

hiv/aids i mladi - hrvatska 2005
informiranost o hiv/aids-u, stavovi i seksualno ponašanje u nacionalnom uzorku mladeži (18-24)

Istraživanje: HIV/AIDS i mladi - Hrvatska 2005.

Autori:

Aleksandar Štulhofer

Dean Ajduković

Ivana Božičević

Krešimir Kufrin

Suradnici:

Jelena Zelenbrz

Ivan Landripet

Dea Ajduković

Tanja Vučković

Recenzenti:

Prof. dr. sc. Josip Begovac, dr. med.

Dr. sc. Petar Bezinović

Lektura:

Nives Opačić

Fotografija na naslovnici:

David Hošnjak, Večernji list

Grafičko oblikovanje:

Miroslava Šobot

Tisak:

?

Izdavač:

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi

Za izdavača:

Dr. med. Dunja Skoko-Poljak

Naklada:

700 kom.

ISBN-953-99721-0-8

GIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i sveučilišna knjižnica - Zagreb

UDK — 316.644:616.988 AIDS-054.7> (=163.42)
— 616.988 AIDS:316

ŠTULHOFER, Aleksandar

Informiranost o HIV/AIDS-u, stavovi i seksualno ponašanje radnika migranata u Republici Hrvatskoj / Aleksandar Štulhofer
u suradnji s Ninom Greiner. - Zagreb: Međunarodna organizacija za migracije, Misija u Hrvatskoj, 2004.

Bibliografija. - Summary.

ISBN-953-99721-0-8

1. Greiner, Nina

I. AIDS — Informiranost — II. Migranti — AIDS — Informiranost — III. Građevinari — AIDS — Informiranost — IV. Pomorci
— AIDS — Informiranost — V. Seksualno ponašanje — AIDS — VI. Hrvati — Migranti — Seksualno ponašanje — Sociološko
istraživanje

440723019

Sva prava pridržana. Niti jedan dio ove publikacije ne može se kopirati, tiskati, prezentirati ili prenositi bilo elektronskim ili mehaničkim putem, preslikavanjem, snimanjem ili na bilo koji drugi način bez prethodne dozvole izdavača.

hiv/aids i mladi – hrvatska 2005
informiranost o hiv/aids-u,
stavovi i seksualno ponašanje
u nacionalnom uzorku mladeži (18-24)

Aleksandar Štulhofer, Dean Ajduković, Ivana Božičević, Krešimir Kufrin

U suradnji s Jelenom Zelenbrz, Ivanom Landripetom,
Deom Ajduković i Tanjom Vučković

Zagreb, veljača 2006.

kazalo

<i>sažetak / summary</i>	7
1. <i>uvod</i>	19
1.1. Konceptualni okvir istraživanja	23
1.2. Kratki prikaz dosadašnjih istraživanja u Hrvatskoj	26
2. <i>metodologija istraživanja</i>	29
2.1. Uzorak i provedba istraživanja	31
2.2. Upitnik	34
2.2.1. Instrumenti u dijelu koji ispunjava anketar	35
2.2.2. Instrumenti u dijelu koji ispunjava ispitanik/ispitanica	36
3. <i>informiranost o hiv/aids-u</i>	37
3.1. Informiranost o HIV/AIDS-u	41
3.2. Usporedba informiranosti 1989. – 2005.	42
3.3. Informiranost o HIV/AIDS-u i neka obilježja sudionika istraživanja	45
4. <i>stavovi prema osobama s hiv/aids-om</i>	47
4.1. Stavovi prema ljudima koji žive s HIV/AIDS-om	49
4.2. Usporedba stavova 1989. – 2005.	49
4.3. Stavovi i neka obilježja sudionika istraživanja	51
5. <i>seksualna aktivnost i hiv rizična ponašanja</i>	53
5.1. Seksualna inicijacija	55
5.2. Broj partnera, seksualne aktivnosti i uporaba zaštite	57
5.3. Izvori informacija o seksualnosti i utjecaj pornografije	59

5.4. Seksualna orijentacija	60
5.5. Seksualno nasilje	60
5.6. Raširenost HIV rizičnih seksualnih ponašanja	61
6. <i>determinante hiv rizičnog seksualnog ponašanja</i>	<u>63</u>
6.1. Indikatori	65
6.2. Analitički model	66
6.3. Rezultati multivarijantnih analiza	67
6.3.1. Uporaba kondoma pri posljednjem odnosu	68
6.3.2. Redovitost uporabe kondoma	70
7. <i>reproduktivno zdravlje mladih</i>	<u>73</u>
7.1. Rezultati	76
7.1.1. Skupine izložene većem riziku SPI	82
7.1.2. Testiranje na HIV	83
7.2. Ograničenja i smjernice	83
8. <i>prevencija hiv/aids rizika u populaciji mladih: prijedlozi mjera</i>	<u>85</u>
8.1. Sustav praćenja	87
8.2. Obrazovni sustav	89
8.3. Mediji i civilno društvo	90
9. <i>literatura</i>	<u>91</u>
10. <i>upitnik</i>	<u>97</u>

sažetak / summary

Studija koju predstavljamo nastala u okviru projekta *Unapređivanje borbe protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj* provedena je s ciljem prikupljanja i analize podataka o HIV rizičnom seksualnom ponašanju (RSP), raširenosti i učestalosti simptoma spolno prenosivih infekcija (SPI) i upala reproduktivnog sustava te vezama između informiranosti, stavova i uvjerenja o seksualnosti i seksualnog ponašanja u populaciji mladih. Na temelju tih spoznaja u zaključku studije predložene su smjernice za prevenciju HIV/AIDS-a u Hrvatskoj.

Istraživanje je provedeno na nacionalnom uzorku mladih između 18. i 24. godine. Podatci su prikupljeni anketiranjem po kućanstvima tijekom veljače 2005. godine. Ispitivanjem su obuhvaćena 1093 ispitanika, a troetapni probabilistički uzorak i visok postotak ostvarenosti uzorka (80%; do 5 posto kontaktiranih osoba odbilo je sudjelovati zbog teme istraživanja) omogućuju generalizaciju nalaza na nacionalnoj razini.

U istraživanju je upotrijebljen upitnik sa 344-350 čestica (ženski upitnik bio je duži), podijeljen u dva dijela. Ispitanici su sami ispunjavali i potom kuvertirali dio koji sadrži pitanja o seksualnom ponašanju i iskustvu SPI. S obzirom na specifičnosti studije, svi anketari koji su sudjelovali u prikupljanju podataka bili su posebno educirani i detaljno instruirani.

Kada je riječ o informiranosti mladih o HIV/AIDS-u, rezultati pokazuju da otprilike petini mladih nedostaju temeljne informacije o načinima prijenosa i samozaštiti od zaraze HIV-om. Usporedba s rezultatima dobivenim na sličnom uzorku prije 16 godina¹ pokazala je da je došlo do malog, premda statistički značajnog, smanjivanja razine informiranosti, što se može pripisati slabijem zdravstvenom prosvjećivanju nego u ranijem razdoblju. Spol i obrazovanje značajno utječu na razinu informiranosti. Djevojke su bolje informirane od mladića, kao i obrazovaniji ispitanici od onih manje obrazovanih.

U pogledu stavova prema osobama koje žive s HIV/AIDS-om nađen je umjereno liberalan stav koji govori o tendenciji da ih se tretira kao i svaku drugu oboljelu osobu. Usporedba sa sličnim nalazima prije 16 godina pokazala je rast prihvaćanja

¹ Riječ je o istraživanju AIDS i mladi, provedenom 1989. godine (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.).

i tolerancije, to jest smanjivanje diskriminacije prema osobama s HIV/AIDS-om. Veće prihvaćanje iskazuju djevojke i obrazovaniji ispitanici, a manje nezaposleni i religiozne osobe.

Seksualno ponašanje mladih u posljednjih je tridesetak godina pod snažnim djelovanjem globalne kulture permisivnosti, što se poglavito odrazilo na seksualnu aktivnost mladih žena. Za razliku od situacije u sedamdesetim godinama 20. stoljeća, razlika u dobi seksualne inicijacije mladića i djevojaka danas je gotovo nestala. Prema nalazima ove studije, iskustvo prvog snošaja mladići u prosjeku imaju sa 17,2 godine, a djevojke sa 17,6 godina (vrijednost je medijana u oba slučaja 17). Na seksualnu inicijaciju značajno utječu obrazovanje i religioznost, pri čemu oba čimbenika smanjuju vjerojatnost ranog ulaska u seksualne odnose.

Za većinu seksualno iskusnih sudionika istraživanja (u našem je uzorku 84% ispitanika već imalo snošaj) seksualna je inicijacija bila pozitivno iskustvo. Pri tom prvom snošaju nešto više od 38 posto ispitanika nije se koristilo nikakvim sredstvom zaštite pri prvom snošaju (od kojih više od polovice nije primijenilo ni metodu prekinutog snošaja). Ipak, ohrabruje podatak da se 60,4% ispitanika koristilo kondomom. Pri posljednjem seksualnom odnosu 20,6% ispitanika nije rabilo nikakvu zaštitu, 16,5% primijenilo ih je metodu prekinutog snošaja, 2,8% prirodne metode, 13% hormonalnu kontracepciju, a 52,9% kondom.² Važno je naglasiti da redovita uporaba kondoma, pri seksualnim odnosima tijekom posljednjih 12 mjeseci, obilježava seksualni život 21,5% ispitanika, što je više nego četverostruki porast u odnosu na nalaze istraživanja *AIDS i mladi* iz 1989. godine, kada je takvih ispitanika bilo samo 4,5 posto.

U proteklih 12 mjeseci seksualno je aktivno bilo 73 posto ispitanika. Većina ispitanih imala je u tom razdoblju jednog partnera/partnericu (58%), 16% dva partnera, 9% tri partnera, 4% četiri partnera, a nešto manje od 4% pet ili više partnera. Analiziramo li ukupni broj seksualnih partnera, rezultati su sljedeći: 25% imalo je jednog partnera/partnericu, 17% dva partnera, 15,5% tri partnera, 9,5% četiri partnera, a 33% pet ili više partnera. Kao i u drugim istraživanjima, mladići prijavljuju veći prosječan broj seksualnih partnera/partnerica (5,5) nego djevojke (3,3). U cjelini, analize potvrđuju dominaciju modela sekvencijalne monogamije, premda nešto manje od jedne četvrtine (24%) ispitanika barem jednu svoju vezu nije tretiralo kao seksualno ekskluzivnu. Razdvajanje „ljubavi“ i „seksa“ nije

² Zbroj postotaka veći je od 100, s obzirom na to da su neki ispitanici rabili više od jednog sredstva ili metode zaštite.

dominantan, ali ni osobito rijedak obrazac ponašanja. Nešto manje od trećine seksualno aktivnih ispitanika (31%) u posljednjih je godinu dana imalo odnos sa slučajnim partnerom/partnericom (tzv. „seks za jednu noć“).

