

Sociokulturni i psihosocijalni aspekti rizičnoga seksualnog ponašanja

Socio-Cultural and Psychosocial Dimensions of Sexual Risk Taking

Aleksandar Štulhofer

Katedra za seksologiju

Odsjek za sociologiju

Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

10000 Zagreb, I. Lučića 3

Sažetak Premda je pojam seksualnih rizika šireg sadržaja, pod njim se uvriježeno misli na rizik od zaraze spolno prenosivim infekcijama (SPI), uključujući i HIV. Počevši od adolescencije, SPI su ozbiljan problem za reproduktivno i seksualno zdravlje žena i muškaraca. Dok psihosocijalna dimenzija seksualnih rizika govori o utjecaju individualnih obilježja i interpersonalne dinamike na donošenje odgovornih seksualnih odluka, sociokulturna dimenzija upućuje na važnost društvene slojevitosti te dominantnih ideoloških i moralnih očekivanja, koji mogu povećati ili smanjiti ranjivost određenih skupina. Sveobuhvatna i djelotvorna zaštita reproduktivnog i seksualnog zdravlja, odnosno prevencija rizika od infekcije SPI, podrazumijevaju poznavanje medicinskih i nemedicinskih aspekata rizičnog ponašanja, jasno razgraničenje između znanstvenih činjenica i moralističkih imperativa te interdisciplinarno oblikovanu prevenciju, koja uključuje i sustavnu seksualnu edukaciju.

Gljučne riječi: rizično seksualno ponašanje, spolno prenosive infekcije, modeli odlučivanja, kondom, moralna uvjerenja, seksualna edukacija

Summary Although the notion of sexual risk taking encompasses a number of potential problems related to human sexuality, it is most often used to describe the risks associated with acquiring sexually transmitted infections (STIs), including HIV. It has been well established that STIs often have negative consequences for reproductive and sexual health in both women and men from adolescence onward. An understanding of non-medical aspects of sexual risk taking is of crucial importance for the efficient prevention of STIs. The psychosocial dimension of sexual risks describes the individual and peer-based characteristics that influence sexual decision making and the probability of becoming infected with an STI. The socio-cultural dimension points to the existence of various ideological and moral expectations in a given society, which may increase or decrease vulnerability to sexual risk among different social groups or populations. Efficient prevention of STIs requires (a) knowledge of the medical aspects and a thorough understanding of non-medical aspects of sexual risks, (b) distinguishing between scientific facts and moralistic/ideological claims, and (c) interdisciplinary prevention programs, including the introduction of comprehensive sex education.

Key words: sexual risk taking, sexually transmitted infections, sexual decision-making models, condom use, moral beliefs, sex education

Spolno prenosive infekcije (SPI) u porastu su, poglavito kada je riječ o tzv. novim SPI, poput klamidije ili humanih papilomavirusa (1-5). Premda nedostaju usporedivi podatci, postoje naznake da bi i u Hrvatskoj mogla biti slična situacija (6). Razlozi u pozadini porasta rizika od zaraze SPI dijelom su demografski (kasnije stupanje u bračnu zajednicu), a dijelom kulturološki (7). Ovi potonji odnose se na promijenjen odnos prema predbračnoj seksualnosti (uključujući

tu i seksualnost adolescenata), ali i na manju postojanost romantičnih/intimnih veza. Širenje seksualne permisivnosti, usko povezane s razvojem kulture individualizma (8), rezultiralo je tzv. serijskom monogamijom kao dominantnim obrascem seksualne aktivnosti u razvijenim zemljama, a sve češće i u zemljama u razvoju. Imajući u vidu nesustavnu uporabu zaštite, veći broj seksualnih partnera povećava rizik od SPI.

Rizično seksualno ponašanje: definicija i mjerenje

Sintagma seksualni rizici odnosi se na niz mogućih negativnih iskustava vezanih uz seksualne kontakte. Među seksualne rizike tako najčešće ubrajamo neželjenu trudnoću i zarazu spolno prenosivim infekcijama (SPI), a nerijetko i seksualno nasilje (viktimizacija). U ovome radu termini seksualni rizik i rizično seksualno ponašanje (ono koje povećava vjerojatnost negativnog ishoda) rabe se isključivo kao oznake vjerojatnosti SPI.

