI 2009). Ett ytterligare riskbeteende förekommer bland män som åker på besök till hemlandet och där har oskyddat samlag eller gifter sig med ytterligare en kvinna utan sin första frus vetskap och därigenom riskerar att smitta henne vid hemkomsten (DN 2009, Expressen 2009).

1. Det finns ingen universell definition på begreppet »sexuell, reproduktiv hälsa och rättigheter«. Men den första internationella överenskommelsen kring begreppet fastslogs på »The International Conference on Population and Development« i Kairo 1994: Sexualiteten utgör en central aspekt i att vara mänskliga och omfattar könsidentitet och roller, gender, sexuell ori-

entering, erotik, njutning, närhet och reproduktion. Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välmående i frågor som rör det reproduktiva systemet och dess funktioner i livets olika skeden. Rättigheter är relaterat till tillgången till preventivmedel, sexuell och reproduktiv hälsovård, sexualundervisning och kroppslig integritet (UN 1995).

Personer med utländsk bakgrund

Invandringen till Sverige har ökat avsevärt under de senaste decennierna. År 1960 bestod fyra procent av Sveriges befolkning av personer med utländsk bakgrund². År 2008 har den siffran ökat till 18 procent. Den största invandrargruppen är från Finland men andra stora grupper är från Turkiet, Irak, Iran, Kurdistan, Polen, Somalia, Etiopien, Eritrea och Thailand (Migrationsverket 2008).

I den av riksdagen beslutade strategin mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60) omnämns personer med utländsk bakgrund som en av målgrupperna. Årligen anmäls 400–500 personer med hivsmitta till Smittskyddsinstitutet. År 2008 anmäldes 448 hivfall där över hälften (56 procent) var bland personer med utländsk bakgrund som hade smittats före ankomst till Sverige i framför allt afrikanska länder söder om Sahara och i Thailand. Jämfört med toppnoteringarna år 2007 har det dock skett en minskning av antalet rapporterade hivfall med 93 personer under år 2008. Minskningen ses både i gruppen »*Bosatt i Sverige och smittad i Sverige*« där minskningen främst skett bland intravenösa missbrukare och i gruppen »*Smittad före ankomst till Sverige*«. Men även om antalet rapporterade hivfall år 2008 är färre jämfört med året innan så noterades en svagt ökande trend av antalet hivfall sedan år 2000 och då främst inom gruppen män som har sex med män men även inom gruppen med heterosexuella kontakter. I den senare gruppen fanns ökningen främst bland utomlands födda (SMI 2009).

De stora migrationsströmmarna har medfört att forskning kring migration och hälsa har ökat avsevärt. Denna forskning är mycket komplex där faktorer såsom kön, ålder, utbildning, ursprungsland, orsaker till migrationen spelar in. Det finns forskning som visar att vissa invandrargrupper drabbas i större utsträckning av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar än vad majoritetsbefolkningen gör. Bidragande faktorer till detta är bland annat övervikt och cigarettrökning (Gadd M, Sundquist J, Wändell P et al. 2006, Wändell PE & Gåfvels C 2007). Men det finns även forskning som visar på det motsatta. Som till exempel när människor flyttar från högriskländer vad gäller hjärt- och kärlsjukdomar till länder med lägre förekomst av dessa sjukdomar. Detta kan delvis förklaras med positiva förändringar i livsstilen såsom minskad rökning och hälsosammare diet (Albin B, Hjelm K, Elmståhl S et al. 2005). Mycket av forsk-

2. Med utländsk bakgrund avses att man antingen är utrikes född eller född i Sverige med båda föräldrarna födda utomlands (SCB 2008).

ningen kring migration och hälsa har fokuserat på hälsoutfall såsom diabetes och kardiovaskulära sjukdomar och inte så mycket på reproduktiv hälsa. Men forskningen inom detta område visar att till exempel somaliska kvinnor oftare föder underviktiga barn eller dödfödda barn samt oftare söker akutvård under graviditeten än motsvarande kvinnor i mottagarlandet (Small R, Gagnon A, Vangen S et al. 2008).

Det finns mycket forskning gjord om svenska ungdomars kunskaper, förhållningssätt och attityder till sexualitet och reproduktiv hälsa. Socialstyrelsen påpekar dock bristen på interventionsstudier vilka behövs för att se om de insatser som görs har någon effekt (Forsberg M 2007). Vad gäller kunskaper och värderingar inom området sexuell hälsa bland personer med utländsk bakgrund finns det väldigt lite dokumenterat och inga systematiska utvärderingar gjorda. De rapporter som finns beskriver främst erfarenheterna av att »*prata sex*« på sfi-skolor. Rapporterna visar att många sfi-deltagare har fått bristfällig information om sexualitet i sitt förra hemland och att det finns stora kunskapsluckor om kroppen och dess funktioner men en stor nyfikenhet och vilja att lära mer om dessa frågor (Brune Y 1992, Tanner Krantz M 1998, RFSU 2006/2007, Lundgren A & Bernhardsson G 2006). Rapporten »*Samtal över gränser*« (Tanner Krantz M 1998) beskriver utifrån sfi-lärarnas perspektiv blygsel och ett, till en början, visst motstånd bland lärarna att leda sexualundervisning. Motståndet bestod i att somliga kände sig oförberedda och inte tillräckligt pålästa samt att de redan var belamrade med arbete. Däremot ansåg majoriteten av lärarna att ämnet som sådant var mycket viktigt att ta upp i sfi-klasserna. De viktigaste ämnena att ta upp var enligt lärarna könsroller och jämlikhet, preventivmedel, hivinformation inklusive smittskyddslagen samt synen på sexualitet i Sverige och i andra länder. Behovet av att diskutera normer och värderingar kring sexualitet belyses även i en kartläggning av hedersrelaterat våld i Stockholms stad som visar att var tionde flicka med utländsk bakgrund och till viss del även unga män utsätts för hedersrelaterat våld av familjemedlemmar. Kartläggningen föreslår bland annat sfi-skolor som en viktig arena för att diskutera värdegrunder kopplade till sexualitet (Åhré Älgamo K & Fingal UB 2009).

I linje med de nationella riktlinjerna har Järva mansmottagning³, som är en sex- och samlevnads-mottagning i Rinkeby, bedrivit utåtriktat utbildningsarbete sedan 2004 kring sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter på sfi-skolor i

IO

3. Järva mansmottagning är en sex- och samlevnads-mottagning för män i Rinkeby, Stockholm. Verksamheten är sedan den 1 februari 2010 en del av SLSO, Stockholms läns sjukvårdsområde. År 2002 startade Lafa – enheten för sexualitet och hälsa, mottagningen för att nå ut till män och framför allt män

med utländsk bakgrund. Förutom det kliniska uppdraget arbetar mottagningen även primärpreventivt mot sin prioriterade målgrupp genom föreläsningar på skolor, föreningar och på andra arbetsplatser. Järva mansmottagning har sedan starten haft besök av mer än 100 nationaliteter där de vanligaste är från

Stockholms stad. Utvecklingen av sex- och samlevnadsundervisningen på sfi-skolor behöver stå på en kunskapsbaserad grund. Därför har Järva mansmottagning genomfört en utvärdering som är den första systematiskt insamlade och analyserade studien av sfi-deltagares kunskaper om sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter.

Syfte

Syftet med denna studie var att utvärdera effekten av sexualundervisning på sfi-deltagares kunskaper om sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter.

Metod

Detta är en interventionsstudie baserad på ett strategiskt urval med pre- och postmätning avseende sfi-deltagares kunskaper om sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter. En kontrollgrupp som inte fick någon sexualundervisning inkluderades för att mäta effekten av interventionen.