Kao glavne izvore informacija o seksualnosti, djevojke najčešće navode prijateljice/prijatelje, zatim partnere, TV te stručne knjige i priručnike o seksualnosti, a mladići partnerice/partnere, prijatelje, TV i erotske časopise/filmove. Škola (nastavnici i vjeroučitelji) na samom je dnu ljestvice izvora seksualnih informacija mladih danas. To potvrđuje i nalaz kako je 61 posto ispitanika u školi dobilo samo osnovne informacije o HIV/AIDS-u, a 9 posto ni to. Stoga nije čudo što njih 86 posto drži kako bi seksualnu edukaciju trebalo učiniti sastavnim dijelom školovanja.

Ispitivanje raširenosti seksualnog nasilja u nacionalnom uzorku mladih rezultiralo je podatkom o 3,1% djevojaka i 0,6% mladića koji su na pitanje „Je li Vas ikada netko prisilio – prijetnjama, ucjenom ili silom – na seksualni odnos ili neke druge seksualne aktivnosti?“ odgovorili potvrdno. Oko dva posto (2,2%) ispitanika izjavilo je kako nije sigurno bi li to što im se dogodilo mogli nazvati seksualnim nasiljem, a 12% odbilo ih je odgovoriti na ovo pitanje.

HIV rizično seksualno ponašanje (RSP) operacionalizirano je kroz dva indikatora: (1) *uporaba kondoma pri posljednjem seksualnom odnosu* i (2) *učestalost uporabe kondoma u (vaginalnim i/ili analnim) seksualnim odnosima tijekom posljednjih godinu dana*. Imajući na umu mogućnost da su čimbenici koji utječu na rizično ponašanje spolno specifični, analize indikatora RSP – koje su uključile informiranost o HIV/AIDS-u, uvjerenja i stavove o seksualnosti i uporabi kondoma, obilježja ličnosti, grupne i interpersonalne čimbenike, obrasce seksualnog ponašanja te sociodemografska i sociokulturna obilježja - provedene su odvojeno po spolu. Informiranost o HIV/AIDS-u nije se pokazala statistički značajnim korelatom RSP ni kod djevojaka ni kod mladića. Kada je riječ o vjerojatnosti uporabe kondoma pri posljednjem odnosu, kod djevojaka ona raste ako je kondom bio upotrijebljen pri prvom odnosu, a smanjuje se ako su odgojene u strogom vjerskom duhu i ako ne žive s roditeljima. Kod mladića, na vjerojatnost da je kondom upotrijebljen pri posljednjem odnosu pozitivno utječe uporaba kondoma pri prvom odnosu i iskustvo usputnih seksualnih kontakata, a negativno prihvaćanje mitova o kondomu, niži stupanj roditeljske kontrole i izraženije samopoštovanje. Analiza čimbenika koji utječu na konzistenciju uporabe kondoma kod djevojaka upozorila je na važnost uporabe kondoma pri prvom seksualnom odnosu (pozitivni utjecaj) i prihvaćanje mitova o kondomu (negativni utjecaj). Uporaba kondoma pri prvom odnosu pokazala se značajnim prediktorom i kod

mladića. Osim toga, na vjerojatnost konzistentne uporabe kondoma utječu i mladićev stav prema djelotvornosti kondoma te stupanj roditeljske kontrole kojoj su izloženi, pri čemu je niži stupanj kontrole vezan uz manju vjerojatnost redovite uporabe kondoma. U cjelini, rezultati multivarijantnih statističkih analiza poglavito upućuju na važnost formiranja navike uporabe kondoma u prevenciji HIV/AIDS-a, ali i drugih SPI.

Analiza epidemiološke situacije pokazala je razliku u seksualnom zdravlju mladića i djevojaka. Među seksualno aktivnim ispitanicima, 11,8% mladića i 44,5% djevojaka barem je jednom u životu imalo iskustvo neuobičajenog iscjetka popraćenog peckanjem pri mokrenju i/ili svrbežom. Analize su pokazale da djevojke koje su se koristile kondomom pri prvom seksualnom odnosu i one koje imaju manji broj seksualnih partnera rjeđe pokazuju simptome koje povezujemo sa SPI. Kod mladića, simptomi se češće pojavljuju među ispitanicima koji iskazuju slabije poznavanje SPI.

Uzmemo li u obzir činjenicu da pitanja nisu obuhvatila znakove ulcerirajućih spolnih bolesti te da su SPI poglavito asimptomatske, učestalost navođenja simptoma SPI i upala reproduktivnog sustava u našem uzorku vrijedna je pozornosti. Naglašene spolne razlike u učestalosti posljedica su prisutnosti simptoma vezanih za bakterijsku vaginozu i infekciju kandidom kod djevojaka, infekcije koje nisu nužno spolno prenosive. Kada je riječ o SPI, među djevojkama je klamidija zabilježena u 2,4 posto slučajeva u posljednjih godinu dana.

Spolno prenosive bolesti u oba spola uglavnom su asimptomatske, pa navođenje simptoma od ispitanika ima nisku validnost, odnosno uvijek podcjenjuje učestalost tih infekcija u populaciji. Muškarci koji su imali istospolne partnere nadreprezentirani su među osobama koje su imale simptom SPI (18,3%), kao i muškarci koji su imali iskustvo plaćenog seksualnog odnosa (14%). Pritom je važno naglasiti kako je potonja skupina u većoj mjeri *premošćujuća* u odnosu na opću populaciju nego što je to slučaj s muškarcima koji imaju seksualne odnose s osobama istoga spola.

Posljednji dio studije donosi niz preporuka vezanih uz prevenciju HIV/AIDS-a i drugih SPI u populaciji mladih u Hrvatskoj. Mjere koje predlažemo podijeljene su u tri skupine. U prvoj su mjere koje se odnose na sustav praćenja, u drugoj one vezane uz obrazovni sustav, a u trećoj mjere koje se bave ulogom medija i civilnog društva. Kada je riječ o prvoj skupini preporuka, predloženo je periodično (longitudinalno) praćenje informiranosti, stavova i seksualnog ponašanja mladih uz primjenu testova amplifikacije nukleinske kiseline, kako bi se (pretragom urina)

dobio uvid u raširenost klamidijske infekcije. Naglašena je i potreba provedbe primijenjenih istraživanja, čiji bi zadatak bio pružiti detaljnu sliku trenutnog funkcioniranja i kapaciteta postojećeg sustava praćenja SPI.

U skupini mjera vezanih uz edukaciju predloženo je uvođenje znanstveno utemeljenog programa HIV/AIDS prevencije u osnovnu i srednju naobrazbu, pri čemu bi idealan okvir bio cjelovit program seksualne edukacije, u kojem bi HIV/AIDS prevencija bila jedan od središnjih modula. Smatramo nužnom i periodičnu evaluaciju licenciranih preventivnih programa od neovisnih procjenitelja, kako bi se pribavili podatci o njihovoj djelotvornosti i smjernice za doradu i dopunu. Predlažemo, naposljetku, i osnivanje županijskih centara za reproduktivno zdravlje mladih. Ti bi multidisciplinarni centri, vezani uz lokalne zdravstvene i/ili obrazovne ustanove, bili zaduženi za usmjerenu edukaciju, praćenje i intervencije u reproduktivnom i seksualno zdravlju mladeži. Jednom od ključnih intervencija vidimo povećanje dostupnosti kondoma, uključujući i njihovu besplatnu distribuciju mladima koji su izloženi povećanom riziku od SPI (među koje ubrajamo i one kojima je dijagnosticirana SPI).

Posljednja skupina mjera odnosi se na važnost distribucije znanstveno utemeljenih činjenica o rizicima HIV/AIDS-a i informacija o načinima prevencije, poglavito u sklopu obrazovnog programa javne televizije. Nezaobilaznom držimo i državnu potporu relevantnim aktivnostima različitih civilnih udruga koje se obraćaju mladima, seksualnim manjinama i osobama koje žive s HIV/AIDS-om.

The aim of this research study was to investigate the level of knowledge about HIV/AIDS, HIV/AIDS-related attitudes and beliefs, and patterns of sexual behavior among youth in Croatia in order to improve national HIV prevention and control system. The objectives included exploring associations between the three dimensions, as well as assessing the prevalence and incidence of STI-related symptoms.

The study was carried out on a nationally representative sample (n = 1,093) of young men and women, aged 18-24 years, who were interviewed in their homes in February 2005. The response rate was 80%; only 5% of the approached individuals refused to participate due to the subject of the study. The second part of the questionnaire, which contained the questions regarding sexual behavior, was self-administered.

According to the findings, nearly one out of five respondents lacked basic information regarding the modes of HIV transmission and the methods of protection. Young women and better educated respondents were found to have more complete knowledge of HIV/AIDS. In comparison to an earlier national study carried out in 1989 (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991), the level of HIV/AIDS knowledge among young people has decreased slightly.

The attitudes towards people living with HIV/AIDS were shown to be mildly liberal: acceptance was more frequent than rejection. The comparison with the aforementioned 1989 study pointed to increased acceptance and tolerance towards people living with HIV/AIDS. Again, young women and respondents with better (formal) education expressed higher levels of acceptance. Religious respondents were found to be less accepting than others.

During the last 30 years the sexual behavior of youth in Croatia has been under the strong influence of a global culture of permissiveness. This was particularly demonstrated by sexual experiences of young women (and/or the willingness to disclose them). Unlike in the 1970's, the difference in the age of sexual initiation of young men and women has mostly disappeared; young men experience the first intercourse at the age of 17.2, and young women at the age of 17.6. Formal education and religiosity delay the onset of coital activity.

Most of the sexually active respondents, who formed 84% of the sample, considered their sexual initiation a positive experience. On the occasion of their first sexual intercourse 60% of respondents used a condom (38% did not use any means of protection). On the occasion of their most recent intercourse, regardless of the type of partner, 53% used a condom (13% percent used hormonal contraception and 21% did not use any form of protection). More than a fifth of respondents (21%) reported regular condom use, which is a four-fold increase from 1989.

Slightly more than half of the respondents who were sexually active in the last 12 months had a single sexual partner during this period, 16% had two, 19% had three, 4% had four, while less than 4% reported five or more sexual partners. The analysis of the lifetime number of sexual partners revealed that one third of sexually experienced respondents had five or more partners. On average, young men reported a higher number of sexual partners (5.5) than young women (3.3). Slightly less than a third of sexually experienced respondents (31%) had a "one night-stand" in the past 12 months.

For both young women and young men, information on sexuality is mostly provided by friends, partners, and TV. Some basic information, mostly on HIV/AIDS, was also provided by schools, but not for all respondents. Not surprisingly, 86% of respondents were in favor of introducing some form of sexual education into schools.

