

Ungdomars kunskap om klamydia

Författare: Josefin Sutter, Anna Björkeroth
Program/Kurs: Barnmorskeprogrammet/
15 HP/OM1660
Höstkursen 2008
Omfattning: 15 högskolepoäng
Handledare: Tone Ahlborg
Examinator: Lena Mårtensson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Ungdomars kunskap om klamydia
Titel (engelsk):	Knowledge of Chlamydia among adolescents
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod:	Barnmorskeprogrammet/ Reproduktiv och perinatal hälsa – examensarbete II/OM1660
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	46
Författare:	Josefin Sutter, Anna Björkeröth
Handledare:	Tone Ahlborg
Examinator:	Lena Mårtensson

Förord

Vi vill rikta ett tack till vår handledare Tone Ahlborg för hennes stöd under arbetet med denna uppsats. Vi vill även tacka de elever som deltagit i pilotstudien genom att svara på vår enkät.

Sammanfattning

Klamydia är idag den vanligaste sexuellt överförbara infektionen i Sverige. Antalet klamydiafall har ökat i Sverige sedan 1997 och mest bland ungdomar i åldern 15 till 24 år.

Syfte: Syftet med denna studie var att kartlägga kunskapsläget om klamydia hos elever i årskurs nio i Sverige och att undersöka varifrån de fått information och kunskap.

Metod: En enkät med både strukturerade och ostrukturerade frågor delades ut i två niondeklasser i Göteborg. Av 28 möjliga respondenter valde 26 av dessa att delta i studien. Materialet från datainsamlingen analyserades dels i statistikprogrammet SPSS och dels enligt kvantitativ innehållsanalys.

Resultat: Respondenterna visste generellt att klamydia är en könssjukdom som smittar via sex/samlag och att 9/10 fall av klamydia återfinns bland dem som är 15-29 år. Nästan alla respondenter visste att man kan skydda sig mot klamydia genom att använda kondom. Vilka symtom som klamydia kan ge upphov till visste respondenterna en del om, men att klamydia kan förekomma asymtomatiskt var för de allra flesta okänt. Endast hälften av respondenterna visste att klamydia kan påverka fertiliteten negativt. De största informationskällorna till klamydia var enligt respondenterna skolan/lärare och näst därefter internet. Den källa som respondenterna önskade mest information om klamydia ifrån var skola/lärare och näst därefter från barnmorska på ungdomsmottagning respektive internet.

Slutsatser: Kunskap är en bas som är en förutsättning för att sexuell och reproduktiv hälsa ska kunna uppnås. Klamydia går inte att ta ur sitt sammanhang, utan måste ses inom ramarna för relationer, känslor, genusaspekter, sexualitet och samhällsförhållanden. Erfarenhet från tidigare forskning indikerar att samtidig forskning på kunskap, attityder och beteende krävs för att få en sann bild av betydelsen av kunskap för den sexuella och reproduktiva hälsan.

Nyckelord: klamydia, kunskap, ungdomar, information

Abstract

Chlamydia is currently the most common sexually transmitted infection in Sweden. The number of Chlamydia cases has increased in Sweden since 1997, mostly among young people aged from 15 to 24 years.

Purpose: The purpose of this study was to identify the knowledge of Chlamydia among high school students in grade nine in Sweden and to investigate from where they obtained information and knowledge.

Method: A questionnaire with both structured and unstructured questions was distributed in two classes in ninth grade in Gothenburg. Out of 28 possible respondents 26 of them chose to participate in the study. The material from the data collection were analyzed in the statistical program SPSS, and partly with quantitative content analysis.

Results: Respondents generally knew that Chlamydia is a sexually transmitted disease transmitted through sex/intercourse, and that 9/10 cases of Chlamydia are among those who are 15-29 years. Almost all respondents knew that they could protect themselves against Chlamydia, using a condom. The respondents knew about some symptoms of Chlamydia, but that Chlamydia may be asymptomatic was for the most unknown. Only half of the respondents knew that Chlamydia can affect fertility adversely. The main sources of information for Chlamydia were for the respondents school/teachers and in second place the internet. The source which most respondents wanted information about Chlamydia from was school/teachers and secondly from a midwife at a youth centre or the internet.

Conclusions: Knowledge is a base which is a prerequisite for sexual and reproductive health to be achieved. Chlamydia can not be taken out of it's context, but must be seen within the context of relationships, emotions, gender issues, sexuality and social conditions. Experience from previous research indicates that simultaneous research on knowledge, attitudes and behaviour is required to obtain a true picture what meaning knowledge has for sexual and reproductive health.

Keywords: Chlamydia, knowledge, adolescents, information

INNEHÅLL	sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Barnmorskan och klamydia	1
Könssjukdomar/STI	2
<i>Klamydiainfektion</i>	2
Teoretiska begrepp	3
<i>Sexuell hälsa och reproduktiv hälsa</i>	3
<i>Sexuell hälsa</i>	4
<i>Reproduktiv hälsa</i>	6
Teoretisk referensram	7
<i>Salutogenes</i>	7
<i>Barnmorskan och salutogenes</i>	8
TIDIGARE FORSKNING	9
Kunskap	9
<i>STI</i>	9
<i>Faktorer som påverkar kunskap om STI</i>	10
<i>Information om STI</i>	10
<i>Infertilitet</i>	11
Attityd	12
<i>Preventivmedel</i>	12
<i>Provtagning</i>	13
<i>Sårbarhet för STI</i>	13
Sexuellt beteende	14
<i>Kunskaps- Attityd- och Beteendeklyfta – ”KAB-gap”</i>	14
<i>Sexuell erfarenhet</i>	14
<i>Preventivmedel</i>	16
Problemformulering	17
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	18
METOD	18
ENKÄT	18
DATAINSAMLING	19

DATAANALYS	19
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	20
RISKER OCH FÖRDELAR	21
RESULTAT	22
KUNSKAP	22
INFORMATION	27
DISKUSSION	30
METODDISKUSSION	30
Målgruppen	30
Enkäten	31
Bortfall	33
Generaliserbarhet, reliabilitet och validitet	33
Huvudstudien	34
RESULTATDISKUSSION	35
Kunskap om vad klamydia är och klamydias smittvägar	35
Kunskap om symtom	35
Kunskap om hur man skyddar sig mot klamydia	36
Kunskap om klamydias incidens bland ungdomar	37
Kunskap om påverkan på fertiliteten	37
Oro vid oskyddat samlag	38
Information om klamydia	39
Salutogenes	42
Slutsatser	42
Hur resultatet kan påverkas i huvudstudien	43
REFERENSLISTA	43
BILAGOR	
Bilaga 1: Enkäten	
Bilaga 2: Informationsbrev till rektorn	
Bilaga 3: Informationsblad till eleverna	
Bilaga 4: Rätta svar på enkätfrågor	
Bilaga 5: Artikelsökning	

INTRODUKTION

INLEDNING

Inom barnmorskans profession finns inriktningen mot det som är normalt och en inriktning mot att främja hälsa. För att kunna främja hälsa är det bra att känna till vad som är hälsans källa. Då kunskap är en källa till hälsa skulle således kunskap om klamydia kunna vara en källa till sexuell och reproduktiv hälsa, om så är fallet är det relevant att ställa sig frågan: vilken kunskap har egentligen de som behöver ha den? De som behöver kunskap om klamydia är allmänt alla de som är sexuellt aktiva, men i synnerhet de ungdomar som snart kommer att debutera sexuellt och därmed möjligtvis kommer att utsätta sig för en risk att drabbas av klamydia.

Klamydia utgör ett hot mot den sexuella och reproduktiva hälsan genom risk för sjukdom (inflammation i urinröret, äggledarinflammation, bitestikel- och prostatainflammation, utomkvedshavandeskap), som kan bidra till infertilitet och ofrivillig barnlöshet.

BAKGRUND

Barnmorskan och klamydia

Som barnmorska arbetar man utifrån ett vetenskapligt perspektiv inom det vårdvetenskapliga kunskapsområdet. Huvudområdet är sexuell och reproduktiv hälsa, vilket bland annat är knutet till mänsklig reproduktion i ett livscykelperspektiv och utgår från barnmorskors praxiskunnande. Inom disciplinen utvecklas och studeras bland annat kunskap om barnmorskans främjande, förebyggande och behandlande arbete (1).

Barnmorskan arbetar med att förebygga klamydia genom att informera sina patienter om sjukdomen, riskfaktorer för denna, hur man skyddar sig och om eventuella komplikationer till klamydia. Barnmorskan arbetar också med att utföra provtagning på de patienter som misstänker att de kan bära på klamydiainfektion eller som utsatt sig för smittorisk och hon utför smittspårning i de fall klamydia har konstaterats (1). Då klamydia ökar i samhället, speciellt bland unga, och utgör ett stort hot mot fertiliteten i befolkningen och därmed den reproduktiva hälsan, ligger ett stort ansvar och intresse hos barnmorskan att sätta sig in i problemet för att kunna stävja det på ett effektivt sätt.

Könssjukdomar

Könssjukdomar är veneriska sjukdomar, smittsamma sjukdomar som vanligen överförs genom samlag eller annan könskontakt (2). Könssjukdomar benämns också sexuellt överförbara infektioner eller Sexually Transmitted Infections (STI) och är infektioner som sprids främst via sexuell kontakt mellan människor. Det finns mer än 30 olika sexuellt överförbara bakterier, virus och parasiter. De vanligaste åkommorna, enligt WHO, är gonorré- och klamydiainfektioner, syfilis, trichomonas, chancroid, genital herpes, genitala vårtor, humant immunbristvirus (HIV) och hepatit B-infektion. Flera, speciellt HIV och syfilis, kan också smitta från mor till barn under graviditet och förlossning, samt genom blodtransfusion och vävnadsdonation (3). Sjukdomarna gonorré, klamydia, HIV, hepatit B och syfilis är i Sverige anmälningspliktiga och lyder under smittskyddslagen (4).

Klamydiainfektion

Sjukdomen orsakas av *Chlamydia trachomatis*, en bakterie som återfinns i urinröret, hos kvinnor även i slidan/livmoderhalsen, ibland i ändtarm och/eller svalg. Klamydia smittar vid samlag, men även vid andra oskyddade sexuella kontakter (5).

Inkubationstiden för klamydia uppgår till några dygn till någon vecka. Sveda/klåda när man kissar är vanliga symtom vid klamydiainfektion, beroende på inflammation i urinröret. Det vanligaste är dock att den som smittats inte märker av några symtom alls, och därför inte vet om att hon/han har sjukdomen (5).

Infektionen behandlas med antibiotika efter att diagnos ställts genom påvisande av smittämnet i urin, urinrör, livmoderhals, svalg eller ändtarm (5). För kvinnor som inte behandlas kan följden bli skador på äggledarna som medför risk för infertilitet, medan män riskerar att drabbas av inflammation i bitestiklarna (5). Bitestikelinflammation kan leda till nedsatt fertilitet (6). Forskning har även visat att de antikroppar som bildats i samband med en klamydiainfektion eventuellt kan påverka mäns fertilitet negativt. Ännu vet man inte om det är antikropparna i sig som påverkar spermier negativt eller om antikropparna är ett tecken på en låggradig infektion, som man med dagens diagnostiska metoder inte kan spåra. En teori kring detta är dock att en klamydiainfektion kan ge påverkan på spermiernas kvalitet (7). Om antibiotikabehandling sätts in snabbt efter smittotillfället är risken för komplikationer

liten (5). Antikroppar finns dock kvar efter det att en infektion läkt ut (7). Ett relativt säkert skydd mot klamydia är att använda kondom. Kondomen behöver då vara hel och användas under hela samlaget.

Klamydia är idag den vanligaste sexuellt överförbara infektionen i Sverige (5). Antalet klamydiafall har ökat i Sverige sedan 1997 (8). Infektionen har ökat mest bland ungdomar i åldern 15 till 24 år (5). År 2008 upptäcktes 42001 nya fall av klamydia i Sverige, vilket var en minskning med ca 5000 fall jämfört med föregående år (8). En ny variant av klamydia upptäcktes 2006 varför det i statistiken kan se ut som om antalet klamydiafall minskade under 2005-2006, då man helt enkelt missade denna variant vid analyserna. Åren därpå (2007 och 2008) steg antalet klamydiafall radikalt och sjönk sedan igen beroende på att man då kunde hitta och smittspåra den förut missade varianten av klamydia. År 2008 registrerades ändå fler fall än år 2005, vilket sett över längre tid ger en uppåtgående trend för antalet klamydiafall (8).

Klamydiainfektion klassas enligt smittskyddslagen (4) som allmänfarlig sjukdom och är en smittspåringspliktig sjukdom. Alla fall rapporteras till Smittskyddsinstitutet. Den som smittats med klamydia måste avhålla sig från alla typer av sex tills antibiotikakuren är genomförd. Om personen har stadigt sällskap får partnern efter provtagning också behandling med antibiotika, även om man inte kan påvisa klamydiabakterien. Sannolikheten för smitta är nämligen stor, och trots infektion är det inte alltid bakterien påvisas. Det finns inget vaccin mot sjukdomen (5).

Teoretiska begrepp

Sexuell hälsa och reproduktiv hälsa

Sexuell och reproduktiv hälsa påverkar varje människas personliga relationer och sexuella aktiviteter under hela livsrymden, enligt FN:s befolkningskonferens 1994. Sexuell och reproduktiv hälsa omfattar därför inte enbart den fertila åldern eller familjeplanering, den omfattar även den psykiska hälsan. Det framkom också under konferensen att brist på kunskap, brist på makt samt brist på sexuell och reproduktiv hälso- och sjukvård är lika skadlig för ett samhälles utveckling som för individen. Under konferensen enades man om att sexuell hälsa som begrepp ingår som en del i begreppet

reproduktiv hälsa. I Sverige har man valt att separera dessa två begrepp för att tydliggöra att sexuell hälsa även innefattar sexualitet som inte enbart syftar till att föda barn (9).