Svenskundervisning för invandrare, sfi

Personer med utländsk bakgrund och då särskilt män är ofta svåra att nå med hälsofrämjande information. Därför kan sfi vara en arena för att nå ut med information. Trots att många personer nås via sfi så är det ändå många personer som inte nås. Sfi är en frivillig skolform och år 2005 påbörjade omkring 50 procent av personer med utländsk bakgrund sfi inom tre år efter ankomst till Sverige. Denna siffra varierar från år till år bland annat beroende på arbetsmarknadsläget. De som inte deltar i sfi-undervisning är mestadels män som kommer från Västeuropa eller Nordamerika (Kennerberg L & Sibbmark K 2005, Kennerberg L 2009). Sfi är främst en språkutbildning som syftar till att stärka deltagarnas ställning på arbetsmarknaden. Verksamheten är uppdelad i tre studienivåer med fyra kurser (A–D): Nivå 1: A och B, nivå 2: B och C och nivå 3: C och D. Nivå 1 är till för personer med mycket kort eller ingen skolbakgrund, nivå 2 är den mest blandade gruppen vad gäller utbildningsbakgrund och på nivå 3 är det vanligt med högutbildade eller studievana personer. Deltagarna delas in på de olika nivåerna bland annat beroende av ålder, utbildningsbakgrund, övriga språkkunskaper och målsättning. Kurserna startar under hela året och den studerande väljer själv var han eller hon vill studera. Majoriteten

väljer en sfi-skola nära hemmet. Läsåret 2006/2007 deltog ungefär 65 000 individer på sfi i hela Sverige. 13 procent av dessa studerade svenska språket på nivå 1, 39 procent på nivå 2 och 48 procent på nivå 3. Av de inskrivna var 57 procent kvinnor och 43 procent män. Medelåldern bland deltagarna var 33 år. Vidare framgår av Skolverkets uppgifter från läsåret 2006/2007 att de vanligaste modersmålen bland sfi-deltagarna var arabiska (21 procent), thailändska (6 procent), somaliska (6 procent), polska (5 procent), spanska (5 procent), kurdiska (5 procent) och nordkurdiska (5 procent). Vad gäller utbildningsbakgrund hade ungefär 58 procent av de studerande en tidigare utbildning på 10 år eller längre, 17 procent en tidigare utbildning på 7–9 år och 25 procent hade en utbildning på högst sex år eller lägre. Utbildningsbakgrunden varierar mellan sfi-deltagarna med olika modersmål. Omkring 87 procent av studenter med polska som modersmål hade en utbildning på minst 10 år eller längre medan endast 19 procent bland studerande med somaliska som modersmål hade en utbildning på minst 10 år (Skolverket 2008).

Population och urval

I Stockholms stad bedrivs sfi-undervisningen av tre privata anordnare på sammanlagt sex skolor samt av fyra kommunala anordnare. Studien genomfördes på fyra privata sfi-skolor. Två av dessa skolor tilldelades interventionen, det vill säga erhöll sexualundervisning och två skolor agerade kontrollskolor som inte erhöll sådan undervisning. De två interventionsskolorna och kontrollskolorna har slagits ihop var för sig och kommer att benämnas som interventionsgrupp respektive kontrollgrupp. Vissa bakgrundsfaktorer skiljer sig åt mellan de privata och kommunala anordnarna. I privat regi studerar majoriteten (62 procent) på nivå 2 och 37 procent på nivå 3. I kommunal regi studerar däremot majoriteten (56 procent) på nivå 3 och på nivå 2 studerar 44 procent. Sfi-deltagarna i privat regi är något mer nöjda med lärarna och skolans lokaler än vad deltagarna i kommunal regi är. Vidare har de privata anordnarna mer självstudier än vad de kommunala har (Zetterman L 2008). Med anledning av detta samt för att Järva mansmottagning redan hade initierat kontakt med en av de privata anordnarna genomfördes studien på de privata sfi-skolorna.

För att kunna föra diskussioner kring sex och samlevnad var målgruppen för denna studie studenter som var kommunicerbara på lätt svenska i både tal och skrift, således inkluderades studenter på nivåerna 2C och 3D.

I de två interventionsskolorna fanns det sammanlagt sex klasser med 160 studenter inskrivna på 2C- och 3D-nivå. Genomströmningen av studenter och närvaron i klasserna skiftar kraftigt från dag till dag på sfi-skolorna. Vid tillfället för premätningen besvarade så gott som alla närvarande studenter premätningenkäten vilket resulterade i 113 besvarade enkäter. I de sex klasserna varierade antalet studenter mellan 11 – 23 studenter. Endast studenter som deltog i både pre- och postmätningen inkluderades i studien, det vill säga de som besvarade enkäten både före och efter sexualundervisning. Detta resulterade i att 98 studenter från interventionsgruppen inkluderades i analysen.

I de två kontrollskolorna fanns det sammanlagt 11 klasser med 212 studenter inskrivna på 2C- och 3D-nivå. Även i kontrollskolorna besvarade så gott som alla närvarande premätningenkäten vilket resulterade i 146 besvarade enkäter. Utav dessa besvarade 108 studenter både pre- och postmätningenkäten. Antal studenter varierade mellan 5 och 16 studenter i de 11 klasserna. För flödesschema över studiepopulationen i vardera grupp, se tabell 1.

TABELL 1. Flödesschema över studiepopulationen.

	INTERVENTIONSGRUPP ¹	KONTROLLGRUPP ²
Antal inskrivna sfi-deltagare på 2C- och 3D-nivå	160	212
Antal sfi-deltagare som besvarade premätningenkäten	113	146
Antal sfi-deltagare som besvarade både premätning- och postmätningenkäten	98	108
Svarsfrekvens i procent	87	74

1 Interventionsgruppen inkluderade två sfi- skolor med sammanlagt sex tillgängliga klasser på 2C- och 3D-nivå.

2 Kontrollgruppen inkluderade två sfi-skolor med sammanlagt elva tillgängliga klasser på 2C- och 3D-nivå.

Interventionens genomförande och innehåll

Datainsamlingen pågick i två månader (årsskiftet 2008-2009) och genomfördes av ett team från Järva mansmottagning bestående av Linnéa Warenius, forskare från Karolinska institutet tillika projektledare, Erik Gustavsson, verksamhetschef och legitimerad sjuksköterska, Johan Alström, legitimerad sjuksköterska och Daniel Foxhage, socionom och kurator. Alla personer i teamet bedrev undervisning och undervisade i huvudsak inom ett tema. Undervisningen var systematiserad, det vill säga samma information återkom i varje klass. Projektledaren närvarade även vid de lektioner hon själv ej undervisade i. Undervisningen och ifyllandet av enkät genomfördes med män och kvinnor tillsammans med ett undantag för en kontrollklass där några män vägrade att fylla i enkäten i närvaro av kvinnorna. Kvinnorna sa att detta var typiskt för män. Kvinnorna hade dock ingenting emot att besvara enkäten i samma klassrum som männen.

Teamet lade ner mycket energi på att få igång interaktion mellan deltagarna för att undvika en alltigenom katederundervisning. Till exempel vände sig informatören (en ur teamet) till klassen med en fråga om det som föreläsningen skulle handla om. Detta kunde exempelvis vara att be klassen ge olika exempel på preventivmedel, könssjukdomar eller be dem beskriva mödomshinnan⁴ eller berätta om abortlagstiftningen i deras ursprungsländer. Frågor och kommentarer fördes tillbaka till klassen för att ta del av andras synpunkter. Vita tavlan användes flitigt för förtydligande och för språkliga förklaringar, liksom tecknade bilder på genitalier och kondomdemonstrationer. Det var vanligt att deltagarna kom fram efteråt med personliga frågor.