Sexual victimization was reported by 3.1% of young women and 0.6% of young men. In addition, two per cent of respondents were unsure if things that had happened to them constitute sexual abuse, while 12% refused to answer the question.

Sexual risk taking (SRT) was assessed by two indicators: (1) condom use at last sexual intercourse, and (2) consistency of condom use during the last 12 months. Taking into account gender-specific trajectories of risk taking, multiple regression analyses of the SRT indicators were run separately for young men and women. Knowledge about HIV/AIDS was not found to be associated with SRT indicators. Young women were more likely to have used condom during last intercourse if it had been used during their first intercourse, and less likely to have used it if they grew up in religious families or if they were not living with their parents. For young men, the probability of condom use during last intercourse was positively related to condom use at first intercourse and the experience of casual sex, but negatively associated with the acceptance of myths re-

garding condom use, lower parental control, and greater self-esteem. Condom use consistency in young women was predicted by condom use at first sexual intercourse (positively) and the acceptance of myths regarding condom use (negatively). For young men, condom use consistency was associated with condom use at first intercourse, beliefs regarding the efficacy of condoms in protecting from STIs, and the level of parental control. The last variable was negatively correlated with the indicator. Overall, the findings emphasized the importance of habit formation (condom use) in HIV and STI prevention.

The analysis of data on the experience of symptoms of STIs and reproductive tract infections (RTIs), assessed as unusual discharge, dysuria and genital itching, among sexually active youth, suggested that 11.8% of young men and 44.5% of young women experienced such symptoms at least once. (The considerably higher rates of symptom reporting in young women is due to the presence of RTIs that are not necessarily sexually transmitted.). The results of multivariate analyses showed that young women who used condom at first intercourse and those with fewer sexual partners had lower likelihood of STI-related symptoms. Among young men, the likelihood of experiencing STI-related symptoms was negatively related to knowledge about STIs. Chlamydial infection in the past year was reported by 2.4% of young women. In case of young men, reported urogenital symptoms seemed to be concentrated among those who reported having sex with men and those who paid for sex.

The final chapter of this report offers recommendations focusing on systematic HIV prevention and interventions among young people. The proposed measures are divided into three categories. The first set addresses HIV/AIDS and STI surveillance, pointing out serious deficiencies in the present system. The second set advocates the introduction of comprehensive school-based sexual education, while the third outlines the role of media and NGOs in HIV prevention among Croatian youth, as well as among socially marginalized and often stigmatized subgroups.

uvod **1.**

Potkraj osamdesetih godina 20. stoljeća u Hrvatskoj je provedeno prvo veliko istraživanje vezano uz rizike HIV/AIDS-a.³ Riječ je o istraživanju *AIDS i mladi*, koje je provela skupina psihologa sa Sveučilišta u Zagrebu (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.). Proizašla iz diskusija vezanih uz prevenciju novootkrivene bolesti, koje su u domaćoj znanstvenoj i stručnoj javnosti započele sredinom osamdesetih godina, studija je imala za cilj ustanoviti koliko je mladež u Hrvatskoj informirana o HIV/AIDS-u i u kojoj ih mjeri seksualno ponašanje izlaže riziku od infekcije. Rezultati su za mnoge bili neočekivani. Premda je ustanovljena razmjerno visoka razina informiranosti, to jest znanja o načinima prenošenja i zaštite od HIV/AIDS-a, ponašanje ispitanika ocijenjeno je vrlo rizičnim.

Premda je nepostojeća ili slaba veza između znanja i ponašanja utvrđena i u drugim usporedivim istraživanjima, autori studije *AIDS i mladi* upozorili su na to kako taj nalaz nije argument za tezu da je seksualna edukacija nedjelotvorna, nego je potvrda potrebe za ozbiljnim, na znanstvenim spoznajama utemeljenim, radom na dizajniranju preventivskih programa. Kao što je dobro poznato, ni četrnaest godina nakon objavljivanja studije *AIDS i mladi* seksualna edukacija nije uspjela zaživjeti u hrvatskom školstvu (Štulhofer i Hodžić, 2003.).

Po svom obuhvatnom uzorku, koji je uključio 2655 osoba između 15 i 30 godina - srednoškolce, studente, mlade radnike i dvije prigodne skupine (liječene intravenske ovisnike i štíćenice doma za odgoj) - studija *AIDS i mladi* ostala je jedinstvena među studijama seksualnog ponašanja mladih u Hrvatskoj. No ni taj uzorak, premda superioran u odnosu na one koji su upotrijebljeni u kasnijim domaćim istraživanjima, nije imao obilježja nacionalno reprezentativnog uzorka, nužnog za *baseline* studiju (Štulhofer, 2004.). Imajući na umu manjak nacionalnih podataka o seksualnom ponašanju mladih, kao i činjenicu da se od 1989. godine do danas mnogo toga promijenilo u hrvatskom društvu, Stručna radna skupina Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH za praćenje i evaluaciju projekta *Unaprjeđivanje borbe protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj* odlučila je pokrenuti studiju

³ Autori istraživanja iskazuju zahvalnost Dunji Skoko-Poljak i Jadranki Mimici na pomoći u pripremi istraživanja te Josipu Begovcu i Petru Bezinoviću na komentarima i sugestijama koje su otklonile barem dio nedostataka na stranicama koje slijede.

čiji bi temeljni ciljevi bili pribaviti reprezentativne podatke o: (a) raširenosti i obilježjima rizičnog seksualnog ponašanja u populaciji mladih, (b) prevalenciji i incidenciji spolno prenosivih infekcija (SPI) te (c) vezama između znanja, stavova i ponašanja. Provođenje takve studije, prema mišljenju članova stručne skupine, osiguralo bi i temeljne epidemiološke podatke o reproduktivnom i seksualnom zdravlju i smjernice za prevenciju HIV/AIDS-a u Hrvatskoj.

S tim je ciljevima pokrenuto istraživanje koje je pred vama.⁴ Ono pruža detaljan uvid u obrasce seksualnog ponašanja mladih, njihovu informiranost o seksualnosti i stavove relevantne za prevenciju HIV/AIDS-a. Gdje god je to moguće, autori uspoređuju rezultate s ranijim nalazima, poglavito onima objavljenim u studiji *AIDS i mladi* (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.), kako bi ocrtali promjene u znanju, stavovima i ponašanju mladeži u posljednjih petnaestak godina.

Trogodišnji projekt *Unaprjeđivanje borbe protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj*, što ga financira *Globalni fond za borbu protiv HIV/AIDS-a, tuberkuloze i malarije*, temelji se na potrebi uvođenja sustava praćenja HIV/AIDS-a druge generacije (***, 2000.). Za razliku od sustava praćenja prve generacije (predstavljenog 1989. godine), novi se sustav temelji na prikupljanju bihevioralnih podataka, poglavito u skupinama izloženim povećanom riziku od infekcije HIV-om i u općoj populaciji mladih (Zaba i sur., 2005.), te njihovu integriranju s biološkim podacima. U zemljama s niskom ili koncentriranom HIV epidemijom (Diaz i sur., 2005.)⁵ prikupljanje podataka o HIV rizičnom seksualnom i neseksualnom ponašanju vrlo je važno jer može poslužiti kao svojevrsan sustav ranog upozoravanja, ali i kao empirijska podloga zagovaranja intervencijskih mjera te putokaz u određivanju s time povezanih financijskih prioriteta (Brown, 2003.).

⁴ Studija *AIDS i mladi - Hrvatska 2005*. rezultat je rada interdisciplinarne skupine istraživača koju je koordinirao Aleksandar Štulhofer, izvanredni profesor sociologije na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Skupinu su sačinjavali: Dean Ajduković, redoviti profesor psihologije na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu i koautor studije *AIDS i mladi* (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.), Krešimir Kufrin, docent na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, Ivana Božičević, asistentica na Školi narodnog zdravlja A. Štampar Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Jelena Zelenbrz i Dea Ajduković, studentice Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, te Tanja Vučković i Ivan Landripet, diplomirani sociolozi.

⁵ HIV epidemije dijele se u generalizirane, niske i/ili koncentrirane (Diaz i sur., 2005.). Prema postojećim podacima, Hrvatsku obilježava tzv. niska epidemija HIV-a.

Bez obzira na činjenicu da je Hrvatska još uvijek zemlja niske incidencije HIV/AIDS-a (***, 2004.)⁶, podatak da je između 1985. i 2004. godine 8,5 posto osoba oboljelih od HIV/AIDS-a bilo između 15. i 24. godine upozorava na važnost prevencije. Imajući na umu da intravenski ovisnici čine nešto više od desetine HIV/AIDS oboljelih, porast zlouporabe narkotika među mladima (Kuzman i sur., 2002.) dodatno naglašava potrebu za razumijevanjem HIV/AIDS rizika i njihova smanjivanja u toj specifičnoj populaciji. Naposljetku, nije riječ samo o osvješćivanju rizika i promjeni ponašanja nego i o senzibilizaciji mladih na probleme i potrebe osoba koje žive s HIV/AIDS-om. Naša studija govori i o tom aspektu suočavanja s HIV/AIDS-om, čiji je diskriminacijski potencijal jasno prikazan u nedavnom, medijski razvikanom, slučaju dviju HIV pozitivnih djevojčica.

1.1. Konceptualni okvir istraživanja

Istraživanje *HIV/AIDS i mladi – Hrvatska 2005.* osmišljeno je kao nacionalna studija informiranosti o seksualnosti, stavova i vjerovanja vezanih uz seksualnost te obrazaca seksualnog ponašanja mladeži relevantnih za borbu protiv HIV/AIDS-a. Autori polaze od stanovišta kako se rizično seksualno ponašanje ne može razumjeti izvan društvenog konteksta u kojem mladi u Hrvatskoj danas žive. Taj kontekst utječe na znanje i stavove koje mladi imaju o ljudskoj seksualnosti i pripadajućim rizicima, kao i na konkretne seksualne aktivnosti. Rečeno na drugi način, seksualno ponašanje mladih – rizično, kao i nerizično - rezultat je složenog međudnosa sociokulturnih, grupnih, interpersonalnih i intrapersonalnih čimbenika, pri čemu nije realno očekivati kako jedan jedini model odnosa među tim dimenzijama može objasniti svu varijabilnost seksualnog života mladih.