U istraživanjima seksualnog ponašanja mjerenje rizičnoga seksualnog ponašanja najčešće uključuje nekoliko standardnih indikatora, kao što su uporaba kondoma pri posljednjem seksualnom odnosu, konzistentna uporaba kondoma s određenim tipom partnera (najčešće u posljednjih mjesec dana) te broj seksualnih partnera (ukupno i/ili u posljednjih 12 mjeseci) (9). U posljednjih dvadesetak godina valjanost i pouzdanost tih standardnih indikatora je značajno unaprijeđena (10, 11), poglavito specificiranjem:

- aktivnosti koju ispituju ("seks", primjerice, može imati različita značenja, za razliku od "seksualnog odnosa ili snošaja"),
- vremenskog okvira u kojem se određena aktivnost ispituje (što smanjuje efekt zaborava) te
- naravi odnosa sa seksualnim partnerom (razlikovanje između stalnog partnera, slučajnog partnera ili klijenta) (12).

Najčešći je vremenski okvir, osobito kada je riječ o indikatoru konzistentne uporabe kondoma ("Jeste li rabili kondom pri svakom...?"), posljednjih mjesec dana – osobito kada se istražuje mlađa ili seksualno iznimno aktivna populacija (primjerice, seksualne radnice). Najprecizniji indikator rizičnoga seksualnog ponašanja i dalje je pitanje o uporabi kondoma pri posljednjem penetrativnom seksualnom kontaktu, pod uvjetom da je precizirana seksualna aktivnost na koju se odnosi (snošaj, oralni ili analni seks) i priroda odnosa među seksualnim partnerima (klijent, slučajni ili stalni partner/-ica).

Rjeđe se rabe tzv. kompozitni indikatori seksualne rizičnosti, koji obuhvaćaju različite, no međusobno povezane rizične aktivnosti poput konzumacije droge i/ili alkohola neposredno prije seksualnog kontakta, neuporabe kondoma, rane seksualne inicijacije i sličnih aktivnosti (13-15). Većina kompozitnih indikatora ne uključuje specifično otežavanje (ponderiranje) pojedinih čestica s obzirom na njihov prinos ukupnoj razini rizika, što dovodi u pitanje korisnost tih indikatora. Premda rizično seksualno ponašanje konceptualiziraju obuhvatnije nego što je to slučaj s primjenom standardnih indikatora, jednak tretman različitih izvora rizika od zaraze SPI može imati za posljedicu ili preniku ili pak previsoku procjenu izloženosti. Dodatna teškoća s uporabom kompozitnih indikatora jest njihova nestandardiziranost i, time, neusporedivost.

Razmjerno novi pristup mjerenju seksualnih rizika predstavlja analiza *seksualnih mreža*, odnosno sustavno evidentiranje seksualnih kontakata unutar specifične (neri-

jetko heterogene) društvene mreže. Premda tek u razvoju, analiza seksualnih mreža, poput one koja obilježava određenu školu ili supkulturnu skupinu sadržava potencijal novih uvida u specifične mehanizme širenja SPI (16-18).

Psihosocijalni aspekti rizičnoga seksualnog ponašanja

Seksualni rizici nisu neovisni o psihičkoj strukturi i iskustvima pojedinaca (19). Rizično je seksualno ponašanje do sada povezano s nizom individualnih obilježja i dimenzija, od kojih su najbolje istraženi opća sklonost rizičnim aktivnostima (*sensation seeking*) (20, 21), nisko samopoštovanje i osjećaj nedostatka kontrole nad vlastitim životom (22, 23), izloženost seksualnom nasilju, osobito u djetinjstvu (24-28), te poremećaji raspoloženja (29). Potvrđena je i veza s uporabom alkohola i narkotika, odnosno povezanost između reduciranoga kognitivnog funkcioniranja (smanjena sposobnost donošenja odgovornih odluka) i povećane izloženosti seksualnim rizicima (30-32).

U razvojnom smislu rizično seksualno ponašanje razmjerno je uobičajeno obilježje adolescentske seksualnosti (33). Razlozi se kriju u nizu psiholoških osobitosti adolescencije (34), od kojih su među najizraženijima iluzija neranjivosti, slabo razvijene komunikacijske vještine i manjkava informiranost o postojećim rizicima te načinima zaštite (33, 35). Prisutnost je sustavne seksualne edukacije u osnovnim i srednjim školama stoga iznimno važna dimenzija smanjivanja, odnosno prevencije seksualnih rizika (36, 37). Dosadašnje evaluacije programa seksualne edukacije nisu potvrdile izravan utjecaj seksualne informiranosti na odgovorno seksualno ponašanje, ali su upozorile na pozitivni utjecaj promjene stavova, usvajanja komunikacijskih vještina i sposobnosti uporabe zaštite (36, 38, 39). Prema dosadašnjim saznanjima, programi temeljeni na seksualnoj apstinenciji nisu uspješni u prevenciji, a ni redukciji seksualnih rizika (40).