Interventionsgruppen fick undervisning under en veckas tid vid tre tillfällen vilket resulterade i 6 – 7 timmars sexualundervisning. Lektionerna var indelade i tre teman. Lektion 1 handlade om anatomi/fysiologi och reproduktion och tog exempelvis upp olika benämningar på mannens och kvinnans kön, vad olika delar på genitalierna heter och hur de fungerar, vad mödomshinnan är samt vad som krävs för att en graviditet ska uppstå. Lektion 2 handlade om könssjukdomar och om olika preventivmedel inklusive demonstration av både den manliga och den kvinnliga kondomen. Vidare beskrevs även smittskyddslagen och vart man kan vända sig för att testa sig för könssjukdomar. Lektion 3 handlade om svenska lagar relaterade till sexualitet såsom hur den svenska lagen ser på olika samlevnadsformer som samboförhållande, äktenskap eller registrerat

14

4. Det finns ingen heltäckande hinna som spricker vid första samlaget. För att råda bot på denna missvisande terminologi introducerade RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning) år 2009 ett nytt ord för mödomshinnan; nämligen slidkransen. Se »*Slidkransen. Frågor och svar om myter kring mödom och oskuld*« (www.rfsu.se). I klassrummen användes ordet mödomshinna men den nya terminologin presenterades.

partnerskap⁵. Vidare tog lektion 3 upp äktenskapsbalken, hur svensk lagstiftning ser på abort, på sexualbrott såsom köp av sexuella tjänster (sexköpslagen) och på våldtäkt samt åldersgräns för samlag. Denna lektion innehöll även en historisk tillbakablick för att se vad som föranlett dagens lagar.

Utvärdering av interventionen

För att utvärdera interventionen utarbetades en enkät med bakgrundsfrågor inklusive 30 påståenden som avsåg mäta kunskap i frågor rörande anatomi/fysiologi, reproduktion, könssjukdomar, preventivmedel samt om svensk lagstiftning relaterad till sex och samlag. Påståendena utformades av verksamhetschefen/sjuksköterskan och av kuratorn på Järva mansmottagning och baserades på deras kliniska erfarenheter samt på deras tidigare möten med sfi-deltagare. Varje påstående hade tre svarsalternativ »Rätt«, »Fel« eller »Vet inte«. För att kontrollera språknivån pilottestades påståendena på en sfi-skola som inte ingick i studien. Vidare omformulerades den slutliga enkäten av en språkonsult till lätt svenska.

För att testa sfi-deltagarnas kunskaper fick de besvara enkäten några dagar innan undervisningen startade (premätning). För att se om undervisningen haft någon effekt fyllde samma personer i samma enkät även efter avslutad undervisning (postmätning). Eftersom närvaron skiftar kraftigt från dag till dag på sfi och för att förhindra att deltagarna eventuellt letade upp information, skedde postmätningen i direkt anslutning till varje lektion men då endast med påståenden som rörde dagens lektion. Även studenterna i kontrollgruppen besvarade samma enkät och vid ungefär samma tidpunkt som interventionsgruppen. Mycket tid lades ner på språkliga förklaringar av enkäten. Till exempel genomfördes en noggrann och gemensam genomgång av enkäten på overhead innan deltagarna fyllde i enkäten. Deltagarna fick inte samarbeta men fick använda lexikon. Mer än hälften av sfi-lärarna närvarade vid sexualundervisningen. Sfi-lärarna liksom informatörerna hjälpte till med språkliga förklaringar under ifyllandet av enkäten. För att få en uppfattning om vilka ord som deltagarna inte förstod ombads de stryka under dessa ord i enkäten. Därefter förklarades orden på vita tavlan.

5. Från och med 1 maj 2009 beslutade riksdagen om ny äktenskapslagstiftning som innebär att begreppet äktenskap också omfattar par av samma kön. Denna lagändring hade ej hunnit träda i kraft vid genomförandet av studien, därav användes begreppet »registrerat partnerskap« under sexualundervisningen.

Analys

Data har analyserats i SPSS version 17 för Windows (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc., Chicago). Data på nominalnivå⁶ presenteras i frekvens och procent och data på intervallnivå⁷ presenteras med medelvärde och standardavvikelse. Chi-square⁸ test har använts i analyser med jämförelser av proportioner med en signifikansnivå satt vid 0.05. För att göra det mer lättläst presenteras svarsalternativen »Rätt« och »Fel« som »Rätt svar« och »Fel svar« vilket visar om deltagarna svarat rätt eller fel på påståendet.

Etiska överväganden

Studien har granskats och fått etiskt godkännande av Landstingsstyrelsens förvaltning. Innan start besökte projektledaren sfi-lärarna för att presentera studien och dess genomförande. Projektledaren besökte även de berörda klasserna för att presentera sig själv, informera om studiens syfte, innehåll och upplägg samt att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Etiska överväganden huruvida undervisningen skulle genomföras könssegregerat eller ej togs även upp med deltagarna. Vidare tillfrågades klasserna hur de såg på att ha sexualundervisning och hur de upplevde undervisningen. Detta skedde både före och efter avslutad undervisning. Frågor om sexualitet kan väcka många känslor. Utgångspunkten var att olika synsätt, dock inom ramen för ett respektfullt bemötande, skulle välkomnas och bemötas.

6. Nominalnivå är den lägsta datanivån och innebär en klassificering, d.v.s. att data kan delas in i grupper men inte rangordnas. Kön eller ögonfärg är exempel på data på nominalnivå (Ejlertsson G 2003).

7. Intervallnivå är en högre datanivå, d.v.s. att flera beräkningar kan göras. Förutom att data kan rangordnas så kan även skillnader mellan data uttalas. Temperaturen är ett exempel på data på intervallnivå (Ejlertsson G 2003).

8. Chi-square test kan användas för att testa om det finns en relation mellan variabler (t.ex. mellan kön och kunskapsrelaterade påståenden). Chi-square test kan däremot inte säga hur stark denna relation är, d.v.s. vilken variabel som haft mest inflytande på kunskaperna. En signifikationsnivå på 0.05 innebär att det finns en risk (1 på 20) att dra felaktiga slutsatser (Ejlertsson G 2003).

Resultat

I detta avsnitt redovisas bakgrundsinformation om sfi-deltagarna samt deras kunskaper om sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter presenterade utifrån de tre lektionsteman.

Bakgrundsinformation om deltagarna och bortfallet

I båda grupperna var majoriteten av deltagarna män. De flesta deltagarna var mellan 25 och 44 år och över hälften var gifta eller sambor och hade barn. I genomsnitt hade de flesta gått i skola i 12 år och ungefär hälften av deltagarna uppgav att de fått information om sexualitet i skolan i sitt förra hemland. Deltagarna kom från 60 olika länder vilka skiljde sig åt mellan grupperna. I interventionsgruppen var de vanligaste ursprungsländerna i fallande ordning: Thailand (12 procent), Eritrea (10 procent), Etiopien (8 procent), Irak/Iran (7 procent) och Bangladesh (6 procent). I kontrollgruppen var de vanligaste ursprungsländerna: Irak (23 procent), Eritrea/Polen (7 procent), Syrien (6 procent), Turkiet (5 procent) och Somalia (4 procent). Vidare skiljde sig grupperna åt hur länge de bott i Sverige samt på vilken sfi-nivå de studerade. Interventionsgruppen hade i genomsnitt bott ungefär tre år i Sverige och 51 procent studerade på 3D-nivå. Motsvarande i kontrollgruppen var ungefär fyra år och 34 procent som studerade på 3D-nivå. För mer detaljerad bakgrundsinformation, se tabell 2.

TABELL 2. Bakgrundsinformation om sfi-deltagarna.

	INTERVENTIONSGRUPP N= 98 %	KONTROLLGRUPP N= 108 %
KÖN		
Man	69	76
Kvinna	31	24
ÅLDER		
Medelvärde och standardavvikelse	33 ± 8	35 ± 9
Variationsvidd	20 – 59	21 – 62
ANTAL UTBILDNINGÅR		
Medelvärde och standardavvikelse	12 ± 3	12 ± 4
Variationsvidd	5 – 19	3 – 20
MÅNADER I SVERIGE		
Medelvärde och standardavvikelse	39 ± 29	43 ± 32
Variationsvidd	4 – 156	4 – 192
SFI- NIVÅ		
3D	51	34
2C	49	66
MÅNADER PÅ SFI		
Medelvärde och standardavvikelse	17 ± 9	16 ± 10
Variationsvidd	1 – 48	1 – 60
SEXUALUNDERVISNING I SKOLAN I FÖRRA HEMLANDET		
Ja	53	46
Nej	47	54

Bortfallet, det vill säga de som endast deltog i premätningen, var 13 procent (15/113) i interventionsgruppen och 26 procent (38/146) i kontrollgruppen. Ett tiotal studenter uppgav att de ej ville fortsätta att delta på grund av religiösa skäl och två ville inte delta eftersom de ansåg att de redan var välinformerade i ämnet. Övriga anledningar till frånvaro var mestadels okänd eller på grund av arbete eller sjukdom.