Sociokulturni čimbenici odgovorni su za tzv. *društvenu organizaciju seksualnosti*, koju možemo promatrati na dvije razine. Prvu čine društveno posredovana individualna obilježja, kao što su rod i spolne uloge, religioznost te stupanj obrazovanja, odnosno značenja i društvena očekivanja koja proizlaze iz tih obilježja. Dobra su ilustracija spolno/rodno specifična očekivanja vezana uz seksualno ponašanje djevojaka i mladića (Hodžić i Bijelić, 2003.) ili pak utjecaj religioznosti

⁶ Od 1985. godine, kada su u Hrvatskoj registrirane prve osobe s HIV/AIDS-om, do listopada 2004. godine u Hrvatskoj je registrirano 470 HIV pozitivnih osoba, od kojih je 218 oboljelo od AIDS-a. Do danas su u Hrvatskoj od HIV/AIDS-a umrle 122 osobe. Podatci Službe za epidemiologiju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (***, 2004.) pokazuju blagi porast incidencije od 2000. do 2004. u odnosu na prethodno razdoblje (1995.-1999.).

na seksualnu pismenost, to jest temeljnu informiranost o ljudskoj spolnosti, i permisivnost (Štulhofer, Anterić i Šlosar, 2004.). Druga se razina odnosi na obilježja sredine u kojoj mladi prebivaju, pri čemu ključnim smatramo karakteristike mjesta prebivanja (poglavito stupanj urbaniziranosti), socioekonomski status obitelji i obilježja školske sredine (tip škole). Sva tri obilježja određuju intenzitet društvene kontrole i dostupnost informacija.

Grupne čimbenike, koje definiramo kao neposredan utjecaj primarne skupine na oblikovanje stavova o seksualnosti i seksualno ponašanje, dijelimo na obiteljsku socijalizaciju i utjecaj vršnjačke skupine. Dosadašnje studije potvrđuju važnost obaju čimbenika i upućuju na njihovu sekvencijalnost (Štulhofer, Jureša i Mamula, 2000.).

Interpersonalni čimbenici obuhvaćaju nekoliko međusobno isprepletenih dimenzija, kao što su komunikacija s partnerom, odnos moći među partnerima (često dobno i spolno specifičan) i razina emocionalno povezanosti s partnerom. Svaka od tih dimenzija znatno utječe na donošenje odluke o (ne)korištenju zaštite pri seksualnim aktivnostima i dio je poprišta složenih intimnih odnosa, unutar kojega se proces donošenja odluka samo iznimno može opisati kao isključivo racionalan ili pak iracionalan.

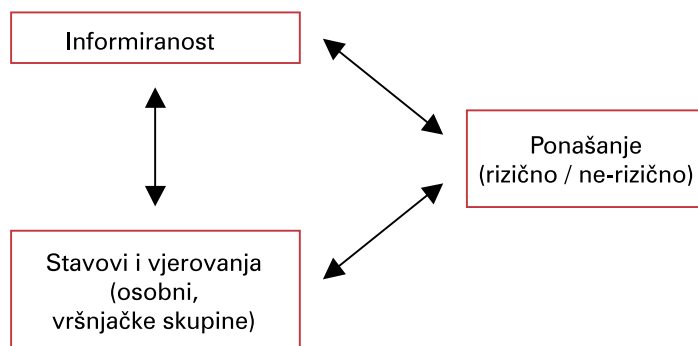
24

Seksualno ponašanje, dakako, nije samo eksterno (društveno) nego i interno regulirano. Intrapersonalni čimbenici, kao što su temperament i obilježja ličnosti - poput sklonosti traženju uzbuđenja, socijalnosti, lokusa kontrole, otvorenosti, stupnja samopouzdanja i odnosa prema vlastitu tijelu - svojevrsna su prizma koja određuje u kojoj će mjeri i koji društveni utjecaji djelovati na seksualnu socijalizaciju osobe. Mediji, primjerice, ne djeluju jednako na sve adolescente. Utjecaj je medijski dominantne slike seksualnosti varijabilan, u dobroj mjeri određen intrapersonalnim obilježjima.

Navedeni čimbenici oblikuju središnje dimenzije našeg istraživanja - informiranost, stavove i ponašanje – i utječu na njihov međusobni odnos. Kada govorimo o ta tri elementa, na kojima počiva empirijsko razumijevanje seksualnosti mladih važno za HIV/AIDS prevenciju, nužno je upozoriti na njihovu višedimenzionalnost. Informiranost smo u istraživanju razložili na sljedeće elemente: (a) poznavanje spolno SPI, (b) poznavanje načina prenošenja HIV/AIDS-a i (c) poznavanje načina djelotvorne zaštite od HIV/AIDS-a (i drugih SPI). Sva tri tipa informiranosti nužan su, premda ne i dovoljan, preduvjet uporabe zaštite pri seksualnim aktivnostima koje sadrže rizik od infekcije. Kada je riječ o stavovima, naša je studija obuhvatila sljedeće dimenzije: stupanj tolerancije (senzibiliziranost) prema osobama koje

žive s HIV/AIDS-om, stavove prema uporabi kondoma, stavove vezane uz spolne uloge i stupanj prihvaćanja tradicionalnog morala. Te stavove smatramo ključnima za razumijevanje procesa donošenja odluka o (ne)uporabi zaštite, jer mogu ili neutralizirati⁷ ili pojačati utjecaj informiranosti na ponašanje. Pretpostavljeni odnos između informiranosti, stavova i ponašanja prikazuje slika 1.

Slika 1.



Dakako, konkretno seksualno ponašanje, odnosno razina rizičnosti koju uključuje,⁸ ne počiva na statičnom odnosu između informiranosti, stavova (uključujući i percepciju mišljenja vršnjaka) i ponašanja. Zapravo je riječ o odnosu čiju dinamičnost osigurava osobno iskustvo (primjerice, zdravstvenog problema izazvanog seksualnom aktivnosti) koje mijenja procjenu osobnog rizika i time utječe na tzv. bihevioralnu intenciju („pri sljedećem odnosu /ne/namjeravam koristiti zaštitu”). No, imajući na umu da seksualni odnos pretpostavlja par, odnosno interakciju barem dviju osoba, model se nužno usložuje. Konkretno, donošenje odluke o (ne)korištenju zaštite zapravo je rezultat dogovora ili nagodbe,

⁷ Negativan stav prema uporabi kondoma može relativizirati uvjerenje da kondom djelotvorno štiti od HIV/AIDS-a.

⁸ Rizično seksualno ponašanje (RSP) jest također višedimenzionalno (Blum i Mmari, 2004.; Dowsett i Aggleton, 1999.). RSP razumijemo kao skup rizičnih aktivnosti, kao što su nezaštićeni seksualni odnos s osobom koja naplaćuje seksualne usluge, seks pod utjecajem alkohola i/ili droge, nezaštićeni seksualni odnos sa slučajnim partnerom, nezaštićeni odnos sa stalnim partnerom u vezi koja nije ekskluzivna i sl. U ovome je radu naglasak na RSP-u s obzirom na HIV/AIDS, a ne na neželjenu trudnoću ili seksualnu viktimizaciju.

to jest kombinacija procesa odlučivanja partnera A i procesa odlučivanja partnera B. Pritom A i B razlikuje osobno iskustvo, internalizirane norme i moć, a zbližava emocionalna povezanost i informiranost o rizicima.

Ovaj izvještaj ne obuhvaća složeno modeliranje rizičnog seksualnog ponašanja (RSP). O tome će biti riječi u radovima koji slijede. Sljedeća poglavlja nude niz analiza i detaljnih uvida u dinamiku, složenost, kontradikcije i spolnu/rodnu specifičnost seksualnosti mladih u kontekstu HIV/AIDS-a. Drugo poglavlje prikazuje metodologiju istraživanja, objašnjavajući specifičnosti prikupljanja podataka, uzorka i upotrebljavanog upitnika. Treće poglavlje razmatra informiranost mladih o HIV/AIDS-u i uspoređuje ga s nalazima iz 1989. godine. Četvrto poglavlje obrađuje relevantne stavove i uvjerenja, a peto opisuje različita seksualna iskustva i aktivnosti mladih (od seksualne inicijacije do seksualne viktimizacije) te obrasce rizičnog ponašanja. Šesto poglavlje posvećeno je analizi veza među temeljnim dimenzijama (informiranost, stavovi/uvjerenja, rizično seksualno ponašanje), pri čemu je osobita pozornost posvećena čimbenicima koji utječu na (ne)uporabu kondoma. Sedmo poglavlje bavi se reproduktivnim zdravljem mladih, odnosno epidemiologijom SPI, a posljednje, osmo poglavlje, donosi prijedlog mjera za djelotvornu prevenciju HIV/AIDS rizika u ispitivanoj populaciji.

26

Premda je svrha studije osnažiti prevenciju HIV/AIDS-a u Hrvatskoj, naš pristup nije katastrofičan niti je moralizirajući. Seksualnosti mladih pristupamo kao važnom i pozitivnom iskustvu, pri čemu vlastite analize vidimo kao put k minimiziranju rizika, odnosno maksimiziranju obogaćujućih strana seksualne i emocionalne ekspresije. To je, prema našem sudu, ishodišni princip koji bi trebali slijediti i budući preventivski programi.

1.2. Kratki prikaz dosadašnjih istraživanja u Hrvatskoj

U Hrvatskoj je provedeno razmjerno malo istraživanja koja su se primarno bavila analizom rizičnih seksualnih ponašanja (RSP) mladih. Nažalost, ni jedno od njih nije obuhvatilo nacionalno reprezentativni uzorak ispitivane populacije. U svim dosadašnjim istraživanjima koja su obuhvatila školsku populaciju primijenjeno je skupno anketiranje, što ograničuje povjerljivost podataka, a time i spremnost ispitanika na iskrenost u odgovaranju. Prva od ukupno šest relevantnih studija, već spomenuta *AIDS i mladi* (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.; Prišlin, Ajduković i Ajduković, 1999.), podastrla je niz važnih uvida u veze između osobnih

obilježja, znanja, stavova, percepcije ugroženosti i seksualnog ponašanja, pri čemu je središnje mjesto svakako zauzimaio zaključak o zanemarivoj ulozi informiranosti o HIV/AIDS-u u razumijevanju RSP. S obzirom na njezin obuhvat, veličinu i strukturu uzorka te sofisticiranost analiza, spomenuta je studija ostala nedosegnuta u godinama koje su slijedile.

Sljedeće istraživanje, koje je obuhvatilo 955 zagrebačkih srednjoškolaca, većinom 17-godišnjaka provedeno je od 1996. do 1998. godine (Pavičić i sur., 2003.). Premda je studija obuhvatila dimenzije informiranosti, stavova i ponašanja, veze među njima nisu analizirane. I ova je studija, kao i prethodna, utvrdila vrlo visoku razinu informiranosti o HIV/AIDS-u. Prema navedenim rezultatima, seksualno je aktivno bilo 27% ispitanika i 25% ispitanica; pri posljednjem odnosu kondom je rabilo 73% mladića i 62% djevojaka.