En ny politik för folkhälsa togs fram av Sveriges riksdag år 2003. Man arbetade fram elva målområden varav två berör sexuell och reproduktiv hälsa: Målområde 7: gott skydd mot smittspridning; Målområde 8: trygg och säker sexualitet och god reproduktiv hälsa. Statens folkhälsoinstitut följer utvecklingen inom dessa områden genom att titta på specifika indikatorer, och dessa är oskyddat sex, tidigt omhändertagande vid abort samt sexuellt våld och tvång. Indikatorerna uppskattas utifrån kondomanvändning, klamydiautveckling och tonårsgraviditeter, andel aborter som utförs under tidig graviditet samt antal anmälda brott (10).

Sexuell hälsa

Under de tre senaste decennierna har begreppet sexuell hälsa utvecklats, mycket beroende på händelser i det politiska och sociala livet samt andra historiska händelser, såsom 60-talets sexuella revolution, kampen om reproduktiva rättigheter och abort, gayrörelsens framväxt och kamp för homosexuellas rättigheter, överbefolkningsproblematiken samt det stora avtryck HIV/AIDS har gjort i världen (11).

Den första internationellt accepterade definitionen av sexuell hälsa publicerades av World Health Organization (WHO) 1975. Den influerades mycket av den definition som WHO tagit fram för det övergripande begreppet hälsa (11). Sexuell hälsa definierades som:

”Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love.” (12)

De mer sentida definitionerna har byggt på grundstenarna i WHO:s originaldefinition, men har lagt till begrepp som mental hälsa, ansvar och sexuella rättigheter.

Uppfattningar om sexuell hälsa präglas av den samhälleliga kontexten, och därför kan vi

vänta oss att definitionen av sexuell hälsa kommer att fortsätta utvecklas och förändras även framledes (11).

En ny definition av sexuell hälsa publicerades av WHO år 2002 (12) vilken är influerad av de definitioner som tagits fram sedan 1975:

”Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social wellbeing related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.”(12)

Sexuell hälsa påverkas av många olika faktorer som spänner över ett område som går från sexuellt beteende och attityder och samhällsliga faktorer, till biologiska risker och genetisk predisposition. Området omfattar problemen med HIV och andra STI, oplanerad graviditet och abort, infertilitet och cancer som orsakats av STI och sexuell dysfunktion. Mental hälsa, akut och kronisk sjukdom samt våld kan också påverka den sexuella hälsan (12).

Sexualitet ser ut på olika sätt, mycket beroende på hur samhället fungerar runt omkring individen (13). Vid arbete med sexuell hälsa krävs en förståelse för att sexuell hälsa finns både på individ-, familje- och samhällsnivå samt hälsosystems-nivå. Det krävs också ett fungerande hälso- och sjukvårdssystem samt ett regelverk där sexuella rättigheter framhålls (12). Sveriges regering definierar sexuella rättigheter som att

”alla människor, oberoende av kön, ålder, etnisk tillhörighet, funktionshinder, könsidentitet eller sexuell läggning, har rätt till sin egen kropp och sexualitet”(9).

Vid arbete med sexuell hälsa krävs förståelse av sexualitet, könsroller och makt. Att förstå sexualitet och dess påverkan på sexuella praktiker, partners, reproduktion och

njutning, ger möjligheter för förbättring av arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa (12). Hälsorisker kopplat till sexualitet kräver ett förebyggande arbete. Detta försvåras av att sexualiteten fortfarande omgärdas av tabu. Sexualitet upplevs ofta som något pinsamt eller vulgärt (13).

I många internationella sammanhang betonas problem och negativa effekter av sexualitet. Sveriges regering vill även fokusera på sexualitetens positiva och livskvalitetshöjande funktioner. Målet med strävan efter sexuell hälsa är att alla människor ska ha lika möjligheter, rättigheter och förutsättningar att kunna bejaka sin sexualitet och bestämma över sin egen kropp (9).

Vid forskning kring sexuell hälsa utgör partiskhet bland forskare och svårigheter att diskutera en sådan privat fråga ett problem som måste överkommas för att en större förståelse av sexualitet med olika perspektiv ska bli möjlig. Sexualitetsforskning måste bortse från sexuellt beteende, antal partners och praktiker, och istället fokusera på underliggande sociala, kulturella och ekonomiska faktorer som gör individer sårbara för risker och påverkar på vilket sätt som män, kvinnor och unga människor söker, önskar eller avstår från sex. Genom att undersöka sexualitet på det viset kan sexuell hälsa betraktas ur ett mer nyanserat och omfattande perspektiv. För att genomföra detta krävs förutom den basala kunskapen om STI/HIV-prevention och vård, även bland annat kunskaper om genusaspekter och familjeplanering (12).

Reproduktiv hälsa

Enligt WHO (12) innebär en god reproduktiv hälsa möjlighet till ett ansvarfullt, tillfredsställande och säkert sexliv, förmåga att fortplanta sig och friheten att besluta om, när och hur ofta detta ska ske. Samtidigt ingår definitionen av reproduktiv hälsa i den vidare definitionen av hälsa som enligt WHO är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, och inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet. Reproduktiv hälsa inriktar sig på de reproduktiva processer, funktioner och system som finns under alla stadier i livet (12). Inbegripet i detta finns rättigheterna hos män och kvinnor att bli informerade om, och till ett överkomligt pris ha tillgång till säkra, effektiva, acceptabla metoder för fertilitetsreglering, som de valt självständigt. Det innebär också att män och kvinnor har rätt till tillgång på adekvat hälsovård som gör det

möjligt för kvinnor att på ett säkert sätt genomgå graviditet och förlossning samt förse par med de bästa förutsättningarna för att få friska barn (9, 12).

Teoretisk referensram

Salutogenes

Salutogenes är ett begrepp som myntades av Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi i Israel (14). Antonovsky introducerade den salutogena modellen som ett nytt paradigm inom hälsoforskning. Den salutogena modellen undersöker hälsans ursprung och fokuserar på hur hälsa skapas istället för att fokusera på sjukdom. Salutogenes beskrivs som en process som gör det möjligt för individer, grupper, organisationer och samhällen att lägga vikt vid kunskaper, resurser, kapacitet, kompetenser, styrkor, och krafter för att skapa känsla av sammanhang (KASAM). Med KASAM kan livet upplevas som förståeligt, meningsfullt och kontrollerbart (15).

Salutogenes baseras på två koncept: KASAM och generaliserade motståndskrafter (GRR). Förmågan att använda sig av GRR är beroende av hur stark KASAM är. Samtidigt styrs styrkan i KASAM möjligheten att använda sig av GRR. Koncepten är därmed inbördes beroende (15). GRR kan beskrivas som inre och yttre resurser. De kan vara av olika karaktär, såsom virtuella eller spirituella dimensioner i sinnet, materiella resurser eller psykologiska mekanismer med mera (15).

KASAM består enligt Antonovsky (14) av tre centrala komponenter:

- ”Begrifflighet”... syftar på i vilken utsträckning man upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara, som information som är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig, snarare än som brus – det vill säga kaotisk, oordnad, slumpmässig, oväntad, oförklarlig.” Med en känsla av begrifflighet förväntar man sig att det man kommer att möta i framtiden är förutsägbart, eller att det, när det kommer som överraskningar, åtminstone går att ordna och förklara.
- Hanterbarhet: Upplevelse av ”att det står resurser till ens förfogande, med hjälp av vilka man kan möta de krav som ställs av de stimuli som man bombarderas av.” Till förfogande kan betyda att resurserna är under ens egen kontroll eller kontrolleras av behöriga andra, att man kan räkna med dem och litar på att de finns där.

- Meningsfullhet: Känsla av ”att livet har en känslomässig innebörd, att åtminstone en del av de krav som livet ställer en inför är värda att investera energi i, är värda engagemang och hängivelse, är utmaningar att välkomna snarare än bördor som man mycket hellre vore förutan.”

Sammanfattningsvis uttrycker Antonovsky (14) KASAM som

”... en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit att 1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, 2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och 3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang. ”

KASAM har sagts utvecklas under barnåren och under tidigt vuxenliv. Senare forskning visar dock på att tillägnandet av KASAM är en kontinuerlig process under hela livet. När KASAM är stark och när GRR finns och används uppstår hälsa (15).

Ett kontrakt konstituerades 1986 i Ottawa som fokuserade på hälsofrämjande och livskvalitet. Dessa begrepp knöts ihop genom att man såg hälsofrämjande som den process som möjliggör för folk att ta kontrollen över det som bestämmer deras hälsa, och gör man det förbättras hälsan och man kan njuta av en bra livskvalitet, det vill säga njuta av ett aktivt och produktivt liv (15).

Två forskare, Lindström och Eriksson, vill i en artikel (15) och i sitt arbete knyta ihop de principer och värderingar som kom fram i Ottawa 1986 och Antonovskys salutogenes. De kommer fram till att GRR och KASAM gör det möjligt för livskvalitet att uppstå.

Barnmorskan och salutogenes

Vare sig om KASAM utvecklas under barnåren och under tidigt vuxenliv, eller om senare forskning har rätt som visar på att tillägnandet av KASAM är en kontinuerlig process under hela livet, så har barnmorskan en plats i skapandet av denna.

Barnmorskan finns där för en individ från och med att det blir aktuellt att besöka en ungdomsmottagning. Barnmorskan är då en GRR, hon är en yttre resurs eftersom hon är

en del av samhället som ska vara med och stötta individer med hälsofrämjande åtgärder. Barnmorskan kan även ge möjlighet för en individ att upptäcka eller skapa inre resurser, såsom självkänsla eller kunskap. Barnmorskan är således en av de resurser i egenskap av en annan betydelsefull vuxen, som kan göra att individer känner ”hanterbarhet” och därmed KASAM.

TIDIGARE FORSKNING

Kunskap

STI

Kunskaper om olika STI varierade hos respondenter i olika studier. Ett par artiklar visar att HIV var den STI som flest kände till. Detta trots att HIV inte var den vanligast förekommande STI i dessa länder. (16, 17) I studier gjorda i Sverige (16, 18, 19) visade sig klamydia vara en välkänd STI, medan undersökningar gjorda i Turkiet och England (17, 20) påvisade det motsatta, där man i många fall inte visste om att klamydia existerade. Övriga STI, såsom, gonorré, HPV, herpes och syfilis, visade sig vara mindre kända överlag (16, 17, 18, 19, 20).

I tre olika studier från Turkiet, England och Sverige beskrivs att medvetenheten är låg om att flera STI kan förekomma asymtomatiskt (17, 18, 20). Dock visade den svenska studien att vetskapen om att klamydia kunde förekomma asymtomatiskt var vida spridd (18). I samma studie (18) kände majoriteten av respondenterna inte till att smitta kunde föras vidare även om inga symtom förelåg hos bäraren. Forskningen tyder också på att majoriteten vet att partnern måste undersöka sig om klamydia blivit diagnostiserad (18).

I en studie från Sverige (16) fann man att kunskapsnivån gällande sexualitet och reproduktion, hos ungdomar från högstadiet upp till första året på universitetet, inte var tillfredsställande, om man utgår ifrån den svenska läroplanen för nionde klass. Resultatet från en svensk avhandling (21) styrker detta, då man funnit att både killar och tjejer på gymnasiet saknade grundläggande kunskaper i frågor rörande reproduktiv hälsa. Nivån på kunskap om sexualitet och reproduktion befanns vara lika mellan könen, dock var den högre bland tjejer på gymnasiet (16). Kunskapen var också högre bland dem som hade besökt en ungdomsmottagning (16).

Faktorer som påverkar kunskap om STI

I en svensk undersökning (18) framkom att en högre kunskapsnivå om STI var associerat med erfarenhet av många partners, rökning och mer frekvent användning av alkohol. Forskning beskriver (16, 18, 19, 20) att också ålder har betydelse för hur stor kunskapen är om STI, dock går resultaten isär. Två svenska studier (18, 19) har visat att ungdomar har som högst kunskap om STI vid 18 års ålder. I en engelsk undersökning (20) visade det sig att det var i åldersgruppen 20-24 år som kunskapen var störst om STI. Nivån på kunskap blev allmänt högre med stigande ålder enligt en svensk studie (16) gjord på ungdomar i grundskolan, gymnasiet och första året på universitetet.

I en svensk studie (19) beskrivs att vid 16 års ålder finns ingen signifikant skillnad i nivå av kunskap om STI och STI-skydd mellan tjejer med olika socioekonomisk status, samlagserfarenhet, sexualdebut och antal sexualpartners fram till 18 års ålder. Vid 18 års ålder kunde man konstatera att de som hade debuterat sexuellt hade en högre kunskapsnivå om STI och STI-skydd än dem som inte debuterat (19).

Två artiklar från USA (22) respektive Sverige (18) har visat att ungdomar vet mer om de STI som de själva diagnostiserats med än om andra. Det visade sig att ungdomarna verkade lära sig om STI först efter diagnosen, för sent för prevention. Ungdomarnas kunskaper om STI var i korrelation med deras erfarenhet av sjukdom, men det framkom inte om huruvida de hade fått information om infektionen före eller efter diagnosen blev känd (22). Det framkom att kunskapen om STI ökade drastiskt efter intervention med STI-utbildning, men de som hade haft en STI-diagnos själva lärde sig mest (22).

Information om STI

Största informationskällan för ungdomar om STI varierar i olika studier. Två svenska studier gjorda 1996 och 2002 (18, 19) finner att tidningar var den största informationskällan. En svensk studie gjord 2006 (18) visar att skolan var den största informationskällan till sexuella och reproduktiva ämnen inklusive STI. I den svenska studien från 1996 säger nästan alla respondenter att de hört talas om STI i skolan. En engelsk artikel från 2005 (20) visar att media var den största informationskällan om STI bland män från 16 års ålder (20). Likaså hade media den största rollen som informationskälla i Turkiet 2003, då med särskiljning på visuell media (17). Det är skillnad på varifrån den mesta informationen om STI kommer och varifrån man skulle

önska att den kom ifrån. Respondenterna i studien från England önskade att information om STI skulle komma från läkare på vårdcentral (20). I den svenska studien från 1996 (19) ville respondenterna ta till sig information om STI främst genom individuell läsning. En annan svensk studie från 2002 (23) framhöll veckotidningar som det optimala sättet att tillägna sig information om sex.