En jämförelse mellan studenter i bortfallsgruppen och studenter som deltog i studien visade att bortfallsgruppen till största delen bestod av kvinnor. Vidare hade endast omkring 30 procent i bortfallsgruppen fått sexualundervisning i hemlandet jämfört med studiedeltagarna där omkring 50 procent erhållit sådan undervisning. För fler skillnader om bortfallet i interventions- och kontrollgruppen, se tabell 3.

TABELL 3. Bakgrundsinformation om bortfallet¹

	INTERVENTIONSGRUPP N= 15 %	KONTROLLGRUPP N= 38 %
KÖN		
Man	40	29
Kvinna	60	71
ÅLDER		
Medelvärde och standardavvikelse	33 ± 9	35 ± 10
Variationsvidd	21–51	20–65
ANTAL UTBILDNINGÅR		
Medelvärde och standardavvikelse	11 ± 4	13 ± 3
Variationsvidd	2-16	7-19
MÅNADER I SVERIGE		
Medelvärde och standardavvikelse	35 ± 20	45 ± 32
Variationsvidd	10–72	6–168
SFI-NIVÅ		
3D	33	29
2C	67	71
MÅNADER PÅ SFI		
Medelvärde och standardavvikelse	14 ± 10	16 ± 11
Variationsvidd	1 – 36	1 – 48
SEXUALUNDERVISNING I SKOLAN I FÖRRA HEMLANDET		
Ja	33	37
Nej	67	63

¹ Bortfallet är de sfi-deltagare som endast deltog i premätningen.

Sfi-deltagarnas kunskaper avseende sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter

Sammanfattningsvis rapporterade båda grupperna, men främst kontrollgruppen, redan i premätningen en hög andel rätt svar när de 30 påståendena slogs ihop. Interventionsgruppen rapporterade sammanlagt 60 procent rätt svar i premätningen vilket ökade till 84 procent i postmätningen. I 26 av 30 påståenden rapporterade interventionsgruppen en signifikant förbättring av kunskaperna efter undervisningen. Kontrollgruppen som inte fått någon undervisning rapporterade mera stabila resultat mellan mätningarna och hade sammanlagt 68 procent rätt svar i premätningen och 73 procent rätt svar i postmätningen. I 2 av 30 påståenden ökade andelen rätt svar signifikant i postmätningen. Båda grupperna var mest kunniga i frågor om könssjukdomar och preventivmedel. Se tabell 4 för en sammanfattning av deltagarnas sexualkunskaper presenterat utifrån de tre lektionsteman.

TABELL 4. Tematisk jämförelse mellan pre- och postmätning inom interventions- och kontrollgruppen.

TEMAN	INTERVENTIONSGRUPP N= 98		KONTROLLGRUPP N= 108	
	PRE	POST	PRE	POST
	%	%	%	%
ANATOMI/FYSIOLOGI OCH REPRODUKTION				
Fel svar	24	16	23	23
Rätt svar	57	77	62	66
Vet inte	19	7	15	11
KÖNSSJUKDOMAR OCH PREVENTIVMEDEL				
Fel svar	10	6	10	9
Rätt svar	67	90	72	78
Vet inte	23	4	18	13
SVENSKA LAGAR RELATERADE TILL SEXUALITET				
Fel svar	19	13	18	17
Rätt svar	54	82	68	74
Vet inte	27	5	14	9
SAMTLIGA TEMAN¹				
Fel svar	17	12	16	16
Rätt svar	60	84	68	73
Vet inte	23	4	16	11
SAMTLIGA TEMAN (MEDELVÄRDE²)				
Fel svar	5	4	5	5
Rätt svar	18	25	20	22
Vet inte	7	1	5	3

1 Andelen svar på samtliga teman, det vill säga beräknat på de hopslagna 30 påståendena.

2 Medelvärdet av svaren beräknat på alla 30 påståenden hopslagna. 0= inga poäng. 30= max poäng.

Högre medelvärde i "Fel svar" indikerar *färre* antal rätt svar.

Högre medelvärde i "Rätt svar" indikerar *fler* antal rätt svar.

Nedan följer en presentation av de enskilda påståendena indelade i de tre lektionsteman; 1) anatomi/fysiologi och reproduktion, 2) könssjukdomar och preventivmedel och 3) svenska lagar relaterade till sex och samlevnad. För att göra det mer överskådligt redovisas endast svarsalternativet ”Rätt svar” samt främst resultaten från interventionsgruppen eftersom kontrollgruppen rapporterade liknande svar mellan de två mätningarna. För mer detaljerad resultatredovisning, se tabell 5 som visar alla påståenden med samtliga svarsalternativ samt även kontrollgruppens resultat.

Anatomi/fysiologi och reproduktion

I interventionsgruppen varierade andelen rätt svar i premätningen inom detta tema mellan 22 och 88 procent. I postmätningen hade andelen rätt svar ökat och varierade mellan 54 och 95 procent. I kontrollgruppen varierade andelen rätt svar i premätningen mellan 24 och 91 procent. I postmätningen var andelen rätt svar mer eller mindre detsamma och varierade mellan 32 och 94 procent.

Interventionsgruppen: Inom detta tema sågs de största kunskapsökningarna i påståenden relaterade till mödomshinnan, risker med samlag vid mens och fysiologin bakom erektion. I premätningen var andelen rätt svar 22 respektive 33 procent för påståendena »*Alla kvinnor blöder första gången de har samlag*« och »*Det är farligt för mannen att ha samlag med en kvinna när hon har mens*«. I postmätningen hade andelen rätt svar ökat till omkring 60 procent. Den tredje största skillnaden sågs när det gällde påståendet »*När mannens penis blir hård fylls penis med blod*« som ökade från 37 till 54 procent rätt svar i postmätningen. Vissa deltagare trodde att erektionen berodde på att penis fylls med sperma eller vatten eller att penis är en muskel. Förvisso har det skett en ökning mellan mätningarna men andelen rätt svar i dessa påståenden är fortfarande låg efter avslutad undervisning.

Däremot rapporterade deltagarna en högre andel rätt svar redan i premätningen för påståenden om lubrikation och vad som krävs för att bli gravid. Majoriteten (75 procent) visste att »*En kvinna blir våt i slidan när hon känner sexuell lust*« vilket ökade till 94 procent efter undervisningen. Vidare visste 88 procent av deltagarna i premätningen att »*För att bli gravid måste mannens spermier komma i kontakt med kvinnans ägg*« vilket ökade till 95 procent i

postmätningen. I premätningen visste 82 procent att en kvinna inte blir gravid om hon sväljer sperma och efter undervisningen hade antalet som svarade rätt på påståendet ökat till 87 procent. Däremot var det färre (57 procent) i premätningen som visste att »*En flicka som har fått sin första mens kan bli gravid om hon har samlag*«, en siffra som ökade till 83 procent efter undervisningen. En del av studenterna skrev ner frågor efter varje lektion och flera av dessa frågor handlade om menstruation, säkra perioder och huruvida en kvinna kan bli gravid efter endast ett samlag.

Vad gäller »*En person som onanerar blir sjuk*« så var andelen rätt svar relativt låg i premätningen (58 procent) men ökade något i postmätningen (71 procent). Utav de frågor som skrevs ner på enkäten efter avslutad lektion handlade en hel del om fortsatt oro för eventuella risker med onani.

Könssjukdomar och preventivmedel

Inom detta tema var andelen rätt svar relativt högt redan vid premätningen. I interventionsgruppen varierade andelen rätt svar i premätningen inom detta tema mellan 49 och 91 procent. I postmätningen hade andelen rätt svar ökat och varierade mellan 76 och 99 procent. Kontrollgruppen rapporterade återigen stabila svar. I premätningen varierade andelen rätt svar mellan 61 och 83 procent och i postmätningen var andelen rätt svar 63 – 92 procent.