Godine 1997. provedeno je još jedno anketno istraživanje na zagrebačkim srednjoškolicima (Hiršl-Hećej i sur., 1998.; Hiršl-Hećej i Štulhofer, 2001.). Obuhvaćeno je 2070 ispitanika između 15 i 19 godina. Seksualno aktivno bilo je 46% mladića i 24% djevojaka. Pri posljednjem odnosu kondom je rabilo 43% ispitanica i 52% ispitanika. Istraživanje je ponovljeno 1999. godine, no podatci iz drugoga vala još nisu dostupni. Godinu dana kasnije anketirano je 1355 bruoša Sveučilišta u Zagrebu da bi se prikupili podatci o seksualnoj pismenosti (elementarnoj informiranosti), stavovima i vjerovanjima vezanim uz seksualnost i spolne uloge te o seksualnom ponašanju (Štulhofer, Jureša i Mamula, 2003.). Provedene su analize potvrdile raširenost RSP i njegovu spolnu specifičnost (Štulhofer, Jureša i Mamula, 2000.). Na nešto manjem uzorku, istraživanje je ponovljeno 2003. godine (Štulhofer, Jureša i Mamula, 2003.). Usporedba dviju vremenskih točaka upozorila je na blago smanjivanje seksualne permisivnosti i seksualne pismenosti, ali ne i seksualne odgovornosti mjerene učestalosti uporabe kontracepcije (Štulhofer, Šlosar i Anterić, 2004.). U drugom valu, 54% ispitanika služilo se kondomom pri posljednjem odnosu.

Godine 2001. provedene su dvije studije (Kuzman i sur., 2002.; Hodžić i Bijelić, 2003.). Obje obilježava kombinacija kvantitativnih i kvalitativnih metoda, što je novost u studijama o RSP-u u Hrvatskoj. Prva studija primjenjuje tzv. *rapid response* istraživački pristup, a usmjerena je na ranjive skupine mladih u četiri najveća grada (Zagreb, Split, Rijeka i Osijek). Riječ je o mladima koji nisu uspjeli završiti srednju školu, seksualnim radnicima i intravenskim ovisnicima. Nažalost, studija se temelji na malim uzorcima (intervjuirane su, primjerice, samo četiri osobe koje naplaćuju seksualne usluge), koji ne dopuštaju ni ograničenu

generalizaciju. Autori su u zaključku ponudili niz preporuka, poglavito vezanih uz tzv. vanjski rad (*outreach*).

Drugo istraživanje, koje poglavito razmatra utjecaj rodni nejednakosti na RSP, provedeno je anketiranjem (N = 995) i fokus intervjuiima među zagrebačkim, splitskim, riječkim i osječkim srednjoškolcima. Seksualna aktivnost utvrđena je kod 27% djevojaka i 51% mladića, a upotrebljavanje kondoma pri posljednjem odnosu navodi 53% ispitanica i 66% ispitanika.

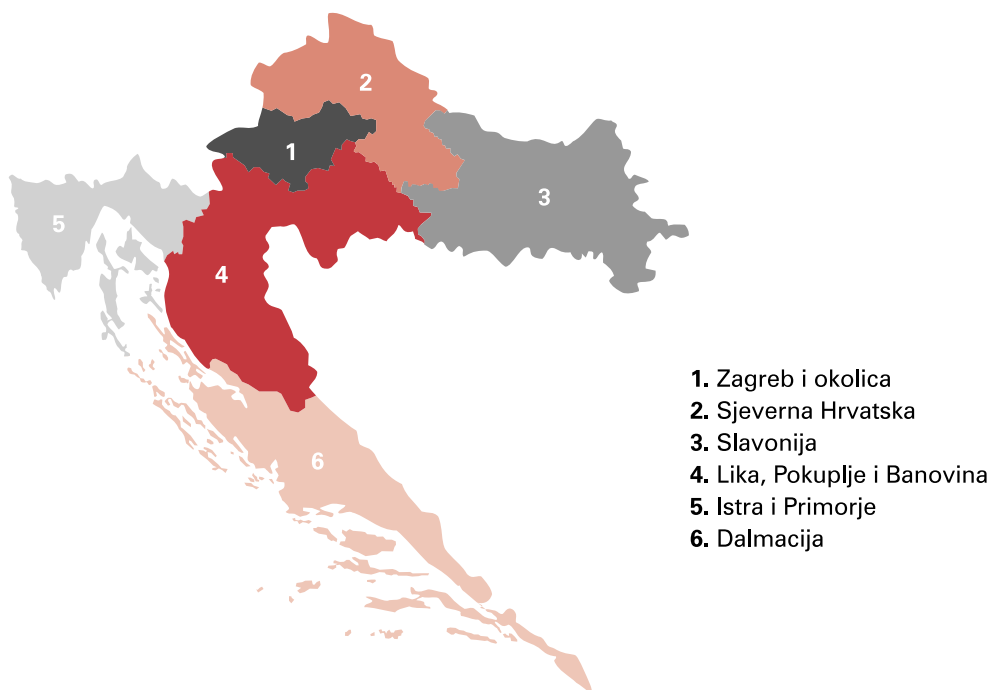
Gledano u cjelini, temeljni nedostatak dosadašnjih studija relevantnih za prevenciju HIV/AIDS-a vezan je uz upotrebu uzoraka koji ne dopuštaju generalizaciju (Štulhofer, 2004.). U tom smislu, prikupljeni rezultati ne mogu poslužiti kao *granični* indikatori. Sljedeći ozbiljni nedostatak jest rijetkost multivarijantnih testova povezanosti među dimenzijama; složenost RSP razmatraju samo tri od šest spomenutih studija. Najznačajnija od dosadašnjih studija ostaje ona najstarija, provedena prije petnaest godina, neposredno prije krupnih društvenih promjena izazvanih postkomunističkom tranzicijom. Navedeno, držimo, potvrđuje smisao i svrhu našeg istraživanja.

metodologija istraživanja **2.**

2.1. Uzorak i provedba istraživanja

Istraživanje *HIV/AIDS i mladi 2005.* provedeno je metodom ankete u veljači 2005. godine u kućanstvima RH, a usmjereno je na populaciju mladih od 18. do 24. godine.⁹ Prema Popisu stanovništva RH iz 2001. godine, navedeni dobni kontingent brojao je 413.449 osoba (9,3 posto ukupnog stanovništva RH), od čega je 51,1 posto muškaraca. Uzorak istraživanja neproporcionalni je probabilistički uzorak iz 6 regija Republike Hrvatske. Za potrebe istraživanja, RH je razdijeljena u 6 regija, kako je prikazano na slici 2.1.

Slika 2.1. – Regionalna podjela Republike Hrvatske



⁹ Za izradbu uzorka, terensku provedbu istraživanja, unos, kodiranje i ponderiranje podataka bila je zadužena istraživačka agencija Target d.o.o.

Svakoj regiji pridijeljen je jednak broj elemenata uzorka, pa su tako stanovništvom veće regije proporcionalno premalo zastupljene u uzorku, a manje regije previše. Ovakav raspored omogućuje podjednaku varijaciju uzoraka (nešto manju od 10 posto) za svaku od regija, kao i zaključak o različitosti regija (uz rizik pogreške manji od 1%) u slučaju 13,5 postotne razlike regionalnih uzoraka. Nasuprot tom modelu, pogreška uzorka proporcionalnih regija varirala bi od 8,1 posto za Zagreb i okolice do 14,2 posto za Liku i Pokuplje, čineći znatno težim dokazivanje razlika među regijama. Procjena cijele RH provedena je naknadnim računskim usklađivanjem udjela regija, proporcionalno njihovoj veličini (ponderiranjem), pri čemu je gubitak u preciznosti procjene neznatan.

Uzorak unutar pojedine regije ostvaren je kao troetapni probabilistički uzorak stanovništva regija od 18. do 24. godine. Etape izbora uzorka navedene su u tablici 2.1.

Tablica 2.1. – Etape izbora uzorka

	JEDINICA IZBORA	NAČIN ODABIRA
1. etapa	Lokacija anketiranja (sampling point)	Slučajni odabir naselja metodom sistematskog slučajnog izbora (vjerojatnost izbora naselja je proporcionalna broju osoba ciljne populacije koje imaju stalno mjesto boravka u tom naselju)
2. etapa	Kućanstvo	Slučajni izbor s popisa kućanstava na izabranim lokacijama (vjerojatnost izbora svakog od domaćinstava je podjednaka)
3. etapa	Osoba unutar kućanstva	Kisheva metoda izbora ispitanika unutar kućanstva (ukoliko u domaćinstvu postoji više osoba koje po dobi pripadaju ciljnoj populaciji, za anketiranje se izabire ona koja je posljednja imala rođendan)

S obzirom na mobilnost ciljne populacije, uzorak je usmjeren na određivanje ispitanika u skladu sa stalnim mjestom boravka. Kako je izražena vjerojatnost duže odsutnosti osobe iz mjesta stalnog boravka zbog školovanja, predviđena je procedura supstitucije takvih osoba izborom novih. Njih se biralo probabilističkim izborom u mjestu privremenog boravka osoba za koje se utvrdilo da su u vrijeme provođenja ankete nedostupne u mjestu stalnog boravka. Probabilistički izbor nedostupnih osoba stratificiran je po tipu smještaja u mjestu privremenog boravka kod definiranjem dvaju stratuma: privatnog ili kolektivnog tipa smještaja. Planirani uzorak realiziran je uz manja odstupanja¹⁰ (tablica 2.2.).

¹⁰ Najveći ponder u slučaju županija iznosio je 1,95 za Brodsko-posavsku županiju, dok je najmanje odstupanje od populacijskog parametra zabilježeno u Međimurskoj županiji, gdje je ponder iznosio 1,00. U pogledu dobi, najveći je ponder dodijeljen skupini od 19 godina, 1,27, dok je najmanje odstupanje zabilježeno za dob od 20 godina, uz ponder od 1,01. Ponder za muškarce iznosio je 1,10, a za žene 0,92.

Tablica 2.2. – Planirani i ostvareni uzorak

	Planirani uzorak	Ostvareni uzorak
<i>Muškarci</i>	552	519
<i>Žene</i>	528	574

Svi anketari prošli su poludnevnu stručnu obuku, tijekom koje se posebno naglašavala osjetljivost teme istraživanja i predstavljeni su načini zaštite privatnosti ispitanika. Upitnik se sastojao od dva dijela, pri čemu su ispitanici sami ispunjavali i potom kuvertirali drugi dio, koji sadrži pitanja o seksualnom iskustvu i ponašanju te iskustvu SPI. Anketari su bili upozoreni na važnost osiguranja adekvatnog prostora za anketiranje, u kojem bi bili sami s ispitanicom/ispitanikom (alternativno, ostavljena im je mogućnost da ugovore sastanak na mirnom i privatnom mjestu izvan kućanstva). Također su bili instruirani da pri dolasku u kuću objasne svrhu istraživanja i da naglase kako je odabir kućanstva posve slučajna, a ispunjavanje ankete anonimno. Kako bi motivirali ispitanike, anketari bi ukratko rastumačili društvenu važnost studije i istaknuli zanimljivost upitnika. Ako je ispitanik bio voljan sudjelovati, no upravo je u tom trenutku bio zauzet, anketari su se morali s njim dogovoriti za neki drugi termin.