Vänner kommer på andra respektive tredje plats som största informationskälla i fem studier (16, 17, 19, 20, 23). I två studier kommer böcker och annan tryckt media på andra plats (17, 18). I två andra studier (20, 23) nämns familj och lärare som den näst största informationskällan om STI och sex. Respondenterna i den ena studien (23) rangordnar skolan som den tredje största källan till information om sex.

Svensk forskning (19) visar att knappt hälften av ungdomarna använder sina föräldrar som informationskälla till kunskap om preventivmedel, abort och STI. Den visar också att det finns en signifikant skillnad i hur föräldrar pratar med sina barn: fler föräldrar har pratat om sex med sin dotter än med sin son. Mammor visade sig prata mer om sex med sina barn än pappor gjorde. Knappt en femtedel av killarna hade pratat med sin mamma om sex medan nästan hälften av tjejerna hade gjort det. Pappor pratade oftare med sina söner än döttrar om sex, dock skedde dessa samtal i betydligt lägre utsträckning jämfört med mammor (23).

Huruvida ungdomar anser att mängden av information om sexuella och reproduktiva ämnen har varit tillräcklig, varierar i olika studier (16, 19, 21, 23). I tre svenska studier (16, 19, 23) upplevde cirka hälften av respondenterna att de inte hade fått tillräcklig information om reproduktiva ämnen, inklusive STI. I en av dessa studier (23) uppgav fler studenter på teoretiska program än på praktiska program att mängden sexualundervisningen varit tillräcklig, men sammantaget bland alla deltagare i studien uppgav drygt hälften att de skulle vilja veta mer om preventivmedel, STI, sex, känslor och relationer. I en avhandling (21) fann man att majoriteten av respondenterna ansåg att sexualundervisningen de fått var otillfredsställande.

Infertilitet

Kunskapen om sambandet mellan STI och infertilitet har studerats i en svensk och en amerikansk studie (16, 24). Resultaten i studierna går isär, då man funnit att majoriteten

av svenska ungdomar vet om att klamydia kan orsaka infertilitet hos kvinnor medan knappt hälften av amerikanska ungdomar vet det (16, 24). Knappt hälften av de svenska ungdomarna tror även att män kan drabbas av infertilitet orsakat av klamydia (16). Bland de svenska ungdomarna fanns en oro för infertilitet på grund av att de trodde att de kanske hade en sjukdom eller på grund av att de så gärna ville ha barn, och forskningen visar att de ungdomar som oroade sig för infertilitet hade större kunskaper om både manlig och kvinnlig infertilitet än de ungdomar som inte oroade sig för detta (16). Det visade sig att amerikanska ungdomar inte oroade sig i lika stor utsträckning som svenska över infertilitet, trots att de också tyckte det var viktigt att få barn. En majoritet av tjejerna i den amerikanska studien trodde att det fanns en risk att de skulle få fertilitetsproblem i framtiden, lite mer än hälften av dem trodde att de hade liten eller ingen kontroll över utvecklingen över fertilitetsproblemen. Tjejer var mer benägna än killar att identifiera klamydia och andra underlivsinfektioner som anledning till fertilitetsproblem (24).

Attityd

Preventivmedel

Det finns många olika anledningar till varför ungdomar inte använder kondom. En fjärdedel av de sexuellt aktiva ungdomarna i en studie (25) använde inte kondom på grund av att de inte trodde att varken de själva eller partnern var smittade av någon STI. En fjärdedel använde inte kondom därför att de använde andra preventivmedel (25). Det framkommer i forskning (19, 25) att ungdomar använder kondom framför allt för att skydda sig mot graviditet men en majoritet använder kondom för att undvika båda graviditet och STI. Det var signifikant fler killar som använde kondom endast för att undvika graviditet (19). Både killar och tjejer som alltid använde kondom tyckte det var mindre sannolikt att de själva skulle drabbas av en STI, medan killar och tjejer som uppgett att de aldrig använde kondom tyckte att det var mer sannolikt att de skulle drabbas av en STI (19). Kunskaper om kondomer och hur de kan förhindra STI-smitta har visat sig vara goda hos svenska ungdomar (18, 19, 26). I en studie (18) uppges alla respondenter veta att klamydia kan smitta om man inte använder kondom.

Att prata om kondomer med sin partner tyckte majoriteten av respondenterna i en studie (26) var lätt, medan respondenterna i en annan undersökning (21) upplevde det som svårt. Många olika anledningar låg till grund för att de tyckte att det var svårt att föreslå

eller initiera kondomanvändning: rädsla för att förstöra en intim situation, associationer till sjukdomar, dålig tillit, minskad njutning, och för pojkar: rädsla att mista erektionen. Även i den studien där de flesta ungdomarna tyckte att det var lätt att prata om kondomer med sin partner (26) framkom det att mer än hälften av ungdomarna tyckte att det störde förspelet att ta fram och sätta på en kondom. Majoriteten i samma studie (26) tyckte att sex var bättre utan kondom.

Forskning från Sverige har visat att intervention med sexualutbildning kan öka användningen av kondomer och göra självförtroendet större och underlätta diskussion gällande kondomer (26).

I en turkisk studie (17) fann man att knappt hälften av respondenterna tyckte att den säkraste metoden för prevention mot STI var att ha en och samma partner, en nästan lika stor andel tyckte att kondom var den säkraste metoden. Bara några få av respondenterna tyckte att avhållsamhet var det bästa sättet att skydda sig mot STI (17).

Forskning (17, 21) tar upp hur ungdomar tänker kring vems ansvar det är att preventivmedel används. I en undersökning (17), framkommer det att majoriteten anser att preventivmedel är varje persons eget ansvarsområde. En annan undersökning (21) visar att en vanlig uppfattning bland både killar och tjejer, är att det övergripande ansvaret för preventivmedel ligger hos tjejen.

Provtagning

Ett problem som identifierades i en studie från England (20) var att en stor majoritet av unga män inte vet vart de kan gå för att testa sig för STI. Det framkom också att de tyckte att det skulle vara pinsamt att testa sig för STI. En stor majoritet skulle ändå söka hjälp om de visste om att de hade en STI (20).

Sårbarhet för STI

Majoriteten av ungdomar i tre olika studier (18, 19, 25) uppfattade det som en liten risk att de själva skulle drabbas av en STI. I en av studierna (25) framkom att det endast var knappt en fjärdedel av de sexuellt aktiva som kände sig sårbara för STI, det var en ännu mindre andel av killarna som uppfattade en risk. Ungdomarna hade dock uppfattningen att det var troligt att någon i deras omgivning skulle drabbas av en STI och det var mer

troligt att någon i omgivningen skulle drabbas jämfört med dem själva (25). I två svenska studier (18, 19) framgår att nästan ingen av respondenterna kunde tänka sig att de själva har fått och fört smitta vidare vid senaste samlaget, trots att drygt en tredjedel av de sexuellt aktiva i den ena studien (19) hade haft en STI under studiens gång. I den andra studien (18) dras slutsatsen att tendensen att underskatta risken för STI-smitta representerar en viktig anledning till riskbeteende. I en svensk avhandling (21) beskrivs att killar generellt upplevde riskerna i samband med oskyddat samlag som låga, men uttryckte samtidigt större oro för sig själva än för sina partners angående konsekvenserna av oskyddat sex.

Sexuellt beteende

Kunskaps- Attityd- och Beteendeklyfta – ”KAB-gap”

Ett flertal studier från olika länder (16, 17, 18, 19, 25) beskriver ett glapp mellan kunskap och beteende, det vill säga den kunskap som respondenterna besatt hade många svårt att omsätta i praktiken till ett säkert sexualliv. En av studierna (25) tar upp att även om en huvudfunktion av sexuella hälsoprogram är att öka kunskap har det blivit vida känt att detta har liten effekt på att reducera negativa följder, såsom STI och graviditet. En annan av studierna (18) lyfter fram att en högre kunskapsnivå om STI var associerat med ett riskfyllt sexualbeteende. Detta indikerar att information togs bäst emot av dem som kunde identifiera sig med problemet (18). Ytterligare en av studierna (19) ger exempel på detta fenomen: respondenterna som hade haft många partners var bäst informerade om STI, men skyddade sig ändå inte mot STI, det vill säga kunskapen om STI hade lite inflytande på deras sexualbeteende.

Sexuell erfarenhet

Fler elever på praktiska gymnasieprogram än av dem på teoretiska program har haft samlag, enligt en svensk studie (23). I samma undersökning framkom att nästan dubbelt så många tjejer på praktiska program än på teoretiska program hade haft sex. Även fler killar på praktiska program än på teoretiska program hade haft sex, men där var skillnaden inte lika påtaglig som i jämförelsen bland tjejerna. Fler elever på teoretiska program än på praktiska hade använt preventivmedel vid sitt första samlag (23).

Liberala attityder gentemot tillfälliga sexuella förbindelser och frekvent byte av partner har beskrivits i en svensk avhandling (21). I en undersökning från USA visade det sig

att tonårstjejer var mer benägna att klassificera sina förhållanden som stabila trots att deras parförhållanden jämfört med vuxnas var kortare och hade mindre överlappande sociala anknytningar (27). I en svensk studie framkom att erfarenhet av samlag vid första träffen var högre bland dem som hade haft sin sexuella debut före 15 års ålder (26). I en annan svensk undersökning på gymnasiet (23) fann man att en stor majoritet av båda könen hade känt sig mogna vid det första samlaget och att det hade skett en minskning av alkoholanvändning i samband med första samlaget mellan år 1979 och 1999. Killarna i samma studie uppgav sig ha bättre självförtroende än tjejerna uppgav sig ha. Dock fann man ingen signifikant skillnad i jämförelsen mellan grad av självförtroende och att ha haft samlag, rökt eller använt alkohol (23). I en svensk avhandling (21) framgår att tjejer drabbas hårdare än killar av de möjliga fysiska, sociala och känslomässiga konsekvenserna vid oskyddat sex som leder till STI eller oönskad graviditet.

I en turkisk studie (17) bland universitetsstuderande uppgav de manliga respondenterna sig vara mer öppna för flera olika sexualpartners och uppgav sig också ha haft signifikant fler sexualpartners och mer sexuell aktivitet än vad tjejerna uppgav sig ha. Fler av dem med låg socioekonomisk status i studien uppgav att de hade haft sex (17). I likhet med den turkiska studien fann man i en amerikansk studie bland 12-17-åringar, att fler killar än tjejer var sexuellt aktiva (24). I en svensk studie med ungdomar som läste första året på gymnasiet, fann man att det inte fanns någon signifikant skillnad i sexuell aktivitet mellan könen (23).

I USA gjordes en studie på tonåringar över 15 år med religiös bakgrund och liknande livssituation (28). Man undersökte om det förelåg en skillnad i sexuell aktivitet mellan de ungdomar som avlagt ett löfte om att inte ha sex före äktenskapet jämfört med dem som inte avlagt ett sådant löfte. Det visade sig inte föreligga någon skillnad i sexuell aktivitet före äktenskapet. Inte heller förekomst av STI, analt och oralt samlag, sexualdebutålder samt antal sexualpartners skiljde sig åt mellan dem som hade avlagt ett löfte och dem som inte hade det. Den enda skillnaden som framkom var att de som hade avlagt ett löfte om att inte ha sex innan äktenskapet var mindre benägna att skydda sig mot graviditet och sjukdomar (28).

I en svensk avhandling (21) konstateras att trots att sexuellt experimenterande och att överträda gränser är en normal del av ungdomars sexuella utveckling, så riskerar ungdomar som deltar i ett riskfyllt sexuellt beteende, det vill säga tillfälliga sexuella förbindelser med olika partners samt har en låg motivation att skydda sig, att drabbas av oönskad graviditet, STI eller båda.

Preventivmedel

Svenska ungdomar använder kondom i lägre utsträckning med stigande ålder, medan användning av orala preventivmedel ökar med stigande ålder (19, 26). En annan svensk studie (23) rapporterar att fler killar än tjejer hade använt kondom vid första samlaget. Vid senaste samlagstillfället hade en stor majoritet av respondenterna använt preventivmedel (kondom och/eller oralt preventivmedel).

Preventivmedelsanvändningen i samband med första samlaget ökade mellan 1979 och 1999. Preventivmedelsanvändningen var högre bland dem som inte druckit alkohol än de som hade druckit alkohol vid sitt första samlag (83 % respektive 55 %) (23). I ytterligare en annan svensk studie (18) framkom att användningen av kondom inte var vanligare hos kvinnor med ny partner än hos dem med stadig partner (mer än 6 mån) (18).

I en turkisk undersökning (17) visade det sig att andelen killar som aldrig använde kondom var högre än andelen tjejer. Kondom var den mest använda preventivmedlet bland både killar och tjejer i studien. I en Nya Zeeländsk undersökning (25) beskrivs att mindre än hälften av de sexuellt aktiva använde kondom vid varje samlag.