Interventionsgruppen: Den största skillnaden mellan pre- och postmätning i detta tema sågs i påståenden relaterade till smittskyddslagen. Omkring 50 procent visste i premätningen att »*I Sverige är det gratis att testa sig för hiv*« och att »*I Sverige kan män och kvinnor testa sig anonymt för hiv*«. Andelen rätt svar ökade till omkring 90 procent efter undervisningen.

Andelen som visste att »*Människor kan ha könssjukdomar utan att veta om det*« var relativt låg (61 procent) i premätningen men ökade till 83 procent i postmätningen. Deltagarna var däremot något mer informerade om hur hiv smittar. Omkring 70 procent i premätningen visste att man kan få hiv vid oskyddat analsex och att hiv inte smittar genom kramar. I postmätningen ökade emellertid andelen rätt svar till drygt 90 procent för dessa påståenden. Vad gäller »*Klamydia kan smitta vid analsex utan kondom*« svarade endast 49 procent rätt i premätningen men andelen rätt svar ökade till 93 procent efter undervisningen.

Det som deltagarna verkade vara allra mest välinformerade om gällde kondomens preventiva egenskaper. Redan innan undervisningen visste 86 procent att kondomen skyddar mot hiv och 91 procent att kondomen även skyddar mot graviditet vilket ökade till 95 respektive 96 procent efter undervisningen. Däremot var andelen rätt svar något lägre vad gäller huruvida »*P-piller skyddar mot hiv*«. I premätningen visste 70 procent att p-piller inte skyddar mot hiv. I postmätningen hade andelen rätt svar ökat till 93 procent.

Deltagarna var inte heller så välinformerade om botemedel för hiv. I premätningen var det 54 procent som svarade rätt på påståendet »*En person som har hiv kan bli botad från hiv*«. I postmätningen hade andelen rätt svar dock ökat till 76 procent.

På påståendet »*Det är bara homosexuella som får hiv*« svarade 74 procent rätt i premätningen och andelen ökade till 88 procent i postmätningen.

Svenska lagar relaterade till sex och samlevnad

I interventionsgruppen sågs den största ökningen av andelen rätt svar inom detta tema. Andelen rätt svar i interventionsgruppen varierade i premätningen mellan 29 och 73 procent. I postmätningen hade andelen rätt svar ökat till 62 – 97 procent. I kontrollgruppen varierade andelen rätt svar i premätningen mellan 43 och 90 procent och i postmätningen varierade andelen rätt svar mellan 52 och 85 procent.

Lektionen om de svenska lagarna var den mest uppskattade lektionen. Studenterna uttryckte stor nyfikenhet och iver att få lära om vad den svenska lagen säger om sex och samlevnad. Då lagar och regler är baserade på ett lands normer och värderingar är det inte förvånande att det också var denna lektion som väckte flest diskussioner som stundom var mycket intensiva.

I detta tema sågs hos interventionsgruppen de största skillnaderna i andelen rätt svar mellan pre- och postmätning i påståenden om abort och omskärelse: »*I Sverige måste kvinnan ha mannens tillåtelse för att göra abort*« (från 33 till 89 procent) och »*I Sverige är det förbjudet att omskära pojkar*« (från 29 till 75 procent) samt »*I Sverige är det tillåtet att omskära flickor*« (från 48 till 79 procent). Vad gäller omskärelse så var det somliga deltagare som aldrig tidigare

hört om sedvänjan och som blev bestörta och provocerade över den kvinnliga omskärelsen och ville veta varför den utfördes.

När det gäller den svenska abortlagen så var både män och kvinnor överlag positiva till fri abort och deltagarna blev positivt överraskade att ingreppet inte kostar mer än ett vanligt läkarbesök. Däremot uppstod det diskussioner som speglar synen på könsroller då det berättades om att det är kvinnan som bestämmer om hon vill göra abort även om hon är gift. Överlag blev kvinnorna glada och kunde till och med applådera när de hörde detta eftersom situationen ofta är den motsatta på de flesta håll i världen. Även om många män stödde lagen om fri abort så var det flera män som undrade vad de hade att säga till om och kommentarer som »*Sverige är ett kvinnoland*« kunde höras.

Samkönade relationer var de lagar som rönt störst uppmärksamhet i form av starkt avståndstagande men även fniss och förundran. Diskussionerna handlade exempelvis om huruvida homosexualitet är medfött eller varför man »*blir*« homosexuell, om det är »*normalt*« att vara homosexuell, om homosexualitet förekommer över hela världen eller bara i vissa länder och om samkönade par får adoptera. I premätningen visste 60 procent att två kvinnor får registrera partnerskap. Detta ökade till 84 procent i postmätningen. 46 procent visste i premätningen att två män får registrera partnerskap, detta ökade till 62 procent i postmätningen.

Även sexköpslagen och lagstiftningen kring våldtäkt väckte mycket uppmärksamhet. I premätningen visste 62 procent att det i Sverige är förbjudet att betala någon för att ha sex och i postmätningen hade andelen rätt svar ökat till 84 procent. Många tyckte sexköpslagen var motsägelsefull; att det är tillåtet att sälja sex men inte att köpa sex. Flera män menade att lagen återigen tog parti för kvinnorna och att kvinnor också utnyttjar män. Även om många kvinnliga deltagare också tyckte att sexköpslagen var underlig ansåg de ändå att kvinnor oftare blir utnyttjade av männen än tvärtom.

Vad gäller våldtäkt, diskuterades det livligt i flera klasser var gränsen för våldtäkt går. Diskussionerna kunde kännas igen från svensk media: »*Man får skylla sig själv om man är berusad, lättklädd, inte säger nej, eller först verkar villig och sedan ändrar sig*«. Några män menade att kvinnorna ljuger om våldtäkt för att hämnas vilket upprörde flera kvinnliga deltagare som menade att det ändå är

fler kvinnor som blir våldtagna och inte anmäler våldtäkten än de som ljuger om våldtäkt som hämnd. Angående våldtäkt inom äktenskapet visste drygt 68 procent i premätningen att det enligt svensk lag är förbjudet att våldta sin fru. Detta ökade till 85 procent i postmätningen. Återigen uppstod diskussioner som kan härledas till jämlikhet och könsroller. Diskussionerna handlade om huruvida våldtäkt är något som överhuvudtaget kan ske inom ett äktenskap. Några hänvisade till religionen och menade att denna säger att en kvinna ska lyda sin make. Diskussionerna kunde även beröra om män kan bli våldtagna. Några män lyfte frågan och undrade »*Hur många gånger har inte en man ställt upp på samlag trots att han egentligen inte vill eller orkar?*«. Detta föranledde diskussioner om skillnaden mellan »*att ställa upp*« och att bli tvingad till samlag.

TABELL 5. Jämförelse av kunskaper mellan pre- och postmätning inom interventionsgruppen respektive kontrollgruppen.