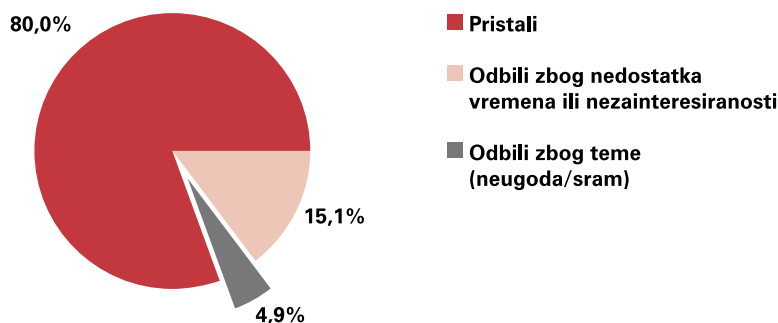
33

Anketari su obišli 1736 kućanstava, pri čemu su iz evidencije izostavljena kućanstva u kojima nema osoba između 18 i 24 godine. Anketiranje je provedeno u 63,6% slučajeva (N=1104); 11 anketa izbačeno je iz daljnje obrade, uglavnom zbog pogrešaka anketara. Nesudjelovanje je, dakle, zabilježeno u 36,4% slučajeva (N=632), pri čemu se više od polovice (56,3%) dogodilo zato što u kućanstvu nije zatečena osoba odgovarajuće dobi. Približno u trećini slučajeva nesudjelovanja (33,1%), osoba odgovarajuće dobi odbila je sudjelovati u istraživanju. Najčešći razlozi za odbijanje bili su manjak vremena (38,8%), općenita nezainteresiranost za sudjelovanje u anketama (30,1%) i neugoda/sram (23,4%). U 10,6% odbijanja anketar nije mogao procijeniti dob osobe, no najčešći su razlozi i u tim slučajevima bili nezainteresiranost za ankete (38,8%), neugoda/sram (29,7%) i manjak vremena (23,9%).¹¹

¹¹ Djevojke su značajno češće odbijale anketu (54,1%) nego mladići (44,5%), pri čemu je ta razlika osobito prisutna među osobama koje su odbile sudjelovanje upravo zbog teme istraživanja, odnosno neugode ili srama (68,8% djevojaka i 31,4% mladića). Prema očekivanju, odbijanje je češće zabilježeno u ruralnim (57,1%) sredinama nego urbanima (42,9%).

Sažeto iskazano, ostvarenost uzorka iznosi 80 posto. Slika 2.2. prikazuje strukturu pristajanja na anketiranje i razloge odbijanja. Važno je naglasiti kako je do 5 posto kontaktiranih osoba odgovarajuće dobi odbilo sudjelovati zbog teme istraživanja, odnosno zbog neugode ili srama.¹² Ta proporcija nije zanemariva, no smatramo da ne upućuje na značajniju prisutnost sustavne samoselekcije ispitanika.

Slika 2.2. – Struktura odaziva



2.2. Upitnik

Anketni se upitnik sastoji od dva zasebna dijela, a temelji se na pregledu relevantne literature te instrumentima upotrebljavanima prilikom istraživanja *AIDS i mladi* iz 1989. godine. Prvi dio upitnika odnosi se na ispitivanje sociodemografskih, sociokulturnih i socioekonomskih obilježja ispitanika, njihove informiranosti o HIV/AIDS-u i ostalim SPI te na relevantne strukture stavova i odlike ličnosti. Anketari su pitanja iz tog dijela upitnika ispitanicima čitali naglas, bilježili njihove odgovore i bili na raspolaganju za razjašnjavanje mogućih nejasnoća. Drugi se dio upitnika odnosio na seksualno ponašanje, navike i iskustva. Zbog izvanredne osjetljivosti pitanja, taj su dio upitnika ispitanici ispunjavali sami, u prisutnosti anketara, koji je bio instruiran da za to vrijeme čita neku knjigu (sjedeci bočno u odnosu na ispitanika/ispitanicu).

¹² Pretpostavimo li da sve osobe čiju dob anketari nisu mogli procijeniti ne pripadaju ciljnoj dobnoj skupini (18-24), proporcija je manja od 5 posto.

Dio upitnika za samoispunjavanje oblikovan je u ženskoj i muškoj inačici, pri čemu je prva proširena za pitanja o trudnoći, porođaju, pobačaju i učestalosti posjeta ginekologu. Da bi se provjerila čitljivost i razumljivost, taj je dio upitnika u siječnju 2005. godine podvrgnut pretestiranju.¹³ Primjedbe i sugestije koje su na taj način prikupljene uzete su u obzir prilikom sastavljanja konačne verzije upitnika.

Upitnik se sastojao od 77 pitanja (83 u ženskoj inačici), to jest 344 varijable (350 u ženskoj inačici). Deset upita postavljeno je u obliku otvorenih pitanja (koja su naknadno kodirana), dok su ostala pitanja postavljena kao zatvorena s ponuđene dvije opcije ili više opcija odgovora. Anketiranje i samoispunjavanje prosječno je trajalo 30-40 minuta, a anketari bi ispitanicima na rastanku uručili edukativnu brošuru *HIV/AIDS testiranje i zaštita* (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2004.)¹⁴

2.2.1. Instrumenti u dijelu koji ispunjava anketar

Individualna obilježja ispitanika mjerena su putem dobi, spola, bračnog statusa i religioznosti. Indikatori religioznosti predstavljaju varijable odnosa prema nauku pojedinčeve Crkve, učestalosti pohađanja vjerskih obreda te odgoja u vjerskom duhu. Grupna su obilježja pak mjerena stupnjem roditeljske kontrole i procjenom odnosa pojedinčeve vršnjačke skupine prema seksualnosti (tzv. „socijalna norma“). Indikatori socioekonomskih, sociodemografskih i sociokulturnih obilježja sljedeće su varijable: stupanj obrazovanje roditelja i ispitanika, radni status ispitanika, imovinsko stanje, veličina mjesta i županija/regija najdužeg i trenutačnog boravka te osobe s kojima je ispitanik/ispitanica živio/živjela do svoje 18. godine. Ovdje su uključena i pitanja o izvorima informacija o seksualnosti (ponuđeno ih je trinaest), učestalosti razgovora s majkom i ocem o seksualnim temama tijekom adolescencije te ulozi škole u informiranju i edukaciji o HIV/AIDS-u.

Znanje/informiranost o načinima prijenosa HIV/AIDS-a i ostalih SPI te načinima zaštite mjerilo se četirima instrumentima. Ispitanicima su postavljena pitanja o načinima prijenosa i načinima zaštite od HIV/AIDS-a te poznavanju SPI. Relevantna obilježja stavova i struktura ličnosti ispitanika operacionalizirani su uz pomoć šest skupina varijabli. Tako su uključeni indikatori stava o potrebi uvođenja

¹³ U pretestiranju je sudjelovalo stotinjak učenica i učenika četvrtog razreda dviju zagrebačkih srednjih škola.

¹⁴ Autora D. Rončević, D. Pahora i M. Pupić Bakrač.

seksualnog odgoja u hrvatske škole, stavova prema oboljelima od HIV/AIDS-a, dvostrukog morala i seksualne permisivnosti. Mjereni su, nadalje, lokus kontrole, traženje uzbuđenja i samopoštovanje. Stavovi prema uporabi kondoma mjereni su revidiranom UCLA skalom, pri čemu su 23 čestice obuhvaćale procjenu djelotvornosti kondoma, negativnog utjecaja na užitak i stigme vezane uz uporabu kondoma, kao i procjenu nelagode prilikom pregovaranja o njegovoj upotrebi i prilikom kupovine te percepciju samoefikasnosti u uporabi kondoma.

2.2.2. Instrumenti u dijelu koji ispunjava ispitanik/ispitanica

Kao indikatori seksualnog ponašanja uvršteni su dob i motivacija stupanja u prvi seksualni odnos (snošaj), procjena je li se seksualna inicijacija dogodila prerano te odgovarajuće iskustvo prijatelja. Ispitanike smo pitali i za druge seksualne aktivnosti, broj partnera (stalnih i slučajnih), učestalost postizanja orgazma, iskustvo višestrukih veza i iskustvo plaćenog seksa. Tri su pitanja posvećena eventualnom iskustvu seksualne viktimizacije, a isto toliko ih je mjerilo i konzumaciju pornografskih materijala. Ovaj je dio upitnika uključivao i indikator seksualne orijentacije.

36

Kada je riječ o uporabi metoda i sredstava zaštite, mjerena je učestalost njihove uporabe te uporaba prilikom prvog i posljednjeg seksualnog odnosa, kao i prilikom posljednjeg odnosa s osobom koja naplaćuje seksualne usluge. Budući da nas je osobito zanimao obrazac uporabe kondoma, pitali smo i za razloge nekorištenja kondoma prilikom posljednjeg odnosa te za procjenu vjerojatnosti uporabe kondoma pri prvom sljedećem seksualnom odnosu sa stalnim i slučajnim partnerom/partnericom. Rizičnost seksualnog ponašanja mjerena je i pitanjima o učestalosti seksualnog odnosa pod utjecajem alkohola i narkotika.

Upitnik je uključio i procjenu osobnog rizika od zaraze, pitanja o promjeni seksualnog ponašanja izazvanoj željom da se smanji osobni rizik te o iskustvu zaraze SPI. Potonje smo ispitivali pojavom specifičnih simptoma i/ili medicinskom dijagnozom tijekom posljednjih godinu dana (incidencija), odnosno od seksualne inicijacije do danas (prevalencija). U tom posljednjem dijelu upitnika pitali smo i za testiranje na HIV. Ženska verzija upitnika uključila je i nekoliko dodatnih pitanja vezanih uz trudnoću, porođaj, spontani i namjerni pobačaj te učestalost posjeta ginekologu u posljednje dvije godine.

informiranost o hiv/aids-u

3.

U objašnjavanju ljudskog ponašanja redovito se polazi od logične pretpostavke da se ono temelji na racionalnim izborima koje pojedinac čini između niza mogućnosti za koje zna da postoje, čije posljedice može procijeniti te da u skladu s ciljem koji želi postići odabire ponašanja. U ovakvu razmišljanju jasno je da poznavanje mogućih ponašanja i razloga koji govore u prilog odabiranju nekog od njih ovisi o informiranosti, odnosno znanju.