Det viktigaste fyndet i en brittisk studie (29) var att användandet av preventivmedel, och framför allt kondomer, vid tillfället för det första samlaget, med den nuvarande eller den senaste samlagspartnern, var signifikant associerat med följande: om parterna hade pratat med varandra om preventivmedel före de hade sitt första samlag tillsammans, och också om man väntade med det första samlaget minst fyra veckor efter det att man träffats, i jämförelse med att ha det första samlaget inom några dagar efter att man träffats. (29)

Sammanfattning av tidigare forskning

Sammanfattningsvis kan sägas att kunskapen om STI varierar bland ungdomar både i Sverige och utomlands. Svensk forskning visar att kunskapsnivån gällande sexualitet och reproduktiva ämnen bland ungdomar inte är tillfredsställande. Ungdomar upplever inte heller detta och eftersöker mer information om STI, sex, känslor och relationer . Den största informationskällan för ungdomar till kunskap om STI varierar och är inte nödvändigtvis den samma som den önskade informationskällan. Majoriteten av ungdomarna i Sverige vet dock att kondom skyddar mot klamydia och andra STI och att klamydia kan leda till fertilitetsproblem hos kvinnor. De som oroar sig mest för fertilitetsproblem är också de med mest kunskap om sambandet med klamydia. När det gäller kondomanvändningen uppger ungdomar flera skäl till varför de avstår från att använda kondom. När kondom används är det för att skydda mot både graviditet och sjukdomar men framförallt mot graviditet. Ungdomar upplever att andra ungdomar löper större risk att smittas av en STI än de själva och att ansvaret för preventivmedel ligger hos var och en eller hos tjejen.

I Sverige använder ungdomar orala preventivmedel mer än kondom med stigande ålder. Vid första samlaget används preventivmedel oftare av gymnasieelevelever på teoretiska program jämfört med på praktiska program och med alkoholkonsumtion minskar preventivmedelsanvändningen. När ungdomar pratar om preventivmedel med varandra i relationen tycks preventivmedelsanvändningen öka. Även utbildning ökar kunskapen om preventivmedel men det finns ett glapp mellan kunskap och beteende det vill säga kunskapen omsätts inte automatiskt i praktiken.

Problemformulering

Många studier har således, både i Sverige, men även internationellt, studerat ungdomars kunskap om STI, attityder till sex och STI, samt sexuella beteende. Men vad som inte genomförts är en studie där kunskap om Sveriges mest utbredda STI (klamydia) undersöks bland ungdomar som går i nionde klass och varifrån dessa ungdomar hämtat eller önskar hämta information om klamydia.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie var att kartlägga kunskapsläget om klamydia hos elever i årskurs nio i Sverige och att undersöka varifrån de fått information och kunskap.

För att besvara syftet sattes dessa frågeställningar upp:

- Vad vet elever i årskurs nio om klamydia: om smittvägar, frekvens, skydd, symtom och möjliga konsekvenser?
- Varifrån har elever i årskurs nio fått den information och kunskap de har om klamydia?
- Varifrån skulle elever i årskurs nio vilja ha vidare information och kunskap om klamydia?

METOD

ENKÄT

En enkät med både strukturerade och ostrukturerade frågor, valdes som metod för datainsamling eftersom det gav möjlighet till större anonymitet för respondenterna jämfört med intervjuer och att det skulle gå smidigt att genomföra. När en enkät konstrueras bör hänsyn bland annat tas till att språket i enkäten inte får vara för krångligt, enkäten får inte vara för lång, känsliga frågor bör undvikas och frågorna bör ställas på ett sätt som är konsekvent (30). Konstruktion av enkäten till pilotstudien genomfördes efter att vi tagit del av tidigare forskning i ämnet sexuell och reproduktiv hälsa samt forskning kring ungdomar och klamydia. Utifrån den forskningen kunde ses vilken slags kunskap ungdomar skulle kunna ha behov av för att kunna undvika smitta med klamydia och därmed bevara en sexuell och reproduktiv hälsa. Vi skapade frågorna själva men diskuterade dessa och gjorde justeringar av enkäten tillsammans med vår handledare. Frågorna skapades utifrån syftet samtidigt som hänsyn togs till respondenternas ålder. Exempelvis användes ordet ”tror” istället för ”vet” på grund av att det skulle minska risken för att de skulle uppleva enkäten som ett förhör. Även omfattningen av enkäten begränsades med anledning av att eleverna inte skulle tröttna och därför inte svara på alla frågor. Enkätfrågorna formulerades på ett sätt som inte förutsatte att respondenterna hade debuterat sexuellt. Genom att kombinera strukturerade och ostrukturerade frågor, kunde olika infallsvinklar täckas in, vilka tillsammans kunde ge ett tydligare och mer nyanserat resultat (se bilaga 1). I pilotstudien testades och utvärderades enkäten inför huvudstudien.

DATAINSAMLING

I pilotstudien utfördes datainsamlingen på en grundskola i Göteborg där det fanns elever av olika etnicitet och samhällsklass . Urvalet utgjordes av två klasser i årskurs nio.

Lärarna var manliga i båda klasserna och det var de som hade hållit i elevernas sex- och samlevnadsundervisning. Den ena klassen hade fått den undervisningen för ett år sedan, medan den andra klassen hade erhållit den för en vecka sedan. Båda lärarna hade nämnt precis innan vår ankomst att enkäten skulle handla om klamydia. Rektorn hade kontaktats både per telefon och brev (se bilaga 2).

Vid datainsamlingstillfället fanns 13 respektive 15 elever på plats i klassrummet. Hur många som eventuellt var sjuka eller frånvarande av annan anledning framgick inte. Utdelningen av enkäterna föregicks av en presentation av oss som barnmorskestudenter och den uppsats som skulle skrivas inom ramen för programmet. Efter presentationen påpekades noggrant frivilligheten i att delta i studien och ett informationsblad (se bilaga 3) om anonymitet och frivillighet delades ut ihop med enkäten. Sedan fick elever som ville vara med fylla i enkäten. I de fall som eleverna satt tätt tillsammans uppmanades de att flytta isär så att de inte skulle påverka varandra i sitt svarande. Det tog ca 15 minuter att fylla i enkäten. Eleverna uppmanades räcka upp handen när de fyllt i enkäten så att den kunde samlas in. Insamlingen av enkäterna skedde med hjälp av en kartong för varje klass. De behövde inte komma fram med enkäten, vi kom med kartongen till dem.

I huvudstudien planeras för kontakt med flera grundskolor med olika sociodemografisk sammansättning bland eleverna och flera grundskolor från olika delar av landet samt på både landsbygd och i städer.

DATAANALYS

Analys av resultaten gjordes med hjälp av det statistiska analysprogrammet SPSS 17.0 och kvantitativ innehållsanalys. I SPSS matades variablerna från de strukturerade frågorna in och resultatet presenteras sedan i tabeller och löpande text. SPSS är vida använt av bland annat forskare inom statlig verksamhet, utbildningsforskare, och forskare inom hälsosystemet (31). Programmet används även inom Göteborgs universitet och därför användes SPSS som hjälpmedel för statistisk analys i pilotstudien.

På de enkätfrågor som var ostrukturerade var respondenternas svar korta och det förekom liten variation. Därför användes kvantitativ innehållsanalys som metod för att analysera dessa svar. Resultatet presenteras i frekvenstabeller tillsammans med beskrivande text. Frekvenstabellerna anger både antal svar och antal elever som svarat inom varje kategori, i de fall då frågorna gav möjlighet till att ange flera svar på samma fråga. I annat fall då antal svar och antal elever sammanfaller anges detta som n.

Kvantitativ innehållsanalys är ett sätt att kvantifiera ett kvalitativt forskningsresultat, vilket betyder att man ser till det direkta innehållet, det vill säga man använder sig i analysen av det som direkt uttrycks i texten, inte det eventuellt latent innehåll som kan tolkas fram (32). Exempelvis gick analysen till så att om en respondent skrivit ”man kan använda kondom” som svar på hur man kan skydda sig mot klamydia fördes detta in under kategorin ”använda kondom” och om en annan respondent skrivit ”kondom skyddar” fördes detta också in under kategorin ”använda kondom”. Hade en respondent däremot skrivit ”inte ha sex” blev detta en egen kategori för hur man kan skydda sig mot klamydia.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Olika regler, lagar och konventioner och överenskommelser styr när och hur forskning på människor får bedrivas. Helsingforsdeklarationen utarbetades 1964 av Världsläkarförbundet och uppdaterades 2008. Den består av en samling etiska principer i syfte att vägleda läkare och andra som medverkar i medicinsk forskning som omfattar människor (33).

Vetenskapsrådet har också utarbetat etiska principer för forskning som omfattar människor:

1. Informationskravet. Principen beskriver vad en forskningsdeltagare ska informeras om, t ex dess uppgift, villkor, frivillighet och forskningens innehåll.
2. Samtyckeskravet. Principen beskriver att forskaren ska inhämta samtycke från deltagaren. Deltagaren bestämmer själv om den vill avbryta, och på vilka villkor den deltar. Påtryckning får ej förekomma.

3. Konfidentialitetskravet. Tystnadsplikt från personal som ingår i forskningen ska krävas vid känsliga uppgifter. Identifiering av personuppgifter ska inte vara möjlig för utomstående.
4. Nyttjandekravet. Uppgifter insamlade om enskilda personer får ej användas utanför forskningens ändamål (34).

För att uppfylla dessa etiska principer utformades två brev med forskningspersonsinformation, ett till ansvarig rektor och ett till eleverna (se bilaga 1 och 2). Eleverna fick brevet i anslutning till ifyllandet av enkäterna. Information gavs även muntligt innan enkäten fylldes i. Eftersom alla deltagare svarade anonymt på enkäten och enkäten direkt stoppades i en låda fanns ingen risk för identifiering av personuppgifter. Efter studien makulerades alla ifyllda enkäter, för att uppfylla nyttjandekravet.

Varför vi inte behöver inhämta etiska rådets tillstånd

I lagen om etikprövning om forskning som avser människa framgår att forskning definieras som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund. Dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå (35).

RISKER OCH FÖRDELAR

Det fanns en risk för att enkätfrågorna kunde väcka oro hos eleverna, och att frågorna som väcktes kändes svåra för dem att ställa till någon. Därför fick eleverna ett papper efteråt med de rätta svaren på de frågor som hade ställts, där det fanns ett rätt svar (se bilaga 4). På pappret fanns också förslag på internetsidor där de kunde hitta mer information om klamydia och andra sexuellt överförbara infektioner.

Det kunde finnas risk för att eleverna skulle känna rädsla för att inte få vara anonyma. Detta förhindrades genom att enkäterna fylldes i självständigt och de samlades in direkt efter ifyllandet. Risken förhindrades även genom att information om anonymiteten gavs innan ifyllandet av enkäterna.

En fördel med att svara på enkätfrågorna skulle vara att det fanns en chans att frågorna skulle väcka tankar och nyfikenhet, och att eleverna då självmant skulle inhämta mer

kunskap om klamydia och andra sexuellt överförbara infektioner. Detta skulle kunna leda till ett risktänkande som i förlängningen är bra för deras hälsa.

RESULTAT

Resultatet som presenteras här härrör ur de enkäter som fylldes i av två klasser i årskurs nio på en grundskola i Göteborg 7/9 2009. Alla deltagare var födda 1994, det vill säga de var 15 år eller skulle fylla 15 detta år. Två elever i den ena klassen valde att inte delta i studien, varför den totala populationen i studien utgjordes av 26 elever, 15 killar och 11 tjejer. Resultatet redovisas i kronologisk ordning, så som frågorna ställdes i enkäten.

KUNSKAP

Eleverna tillfrågades om vad de trodde att klamydia är. Alla eleverna i pilotstudien visste att klamydia är en sjukdom och en stor majoritet (n=23) visste att det är en könssjukdom. Likaså är vetskapen om hur klamydia smittar stor bland eleverna (se tabell 1). Det visade sig att en stor majoritet av eleverna vet att klamydia smittar genom sexuella kontakter.

Tabell 1. Uppfattning bland elever i årskurs nio om hur klamydia smittar (n=26)

Kategorier	Antal svar	Antal elever
-------------------	-------------------	---------------------

Sex/samlag	26	23
Ospec.*	19	
Oskyddat. sex/samlag	5	
Sex i olika former	2	
Kroppsvätskor	4	4
Sädesvätska	1	
Blod	1	
Saliv	1	
Ospec.*	1	
Kontakt	1	1
Vet inte	2	2
Inte svarat	0	0

Kommentar: Det har inte funnits någon begränsning i hur många svar eleverna kunnat skriva, varför summan av de enskilda svaren är högre än andelen elever som svarat.

*Ospec. syftar på en ospecificerad variant av sex/samlag respektive kroppsvätskor.

Eleverna tillfrågades om hur de trodde att man kan märka om man har klamydia. Som framgår i tabell 2 var den vanligaste uppfattningen bland eleverna att man kunde märka klamydia genom att uppleva olika symtom såsom klåda, sveda, flytning, utslag, sår eller smärta. Det mest frekventa uppgivna symtomet var klåda. Nästan alla elever har svarat något symtom som faktiskt kan uppträda vid klamydia även om de inte utifrån vad de svarat känner till alla sätt som man kan märka att man har klamydia.

Tabell 2. Uppfattning bland elever i årskurs nio om hur man kan märka klamydia (n=26)

Kategorier	Antal svar	Antal elever
-------------------	-------------------	---------------------

Klåda	9	9
Sveda	7	7
Synliga tecken	7	6
Flytning	4	
Utslag	2	
Sår	1	
Testa sig	5	5
Smärta	4	4
Märks inte	2	2
Känns	1	1
Vet ej	5	
Inte svarat	0	0

Kommentar: Det har inte funnits någon begränsning i hur många svar eleverna kunnat skriva, varför summan av de enskilda svaren är högre än andelen elever som svarat.

Eleverna tillfrågades även om hur de trodde att man kan få veta om man har klamydia. Den vanligaste uppfattningen, som även var det rätta svaret på denna fråga, var att man kan gå och undersöka eller testa sig för att få veta om man har klamydia (se tabell 3). Ett fåtal av eleverna trodde att man kunde få veta om man har klamydia genom att märka av symtom.

Tabell 3. Uppfattning bland elever i årskurs nio om hur man kan få veta om man har klamydia (n=26)

Kategorier	Antal svar	Antal elever
-------------------	-------------------	---------------------

Undersöka/testa sig	21	17
... på UM	9	
... hos läkare/gynekolog	6	
... på RFSU	1	
... med urinprov	1	
Ospecc.*	5	
Vet ej	5	5
Märka av symtom	3	3
Läsa om symtom	1	1
Inte svarat	0	0

Kommentar: Det har inte funnits någon begränsning i hur många svar eleverna kunnat skriva, varför summan av de enskilda svaren är högre än andelen elever som svarat.