	INTERVENTIONSGRUPP N = 98			KONTROLLGRUPP N = 108		
	PRE %	POST %	P- VÄRDE	PRE %	POST %	P- VÄRDE
ANATOMI/FYSIOLOGI OCH REPRODUKTION						
1. Alla kvinnor blöder första gången de har samlag.						
Fel svar	71	36	0.000	69	62	0.375
Rätt svar	22	61		24	32	
Vet inte	7	3		7	6	
2. Det är farligt för mannen att ha samlag med en kvinna när hon har mens.						
Fel svar	49	32	0.005	48	48	0.864
Rätt svar	33	59		44	45	
Vet inte	18	9		8	7	
3. När mannens penis blir hård fylls penis med blod.						
Fel svar	23	29	0.008	21	34	0.070
Rätt svar	37	54		49	45	
Vet inte	40	17		30	21	
4. En kvinna blir våt i slidan när hon känner sexuell lust.						
Fel svar	7	5	0.002	8	9	0.635
Rätt svar	75	94		74	78	
Vet inte	18	1		18	13	
5. För att bli gravid måste mannens spermier komma i kontakt med kvinnans ägg.						
Fel svar	7	5	0.117	1	3	0.130
Rätt svar	88	95		91	94	
Vet inte	5	0		8	3	

	INTERVENTIONSGRUPP N = 98			KONTROLLGRUPP N = 108		
	PRE %	POST %	P- VÄRDE	PRE %	POST %	P- VÄRDE
6. En kvinna blir gravid om hon sväljer sperma.						
Fel svar	5	8	0.213	9	10	0.826
Rätt svar	82	87		76	77	
Vet inte	13	5		15	13	
7. En flicka som har fått sin första mens kan bli gravid om hon har samlag.						
Fel svar	23	12	0.001	17	13	0.398
Rätt svar	57	83		74	82	
Vet inte	20	5		9	5	
8. En person som onanerar blir sjuk.						
Fel svar	21	17	0.195	26	27	0.387
Rätt svar	58	71		50	57	
Vet inte	21	12		24	16	
9. Spermier kommer från testiklarna.						
Fel svar	9	3	0.000	7	4	0.495
Rätt svar	61	91		82	87	
Vet inte	30	6		11	9	
KÖNSSJUKDOMAR OCH PREVENTIVMEDEL						
10. I Sverige är det gratis att testa sig för hiv.						
Fel svar	3	1	0.000	3	3	0.214
Rätt svar	58	99		74	83	
Vet inte	39	0		23	14	
11. I Sverige kan män och kvinnor testa sig anonymt för hiv.						
Fel svar	13	12	0.000	10	8	0.111
Rätt svar	51	84		67	79	
Vet inte	36	4		23	13	

	INTERVENTIONSGRUPP N = 98			KONTROLLGRUPP N = 108		
	PRE %	POST %	P- VÄRDE	PRE %	POST %	P- VÄRDE
12. Klamydia kan smitta vid analsex utan kondom.						
Fel svar	8	4	0.000	7	9	0.709
Rätt svar	49	93		65	65	
Vet inte	43	3		28	25	
13. Du får hiv om du kramar en person som har hiv.						
Fel svar	20	8	0.002	17	12	0.579
Rätt svar	69	91		77	82	
Vet inte	11	1		6	6	
14. Hiv kan smitta vid analsex utan kondom.						
Fel svar	12	8	0.003	4	4	0.013
Rätt svar	70	90		78	91	
Vet inte	18	2		18	5	
15. Kondom skyddar mot hiv vid samlag.						
Fel svar	8	5	0.039	13	11	0.883
Rätt svar	86	95		75	78	
Vet inte	6	0		12	11	
16. Kondom skyddar mot graviditet.						
Fel svar	5	3	0.410	9	5	0.174
Rätt svar	91	96		83	92	
Vet inte	4	1		8	3	
17. P-piller skyddar mot hiv.						
Fel svar	14	7	0.000	12	14	0.562
Rätt svar	70	93		66	70	
Vet inte	16	0		22	16	

	INTERVENTIONSGRUPP N = 98			KONTROLLGRUPP N = 108		
	PRE %	POST %	P- VÄRDE	PRE %	POST %	P- VÄRDE
18. En person som har hiv kan bli botad från hiv.						
Fel svar	13	17	0.000	11	15	0.530
Rätt svar	54	76		61	63	
Vet inte	33	7		28	22	

19. Människor kan ha könssjukdomar utan att veta om det.

Fel svar	8	3	0.009	10	7	0.601
Rätt svar	61	83		73	75	
Vet inte	31	14		17	18	

20. Det är bara homosexuella som kan få hiv.

Fel svar	10	9	0.017	9	12	0.421
Rätt svar	74	88		79	81	
Vet inte	16	3		12	7	

SVENSKA SEXUALLAGAR

21. I Sverige måste kvinnan ha mannens tillåtelse för att göra abort.

Fel svar	36	11	0.000	29	29	0.210
Rätt svar	33	89		52	60	
Vet inte	31	0		19	11	

22. I Sverige är det förbjudet att omskära pojkar.

Fel svar	27	16	0.000	34	35	0.129
Rätt svar	29	75		43	52	
Vet inte	44	9		23	13	

	INTERVENTIONSGRUPP N = 98			KONTROLLGRUPP N = 108		
	PRE	POST	P- VÄRDE	PRE	POST	P- VÄRDE
	%	%		%	%	
23. I Sverige är det tillåtet att omskära flickor.						
Fel svar	12	14	0.000	10	7	0.040
Rätt svar	48	79		66	81	
Vet inte	40	7		24	12	
24. I Sverige är det tillåtet för två kvinnor att registrera partnerskap.						
Fel svar	15	9	0.002	14	16	0.504
Rätt svar	60	84		74	77	
Vet inte	25	7		12	7	
25. I Sverige är det förbjudet för två män att registrera partnerskap.						
Fel svar	24	33	0.001	25	25	0.676
Rätt svar	46	62		62	66	
Vet inte	30	5		13	9	
26. I Sverige är det förbjudet för homosexuella att bo tillsammans.						
Fel svar	22	12	0.001	17	12	0.521
Rätt svar	58	84		73	80	
Vet inte	20	4		10	8	
27. I svensk lag är det tillåtet för en man att våldta den kvinna han är gift med.						
Fel svar	15	12	0.008	9	10	0.171
Rätt svar	68	85		78	84	
Vet inte	17	3		13	6	

	INTERVENTIONSGRUPP N = 98			KONTROLLGRUPP N = 108		
	PRE	POST	P- VÄRDE	PRE	POST	P- VÄRDE
	%	%		%	%	

28. I Sverige är det förbjudet att betala någon för att ha sex.

Fel svar	16	15	0.000	23	17	0.152
Rätt svar	62	84		63	75	
Vet inte	22	1		14	8	

29. I Sverige är det förbjudet för vuxna att ha sex med någon under 15 år.

Fel svar	16	9	0.003	14	12	0.527
Rätt svar	72	91		81	85	
Vet inte	12	0		5	3	

30. I Sverige får man gifta sig med två personer samtidigt.

Fel svar	6	1	0.000	6	8	0.444
Rätt svar	73	97		90	84	
Vet inte	21	2		4	8	

För den som vill ha facit till påståendena i tabell 5, kan nämnas att påståendena nr 3-5, 7, 9-12, 14-16, 19, 24 samt 28-29 är riktiga. De övriga är felaktiga.

Bakgrundsfaktorer och deras inflytande på kunskap om sexualitet

I interventionsgruppen verkade »Månader i Sverige« följt av »Sexualundervisning i skolan i förra hemlandet« haft störst inflytande på kunskaperna relaterade till sexualitet. I 6 av 30 påståenden var andelen rätt svar signifikant högre bland sfi-deltagare som bott en kortare tid (4–30 månader) i Sverige än bland dem som bott en längre tid (31–156 månader) i Sverige. De som bott en kortare tid i Sverige hade längre utbildning än de som bott längre i Sverige. Vidare var andelen rätt svar signifikant högre i 4 av 30 påståenden bland sfi-deltagare som tidigare fått sexualundervisning i sitt förra hemland än bland dem som inte fått sådan undervisning.

I kontrollgruppen verkade »Sexualundervisning i skolan i förra hemlandet« följt av »Antal utbildningsår« haft mest inflytande på de rapporterade kunskaperna. I 9 av 30 påståenden var andelen rätt svar signifikant högre bland dem som fått sexualundervisning i sitt förra hemland jämfört med dem som inte tidigare fått sexualundervisning. Vad gäller »Antal utbildningsår« var andelen rätt svar signifikant högre i 7 av 30 påståenden bland sfi-deltagare med längre utbildning (13–20 år) än bland dem med kortare utbildning (3–12 år). De med längre utbildning var även de som också i högre utsträckning fått sexualundervisning i skolan i sitt förra hemland.