Kao što je već rečeno, prihvaćanje određenih vrijednosti i stavova može utjecati na razinu rizičnoga seksualnog ponašanja. Tako su, primjerice, pozitivni stavovi prema uporabi kondoma značajan prediktor uporabe kondoma (41). Religijske vrijednosti i uvjerenja mogu odgoditi ulazak u seksualne odnose i time, barem privremeno, smanjiti seksualne rizike (42-44). S druge strane, striktno prihvaćanje religijskih zabrana vezanih uz uporabu kondoma može, jednom kada seksualna aktivnost otpočne, imati za posljedicu povećanu izloženost riziku (41).

Utjecaj životne faze, odnosno novih životnih okolnosti, na seksualne rizike još uvijek je prilično neistražen. Ovo se osobito odnosi na moguću povećanu ranjivost tek rastavljenih muškaraca i žena koji se, nakon višegodišnjeg braka, ponovno pojavljuju na "seksualnom tržištu". Epidemiološka je zanimljivost rastavljenih u tome što ih u pravilu obilježava navika neuporabe kondoma i zapuštena vještina dogovaranja o uporabi zaštite.

U teorijskom smislu, razumijevanje rizičnoga seksualnog ponašanja uglavnom se veže uz model racionalnog odlučivanja (45-48). Velika većina do sada razvijenih eksplana-

tornih modela – poput Teorije razložne akcije, Modela smanjivanja rizika, Modela zdravstvenih uvjerenja, Teorije planiranog ponašanja i Modela informacije-motivacija-bihevioralne vještine – temelji se na individualiziranom procesu donošenja odluka, pri čemu se zanemaruje interpersonalna dinamika (odnos među partnerima), ali i širi sociokulturni kontekst seksualnih odluka (47). Naizgled iracionalno ponašanje, kao što je nezaštićeni odnos s nepoznatim partnerom, može imati vrlo jasnu simboličku funkciju (signaliziranje povjerenja) ili pak zrcaliti interiorizirane predrasude i potrebu za održanjem društvene reputacije (“Uporabu kondoma predlažu samo promiskuitetne osobe”).

Nastojeći objasniti rizično seksualno ponašanje, većina eksplanatornih modela naglašava važnost:

- a) osobne procjene rizika od zaraze,
- b) procjene efikasnosti zaštite (primjerice, koliko je pouzdana zaštita koju kondom pruža od zaraze HPV-om),
- c) samoprocjene uspješnosti uporabe zaštite (“Hoću li uspjeti nagovoriti partnera na uporabu kondoma?”; “Hoće li uporaba kondoma dovesti do gubitka erekcije?”) te
- d) procjene relevantnih društvenih normi (stav prijatelja o uporabi kondoma).

Premda su postojeći modeli pribavili određenu empirijsku potporu (45, 46), činjenica je da utjecaj specifičnosti odnosa među partnerima – od emocionalne dinamike do razlika u moći – ostaje izvan njihova dometa. Također, navedeni modeli zanemaruju mogućnost da je odgovorno ponašanje, barem u određenom broju slučajeva, prije navika nego rezultat pregovaranja ili ishod procesa odlučivanja. Premda tu hipotezu tek treba empirijski potvrditi, nekoliko je istraživanja upozorilo na statistički značajnu povezanost između uporabe kondoma pri prvom i posljednjem seksualnom odnosu (49, 50).

Sociokulturni aspekti rizičnoga seksualnog ponašanja

Konceptualizacija seksualnih rizika oduvijek je bila usko povezana s društvenom regulacijom seksualnosti, odnosno dominantnim predodžbama o prihvatljivom i neprihvatljivom seksualnom ponašanju. Masturbacija se tako, zahvaljujući primarno medicinskim traktatima, smatrala golemim zdravstvenim rizikom, poglavito tijekom 19. stoljeća. Noviji je primjer društvenog definiranja rizičnog seksualnog ponašanja termin “promiskuitetno ponašanje”, koji je sve donedavno bio dijelom domaćih HIV-statistika. Moralistički, a ne znanstveni razlozi za uporabu te sintagme razvidni su u nepostojanju kriterija za razlikovanje promiskuitetnog ponašanja od onoga koje to nije. Bi li oznaku promiskuitetnosti valjalo pripisati svakoj osobi koja je u određenom razdoblju (ili ikada?) imala više od jednog seksualnog partnera/-ice? Ili pak svima koji su imali više seksualnih partnera od osobe koja vrši tu arbitrarnu procjenu?