Postoje brojni teorijski modeli kojima se nastoji objasniti ljudsko ponašanje na području zdravlja. To je vjerojatno stoga što se lako vidi suprotnost između onoga što ljudi znaju o štetnim posljedicama određenog ponašanja i njihova izbora da se ne ponašaju u skladu s onim što znaju. Tako, na primjer, model koji vjeruje u zdravlje drži da će ponašanje ljudi - sukladno ili nesukladno onome što znaju o štetnosti ili korisnosti za zdravlje - ovisiti o dva faktora: (1) koliko osoba smatra da je neko ponašanje zdravstveno ugrožava i (2) koliko vjeruje da će neko konkretno ponašanje pomoći u smanjivanju opasnosti za zdravlje. Svaki od ova dva faktora sastoji se od nekoliko komponenti koje- pripadaju području uvjerenja. U njihovim su temeljima informacije, odnosno znanje o izvorima opasnosti za zdravlje. Stoga je informiranje javnosti o izvorima rizika za zdravlje, načinima smanjivanja rizika i povećanja zaštite ključno u promicanju zdravlja. No valja naglasiti da vladanje činjenicama, dakle dobro znanje o zdravstveno relevantnim aspektima ponašanja, ni izdaleka nije dovoljno za odabir ponašanja koje će pojedincu povećati vjerojatnost da zdravije živi. Ljudsko ponašanje, pa tako i ono koje je relevantno za zaštitu od HIV/AIDS-a, znatno je složenije, pa za njegovo objašnjavanje treba uzeti u obzir situacijske okolnosti, prošlo iskustvo, socijalne norme važne pojedincu, lakoću izvođenja specifičnih ponašanja itd.

Pojednostavnjen prikaz faktora zdravstvenog ponašanja u vezi s HIV/AIDS-om koji se javljaju u različitim teorijskim pristupima uključuje:

- (1)** Relativnu ugodu koju donosi zdravo i nezdravo ponašanje. Ako je zdravo ponašanje ugodnije od nezdravog, tada je dovoljno steći iskustvo s takvim ponašanjem i ono će se usvojiti. Dakako, poteškoća je u tome što su mnoga nezdrava ponašanja ljudima privlačna jer im donose veću ugodu i zbog toga što zdrava ponašanja redovito zahtijevaju veći napor ili ulaganje. Stoga je ključni korak spoznaja osobe da je njezino ili njegovo zdravlje ugroženo. Za to

treba znati što ugrožava zdravlje i uolikoj mjeri.

- (2) Ulogu i utjecaj drugih. Kad se drugi ponašaju na zdrav način, oni predstavljaju modele koji pomažu stvaranju i usvajanju normi zdrava ponašanja.
- (3) Subjektivne norme zdrava ponašanja. Njihova važnost počiva na uvjerenju pojedinca o tome kako se drugi ljudi ponašaju u sličnoj situaciji, kao i što drugi ljudi očekuju kako da se pojedinac ponaša. Ove norme utječu na namjeru da se ponaša na određeni način. Tako, na primjer, vlastit pozitivni stav prema sigurnim spolnim ponašanjima i pritisak u tom smjeru od važnih drugih osoba vodi do namjere da se prakticiraju takva ponašanja (Chan i Fishbein, 1993.).
- (4) Povjerenje u mogućnost prakticiranja zdravog ponašanja povezano sa samoefikasnošću kao osobinom ličnosti. To je uvjerenje da osoba doista može postići ono što joj je važno. Ova osobina povećava vjerojatnost usvajanja i održavanja zdravstveno relevantnih ponašanja, a može se razvijati učenjem korektivnih ponašanja – npr. kako odbiti pritisak vršnjaka da se pojedinac ponaša spolno rizično.
- (5) Točne i pouzdane informacije o učincima ponašanja koja se potiču. Ako su ljudi uvjereni da je neko ponašanje učinkovito, veća je vjerojatnost da će prema njemu steći pozitivne stavove i iskušati ga.

Nema sumnje da se u temelju svih modela objašnjavanja i predviđanja zdravstvenog ponašanja nalazi informiranost o činjenicama bitnim za smanjivanje zdravstvenih rizika. Nadalje, u svim kampanjama promicanja zdravlja naglasak je na informiranju javnosti o načinima samozaštite. Stoga je važno pratiti učinke tih aktivnosti. Analize koje slijede bave se pitanjem razine informiranosti ispitivane populacije i eventualnih promjena na toj razini u razmaku od 16 godina.

3.1. Informiranost o HIV/AIDS

Razina informiranosti odmjerena je dvjema skupinama čestica. Prva se sastoji od sedam standardnih pitanja koja se rabe u međunarodnim istraživanjima što se provode pod okriljem UNAIDS-a. Pet pitanja odnosi se na raširena pogrešna uvjerenja o načinima prenošenja HIV/AIDS-a u svakodnevnim situacijama, a dva se pitanja odnose na najvažnije načine zaštite od zaraze virusom. Sudionici istraživanja mogli su na pitanja odgovoriti „Da“, „Ne“ i „Ne znam“. Budući da odgovor „Ne znam“ zapravo također pokazuje neznanje o obliku prenošenja virusa, u ovoj su obradi uzeti zajedno s pogrešnim odgovorima. Pogrešni odgovori označeni su vrijednošću 1, a točni odgovori vrijednošću 2. To znači da veći rezultat, odnosno veća skalna vrijednost, pokazuje bolju informiranost o HIV/AIDS-u. Ovi rezultati izloženi su u tablici 3.1.

Druga skupina od 15 pitanja poslužila je za usporedbu rezultata dobivenih na sličnom uzorku mladih ljudi u istraživanju 1989. godine¹⁵ (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.), a izloženi su u tablici 3.2. Veći rezultat na skali znanja upućuje na bolje znanje, pri čemu je ono moglo varirati od minimalnih 15 do maksimalnih 30 bodova.

Tablica 3.1. – Znanje o načinima prenošenja HIV/AIDS-a (N=1093)

SADRŽAJ ČESTICE	Točni odgovori (%)	Interval pouzdanosti točnih odgovora (95%)
Može li se HIV/AIDS (SIDA) prenijeti:		
1. Seksualnim odnosom s osobom koja izgleda zdravo	85,9	84-88
2. Korištenjem javnog zahoda (WC-a)	74,7	73-78
3. Dijeljenjem obroka (hrane) s osobom zaraženom HIV/AIDS-om	74,2	73-78
4. Uporabom čaše koju je koristila osoba zaražena HIV/AIDS-om	71,4	69-75
5. Ubodom komarca	64,2	63-68
Može li se od HIV/AIDS-a zaštititi na sljedeći način:		
6. Pravilnom uporabom kondoma	83,3	81-85
7. Imajući seksualne odnose samo s jednom, nezaraženom i vjernom, osobom	78,4	76-81

¹⁵ U originalnoj verziji skala je sadržavala 16 pitanja, od kojih je jedno ispušteno zbog moguće višeznačnosti (postojanje lijeka za AIDS). Skala znanja u originalnoj je verziji zbog svoje heterogenosti imala koeficijent unutarnje konzistencije (alpha) 0,53, dok u ovom istraživanju iznosi 0,38. Prosječna korelacija među česticama iznosi 0,04.

Iz tablice se vidi kako više od četvrtine mladih ima pogrešno mišljenje da se HIV/AIDS može prenijeti navedenim svakodnevnim kontaktima s predmetima koje je rabila zaražena osoba. Međutim, njihovo znanje o načinima zaštite od zaraze seksualnim putem nešto je veće, tako da ih 14% ne zna da se zaraziti može i seksualnim odnosom s osobom koja izgleda zdravo (ali koja može prenijeti virus), 17% ih ne zna da se pravilnom uporabom kondoma može zaštititi od zaraze, ali čak 22% ih ne zna da se od zaraze može štititi održavanjem seksualnih odnosa samo s jednom, nezaraženom osobom. Na svih 5 pitanja o putovima prijenosa točno je odgovorilo 40%, a netočno je odgovorilo 3% sudionika. Pokazuju li ovi podatci dovoljno dobru informiranost o pitanjima ključnim za zaštitu od prijenosa HIV-a? Premda se odgovor na ovo pitanje, naravno, uvijek može relativizirati, mi držimo da razina informiranosti o samozaštiti nije dovoljna. Tome je nesumnjivo više razloga, ali ako točno dvadeset godina otkako je na području bivše Jugoslavije dijagnosticiran prvi slučaj AIDS-a, nakon čega je tijekom osamdesetih godina uslijedio niz javnih kampanja promicanja znanja o načinima zaštite od zaraze HIV-om, imamo približno 20% mladih ljudi koji nemaju jasno znanje o tim stvarima, situacija je zapravo porazna. To pripisujemo inzistiranju na upitnosti svih načina zaštite kod prijenosa virusa seksualnim kontaktom, koje zastupa Crkva. Vjerojatno zbog toga na pitanja može li se zaštititi od HIV/AIDS-a pravilnom uporabom kondoma, odnosno ako održavamo seksualne odnose isključivo s nezaraženim i vjernim partnerom, znatan broj mladih odgovara negativno.

3.2. Usporedba informiranosti 1989. – 2005.

Premda su uzorci u ova dva istraživanja bili različito konstruirani, kao i načini prikupljanja podataka, veličine uzoraka, sličnost populacije na kojima je istraživanje provedeno te uporaba istih čestica za ispitivanje znanja opravdava usporedbu dobivenih rezultata. Premda se u strogo formalnom smislu može prigovoriti da je mogućnost statističke usporedbe ograničena, rezultati su ipak uspoređeni jer držimo da to daje vrijedne uvide u eventualne promjene u informiranosti mladih ljudi u dosta dugom razdoblju tijekom kojeg se ispitivana populacija generacijski potpuno promijenila.

Što se dogodilo sa znanjem slične skupine mladih ljudi u razmaku od 16 godina u Hrvatskoj? Općenito govoreći, upotrebljavanjem istih pitanja 2005. godine utvrđeno je nešto slabije znanje nego 1989. godine! Ta razlika u apsolutnim vrijednostima vrlo je mala: 1989. godine prosjek je bio 26,93 (SD=1,79), dok je

2005. godine nađen prosjek od 26,65 (SD=1,64), no statistički je značajna ($t=4,52$; $p<0,01$). Dakako da i mala razlika u apsolutnim vrijednostima uz velike uzorke postaje statistički značajna, pa se treba usredotočiti na pitanje značenja ove razlike. Prvo, razumno bi bilo očekivati da se poveća znanje komparabilne skupine mladih ljudi tijekom razdoblja od 16 godina u kojem je AIDS sve prisutniji u zemlji i medijima, a incidencija se blago povećala u između 2000. i 2004. godine u odnosu na prethodno razdoblje. To se, međutim, nije dogodilo, već je naprotiv znanje nešto malo smanjeno. Drugo, slabije znanje evidentirano je u 4 od 15 pitanja (tablica 3.2.).¹⁶ To znači da mladi danas slabije znaju da pozitivan rezultat na testu za HIV-antitijela ne znači da čovjek ima AIDS, da uzročnik HIV/AIDS-a nije vrlo otporan i ne može dugo preživjeti izvan ljudskog tijela, da svi homoseksualci, naravno, nemaju HIV/AIDS te da se HIV/AIDS ne može izliječiti čak i ako liječenje počne pravodobno. S druge strane, u odgovorima na tri pitanja pokazalo se da mladi danas daju točnije odgovore nego prije 16 godina. Tako su bolje prepoznali da je predloženi, deseterostruko veći broj oboljelih od stvarnog broja netočan, a više ih je i svjesno da često mijenjanje seksualnih partnera povećava opasnost od zaraze HIV/AIDS-om te da se od HIV/AIDS-a ne može oboljeti ako se poljubi u lice oboljelu osobu.