*Ospecc. syftar på en ospecificerad variant av undersöka/testa sig.

Eleverna fick svara på om de trodde att man kan se på någon att den har klamydia. En stor majoritet av eleverna visste att det inte går att se, men totalt fyra elever trodde att man kan se på någon att den har klamydia. Eleverna tillfrågades även om hur man kan skydda sig mot klamydia. Det visade sig att det fanns goda kunskaper om detta, då nästan alla uppgav att kondom skyddar mot klamydia. Det var endast ett fåtal som uppgav något annat sätt att skydda sig på till exempel att inte ha sex.

Eleverna fick svara på vad de trodde att klamydia kan få för följder i framtiden för den som smittats. Knappt hälften av eleverna visste att klamydia kan påverka fertiliteten negativt och har exempelvis skrivit att "man kan bli steril", "inte göra en tjej med barn" eller "inte kunna bli gravid" (se tabell 4). Av de tolv svarande var tio stycken tjejer och två stycken killar. Ett par elever specificerade och skrev att det krävs att man "bär på smittan länge" respektive "inte behandlar" smittan för att man ska riskera att bli steril.

Tabell 4. Uppfattningar bland elever i årskurs nio om följder klamydia kan medföra i framtiden (n=25)

Kategorier

n

Påverkad fertilitet	12
Vet ej	6
Smitta vidare	3
Ta medicin	1
Vara mindre sexuellt aktiv	1
Problem med underlivet	1
Dö	1
Kronisk klamydiainfektion	1
Inte svarat	1

Kommentar: Det har inte funnits någon begränsning i hur många svar eleverna kunnat skriva, varför summan av de enskilda svaren är högre än andelen elever som svarat.

Eleverna fick svara på hur stor andel av dem som smittas av klamydia de trodde är mellan 15 och 19 år. En majoritet (n=15) trodde, helt riktigt, att 9/10 fall av smitta sker inom åldersgruppen 15-19 år.

Eleverna fick ta ställning till om de skulle oroa sig ifall de skulle ha oskyddat samlag. Majoriteten svarade att de skulle oroa sig, medan drygt en fjärdedel av eleverna svarade att de inte skulle göra det. De som svarade att de oroade sig fick rangordna vad de oroade sig för mest, vilket framgår av tabell 5. Mer än en tredjedel av eleverna skulle, efter oskyddat samlag, i första hand oroa sig för att drabbas av någon sjukdom men oron för graviditet var nästan lika stor. I andra hand skulle knappt hälften av eleverna oroa sig för sjukdomar och endast ett fåtal för graviditet. Totalt sett skulle fler elever oroa sig för sjukdom jämfört med graviditet.

Tabell 5. Oro vid oskyddat samlag bland elever i årskurs nio (n=19)

Kategorier	n	Kategorier	n
Mest orolig för:		Därefter mest orolig för:	

Sjukdom	10	Graviditet	2
<i>Könssjukdom</i>	6	Olika sjukdomar	1
<i>HIV/AIDS</i>	2		
<i>Klamydia</i>	1	Inte svarat	7
<i>Obotbar sjukdom</i>	1		
Graviditet	9		

Näst mest orolig för:

Sjukdom	12
<i>Könssjukdom</i>	7
<i>Klamydia</i>	2
<i>HIV/AIDS</i>	2
<i>Ospec.*</i>	1
Graviditet	3

Kommentar: Det har inte funnits någon begränsning i hur många svar eleverna kunnat skriva, varför summan av de enskilda svaren är högre än andelen elever som svarat.

*Ospec. syftar på en ospecificerad variant av sjukdom.

INFORMATION

Eleverna fick ta ställning till hur mycket information om klamydia de hade fått från olika källor. De kunde kryssa för alternativen ”mycket”, ”ganska mycket”, ”ganska lite”, ”lite” och ”ingen alls”. Som framgår i tabell 6 så hade mer än hälften av eleverna fått mycket eller ganska mycket information från skolan eller lärare. Mer än en tredjedel av eleverna hade fått mycket eller ganska mycket information om klamydia från internet, kompisar och böcker. En majoritet av eleverna hade inte fått någon information alls från syskon, radio eller hälso- och sjukvårdspersonal (annan än skolsköterska och barnmorska på ungdomsmottagning). Knappt hälften av eleverna angav att de inte hade fått någon information alls från föräldrar eller barnmorska på ungdomsmottagning.

Tabell 6 . Källor varifrån elever i årskurs nio fått information om klamydia (n=26)

Kategorier	n	n	n
	”mycket”	”lite”	”ingen alls”

Skolan/lärare	16	6	3
Internet	10	8	5
Kompisar	9	9	6
Böcker	9	8	9
Tidningar	8	12	4
BM* på UM**	4	5	12
Föräldrar	4	10	12
TV	4	13	7
Skolsköterskan	3	8	8
Syskon	3	5	18
Annan hälso- och sjukvårdspersonal	1	4	14
Radio	1	5	17
Annan källa***	1	2	8

Kommentar: Alternativen ”mycket” och ”ganska mycket” är ihopslagna i redovisningen och redovisas som ”mycket” och alternativen ”ganska lite” och ”lite” är ihopslagna i redovisningen och redovisas som ”lite”. Eftersom respondenterna kunde ange flera källor som de fått information ifrån, överstiger antal svar totalt antal respondenter.

*BM = barnmorska. **UM = ungdomsmottagning. *** Den elev som angivit annan källa på ”mycket” ha specificerat detta med ”*frugan*”. Övriga har ej specificerat.

Eleverna fick svara på vilka sidor de tittat på om de fått någon information om klamydia på internet. Drygt hälften av eleverna (n=14) svarade inte på denna fråga. De som svarade uppgav i första hand klamydia.se (n=5), därefter andra informationssidor (n=4) och därefter umo.se (n=2) samt rfsu.se (n=1). Fyra elever angav en annan källa än de föreslagna. En sådan var ”Vårdguiden”. En elev skrev att den ”*sökte*” och en annan elev skrev: ”*kommer ej ihåg*”. En elev angav en porrsida (pornhub.com) som källa till sin information om klamydia.

Eleverna tillfrågades om de skulle vilja ha mer information om klamydia. Ingen elev uppgav att den ”inte alls höll med” om påståendet ”jag skulle vilja ha mer information om klamydia”. Hälften av de svarande ”höll med delvis” medan drygt en fjärdedel av eleverna ”inte höll med”. En knapp femtedel ”höll med helt” om påståendet ”jag skulle vilja ha mer information om klamydia”.

Eleverna fick ta ställning till hur mycket information om klamydia de skulle vilja ha från olika källor, om de ville ha mer information. De kunde kryssa för alternativen ”mycket”, ”ganska mycket”, ”ganska lite”, ”lite” och ”ingen alls” för varje föreslagen källa. I tabell 7 redovisas från vilka källor respondenterna önskar få information om klamydia. Skolan/lärare var den mest frekvent angivna källan till varifrån eleverna skulle vilja ha mycket eller ganska mycket information om klamydia. Knappt hälften av eleverna skulle vilja ha mycket eller ganska mycket information om klamydia från internet, barnmorska på ungdomsmottagning och skolsköterskan. Syskon och föräldrar var inte populära källor till information om klamydia, då lite mindre än hälften respektive en knapp tredjedel av eleverna uppgav att de inte skulle vilja ha någon information alls om klamydia från syskon respektive föräldrar.

Tabell 7. Källor varifrån elever i årskurs nio önskar information om klamydia (n=26)

Kategorier	n ”mycket”	n ”lite”	n ”ingen alls”
Skolan/lärare	15	4	2

BM* på UM**	12	4	5
Internet	12	5	4
Skolsköterskan	11	5	5
Annan hälso- och sjukvårdspersonal	10	5	4
Tidningar	9	7	4
Kompisar	8	9	4
Böcker	7	10	3
TV	7	10	3
Radio	4	8	5
Syskon	4	6	11
Föräldrar	3	9	8
Annan källa	1	2	5

Kommentar: Alternativen ”mycket” och ”ganska mycket” är ihopslagna i redovisningen och redovisas som ”mycket” och alternativen ”ganska lite” och ”ganska lite” är ihopslagna i redovisningen och redovisas som ”lite”. Eftersom respondenterna kunde ange flera källor som de ville ha information ifrån, överstiger antal svar totalt antal respondenter.

*BM = barnmorska **UM = ungdomsmottagning *** Den elev som angivit annan källa på ”mycket” ha specificerat detta med ”*frugan*”. Övriga har ej specificerat.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Målgruppen

Elever i årskurs nio ska ha haft sex- och samlevnadsundervisning i skolan, vilket gör att de, om undervisningen är adekvat, bör veta *något* om klamydia. Elever i nionde klass är oftast 15 år, vilket betyder att majoriteten enligt statistiken (10) inte haft sin sexualdebut. Denna sker i medeltal vid drygt 16 års ålder i Sverige (10). Den tänkta målgruppen för denna studie var personer under 16 år, då majoriteten antagligen inte debuterat sexuellt. Dock var det inte ett inklusionskriterie för studien att inte ha debuterat sexuellt. En annan anledning till att enkäterna delades ut i klasser i årskurs nio var att respondenterna inte hunnit dela in sig så som de gör på gymnasiet, de ha inte ännu valt att läsa på praktiska, teoretiska eller andra typer av gymnasieprogram. Målgruppen nåddes då alla respondenter var födda 1994, alltså var 15 år gamla eller

skulle fylla 15 år i år och gick i nionde klass. Detta betyder att resultatet skulle kunna tolkas utifrån att majoriteten inte debuterat sexuellt.

Enkäten

Efter att ha genomfört datainsamlingen och tagit del av svaren och resultatet har följdfrågor uppkommit och tankar har väckts omkring utformningen. I en del fall har vi kunnat konstatera att det finns vissa ändringar i enkäten som är nödvändiga att göra inför huvudstudiens genomförande.

På fråga 4 där respondenterna tillfrågades om hur de trodde att klamydia smittar, var det vanligaste svaret sex eller samlag. Det skulle ha varit intressant att få ta del av respondenternas egen definition av sex respektive samlag, men en följdfråga skulle kunna ha gjort enkäten onödigt komplicerad. För att få reda på elevernas uppfattning av sex och samlag skulle en uppföljande intervju vara det bästa sättet, vilket kanske inte låter sig göras.

Något som upptäcktes vid analysen av data var att vissa respondenter verkar ha angivit svaret på fråga 5 (Hur tror du att man kan märka om man har klamydia?) även på fråga 6 (Hur tror du att man kan få veta om man har klamydia?) och tvärtom. En lösning på detta problem skulle kunna vara att markera orden ”märka” respektive ”veta” med fet stil, så att det blev tydligare vad frågan handlade om.

I fråga 7 framkom att vissa elever trodde att man kan se på någon att den har klamydia. En följdfråga skulle ha kunnat ge svar på vilket sätt dessa respondenter tyckte att det gick att se på någon att den har klamydia. Om det skulle finnas felaktiga föreställningar skulle det vara viktigt för barnmorskor och andra professioner som arbetar med ungdomar att känna till dessa, för att kunna angripa informationen från rätt håll.

På fråga 11 skulle ordet ”samlag” kunna bytas ut mot ”sex” då det kan anses syfta på olika former av sex i större utsträckning. Frågan skulle då formuleras som: Om du skulle ha oskyddat sex, skulle du då oroa dig för något?

För att förenkla dataanalysen skulle fråga 12 kunna ha formulerats annorlunda. Istället för ”Om du svarade ja på förra frågan, vad är det som du skulle oroa dig för?” skulle det

kunna ha varit en mer självständig fråga: ”Om du skulle ha oskyddat samlag och oroa dig för något, vad skulle det vara i så fall?”

För att förenkla redovisning av data, så skulle fråga 13 och 16 (vilka undersökte varifrån respondenterna fått information om klamydia respektive varifrån de skulle önska att den kom) kunna ha endast ett svarsalternativ per informationskälla, vilket då skulle underlätta redovisningen av dem som en enda fråga. Ett annat alternativ skulle kunna vara att be respondenten att ange endast ett svarsalternativ, det vill säga var man fått mest information (fråga 13) respektive var man helst vill ha den ifrån (fråga 16), men då förloras å andra sidan en del information. I fråga 16 hade det även varit intressant med en följdfråga för att få reda på varför respondenterna ville ha information från just dessa källor.

Med fråga 14 var intentionen att få veta vilka internetsidor som respondenterna besökte för att hämta information om klamydia. Vi gav eleverna tre svarsalternativ (klamydia.se, umo.se, rfsu.se) och en blank rad för eventuellt andra sidor på internet som de besökt. Tanken var även att undersöka om eleverna hade besökt de sidor som angavs som svarsalternativ. Det hade varit bättre att ha en helt öppen fråga eftersom vi då inte skulle riskera att påverka respondenternas svar, och i en separat fråga senare i enkäten möjligtvis fråga om dessa specifika internetsidor. Vi valde ut internetsidorna (klamydia.se, umo.se, rfsu.se) efter att ha granskat deras information om klamydia.

En fråga som vi valde att inte ha med i enkäten var om respondenterna hade debuterat sexuellt. Den hade varit relevant eftersom den skulle göra att övriga svar skulle kunna tolkas utifrån sexuell erfarenhet, men då vi valde en population där de flesta enligt statistiken inte har debuterat sexuellt skulle den frågan eventuellt kunna vålla respondenterna bekymmer genom att den skulle kunna tolkas olika och framför allt uppfattas som integritetskränkande. Däremot kan man i huvudstudien ha med några frågor om attityder till kondomanvändning eftersom det påverkar det sexuella beteendet.

Bortfall

Externt bortfall

Två elever valde att inte delta i studien. Det kan även ha funnits elever som av någon anledning inte fanns i skolan vid tillfället då datainsamlingen genomfördes.