Gornji primjeri pokazuju kako analizu rizičnoga seksualnog ponašanja nije uvijek lako odvojiti od uvriježenih predodžbi, moralnih sudova, pseudoznanstvenih tvrdnji ili pukih predrasuda. Rečeno se dijelom iskazuje i u kliničkoj praksi. Medicinsko osoblje, primjerice, nerijetko pretpostavlja da su svi klijenti koji dolaze na pretrage vezane uz seksualno i reproduktivno zdravlje heteroseksualne osobe. Takva očekivanja mogu imati negativan efekt na komunikaciju s pacijentom i onemogućiti prenošenje preventivskih poruka. Vjerojatno najčešći problem u tom kontekstu jest ipak općeniti zazor koji postoji prema profesionalnom razgovoru s pacijentima o njihovu seksualnom životu. Kao što neki nalazi sugeriraju, uzrok tomu treba tražiti u nedostatku adekvatne edukacije, prije nego u vremenskim ograničenjima (51).

Društvena okolina može utjecati na razinu seksualnih rizika na nekoliko načina. Prvi od njih se iskazuje u utjecaju rodni stereotipa i tzv. *dvostrukoga seksualnog standarda* koji propisuje različita seksualna prava i uloge muškarcima i ženama, potičući time nejednaku raspodjelu moći pri donošenju seksualnih odluka. Društveno očekivana (i time nametnuta) pasivnost žena, u mnogim kulturama ima za posljedicu povećanu ranjivost na HIV i ostale SPI (52). Pritom ne treba zanemariti ni ulogu masovnih medija (53) koji često perpetuiraju ideologiju dvostrukog standarda, ali i promoviraju hiperseksualizirani privid stvarnosti u kojoj se važnost seksualne odgovornosti sustavno ignorira.

Druga vrsta utjecaja je strukturne naravi i odnosi se na društvene nejednakosti (54). Klasna obilježja, nerijetko usko povezana s rasnim ili etničkim statusom, mogu značajno utjecati na rizično seksualno ponašanje (55, 56), ponajprije zbog siromaštva i neobrazovanosti. Loši životni uvjeti potiču izravnu ili neizravnu komercijalizaciju seksualnih aktivnosti (i s time povezane rizike), kao i sustavno zanemarivanje seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Oskudica i nedostatak obrazovanja nisu samo obilježja životne sredine već i čimbenici koji određuju obiteljsku i vršnjačku socijalizaciju. Imajući u vidu potrebu za pripadanjem i prihvaćenošću među mladima, seksualno ponašanje u vršnjačkoj skupini često presudno utječe na izloženost seksualnim rizicima (57, 58).

Religioznost, kao obilježje vršnjačke skupine i dimenzija obiteljskog odgoja, može također utjecati na seksualno ponašanje, osobito među adolescentima. Istraživanja upućuju na činjenicu da odgoj u religijskom duhu – i, osobito, okruženost religioznim prijateljima – može odgoditi ulazak u seksualne odnose (42, 43, 59). Religioznost bi mogla utjecati i na broj seksualnih partnera, no jednako tako i na manju sklonost uporabi kondoma (41), bilo zbog nepripremljenosti, odnosno izostanka planiranja seksualnih aktivnosti, ili negativnog odnosa crkvenih autoriteta prema njihovoj uporabi.

Na kraju ovoga odjeljka valja spomenuti i globalne trendove vezane uz rizično seksualno ponašanje. U posljednjih tridesetak godina zabilježeno je smanjivanje dobi pri prvom odnosu, no, protivno uobičajenim predodžbama, taj je trend ili slabo izražen – kao u slučaju Hrvatske (60, 61) – ili nekonzistentan (62, 63). Kada je riječ o broju seksualnih

partnera, longitudinalnih je podataka malo, no oni uglavnom govore o određenom porastu (60, 64). S druge strane, kontinuirani je porast uporabe kondoma, potenciran otkrićem HIV-a/AIDS-a, dobro dokumentiran (62-65). Nastavljanje tog pozitivnog trenda, zabilježenog i u Hrvatskoj (61), posljedica je bolje informiranosti o rizicima od zaraze SPI i s time povezane promjene društvenog stava spram uporabe kondoma.

Kontroverzni karakter prevencije spolno prenosivih infekcija u Hrvatskoj?

Kao što je poznato, u Hrvatskoj ne postoji sustavna seksualna edukacija (66). Premda se već početkom 1970-ih planirala uvesti u škole, seksualna edukacija nije zaživjela do danas. Trenutačno su u procesu evaluacije dva programa Zdravstvenog odgoja koji uključuju i modul posvećen seksualnosti. Jedan od njih slijedi načelo pripremanja i poticanja za donošenje odgovornih seksualnih odluka, dok drugi zagovara apstinencijski pristup. (Prema nalazima jedinoga nacionalnog istraživanja o seksualnosti mladih u Hrvatskoj, provedenog 2005. godine (61), više od 80 posto mladih u dobi između 18 i 24 godine imalo je iskustvo seksualnog odnosa.) Već je sada poznato da će satnica predviđena za izvođenje Zdravstvenog odgoja u osnovnim i srednjim školama ograničiti vrijeme za raspravu tema o ljudskoj seksualnosti na prosječno 1-2 školska sata na godinu. Prema postojećim uvidima, takva satnica ne omogućava djelotvornu prevenciju seksualnih rizika.