Diskussion

Sammanfattningsvis indikerar denna interventionsstudie att sexualundervisningen haft god effekt på sfi-deltagarnas kunskaper om sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter. Interventionsgruppen rapporterade en signifikant ökning i antal rätt svar efter undervisningen medan kontrollgruppen rapporterade så gott som stabila svar mellan mätningarna. Vidare visar resultaten att sfi-deltagarna redan från början var välinformerade om främst kondomen som skydd mot könssjukdomar och graviditet. De var även väl insatta i vad som krävs för att en graviditet ska uppstå. Däremot visste färre av deltagarna att p-piller inte skyddar mot hiv, att man inte kan bli botad från hiv eller att människor kan ha könssjukdomar utan att veta om det. Likaså var färre deltagare insatta i den svenska smittskyddslagen liksom i svensk lagstiftning kopplad till sex och samlevnad. De största kunskapsluckorna, som även bestod efter avslutad sexualundervisning, återfanns i frågor som rörde mödomshinnan, samlag under mensperioden, onani och fysiologin bakom erektion.

Det finns väldigt lite dokumenterat om personer med utländsk bakgrund och deras kunskaper och värderingar inom området sexuell och reproduktiv hälsa. De få studier som finns visar på liknande resultat som de som kommit fram i denna studie. Till exempel visade Ånäsprojektet- ett hiv/aidsinformationsprojekt på sfi-skolor i Göteborg från år 1992 också på en felaktig föreställning bland sfi-deltagarna att p-piller skyddar mot hiv och att de liksom deltagarna i föreliggande studie var mindre välinformerade om smittskyddslagen (Brune Y 1992). En annan studie från år 2001 baserad på intervjuer med invandrade kvinnor om deras kunskaper om kropp och sexualitet visade också på en stark tro att alla kvinnor blöder vid det första samlaget och att samlag under mensperioden kan leda till sjukdom hos såväl kvinnan som mannen (Frank M 2001). Andra liknande föreställningar sågs även i frågan om onani; att »*spilld säd*« kan leda till ryggont och sjukdom, en oro och undran som även uttrycktes hos några av de manliga deltagarna i denna studie.

Reflektioner över resultaten

Ofta likställs information och kunskap. För att information ska kunna bli till kunskap måste den kopplas samman med tidigare kunskap och erfarenheter, alltså till den föreställningsvärld man bär på. Vidare måste informationen kän-

nas angelägen och viktig, annars riskerar den att passera förbi. Information blir till kunskap när den har internaliserats och man gjort den till sin. Till skillnad från de flesta påståendena, fick påståendena om mödomshinnan, onani och samlag under menstruation en relativt låg andel rätt svar även efter avslutad undervisning. Detta kan ha sin förklaring i ovanstående resonemang att informationen om till exempel mödomshinnan går stick i stäv med den föreställningsvärld, de normer och värderingar man är uppvuxen med, nämligen den att kvinnan förväntas vara oskuld och blöda på bröllopsnatten, och på så sätt har man inte kunnat göra informationen till sin. På liknande sätt kan resultatet från en studie baserad på 200 svenska skolungdomar förstås. Studien visade att en majoritet bland båda könen trodde att mödomshinnan är en hinna som spricker vid första samlaget. Men när de väl hade fått rätt information tog de genast till sig den nya informationen (Hovellius B 2004). Att de så lätt kunde ta till sig den nya informationen jämfört med många av sfi-deltagarna kan ha sin förklaring i att informationen inte lika starkt utmanade den föreställningsvärld man bar på.

Andra förklaringar kan även vara metodologiska, det vill säga att informatörerna inte på ett tydligt sätt lyckades förmedla att till exempel mödomshinnan snarare handlar om en krans av slemhinneveck i varierande tjocklek än om en heltäckande hinna.

En utmaning för studien var språkförståelsen. Trots förenklingar, förklaringar och förtydligande är språkförbistringar oundvikliga i en studie som denna. Den underliggande frågan blir om det är kunskap eller språkförståelse som mäts? En styrka med denna studie är att den inkluderar en kontrollgrupp som även den besvarade samma enkät två gånger och på så vis kan man få en god uppfattning i frågan. Det faktum att interventionsgruppen så signifikant ökade antalet rätt svar efter avslutad undervisning medan kontrollgruppen rapporterade stabila svar mellan mätningarna indikerar att de skillnader man ser i interventionsgruppen snarare är ett resultat av kunskapsökning än en ökad språkförståelse. Annars hade troligtvis en större skillnad mellan mätningarna rapporterats även i kontrollgruppen.

Att kontrollgruppen i den första mätningen jämfört med interventionsgruppen rapporterade fler antal rätt svar kan ha sin förklaring i att de har bott längre i

Sverige och på så vis har exponerats mer för det svenska samhället och språket. En annan förklaring kan också vara att antalet studenter var färre i kontrollklasserna vilket kan ha medfört att de fick mer individuell uppmärksamhet och stöd att fylla i enkäten. Även detta styrker resonemanget att kunskapsökningen i interventionsgruppen med stor sannolikhet kan tillskrivas själva interventionen, alltså sexualundervisningen.

Vissa deltagare tolkade svarsalternativen »Rätt« och »Fel« som om det frågades efter vad de själva ansåg vara rätt eller fel såsom exempelvis i påståendet »*I Sverige är det tillåtet för två kvinnor att registrera partnerskap*«. Ett tydligare svarsalternativ kunde ha varit »Ja« och »Nej«. En annan metodrelaterad fråga var att vissa påståenden hade formulerats negativt såsom till exempel »*I Sverige är det förbjudet att omskära pojkar*« och andra positivt »*I Sverige är det tillåtet att omskära flickor*«. Detta för att undvika slentrianmässiga svar. Den stora diskrepansen i antal rätt svar mellan dessa snarlika påståenden är med stor sannolikhet mer relaterad till att deltagarna inte var uppmärksamma på formuleringarna än på deras faktiska kunskaper. Liknande svarsmönster sågs även i kontrollgruppen.

Inom teamet fördes många diskussioner om undervisningen skulle genomföras i könssegregerade grupper eller ej. Teamet hade ambitionen att genomföra en icke könssegregerad undervisning främst av logistiska skäl såsom lokal tillgång och tidsåtgång, men även för att utmana föreställningen om att det är mycket svårt att prata om sex och samlevnad i en könsblandad grupp. Om det skulle vara könssegregerat eller ej togs även upp i klasserna. Erfarenheten visade att deltagarna generellt sett ansåg att gemensam undervisning var okej och i några klasser förmedlade både manliga och kvinnliga deltagare till och med att gemensam undervisning är mycket viktig. Endast några manliga deltagare i en kontrollklass vägrade att fylla i enkäten i samma klassrum som de kvinnliga deltagarna. Klassen delades därför upp i män och kvinnor. Visserligen var kvinnorna mer aktiva och ställde mer intima frågor om exempelvis underlivet, oron att bara föda döttrar eller inte kunna bli med barn än vad som var brukligt i en klass med både män och kvinnor, men samtidigt gick man miste om interaktionen mellan könen. Erfarenheten visar att det generellt sett visst går att prata om sex och samlevnad i könsblandade grupper och att det finns för- och nackdelar med båda sätten. Det finns ingen enhetlig regel i denna fråga utan man måste låta syftet och deltagarna få avgöra hur undervisningen ska bedri-

vas. Om syftet är att föra djuplodande diskussioner om intima frågor kan köns-segregerade grupper vara ett lämpligare alternativ men i diskussioner om exempelvis preventivmedelsanvändning kan könsblandade grupper vara en fördel.

För vilka kan resultaten vara giltiga? Förvisso tillfrågades alla sfi-studenter på 2C- och 3D-nivå om att delta i studien och svarsfrekvensen var relativt hög. Man bör ändå beakta att studiepopulationen inte är randomiserad samt för liten för att kunna generalisera till övrig sfi-population. Det är också viktigt att uppmärksamma att majoriteten av bortfallet bestod av kvinnor och som till största delen inte hade fått sexualundervisning i skolan i sitt förra hemland. Det är svårt att avgöra varför det just var så många kvinnor som uteblev från studien. Förutom de tidigare nämnda orsakerna till frånvaro kan frånvaron bland kvinnorna vara en konsekvens av tabu att diskutera sexualitet i närvaro av män eller att prata om sex och samlevnad överhuvudtaget. Däremot ger resultaten en god uppfattning om kunskaperna hos främst män och de med en relativt lång utbildningsbakgrund.