Internt bortfall

Svarsfrekvensen var mycket god hos respondenterna, vilket är positivt för utvärderingen av frågeformuläret. Att kunna utvärdera ett instrument är en av anledningarna till att en pilotstudie utförs. En bra svarsfrekvens tyder på att eleverna har förstått frågorna och att enkäten inte var för lång (30).

På en fråga fanns ett stort bortfall, nämligen fråga 14 där drygt hälften av respondenterna inte svarat. Eleverna tillfrågades om vilka sidor på internet som de tittat på om de hade fått någon information och kunskap från internet. Bortfallet kan tolkas som att de fem elever som på fråga 13 svarade att de inte har fått någon information alls om klamydia från internet, har lämnat denna fråga tom, vilket är sannolikt att de gjorde. Resten av bortfallet kan tolkas som att de som har fått information om klamydia på internet inte kommer ihåg vilka sidor de har besökt. Bortfallet kan också bero på att eleverna helt enkelt valde att inte svara på frågan av någon annan anledning.

Generaliserbarhet, reliabilitet och validitet

I pilotstudien ingick ett ringa antal respondenter som utgjorde underlaget för resultatet och ett representativt urval för Sveriges klasser i årskurs nio gjordes ej. Därför kan resultatet i pilotstudien inte generaliseras till hur det ser ut bland klasser i årskurs nio i Sverige överlag angående kunskap om klamydia och informationskällor till detta ämne. Dock är intentionen med en pilotstudie inte heller att kunna göra detta utan att kontrollera att upplägget av studien fungerar inför den planerade huvudstudien.

Reliabilitet innebär att en mätning ska vara stabil (30) och det kan till exempel innebära att populationen som studeras är homogen. De två klasserna liknade varandra och bildade på så sätt en ganska homogen population. Dessutom var alla respondenter lika gamla, de gick på samma skola och hade båda manliga lärare som undervisat dem i sex och samlevnad. Trots att det var vår intention att inte respondenterna skulle veta om vad enkäten handlade om, för att inte riskera att de skulle inhämta förhandsinformation och därmed få möjlighet att påverka kunskapsresultatet i enkäten, hade lärarna berättat för klasserna om att det var klamydia som var ämnet. Faktorer som bidrog till att populationen på vissa sätt var heterogen var att det fanns fler killar än tjejer (15

respektive 11 stycken) och att sex- och samlevnadsundervisningen hade skett vid olika tidpunkter, ett år sedan respektive för en vecka sedan.

Datainsamlingsmetoden var standardiserad då en enkät användes och alla respondenter fick samma information inför deltagandet. Dessa faktorer tillsammans med den ganska homogena gruppen gör att pilotstudien har hög reliabilitet. Objektiviteten, som också är ett sätt att mäta reliabilitet, har varit hög eftersom vi bearbetat materialet tillsammans (30).

Två frågor i enkäten (nummer 5 och 6) skulle kunna anses ha låg validitet, då de var snarlika och kunde förväxlas, vilket vi misstänker kan ha skett i vissa fall. Resterande frågor har besvarats på ett sätt som antyder att de tolkat frågorna så som intentionen var, vilket kan tyda på hög validitet.

Huvudstudien

Det hade varit intressant att kunna göra en jämförelse mellan kön och andra variabler, men detta gick inte att genomföra vare sig med hjälp av Chi-square-test eller med andra funktioner i SPSS. Materialet visade sig vara för litet för den typen av analys.

Materialet var även för litet för jämförande analyser mellan de två niondeklasserna.

Detta hade varit av intresse beroende på olikheten i hur länge sedan de hade haft sex- och samlevnadsundervisning. Av den anledningen finns inte heller variablerna kön eller skolklass med i tabellernas presentation. I huvudstudien planeras för jämförande analyser mellan könen, mellan skolklasser i olika geografiska områden respektive ställen med olika socioekonomisk struktur .

RESULTATDISKUSSION

Kunskap om vad klamydia är och klamydias smittvägar

Det visade sig att alla respondenter i pilotstudien visste att klamydia är en sjukdom och de flesta kände även till att det är en könssjukdom, vilket stämmer överens med tidigare forskning som visar att klamydia är en välkänd STI i Sverige (16, 18, 19).

En stor majoritet av respondenterna i pilotstudien visste också hur klamydia smittar. När respondenterna har skrivit endast ”sex” eller ”samlag” är det svårt att veta hur de svarande definierar dessa begrepp. Menar de endast penetrerande sex eller menar de även till exempel oral- och analsex samt petting? De senare är också olika former av sex som kan göra att klamydia förs vidare, dock är detta kanske inte lika känt som att det smittar vid penetrerande sex. Endast ett par elever specificerade sex/samlag med ”olika former”. Att många av respondenterna i pilotstudien visste hur klamydia smittar stämmer överens med tidigare svensk forskning (18) där alla deltagarna var medvetna om att klamydia smittar genom oskyddat samlag. Det kan inte utläsas i artikeltexten (18) hur samlag definierades.

Ett fåtal elever trodde att klamydia smittar genom olika kroppsvätskor, vilket inte stämmer. Kanske förväxlar de klamydiasmitta med andra sjukdomar som också kan smitta vid sexuell kontakt, såsom HIV och hepatit. Att ungdomarna svarat på detta vis behöver inte vara något negativt då den basala kunskapen bör vara hur STI smittar, och inte specifikt vetande om hur var och en av dem smittar.

Kunskap om symtom

I pilotstudien visade det sig att endast några enstaka elever kände till att klamydia kan förekomma asymtomatiskt. Detta resultat stämmer således inte överens med tidigare forskning som visar på att vetskapen om att klamydia kan förekomma asymtomatiskt är vida spridd i Sverige (18), som dock var en studie bland 16-23-åriga tjejer, alltså äldre än respondenterna i pilotstudien. Resultatet stämmer dock överens med forskning från Turkiet (17) och England (20) som beskriver att medvetenheten om att STI kan förekomma asymtomatiskt är låg. Värt att notera är att respondenterna i den svenska studien (18) i låg grad var medvetna om att det finns en risk att smitta vidare även vid asymtomatisk infektion.

Många svarade på frågan om hur man kan märka om man har klamydia genom att nämna olika symtom. Den allra största delen av dem stämmer med hur det kan arta sig vid en klamydiainfektion, medan svaren sår och utslag skulle kunna ha att göra med förväxling med symtom på andra STI, exempelvis herpes och syfilis där sår förekommer (36, 37) och candida där utslag kan uppträda (38).

Ett positivt fynd var att en stor majoritet av respondenterna i pilotstudien visste att man kunde gå och testa sig för att få veta om man har klamydia och en majoritet uppgav även vart man kan gå för provtagning. Enligt den engelska studien (20) var det mycket få som hade kunskap om vart man kunde gå för att testa sig. Att veta vart man kan vända sig för att testa sig för STI har betydelse för individens egen hälsa men även för samhället då det för hejdandet av smittspridningen av klamydia krävs att smittbärarna hittas och att smittspårning genomförs.

Kunskap om hur man skyddar sig mot klamydia

Ännu ett positivt fynd är att nästan alla deltagare visste att kondom skyddar mot klamydia. Detta ligger i linje med tidigare forskning som visar att kunskaper om kondomer och hur de kan förhindra STI-smitta är goda bland ungdomar i Sverige (18, 19, 26). Dock visar tidigare forskning att detta inte är någon garanti för att dessa personer faktiskt har eller kommer att använda kondom vid sexuella kontakter, då man funnit att beteende inte alltid korrelerar med kunskap (16, 17, 18, 19, 25). Vissa studier påvisar ju till och med att ungdomar med en större kunskap om STI har ett mer riskfyllt sexualbeteende (18, 19).

Ett fåtal elever i pilotstudien angav andra förslag för att skydda sig utöver att använda kondom, till exempel låta partnern testa sig för klamydia och sen hålla sig till samma partner, vilket är ett korrekt förslag på hur man kan undvika att smittas av klamydia. Detta indikerar möjligtvis att dessa personer har en något djupare kunskap om klamydia. En djupare kunskap om STI har man i tidigare forskning, utöver dem med ett riskfyllt sexualbeteende, funnit hos personer med egen erfarenhet av STI (22). Mer kunskap om STI är även associerat med att ha debuterat sexuellt (19), ha erfarenhet av många partners, rökning och alkoholkonsumtion (18) samt utbildning (22).

Att motivera ungdomar till kondomanvändning är en stor utmaning för hälso- och sjukvården. Författarna till den Nya Zeeländska artikeln (25) anser att nyckeln till att ungdomar ska använda kondom i större utsträckning är att hitta sätt som får dem att förstå att de är sårbara för STI. Andra författare (18) anser att informationen måste fokusera mer på asymtomatisk smittspridning för att motivera användningen av kondom. I den svenska avhandlingen (21) framkom att omedelbara risker som till exempel erektionsproblem, osäkerhet inför partnern eller tidsbrist hindrade tonårspojkar

från att använda kondom. Dessa risker uppfattades generellt sett som ett större hot än eventuella framtida hälsokonsekvenser (21). Genom att upplysa om dessa konsekvenser och försöka ge dem högre prioritet hos ungdomarna skulle man kunna påverka deras attityd och beteende gällande kondomanvändning. Att påverka ungdomars attityd och beteende är ett förebyggande arbete som kan skapa hälsa, det vill säga ett salutogent arbete. En GRR som kan ge KASAM kan vara kunskap eller självkänsla (15) och därför är det viktigt att stärka dessa faktorer. En individ med självkänsla och kunskap kan vilja vara rädd om sig och inte utsätta sig för hälsorisker som till exempel oskyddat sex.

Kunskap om klamydias incidens bland ungdomar

Intentionen med att i pilotstudien fråga eleverna hur stor andel de tror är mellan 15 och 19 år, av dem som smittas av klamydia, var att undersöka hur pass medvetna ungdomarna är om risken för exponering för klamydiasmitta. Det visade sig att majoriteten var väl medvetna om det. Detta knyter an till resultaten i tre studier (18, 19, 25) som undersökt ungdomars uppfattning av sårbarhet för STI. Där fann man att ungdomarna uppfattade det som en liten risk att själva drabbas av en STI (18, 19, 25), samtidigt som de uppfattade det som troligt att någon i deras omgivning skulle drabbas av en STI (25). Av detta kan man dra slutsatsen, att trots att ungdomarna i pilotstudien hade kunskap om att det är en stor andel av dem i deras egen ålder som smittas med klamydia, finns ingen garanti för att de uppfattar det som en reell risk för dem själva att smittas. I tidigare forskning (18) dras slutsatsen att tendensen att underskatta risken för STI-smitta representerar en viktig anledning till riskbeteende.

Kunskap om påverkan på fertiliteten

Knappt hälften av eleverna i pilotstudien visste att klamydia kan påverka fertiliteten negativt. I tidigare forskning (16, 24) har man funnit att majoriteten av svenska ungdomar vet om att klamydia kan orsaka infertilitet hos kvinnor medan knappt hälften av amerikanska ungdomar vet det. Således går resultatet i pilotstudien mer i linje med vad man kunnat påvisa i USA. Det kan vara ett problem att endast knappt hälften av ungdomarna i pilotstudien vet att klamydia kan påverka fertiliteten negativt, eftersom upplevelsen av allvarlighetsgraden av en klamydiainfektion då eventuellt förminskas. Klamydia klassas som allmänfarlig sjukdom i Sverige då den kan leda till allvarliga komplikationer som till exempel infertilitet (5). Av de respondenter i pilotstudien som kände till att klamydia kan påverka fertiliteten negativt var en stor majoritet tjejer. Det

går inte att dra några slutsatser utifrån detta, men liknande resultat fann man i den amerikanska studien (24). Om forskningen stämmer betyder det att killar i högre grad än tjejer behöver få information om klamydias eventuella effekter på fertiliteten, för att få den förståelsen. Dock kan tjejer inte uteslutas från sådan utbildning, då inte heller alla tjejer är medvetna om detta problem.

Drygt en tredjedel av respondenterna i pilotstudien har angett komplikationer till klamydia som är felaktiga eller svarat på frågan med att de inte vet vad klamydia kan medföra i framtiden för en person som smittats. Detta skulle kunna tyda på att undervisningen i sex- och samlevnad som eleverna fått har varit bristfällig eller att eleverna av någon anledning inte tagit till sig den informationen. Enligt två studier (16, 21) från Sverige är kunskapsnivån gällande sexualitet och reproduktion hos ungdomar inte tillfredsställande. I den ena studien (16) specificerades att man utgick ifrån den svenska läroplanen för nionde klass. Båda klasserna i pilotstudien hade erhållit undervisning om sex och samlevnad, den ena klassen för ett år sedan och den andra för en vecka sedan. Vilken kvalitet på eller kvantitet av den undervisningen de haft framgick inte.

Oro vid oskyddat samlag

Vid summering av antal svar som rör sjukdomar respektive graviditet i elevernas rangordning rörande oro vid oskyddat samlag får man fram att totalt 23 svar handlar om oro för sjukdomar av olika slag medan endast 14 svar handlar om oro för graviditet. Detta skulle kunna tyda på att oron för att drabbas av sjukdomar vid oskyddat samlag är större än oron för graviditet. Detta går emot den tidigare forskning som gjorts bland ungdomar i Sverige (19) och på Nya Zeeland (25), där det framkommit att kondom används främst för att skydda sig mot graviditet. Den nya zeeländska studien (25) påvisade att en fjärdedel av ungdomarna inte använde kondom därför att de använde andra preventivmedel, vilket också skulle kunna tyda på att graviditet är den huvudsakliga oron. Dock uppgav en majoritet av respondenterna i båda studierna (19, 25) att kondom användes för att undvika både graviditet och STI.