Dodatna društvena teškoća u prevenciji seksualnih rizika jest i negativan stav Katoličke crkve prema uporabi kondoma. U posljednjih desetak godina Hrvatska biskupska konferencija i Hrvatsko katoličko liječničko društvo u nekoliko su navrata istaknuli tvrdnje koje su u suprotnosti sa stavovima i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije.

Premda su tijekom posljednjih godina u Hrvatskoj izrađeni prevencijski materijali namijenjeni skupinama izloženim povišenom riziku od zaraze HIV-om i SPI, kao što su radnici migranti (67), seksualne/i radnice/i, kao i muškarci koji imaju seksualne kontakte s muškarcima, prevencija je seksualnih rizika u općoj populaciji i dalje potpuno zanemarena.

Istraživački i edukacijski imperativi

U Hrvatskoj postoji razmjerno malo kvalitetnih istraživačkih studija o rizičnom seksualnom ponašanju (68). Za razliku od Slovenije (69), u nas još nije provedeno nacionalno istraživanje obrazaca seksualnog ponašanja i prisutnosti SPI u općoj populaciji, premda je prvo seksološko istraživanje u Hrvatskoj provedeno prije više od trideset godina (70). Nedostatak empirijskih uvida je osobito problematičan u situaciji u kojoj se obveza prijavljivanja novih slučajeva SPI poštuje tek sporadično. Kada je riječ o osobito ranjivim skupinama, nedavno je provedena prva biobehavioralna studija među muškarcima koji imaju seksualne odnose s osobama istoga spola (71). Na žalost, slična studija koja bi uključila seksualne radnice/ke nije u planu. Izrazita je i potreba za manjim, poglavito kvalitativnim, studijama koje bi se usmjerile na specifične fenomene, kao što su zapreke uporabi kondoma među seksualno aktivnim adolescentima ili specifičnosti percepcije rizika i donošenja odgovornih odluka među osobama s natprosječnim brojem seksualnih partnera.

Kada je riječ o edukacijskim programima, u Hrvatskoj je prisutan samo jedan evaluirani program prevencije seksualnih rizika (MemoAIDS), koji je usmjeren na prevenciju HIV-a putem vršnjačke edukacije (72). Program već niz godina ima preporuku nadležnog ministarstva za izvođenje u srednjim školama. Od osobite je važnosti što skorija izrada, primjena i evaluacija prevencijskih programa namijenjenih općoj populaciji, ali i skupinama pod povećanim seksualnim rizicima.

Zaključak

Kao i u nizu drugih zemalja, porast rizika od zaraze SPI po svemu je sudeći prisutan i u Hrvatskoj. Za njegovu djelotvornu prevenciju trenutačno nedostaje nekoliko ključnih elemenata: sustavna seksualna edukacija u školama, opsežnija i kvalitetnija istraživačka produkcija te sustavno kliničko praćenje. Dodatne prepreke na putu uspješne prevencije seksualnih rizika u nas su i slabo razvijena interdisciplinarna suradnja, nedostatak iskustva u izradi i evaluaciji prevencijskih programa te određeni ideološki otpori znanstveno utemeljenoj prevenciji seksualnih rizika.