Sammanfattning av resultaten

Resultaten visade på att studenterna redan innan interventionen hade goda kunskaper främst om kondomen som skydd mot graviditet och könssjukdomar samt om hur man blir gravid. Däremot visste färre av deltagarna att p-piller inte skyddar mot hiv, att det inte finns botemedel mot hiv och att människor kan ha könssjukdomar utan att veta om det. Likaså var färre deltagare insatta i svensk smittskyddslag samt om svensk lagstiftning kopplad till sex och samlevnad. Bestående kunskapsluckor återfanns framförallt i värdegrundsrelaterade frågor såsom om mödomshinnan, onani och samlag under mensperioden.

Vidareutveckling av sexualundervisningen

Järva manskottagning har som uppdrag att arbeta förebyggande mot oönskade graviditeter och könssjukdomar inklusive hiv. Ett led i detta är att informera om dessa frågor så att mottagarna kan göra adekvata och välgrundade val. Att omsätta kunskap till handling är dock en komplicerad process som kräver mer än bara kunskap. Exempelvis var deltagarna mycket välinformerade om kondomen som skydd mot graviditet och könssjukdomar. Betyder det då också att deltagarna praktiserar kondomanvändning? För att främja den sexuella hälsan måste man förstå den verklighet människor befinner sig i. Därför föreslås att kommande sexualundervisning inkluderar diskussioner om vad som styr och påverkar denna verklighet. Baserat på resultaten om mödomshinnan, samlag under mensperioden och diskussionerna som uppstod under lektionen om svensk lagstiftning kopplad till sex och samlevnad föreslås att kommande sexualundervisning även bör inkludera diskussioner om normer och värderingar kring sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter.

Referenser

ALBIN B, HJELM K, EKBERG J & ELMSTÅHL S (2005).

Mortality among 723 948 foreign- and native-born Swedes 1970–1999.

European Journal of Public Health 15, 511–517.

BRUNE Y (1992).

Ånäprojektet januari 1992–maj 1994.

Beskrivning och preliminär utvärdering augusti 1994.

Göteborg: Göteborgs stad.

ANNIKA HAMRUD, DAGENS NYHETER [DN] 13 AUGUSTI 2009.

Förakt möter hivsmittade kvinnor.

EJLERTSSON G (2003).

Statistik för hälsovetenskaperna.

Studentlitteratur, Lund.

GIBRIL MUSESULTAN, SOMALISKA HÄLSOTEAMET, EXPRESSEN 14 JANUARI 2009.

Kräv hiv-test för att ha sex med maken.

DEJONG J (2000).

The role and limitations of the Cairo International

Conference on Population and Development.

Social Science & Medicine 51, 941–953.

UN [UNITED NATIONS] (1995).

Population and Development: Programme of action adopted at the

International Conference on Population and Development, Cairo,

5–13 September 1994.

Department for Economic and Social Information

and Policy Analysis. Cairo: United Nations.

FORSBERG M (2006).

Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005.

Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. (Rapport 2005:15)

FORSBERG M (2007).

Ungdomars sexuella hälsa. Internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete.

Stockholm: Socialstyrelsen.

FRANK M (2001).

Kunskapens villkor – en studie om invandrade kvinnors kunskaper om kroppen. Lafa 3:2001.

Stockholm: Lafa.

GADD M, SUNDQUIST J, JOHANSSON SE & WÄNDELL P (2006).

Are there differences in all-cause and coronary heart disease mortality between immigrants in Sweden and their country of birth? A follow-up study of total populations.

BMC Public Health 6, 102–110.

GLASIER A, METIN GÜLMEZOGLU A, SCHMID G, GARCIA MORENO C & VAN LOOK P (2006).

Sexual and reproductive health: a matter of life and death.

Lancet 368, 1595–1607.

HELSTRÖM L, ZÄTTERSTRÖM C & ODLIND V (2006).

Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. Journal of Pediatric and Adolescent

Gynecology 19, 209–213.

HELSTRÖM L, ODLIND V, ZÄTTERSTRÖM C, JOHANSSON M, GRANATH F,

CORREIA N & EKBOM A (2003).

Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden.

Scandinavian Journal of Public Health 31, 405–410.

HOVELIUS B & JOHANSSON E [RED.] (2004).

Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur.

KENNERBERG L & SIBBMARK K (2005).

Vilka deltar i svenska för invandrare?

Uppsala: IFAU- Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering. (Rapport 2003:13)

KENNERBERG L (2009).

Hur försörjer sig nyanlända invandrare som inte deltar i sfi?

Uppsala: IFAU-Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering.

(Rapport 2009:9)

LUNDGREN A & BERNHARDSSON G (2006).

Att hitta vägen in till gemenskapen.

Länsstyrelsen Västra Götalands län.

RFSU (2006/2007). RFSU OCH SFI.

En rapport om RFSU Katrineholms medverkan i svenskundervisning för invandrare (SFI) läsåret 2006/07.

MIGRATIONSVERKET (2008).

Hämtad från: www.migrationsverket.se

SCB [STATISTISKA CENTRALBYRÅN] (2008).

Hämtad från: www.scb.se

SKOLVERKET (2008). SKOLVERKETS LÄGESBEDÖMNING 2008.

Förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning.

(Rapport 324, 2008)

SMALL R, GAGNON A, GISSLER M, ZEITLIN J, BENNIS M, GLAZIER R, HAELTERMAN E,

MARTENS G, MCDERMOTT S, URQUIA M & VANGEN S (2008).

Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries.

BJOG: An international journal of obstetrics and gynaecology 115, 1630-1640.

SMI [SMITTSKYDDSinSTITUTET] (2009).

Hämtad från: www.smittskyddsinstytutet.se

SÖDERBERG H, ANDERSSON C, JANZON L & SJÖBERG N-O (1993).

Socio-demographic characteristics of women requesting induced abortion.

Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 72, 365-368.

TANNER KRANTZ M (1998).

Samtal över gränser.

Stockholm: Landstinget förebygger aids (Lafa).

UITENWAAL PJ, MANNA DR, BRUNIJNZEELS MA, HOES AW & THOMAS S (2004).

Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other cardiovascular risk factors, and cardiovascular disease in Turkish and Moroccan immigrants in North West Europe: a systematic review.

Preventive Medicine 39, 1068–1076.

WÄNDELL PE & GÄFVELS C (2007).

High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden.

Primary Care Diabetes 1, 13–16.

ZETTERMAN L (2008).

Brukarundersökning inom sfi våren 2008.

Stockholm: USK, Stockholms

stads utrednings- och statistikkontor AB.

ÅHRÉ ÄLGAMO K & FINGAL UB (2009).

Hedersrelaterat våld och förtryck i Stockholms stad, rapport 2009.

Stockholms stad.

Järva mansmottagning som är en sex- och samlevnadsmottagning i Rinkeby har sedan 2004 bedrivit sexualundervisning på sfi, svenskundervisning för invandrare. Utvecklingen av denna undervisning behöver stå på en kunskapsbaserad grund. Därför har Järva mansmottagning genomfört en utvärdering av sexualundervisningen i form av en interventionsstudie som avsåg mäta effekten av undervisningen på sfi-deltagarnas kunskaper om sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter. Studien genomfördes under två månader kring årsskiftet 2008 - 2009 på fyra sfi-skolor i Stockholms stad och inkluderade 206 sfi-deltagare som besvarade en enkät före och efter avslutad sexualundervisning. I studien ingick även en kontrollgrupp som inte fick någon sexualundervisning.

Utvärderingen har genomförts av Linnéa Warenius, doktor i folkhälsovetenskap och projektledare på Järva mansmottagning.