Utifrån pilotstudien, som nämnts tidigare, kan tyvärr inga slutsatser dras kring könsskillnader utifrån det begränsade materialet. Anledningen till att resultatet i pilotstudien skiljer sig från vad som framkommit i ovan nämnda undersökningar skulle

kunna vara att respondenterna i denna studie kan ha påverkats av att studien fokuserade på klamydia, det vill säga en sjukdom som kan drabba den som har oskyddat samlag.

Trots att knappt hälften av respondenterna i pilotstudien hade kunskap om att klamydia kan leda till nedsatt fertilitet, var detta inget som framkom att de oroade sig för. Vid jämförelse av en svensk och en amerikansk studie (16, 24) kan ses att de svenska ungdomarna oroar sig mer för infertilitet än de amerikanska ungdomarna. Skillnaden i nivå av oro mellan de olika populationerna skulle kunna härledas till att fler av ungdomarna i Sverige än de i USA hade kunskap om att klamydia kan leda till infertilitet. I den amerikanska studien (24) drog författarna slutsatsen att hälsopersonal borde vara medvetna om att många ungdomar är bekymrade över framtida fertilitet. Att motivera killar till att intressera sig för en bevarad fertilitet kan vara en viktigare utmaning än att motivera tjejerna, kopplat till att färre av killarna förstår kopplingen mellan kvinnlig infertilitet och vanliga STI-relaterade tillstånd (24).

Information om klamydia

En stor majoritet av respondenterna i pilotstudien höll helt eller delvis med om att de ville ha mer information om klamydia, vilket går i linje med tidigare studier från Sverige (16, 19, 21, 23) som visar att ungefär hälften av ungdomarna upplevde att de inte hade fått tillräcklig information om till exempel STI. I en av studierna (23) uppgav drygt hälften av deltagarna att de skulle vilja vet mer om preventivmedel, STI, sex, känslor och relationer. Då brist på kunskap är lika skadligt för ett samhälles utveckling som för individen (9) och det enligt svensk folkhälsopolitik är ett av elva målområden att ha en trygg och säker sexualitet och reproduktiv hälsa (10), är det anmärkningsvärt att så många ungdomar inte har fått den information som de skulle vilja ha om klamydia och andra områden inom reproduktiv och sexuell hälsa. Kunskap är inte lika med ett riskfritt beteende, men är en förutsättning för att kunna göra ett aktivt och individuellt val. Utan kunskap vet ungdomar inte vilka risker det innebär att ha oskyddade sexuella kontakter, man känner inte till sin egen sårbarhet. Med kunskap kan ungdomar välja att skydda sig och att efter en oskyddad sexuell kontakt uppsöka adekvat vård.

Eleverna i pilotstudien tillfrågades också om varifrån de skulle vilja få mer information om klamydia. Resultatet på den frågan kan tolkas som att skolan får fortsatt förtroende från eleverna att ge information om klamydia, då en majoritet av respondenterna angav

att de skulle vilja ha mycket eller ganska mycket information från skolan/lärare. Samtidigt kan man utläsa att eleverna efterfrågar mer information om klamydia från hälso- och sjukvårdspersonal, vilket de enligt pilotstudien tidigare har fått i liten eller ingen utsträckning.

En eventuell lösning för att uppnå riksdagens mål med trygg och säker sexualitet och reproduktiv hälsa (10) skulle kunna vara att engagera barnmorskor som del av undervisningen i sex och samlevnad. Detta förslag har även författarna till en av de svenska artiklarna (26) presenterat. Barnmorskor i skolan skulle kunna avlasta de lärare som tycker att sexualitet är svårt eller jobbigt att prata om. Det skulle också kunna vara en fördel för eleverna om en utomstående, det vill säga inte en lärare som de har en relation till, tog upp detta ämne. Det kan tänkas att ungdomarna då har lättare att diskutera de frågor gällande sexuell och reproduktiv hälsa som de vill veta mer om. Ytterligare ett argument för att lyfta in barnmorskor i skolan skulle kunna vara att fler tjejer än killar uppsöker ungdomsmottagningar. Killar behöver blandas in på ett tydligare sätt för att klamydiaepidemin ska kunna hävas.

Nästan enbart kvinnor är barnmorskor och arbetet är riktat mycket mot kvinnor. På ungdomsmottagningar arbetar företrädesvis barnmorskor, vilket kan medföra att killar kan känna sig mindre välkomna dit och att det upplevs mindre naturligt för dem att gå dit. I en studie (16) har man funnit positiva effekter av att besöka ungdomsmottagning, de ungdomar som gjort det hade större kunskap om STI. Önskvärt vore om tjejer och killar tog lika mycket ansvar för preventivmedel liksom för att skydda sig mot STI. Enligt den svenska avhandlingen (21) är så inte fallet, då tjejer ofta förväntas ta ett större ansvar för preventivmedel. Av dessa anledningar är det också önskvärt att killar kommer i större utsträckning till exempelvis ungdomsmottagningar för att få information och råd om STI och kondomanvändning.

I pilotstudien tillfrågades respondenterna om varifrån de hade fått information om klamydia. Den största informationskällan visade sig vara skolan/lärare. Detta stämmer överens med resultat från den svenska studien (16) där det framkom att skolan var den största informationskällan till sexuella och reproduktiva ämnen inklusive STI bland tonåringar och unga vuxna. Detta visar att skolan har en viktig och stor roll som informatör om STI. I en rapport från socialstyrelsen (13) framgår att skolan är den

centrala arenan för undervisning om sex- och samlevnad såväl i Sverige som internationellt. Detta är bland annat på grund av att man i skolan når i stort sett alla ungdomar och det är de program som genomförs som en definierad undervisningssituation som visar sig ge resultat i form av lägre grad av risktagande hos ungdomar.

Socialstyrelsens rapport (13) beskriver även att sexualundervisningen i Sverige varierar mycket, inte bara mellan olika skolor, utan även inom samma skola på grund av att det inte finns några lokalt nedskrivna mål för sex- och samlevnadsundervisningen. Dock finns det, enligt publikationen från socialstyrelsen (13), ingen existerande forskning där man systematiskt utvärderat effekter av den svenska skolans sex- och samlevnadsarbete, detta trots att denna undervisning sannolikt är en av de tidigast införda och mest konsekvent genomförda i världen (13). Författarna till den svenska studien (16) föreslår att de som utbildar ungdomar i sex och samlevnad ska vidareutbildas så att metoden i undervisningen kan förbättras och självförtroendet hos dem som utbildar kan ökas. De föreslår även regelbundna utvärderingar av de tillägnade kunskaperna och kvaliteten av undervisningen för att förbättra utbildningen i sex och samlevnad.

Den näst största informationskällan till kunskap om klamydia var internet i pilotstudiens resultat. Det var även den källan som nästan hälften av respondenterna gärna ville ha mycket eller ganska mycket mer information ifrån. Internet är mångfasetterat, därför krävs det att den som hämtar information är källkritisk. Det finns sidor där informationen är kontrollerad och stämmer överens med vetenskap men många gånger är så inte fallet, då informationen istället är felaktig eller vinklad. Skolan skulle kunna vara en arena där källkritik lärs ut.

Salutogenes

I det kontrakt som konstituerades i Ottawa 1986 (15) för att kunna använda salutogenes i praktiskt hälsoarbete fokuserades på den process som hälsofrämjande utgör. Processen möjliggör för människor att ta kontroll över faktorer som påverkar deras hälsa och därmed deras livskvalitet. Att tillägna sig kunskap kan ses som en hälsofrämjande process, och genom att ha vetskap om till exempel smittvägar, frekvens, skydd, symtom

och möjliga konsekvenser för klamydia kan man ta kommandot över sin hälsa genom att till exempel använda kondom och gå och testa sig.

Barnmorskan kan vara en del av den hälsofrämjande processen genom att vara en betydelsefull annan vuxen, en GRR och därigenom ge möjlighet till KASAM. Detta kan hon göra genom att undervisa och ge information om, diskutera och vara tillgänglig för ungdomars frågor angående klamydia och andra STI, sex och preventivmedel samt relationer och känslor både i skolan under sex och samlevnadsundervisningen liksom på andra arbetsplatser för barnmorskan som till exempel ungdomsmottagning.

Slutsatser

Syftet med denna pilotstudie var att kartlägga kunskapsläget om klamydia hos elever i årskurs nio i Sverige och varifrån de fått sin information och kunskap. Resultatet visade att respondenterna generellt sett hade relativt goda kunskaper om klamydia och att de fått sin information om detta ämne främst från skolan/lärare och internet.

Metodvalet uppfyllde de flesta av förväntningarna och enkäten som konstruerades kan med några justeringar användas i huvudstudien och kan ge ett resultat med god reliabilitet och validitet. Dock indikerar erfarenhet från tidigare forskning att samtidig forskning på kunskap, attityder och beteende krävs för att få en sann bild av betydelsen av kunskap för den sexuella och reproduktiva hälsan. Detta beror på att kunskap är en bas för sexuell och reproduktiv hälsa, men för att kunna ändra ett beteende krävs attitydförändring, det vill säga attityderna är bryggan mellan kunskap och beteende. Dessutom kan klamydia som fenomen inte tas ur sitt sammanhang. Infektionen och dess konsekvenser finns både på individ-, familje-, samhälls- och hälsosystemnivå och måste uppmärksammas på var och en av dessa nivåer.

Hur resultatet kan påverkas i huvudstudien

Då detta är en pilotstudie finns medvetenheten om att materialet är väldigt litet och att resultatet inte går att generalisera på något sätt. En större studie behövs för detta syfte. I huvudstudien kommer eventuella skillnader mellan könen gällande kunskap om klamydia att kunna påvisas om de finns där. I tidigare forskning har man funnit en generellt större medvetenhet och kunskap omkring sexuella och reproduktiva ämnen hos

tjejer jämfört med killar (17, 19, 21, 24, 27,). I huvudstudien skulle det visa sig om tjejerna vet mer även om klamydia och detta skulle i så fall stärka resultaten i de tidigare studierna.

Uppdelning av arbetet i pilotstudien

Alla moment i arbetet med pilotstudien har genomförts tillsammans av båda författarna.

REFERENSLISTA

1. Socialstyrelsen [internet]. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska [uppdaterad 2006 okt 05; citerad 2009 dec 08]. Tillgänglig från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf.
2. Medicinsk terminologi, Bengt Lindskog, 2004, Norstedts Akademiska Förlag, Stockholm
3. WHO [internet]. WHO Sexually transmitted infections [citerad 2009 maj 25]. Tillgänglig från: http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/en/
4. Smittskyddsinstitutet [internet]. Anmälningspliktiga sjukdomar – Smittskyddsinstitutet [uppdaterad 2009 maj 28; citerad 2009 dec 09]. Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/overvakning-av-smittsamma-sjukdomar/anmalningspliktiga-sjukdomar/>.
5. Smittskyddsinstitutet [internet]. Sjukdomsinformation om klamydiainfektion [uppdaterad 2008 dec 15; citerad 2009 dec 02] Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/klamydiainfektion>.
6. Idahl A, Kumlin U, Olofsson J I. Demonstration of Chlamydia trachomatis IgG antibodies in the male partner of the infertile couple is correlated with a reduced likelihood of achieving pregnancy. Hum Reprod 2004;19(5):1121-6
7. Idahl A, Abramsson L, Kumlin U, Liljeqvist J A, Olofsson J I. Male serum Chlamydia trachomatis IgA and IgG, but not heat shock protein 60 IgG, correlates with negatively affected semen characteristics and lower pregnancy rates in the infertile couple. Int J Androl 2007;30:99-107.
8. Smittskyddsinstitutet [Internet]. Statistik för klamydiainfektion [citerad 2009 aug 24]. Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/klamydiainfektion/>.

9. Regeringskansliet. Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Stockholm: Utrikesdepartementet, 2006.
10. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
11. Edwards W M, Coleman E. Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. Arch Sex Behav 2004;33(3):189-95.
12. WHO [internet]. WHO Sexual health [citerad 2009 maj 25]. Tillgänglig från: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html> .
13. Margareta Forsberg. Ungdomars sexuella hälsa – internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
14. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 1991.
15. Lindström B, Eriksson M. The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. Glob Health Promot 2009;16(1)17-28.
16. Sydsjö G, Ekholm Selling K, Nyström K, Oscarsson C, Kjellberg S. Knowledge of reproduction in teenagers and young adults in Sweden. Eur J Contracept Reprod Health Care 2006;11(2):117-25.
17. Gökengin D, Yamazhan T, Özkaya D, Aytug S, Ertem E, Arda B et al. Sexual Knowledge, Attitudes, and Risk Behaviours of Students in Turkey. J Sch Health 2003;73(7):258-63.
18. Andersson-Ellström A, Milsom I. Knowledge about the prevention sexually transmitted diseases: a longitudinal study of young women from 16-23 years of age. Sex Transm Infect 2002;78:339-41.
19. Andersson-Ellström A, Forsman, L, Milsom I. The relationship between knowledge about sexually transmitted diseases and actual sexual behaviour in a group of teenage girls. Ginitourin Med 1996;72:32-6.
20. Mason L. Knowledge of sexually transmitted infections and sources of information amongst men. J R Soc Promot Health 2005;125(6)266-71.
21. Maria Ekstrand Sexual Risk Taking – Perceptions of Contraceptive Use, Abortion, and Sexually Transmitted Infections Among Adolescents in Sweden. [dissertation] Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
22. Downs J S, Bruine de Bruin W, Murray P J, Fischhoff B. Specific STI knowledge may be acquired too late. J Adolesc Health 2006;38:65-7.

23. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. Sex Behaviour Among High School Students in Sweden: Improvement in Contraceptive Use Over Time. *J Adolesc Health* 2002;30:288-95.
24. Trent M, Millstein S G, Ellen J M. Gender-based differences in fertility beliefs and knowledge among adolescents from high sexually transmitted disease-prevalence communities. *J Adolesc Health* 2006;38:281-87.
25. Abel G, Brunton C. Young people's use of condoms and their perceived vulnerability to sexually transmitted infections. *Aust N Z J Public Health* 2005;29(3):254-60.
26. Larsson M, Eurenus K, Västerling R, Tydén T. Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Scand J Public Health* 2006;34:124-31.
27. Foulkes H B S, Pettigrew M M, Livingston K A, Niccolai L M. Comparison of Sexual partnership Characteristics and Associations with Inconsistent Condom Use among a Sample of Adolescents and Adult Women Diagnosed with Chlamydia trachomatis. *J Womens Health* 2009;18(3):393-99.
28. Rosenbaum J E. Patient Teenagers? A Comparison of the Sexual Behaviour of Virginity Pledgers and Matched Nonpledgers. *Pediatrics* 2009;123:110-20.
29. Coleman L, Ingham R. Attenders at young people's clinic in Southampton: variations in contraceptive use. *Br J Fam Plann* 1998;24(3):101-4.
30. Trost J. *Enkätboken*. 3:e uppl. Lund: Studentlitteratur; 2007.
31. SPSS [internet]. SPSS – Customers [citerad 2009 dec 03]. Tillgänglig från: http://www.spss.com/success/?source=homepage&hpzone=nav_bar .
32. Krippendorff K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, California: Sage publications; 2004.
33. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects Tillgänglig från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>, 091203
34. CODEX - regler och riktlinjer för forskning [internet]. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [citerad 2009 dec 03]. Tillgänglig från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSEFR.pdf> .
35. Riksdagen [internet]. Svensk författningssamling (SFS) – Riksdagen [citerad 2009 dec 03]. Tillgänglig från: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460> .

36. Smittskyddsinstitutet [internet]. Herpes simplex – Smittskyddsinstitutet [uppdaterad 2008 dec 10; citerad 2009 dec 02]. Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/herpes-simplex> .
37. Smittskyddsinstitutet [internet]. Syfilis – Smittskyddsinstitutet [uppdaterad 2008 dec 12; citerad 2009 dec 02]. Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/syfilis/> .
38. Vårdguiden [internet]. Candidainfektion (candida albicans) [uppdaterad 2009 jun 23; citerad 2009 dec 01]. Tillgänglig från: <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Candidainfektion/> .

Bilaga 1

Vad vet man som ung om klamydia?

1. Kryssa för det du är: Tjej

Kille

2. Vilket år är du född? 19.....

3. Vad tror du att klamydia är?

.....
.....

4. Hur tror du att klamydia smittar?

.....
.....

5. Hur tror du att man kan märka om man har klamydia?

.....
.....

6. Hur tror du att man kan få veta om man har klamydia?

.....
.....

7. Tror du att man kan se på någon att den har klamydia?

Ja

Nej

8. Hur tror du att man kan skydda sig mot klamydia?

.....
.....

9. Vilka följder tror du att klamydia kan medföra i framtiden för en person som smittats?

.....
.....

10. I Sverige, hur stor andel av dem som smittas av klamydia tror du är mellan 15 och 29 år?

Ringa in det alternativ som du tror stämmer!

Ca 2/10 fall

Ca 5/10 fall

Ca 9/10 fall

Ca 10/10 fall

11. Om du skulle ha oskyddat samlag, skulle du då oroa dig för något?

Ja Nej

12. Om du svarade ja på förra frågan, vad är det som du skulle oroa dig för?

Om det är flera saker, rangordna dina svar och börja med det som du skulle oroa dig för mest!

.....
.....

13. Hur mycket information har du fått från dessa alternativ?

Kryssa i den ruta du tycker passar bäst.

	Mycket	Ganska mycket	Ganska lite	Lite	Ingen alls	Vet ej
Skolan/lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böcker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnmorska på ungdomsmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolsköterskan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hälso- och sjukvårdspersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan källa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du fyllde i "annan källa" ovan, vad är det för källa?

.....

14. Om du fått någon information och kunskap från internet, vilka sidor har du då tittat på?

www.UMO.se

www.rfsu.se

www.klamydia.se

Andra sidor

15. Jag skulle vilja få mer information och kunskap om klamydia!

Kryssa i det påstående som stämmer bäst in på dig!

- Håller med helt
- Håller med delvis
- Håller inte med
- Håller inte alls med

16. Om du skulle vilja få mer information om klamydia, varifrån skulle du då vilja att den kom?

Kryssa i den ruta du tycker passar bäst.

	Mycket	Ganska mycket	Ganska lite	Lite	Ingen alls	Vet ej
Skolan/lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böcker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnmorska på ungdomsmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolsköterskan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hälso- och sjukvårdspersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan källa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du fyllde i "annan källa" ovan, vad är det för källa?

.....

Stort tack för din medverkan!



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Sahlgrenska akademien

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Vad vet man som ung om klamydia?

- en magisteruppsats på barnmorskeprogrammet vid Göteborgs universitet

Information till rektor

Studiens bakgrund och syfte

Klamydia är en sexuellt överförbar infektion som fram till 2007 ökade mycket i Sverige, framförallt bland ungdomar 15-29 år. År 2008 upptäcktes 42 000 nya fall i Sveriges befolkning, vilket var en minskning med 5000 fall sedan föregående år. Dock är klamydia fortfarande ett hot mot ungdomars hälsa, då trenden över flera år fortfarande är stigande. Klamydia är klassificerad som en allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddsinstitutet och råder därför under smittskyddslagen.

Syftet med föreliggande studie är att kartlägga kunskapsläget om klamydia hos niondeklassare i Sverige samt varifrån de har fått sin information och kunskap.

Att undersöka kunskapsläget är viktigt för att kunna tillgodose ungdomarnas behov. Genom att göra studien i en niondeklass kan ungdomar nås som befinner sig i ett tidigt stadium av exponeringstiden för sexuellt överförbara infektioner.

Studiens genomförande

Två klasser i årskurs nio kommer att tillfrågas om att fylla i en enkät som handlar om klamydia, se den bifogade bilagan. Eleverna kommer att informeras om att deltagandet är frivilligt och anonymt. Enkäten tar ca 10 minuter att fylla i. När enkäten är ifylld kommer varje elev att få lägga sin enkät i ett separat kuvert, som sedan läggs i en låda.

Enkäterna kommer att kodas och analyseras och enkätens utformning kommer att utvärderas. Resultatet kommer att presenteras i rapportform vid Göteborgs universitet i januari 2010 och utgöra grund för ett eventuellt fortsatt forskningsarbete. Studien kommer att finnas tillgänglig på www.gupea.se efter det att den avslutats.

Risker och fördelar med studien

Det finns en risk för att enkätfrågorna kan väcka oro hos eleverna, och att frågor som väcks känns svåra för dem att ställa till någon. Därför kommer eleverna att få ett papper med de rätta svaren på de frågor som har ställts, där det finns ett rätt svar. På pappret kommer också att finnas förslag på internetsidor där de kan hitta mer information om klamydia och andra sexuellt överförbara infektioner.

En fördel med att svara på enkätfrågorna är att det finns en chans att frågorna väcker tankar och nyfikenhet, och att eleverna då självmant inhämtar mer kunskap om klamydia och andra sexuellt överförbara infektioner. Detta skulle kunna leda till ett risktänkande som i förlängningen är bra för deras sexuella och reproduktiva hälsa.

Vid frågor om studien var vänliga att kontakta nedanstående ansvariga för studien

Josefin Sutter, leg sjuksköterska och barnmorskestudent
Tfn: 070-492 29 45, email: suttris@hotmail.com

Anna Björkeroth, leg sjuksköterska och barnmorskestudent
Tfn: 070-289 46 58, email: annabjorkeroth@hotmail.com

Handledare

Tone Ahlberg, barnmorska och univ.lektor

Tfn: 031 786 6053, email: tone.ahlborg@fhs.gu.se

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg

Bilaga 3



GÖTEBORGS UNIVERSITET
Sahlgrenska akademien
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Vad vet man som ung om klamydia?

Syftet med denna studie är att försöka ta reda på vad man som är ung vet om klamydia. Vi är två barnmorskestudenter som gör denna studie. Resultatet kommer att presenteras i en rapport vid Göteborgs universitet och kommer att läsas av andra barnmorskestudenter.

Deltagandet är förstås helt frivilligt och ingen kommer att få reda på vad du som svarat på enkäten har skrivit, alltså svarar du helt anonymt. Det kommer att ta ca 20 minuter att fylla i enkäten.

När man svarat färdigt på enkäten stoppas den i kuvertet och lämnas direkt till oss.

Vänliga hälsningar

Anna Björkeroth

Leg sjuksköterska, barnmorskestudent

070-289 46 58

annabjorkeroth@hotmail.com

Josefin Sutter

Leg sjuksköterska, barnmorskestudent

070-492 29 45

suttris@hotmail.com

Bilaga 4

Svar till enkäten – Vad vet man som ung om klamydia?

Vad är klamydia?

Klamydia är en könssjukdom, dvs en STI (sexually transmitted infection).

Hur smittas klamydia?

Det vanligaste sättet att bli smittad är genom samlag utan kondom, då slemhinnorna kommer i kontakt med varandra. Det gäller även vid anala samlag och munsex. Bakterien lever bara inuti levande celler och smittas därför inte genom handslag, bastubänk, kläder, handdukar eller toaletter. Vid förlossning kan barnet smittas av mamman.

Hur kan man märka om man har klamydia?

Oftast märker man ingenting om man har klamydia, den är då så kallat asymtomatisk. Även om man inte märker av att man har klamydia kan man föra smittan vidare. Om man märker något, så är det ca 1-3 veckor efter att man blivit smittad. Då är det vanligt med flytningar och sveda när man kissar. Kvinnor kan få blödningar. Bakterier kan också ligga vilande långa tider och sedan plötsligt ge besvär eller leda direkt till komplikationer.

Hur kan man få veta om man har klamydia?

Enda säkra sättet att få veta om man har klamydia eller andra könssjukdomar (STI) är att testa sig. Det kan man göra på en ungdomsmottagning, gynnottagning eller en mödravårdscentral/barnmorskemottagning (MVC/BMM) eller på könsmottagningen på Sahlgrenska sjukhuset. Ett nytt sätt att testa sig är att gå in på internetsidan www.klamydia.se och gratis beställa hem ett provrör som man sedan kissar i och skickar in.

Kan man se på någon att den har klamydia?

Man kan inte se på någon om den har klamydia.

Hur kan man skydda sig mot klamydia?

Att använda kondom när man har samlag (analt, oralt och vaginalt) är det enda sättet att skydda sig mot klamydia.

Vilka följder kan klamydia medföra i framtiden för en person som smittats?

Obehandlad klamydiainfektion kan hos kvinnor ge äggledarinfektion som i sin tur kan leda till utomkvedshavandeskap eller framtida barnlöshet. Mannen kan få bitestikelinflammation, prostatainflammation, urinledarinflammation, samt troligen nedsatt fertilitet. Både man och kvinna kan få ögoninfektion och ledinflammation. En mamma med klamydia kan under förlossningen smitta sitt barn med klamydia och infektionen kan sätta sig i barnets ögon och lungor. Klamydia i lungorna hos ett spädbarn ökar risken för astma senare i livet.

I Sverige, hur stor andel av dem som smittas av klamydia är mellan 15 och 29 år?

Cirka 9/10, eller 90%, av dem som smittades av klamydia år 2008 var mellan 15 och 29 år.

Tips på sidor där du kan hitta mer information om klamydia och andra könssjukdomar (STI):

www.klamydia.se

www.UMO.se

www.rfsu.se

www.rfsl.se

www.smittskyddsinstitutet.se

Bilaga 5

Artikelsökning

Ett antal vetenskapliga artiklar har granskats för att se vad forskningen har visat hittills vad gäller kunskap om klamydia, attityder till klamydia samt sexuellt beteende och informationskällor till kunskap om klamydia. Först redovisas sökresultaten och urvalet av artiklar samt vilka metoder som använts i studierna. Därefter presenteras innehållet i valda artiklar under rubrikerna kunskap, attityd och sexuellt beteende.

Då artiklarna valdes ut användes sökorden:

1. "Chlamydia and knowledge". I Cinahl gav detta gav 24 träffar och fyra artiklar (21, 23, 24, 27) valdes ut efter genomgång av abstract. I Pubmed gav detta 37 träffar och två artiklar valdes ut (19, 20). Sökningarna utfördes 24/8 2009.
2. Chlamydia and information. I Cinahl gav detta gav 23 träffar och en artikel (28) valdes ut efter genomgång av abstract. Sökningen utfördes 31/8 2009.
3. Chlamydia and 15 years. I Cinahl gav detta två träffar och en artikel (29) valdes ut efter genomgång av abstract. Sökningen utfördes 31/8 2009.

De artiklar som valdes bort var antingen ej relevanta för syftet för denna studie eller var ej relevanta på grund av studiernas ålder.

I samband med sökningar i databasen Cinahl gjordes avgränsningarna: peer reviewed, research article, adolescents 13-18 years, abstract available. Vissa av sökningarna avgränsades med published 1999-2009 eller published jan 2005-aug 2009. Vid sökning i Pubmed gjordes avgränsningarna: published 1999-2009, fulltext link available, humans, adolescents 13-18 years, languages: English, Swedish, Danish, Norwegian.

Manuell sökning har även genomförts, det vill säga uppsökande av artiklar som refererats till i böcker eller andra artiklar. Detta gäller artiklarna 17, 25 och 26.

I elva studier (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28) användes enkäter för att samla in data. I fem studier (19, 20, 22, 24, 29) genomfördes intervjuer och i fyra studier (19, 20, 23, 29) följde man respondenterna longitudinellt. Två studier (23, 24) var gjorda med hjälp av sekundäranalys.

Majoriteten av de utvalda artiklarna, sju stycken, (17, 19, 20, 22, 25, 26, 30) kommer från Sverige. Tre artiklar (23, 24, 29) är från USA och från England (21), Turkiet (18) och Nya Zeeland (27) har en artikel från respektive land tagits med. Utländska artiklar inkluderades då utbudet på relevanta artiklar från Sverige inte var stort nog. Alla valda artiklar är publicerade mellan år 1996 och 2009.