Literatura

1. BROWN AE, SADLER KE, TOMKINS SE i sur. Recent trends in HIV and other STIs in the United Kingdom: Data to the end of 2002. *Sexually Transmitted Infections* 2004; 80: 159-66.
2. WEINSTOCK H, BERMAN S, CATES W. Sexually transmitted diseases among American youth: Incidence and prevalence estimates. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health* 2000. 2004;36:6-10.
3. SYLVAN S, CHRISTENSON B. Increase in Chlamydia trachomatis Infection in Sweden: Time for New Strategies. *Archives of Sexual Behavior* 2008;37 (3):362-4.
4. FENTON K, KOROVESIS C, JOHNSON AM i sur. Sexual behaviour in Britain: reported sexually transmitted infections and prevalent Chlamydia trachomatis infection. *Lancet* 2001;358:1851-4.
5. PANCHAUD C, SINGH S, FEIVELSON D, DARROCH JE, Sexually Transmitted Diseases among Adolescents in Developed Countries. *Family Planning Perspectives*, 2000;32 (1):24-32.
6. MARIJAN T, VRANEŠ J, MLINARIĆ-DŽEPINA A, LESKOVAR V, KNEŽEVIĆ J, KVATERNIK M. Genital Human Papillomavirus Infection in Women from the Zagreb Region. *Collegium Antropologicum* 2007;31(2): 83-7.
7. HALMAN L. Is there a moral decline? A crossnational inquiry into morality in contemporary society. *International Social Science Journal* 1995;145:419-39.
8. SCOTT J. Changing attitudes to sexual morality: A cross-national comparison. *Sociology* 1998;32 (4):815-45.
9. SLAYMAKER E. A critique of international indicators of sexual risk behaviour. *Sex Transm Inf* 2006;80:13-21.
10. GRAHAM CA, CROSBY RA, SANDERS SA, YARBER WL. Assessment of condom use in men and women. *Annual Review of Sex Research* 2005;16:20-52.
11. NOAR SM, COLE C, CARLYLE K. Condom use measures in 56 studies of sexual risk behavior: review and recommendations. *Archives of Sexual Behavior* 2006; 35(3):327-45.
12. MACALUSO M, DEMAND MJ, ARTZ LM, HOOK EW III. Partner type and condom use. *AIDS* 2000; 14(5):537-46.
13. ŠTULHOFER A, JUREŠA V, MAMULA M. Problematični uži-ci: rizično seksualno ponašanje u kasnoj adolescenciji. *Društvena istraživanja* 2001;9: 867-93.
14. ŠTULHOFER A, GRAHAM C, BOŽIČEVIĆ I, KUFRIN, K AJDU-KOVIĆ D. (2008). An assessment of HIV/STI vulnerability and related sexual risk-taking in a nationally representative sample of young Croatian Adults. *Archives of Sexual Behavior*, DOI: 10.1007/s10508-007-9234-8.
15. BEADNELL B, MORRISON DM, WILSDON A i sur. Condom use, frequency of sex, and number of partners: Multidimensional characterization of adolescent sexual risk-taking. *Journal of Sex Research* 2005;42: 192-202.
16. LAUMANN E, GAGNON J, MICHAEL RT, MICHAELS S. *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. 1. izd. Chicago: University of Chicago Press; 1994
17. ARAL SO. Sexual network patterns as determinants of STD rates: Paradigm shift in the behavioural epidemiology of STD made visible. *Sexually Transmitted Disease* 1999;26:262-4.
18. FREDRIK L, EDLING CR, NUNES AMARAL LA, STANLEY HE, ABERG Y. The web of human sexual contacts. *Nature*; 411; 907-8.
19. HOYLE RH, FEJFAR MC, MILLER JD. Personality and sexual risk taking: A quantitative study. *Journal of Personality* 2000;68, 1203-31.
20. ZUCKERMAN M. *Behavioural expressions and biosocial bases of sensation seeking*. 1. izd. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
21. KRAFT PJ. RISE The Relationship between Sensation Seeking and Smoking, Alcohol Consumption and Sexual Behavior among Norwegian Adolescents. *Health Education Research* 1994;9:193-200.
22. BODEN JM., HORWOOD LJ. Self-esteem, risky sexual behavior, and pregnancy in a New Zealand birth cohort. *Archives of Sexual Behavior*, 2006;35: 549-60.
23. STERK CR, KLEIN H, ELIFSON KW. Self-esteem and "at risk" women: Determinants and relevance to sexual and HIV-related risk behaviors. *Women and Health* 2004;40:75-92.
24. BRADY SS, DONENBERG GR, Mechanisms linking violence exposure to health risk behavior in adolescence: Motivation to cope and sensation seeking. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006;45:673-80.
25. BROWNING CR, LAUMANN EO. Sexual contact between children and adults: A life course perspective. *American Sociological Review*, 1997;62:540-60.
26. MILLER M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care* 1999;11: 3-20.
27. SAEWYC EM, MAGEE LL, PETTINGELL SE. Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2004;36:98-105.
28. HAMBURGER ME, MOORE J, KOENIG LJ i sur. Persistence of inconsistent condom use: Relation to abuse history and HIV serostatus. *AIDS and Behavior* 2004;8, 333-44.
29. BANCROFT J, JANSSEN E, CARNES L, GOODRICH D, STRONG D, LONG JS. Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: The relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Journal of Sex Research*, 2004;41:181-92.
30. STATON M, LEUKEFELD C, LOGAN K i sur. Risky sex behavior and substance use among young adults. *Health & Social Work* 1999;24: 147-55.
31. LA BRIC J, EARLEYWINE M, SCHIFFMAN J, PEDERSEN E, & MARRIOT C. Effects of alcohol, expectancies, and partner type in condom use in college males: Event-level analyses. *Journal of Sex Research* 2005;42:259-66.
32. WEINHARDT LS, CAREY MP. Does alcohol lead to sexual risk behavior? Findings from event-level research. *Annual Review of Sex Research* 2000;11:125-57.
33. ŠTULHOFER A. Terra incognita? Adolescentska spolnost i rizično ponašanje. *Društvena istraživanja* 1999;8(2-3):267-85.
34. GRUBER J, BROOKS-GUNN JB. GALEN BR. *Between and Beyond: Sexuality in the Context of Adolescent Transition*, U: R. Jessor (ur.) *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. 1. izd. Cambridge: Cambridge University Press; 1998

35. HATHERALL B, STONE N, INGHAM R, MCEACHRAN J. The choreography of condom use: How, not just if, young people use condoms. Southampton: University of Southampton, 2005; www.socstats.soton.ad.uk/cshr/, pristupio 24. srpnja, 2006.
36. GRUNSEIT A, KIPPAX S. Sexuality education and young people's sexual behavior: A review of studies. *Journal of Adolescent Research* 1997;12(4):421-54.
37. KIRBY D. Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *Journal of School Health* 1999; 69(3):89-95.
38. KIRBY D. No Easy Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. Washington: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. 1997; <http://www.popline.org/docs/1579/171995.html>, pristupio 24. Srpnja, 2006
39. KIRBY D. School-Based Programs to Reduce Sexual Risk-Taking Behaviors. *Journal of School Health*, 1992;62 (7):280-7.
40. SANTELLI J, OTT M A, LYON M, ROGERS J, SUMMERS D, SCHLEIFER R. Abstinence and abstinence-only education: A review of U. S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health* 2006;38:72-81.
41. SHEERAN P, ABRAHAM C, ORBELL S. Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 1999;125:90-132.
42. ROSTOSKY SS, WILCOX BL, CORNER WRIGHT ML, RANDALL BA. The impact of religiosity on adolescent sexual behavior: A review of evidence. *Journal of Adolescent Research* 2004;19 (6):677-97.
43. MEIER AM. Adolescents' transition to first intercourse, religiosity, and attitudes about sex. *Social Forces*, 2003;81:1031-52.
44. ROSTOSKY SS, REGNERUS MD, WRIGHT C, LAURIE M. Coital debut: The role of religiosity and sex attitudes in the Add Health Survey. *Journal of Sex Research*, 2003;40:358-67.
45. ALBARRACIN D, FISHBEIN M, JOHNSON BT, MUELLERLEILE PA. Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 2001;127:142-61.
46. FISHER WA, WILLIAMS SS, FISHER JD, MALLOY TE. Understanding AIDS risk behavior among sexually active urban adolescents: An empirical test of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *AIDS and Behavior* 1999;3:13-23.
47. KING R. (). Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us? Geneva: UNAIDS. 1999; http://www.who.int/hiv/strategic/surveillance/en/un aids_99_27.pdf, pristupio 25. srpnja 2009.
48. PRIŠLIN R, AJDUKOVIĆ D, AJDUKOVIĆ M. Strukturalni model za predviđanje promjena preventivnih ponašanja u svezi s AIDS-om. *Društvena istraživanja* 1999;8:153-73.
49. HIRŠL-HEČEJ V, ŠTULHOFER A. Urban adolescents and sexual risk taking. *Collegium Antropologicum* 2001; 25(1):195-212.
50. ŠTULHOFER A, GRAHAM C, BOŽIČEVIĆ I, KUFRIN K, AJDUKOVIĆ D. HIV/AIDS related knowledge, attitudes and sexual behaviors as predictors of condom use in a nationally representative sample of Croatian young adults 18-24. *International Family Planning Perspectives* 2007;33 (2):58-65.
51. TSIMTSIOU Z, HATZIMOURATIDIS K, NAKOPOULOU E, KYRANA E, SALPIGIDIS G, HATZICHRISTOU D. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *Journal of Sexual Medicine* 2006;3:583-8.
52. DOWSETT GW, AGGLETON P. ABEGA SC i sur. Changing gender relations among young people: The global challenge for HIV/AIDS prevention. *Critical Public Health*, 1998;8:291-309.
53. BROWN JD. Mass media influences on sexuality. *Journal of Sex Research*, 2001;39(1):42-5.
54. METZLER CW, NOELL J, BIGLAN A, ARY D, SMOLKOWSKI K. The social context for risky sexual behavior among adolescents. *Journal of Behavioral Medicine* 1994;17:419-38.
55. RANI M, LULE E. Exploring the socioeconomic dimension of adolescent reproductive health: A multicountry analysis. *International Family Planning Perspectives* 2004;30:110-7.
56. ROBINSON BE, SCHELTEMA K, CHERRY T. Risky sexual behavior in low-income African American women: The impact of sexual health variables. *Journal of Sex Research*, 2005;42:224-37.
57. SIEVING RE, EISENBERG ME, PETTINGELL S, SKAY C. Friends' influence on adolescents' first sexual intercourse. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006;36:13-9.
58. BEARMAN PS, BRUCKNER H. Power in numbers: Peer effects on adolescent girls' sexual debut and pregnancy. 1. izd. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1999.
59. REGNERUS M. Forbidden fruit: Sex and religion in the lives of American teenagers 1. izd. New York: Oxford University Press; 2007.
60. ŠTULHOFER A, DOKMANOVIĆ M, AJDUKOVIĆ D, BOŽIČEVIĆ I, KUFRIN K. Seksualnost mladih u Hrvatskoj: simboličke i bihevioralne promjene u razdoblju od 1972. do 2005 /Youth sexuality in Croatia: Symbolic and behavioral changes, 1972-2005/. *Pedagoškijska istraživanja* 2006; 2(2):327-42.
61. ŠTULHOFER A, AJDUKOVIĆ D, BOŽIČEVIĆ I, KUFRIN, K. HIV/AIDS i mladi – Hrvatska 2005 /HIV/AIDS and youth – Croatia 2005/. Zagreb: Ministry of Health and Social Care, 2006c.
62. SANTELLI JS, LINDBERG LD, ABMA J, SUCOFF McNEELY C, RESNICK M. Adolescent sexual behavior: Estimates and trends from four nationally representative surveys. *Family Planning Perspectives*, 2000;32 (4):156-65.
63. WELLINGS K, NANCHAHAL K, MACDOWALL W i sur. Sexual behaviour in Britain: Early heterosexual experience. *Lancet*, 2001;358:1843-50.
64. SANTELLI JS, MORROW B, ANDERSON JE, DUBERSTEIN LINDBERG L. Contraceptive use and pregnancy risk among U.S. high school students, 1991-2003. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006;38(2):106-11.
65. CATES W. The NIH condom report: The glass is 90% full. *Family Planning Perspectives*, 2001;33:231-3.
66. ŠTULHOFER A, HODŽIĆ A. Seksualna edukacija u školi - kakva je budućnost u Hrvatskoj? *Napredak* 2003;144:40-51.
67. ŠTULHOFER A. HIV related risks among Croatian migrant workers 2004-2006. *AIDS Care* 2008;20(3):361-9.
68. ŠTULHOFER A. Studien zum Sexualverhalten und ihr politischer Einfluss. Ein Überblick über die Sexualforschung in Kroatien zwischen 1971 und 2003. *Zeitschrift für Sexualforschung* 2004;17(3):267-80.
69. KLAVS I, RODRIGUES LC, WELLINGS K, KESE D, HAYES R. Prevalence of genital Chlamydia trachomatis infection in the general population of Slovenia: serious gaps in control. *Sexually Transmitted Infections* 2004;80:121-3.

70. BELUHAN A, BENC M, ŠTAMPAR D, TRENC P. Poznavanje i primjena kontracepcije u srednjoškolske omladine u SRH. Stanovništvo 1973;10/11: 204-17.
71. BOZICEVIC I, RODE OD, LEPEJ SZ, JOHNSTON LG, STULHOFER A, DOMINKOVIC Z, BACAK V, LUKAS D, BEGOVAC J. Prevalence of sexually transmitted infections among men who have sex with men in Zagreb, Croatia. AIDS Behav. 2009;13(2):303-9.
72. HIRŠL-HEČEJ V, DOBRAVC-POLJAK J, DUGIĆ-ŠIKANIĆ N, DOMLJAN M, PUSTIŠEK N. MemoAIDS-II: pregled programa, provedba i evaluacija. Zagreb: Klinika za dječje bolesti Zagreb; 2006.

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Aleksandar Štulhofer
Katedra za seksologiju
Odsjek za sociologiju
Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
10000 Zagreb, I. Lučića 3
e-mail adresa: astulhof@ffzg.hr

Primljeno / Received

22. 11. 2008.
November 22, 2008

Prihvaćeno / Accepted

8. 7. 2009.
July 8, 2009

Sumamed®

20 godina ponosa i povjerenja!



1g jednokratno za oba partnera

Spolno
prenosive
bolesti

 **PLIVA**

PLIVA  antibiotici