¹⁶ Točan odgovor na pitanje kodiran je brojkom 2, a netočan brojkom 1. Provjera razlika između dva istraživanja provedena je t-testovima na aritmetičkim sredinama pojedinih čestica, a ne na proporcijama točnih odgovora, jer su se proporcije pokazale preosjetljivima na vrlo male razlike.

Tablica 3.2. – Usporedba znanja o HIV/AIDS-u 1989. i 2005. (Čestice su rangirane prema aritmetičkim sredinama u istraživanju 2005. godine; prosjeci su utvrđeni na 2655 sudionika 1989. godine i 1093 u 2005. godini.)

SADRŽAJ ČESTICE	2005.			1989.		
	Točni odgovori %	M	SD	M	SD	t
1. HIV/AIDS se prenosi spolnim putem	99.3	1,99	,081	1,99	,11	0,00
2. Mijenjanje spolnih partnera povećava rizik	98.4	1,98	,127	1,96	,20	3,63**
3. HIV/AIDS se može dobiti transfuzijom	97.1	1,97	,168	1,98	,12	-1,78
4. Uporaba prezervativa smanjuje rizik	96.7	1,97	,178	1,94	,23	0,05
5. Intravenoznim uzimanjem droga povećava se rizik	96.4	1,96	,186	1,97	,17	-1,54
6. Svi homoseksualci imaju HIV/AIDS	94.1	1,94	,236	1,96	,20	-2,439*
7. HIV/AIDS dovodi do gubitka imuniteta	93.5	1,93	,247	1,97	,16	-0,50
8. Oboljeti se može od poljupca u lice	91.5	1,92	,274	1,90	,30	1,98*
9. HIV/AIDS se može izliječiti	76.5	1,76	,424	1,79	,41	-1,97*
10. Može biti infektivan bez simptoma	73.9	1,74	,439	1,77	,42	-1,88
11. HIV/AIDS se može dobiti preko predmeta	71.7	1,72	,451	1,73	,45	-0,59
12. Uzročnik HIV/AIDS-a je nepoznat	59.6	1,60	,491	1,58	,49	1,13
13. Uzročnik HIV/AIDS-a je vrlo otporan	58.8	1,41	,492	1,55	,50	-7,82**
14. Pozitivan test znači imati AIDS	40.5	1,40	,491	1,55	,50	-8,43**
15. Trenutno u Hrvatskoj ima više od 900 oboljelih ⁺	34.1	1,34	,474	1,29	,45	2,94**
Prosječni rezultat na skali⁺⁺		26,65	1,635	26,93	1,794	-4,52**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

⁺ Formulacija ove čestice prilagođena je, jer se u istraživanju 1989. pitalo o deseterostruko većem broju oboljelih od stvarnog broja u Jugoslaviji, a u istraživanju 2005. o deseterostruko većem broju oboljelih u Hrvatskoj.

⁺⁺ Teorijski raspon skale jest 15-30, pri čemu prva brojka označuje pogrešan odgovor, a posljednja točan odgovor na svih 15 pitanja.

Kad se pogleda sadržaj čestica u kojima je postignuto najbolje znanje, vidi se da je riječ o dobru poznavanju rizičnih načina prijenosa HIV/AIDS-a. Tako mladi ljudi znaju da se HIV/AIDS prenosi spolnim putem (99,3% točnih odgovora); da često

mijenjanje spolnih partnera povećava opasnost od zaraze HIV/AIDS-om (98% točnih odgovora); da se HIV/AIDS može dobiti transfuzijom zaražene krvi (96,6%); da uzimanje droga pomoću injekcija povećava rizik obolijevanja od HIV/AIDS-a (96%). Važno je da 96,5% sudionika zna da uporaba kondoma smanjuje rizik od HIV/AIDS-a. To su vrlo značajni podatci koji pokazuju da mladi ljudi zapravo izvrsno znaju kojim se, za njih najrelevantnijim, putem mogu zaraziti HIV-om i koja su to rizična ponašanja koja ih dovode u opasnost. U tom se pogledu praktički ništa nije promijenilo u posljednjih 16 godina, jer je i u prethodnom istraživanju dobiven vrlo sličan poredak odgovora o znanju, s vrlo sličnim postotkom točnih odgovora. Sličnost je i u tome što je od postavljenih pitanja najslabije znanje dobiveno u području koje je manje važno za praktično ponašanje i manje mu se posvećuje medijska ili edukacijska pažnja. Među njima su pitanja o tome je li uzročnik HIV/AIDS-a poznat, koliko je otporan na preživljavanje izvan ljudskog tijela, znači li pozitivan rezultat na testu za HIV-antitijela istodobno da čovjek ima AIDS te koliko je u Hrvatskoj oboljelih od HIV/AIDS-a. Zanimljivo je da je upravo na dvije čestice koje se odnose na znanje o samom HIV-u postignuto znatno slabije znanje 2005. godine, što bi mogla biti posljedica promjene u strategiji kampanje s većom orijentacijom na praktično primjenjiva znanja o samozaštiti, ali i na medijsko fokusiranje na promicanje ovih ponašanja, a manje na stručne spoznaje o virusu i bolesti. Valja uočiti da postoji prividna kontradikcija između ranije spomenutog nalaza da 17% mladih iskazuje da se pravilnom uporabom kondoma ne može zaštititi od HIV/AIDS-a, dok ih istodobno samo 3,5% odgovara da se uporabom kondoma ne može smanjiti rizik od zaraze. Čini se da je ključna razlika u formulaciji ovih pitanja: u prvom slučaju rabi se izraz „zaštititi“, a u drugom „smanjiti rizik“, što su sudionici prepoznali i diferencirano odgovarali.

3.3. Informiranost o HIV/AIDS-u i neka obilježja sudionika istraživanja

Za usporedbu današnje razine informiranosti sudionika ovisno o nekim njihovim obilježjima, upotrijebljena je skala od 22 čestice, sastavljena od pitanja iz istraživanja 1989. godine i indikatora znanja prema UNAIDS-u.¹⁷

¹⁷ Takva skala ima bolju unutrašnju konzistenciju nego ijedna od skala informiranosti zasebno ($\alpha = 0,58$).

Usporedba rezultata znanja o HIV/AIDS-u između žena i muškaraca potvrdila je ono što je poznato iz stranih i domaćih istraživanja: žene su bolje informirane ($M_m=38,9$, $SD_m=2,5$; $M_z=39,6$, $SD_z=2,4$; $t=4,4$, $p<0,01$). I na razini čestica, sve razlike koje nalazimo govore u prilog boljoj informiranosti žena, premda su te razlike u apsolutnim veličinama male. U statističkom pogledu razlika je značajna samo u 6 od ukupno 22 čestice. Ipak, važno je uočiti razlike u znanju o samozaštitnom ponašanju. Kada je riječ o samozaštiti pravilnom uporabom kondoma, žene su pokazale bolje znanje ($p<0,02$).

Usporedba ukupnog rezultata na testu znanja po regijama pomoću analize varijance pokazala je da postoje regionalne razlike u znanju ($F=4,60$, $p<0,01$).¹⁸ Pomnijom analizom utvrđeno je da je najviša razina informiranosti nađena u Istri i Primorju, potom u Zagrebu i Zagrebačkoj županiji, dok je najslabije znanje o HIV/AIDS-u bilo u Slavoniji i Sjevernoj Hrvatskoj.

Da bi se utvrdili mogući sociodemografski prediktori razine informiranosti o HIV/AIDS-u, proveden je niz regresijskih analiza. Pokazalo se da je prediktivna snaga svih modela analize bila slaba, vjerojatno stoga što sama skala znanja pokriva heterogeni sadržaj. Najbolji regresijski model objasnio je samo 8,5% varijance informiranosti, a značajnim su se prediktorima znanja pokazali: obrazovanje ispitanika, spol i obrazovanje oca. Premda je religioznost mladih ljudi važno obilježje za koje se može očekivati da je povezano s informiranošću o HIV/AIDS-u, jer Katolička crkva ima vrlo čvrst stav u pogledu spolnog ponašanja mladih (npr. neprihvatanje predbračnih seksualnih odnosa, protivljenje uporabi kondoma), indikatori religioznosti nisu se pokazali značajnim prediktorima.

S obzirom na to da se utjecaj spola i obrazovanja pokazao značajnim i u istraživanju provedenom prije 16 godina, možemo zaključiti kako je riječ o stabilnim prediktorima znanja o HIV/AIDS-u. Tu činjenicu svakako valja uzeti u obzir u izradbi odgovarajućih edukacijskih programa, kao i u planiranju kampanja za bolju informiranost.

¹⁸ Nakon provedene analize varijance razlike između pojedinih regija provjerene su Scheffeovim testom u svim obradama podataka.

4.

*stavovi prema osobama
s hiv/aids-om*

U ovom poglavlju analiziramo stavove prema osobama koje žive s HIV/AIDS-om. S obzirom na niz problema vezanih uz odnos javnosti i stručnjaka, osobito u medicinskim ustanovama, prema takvim osobama, senzibiliziranost i prihvaćanje osoba s HIV/AIDS-om važan je društveni cilj. Takav zaključak potvrđuju i rezultati koje prikazujemo u nastavku.

4.1. Stavovi prema ljudima koji žive s HIV/AIDS-om

U istraživanju su ispitani stavovi prema ljudima s HIV/AIDS-om uporabom niza od 8 čestica preuzetih iz skale stavova sa 19 čestica iz istraživanja 1989. godine (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.).¹⁹ Prosječni rezultat 2005. godine bio je 22,15 (SD=2,96), što upućuje na prevlast blago pozitivnog stava prema pravima djece i odraslih osoba s HIV/AIDS-om te njihovom ravnopravnom tretiranju kao i svih drugih oboljelih građana.

4.2. Usporedba stavova 1989.-2005.

Analiza prosječnih rezultata na usporednim česticama sličnog uzorka mladih ljudi u 1989. i 2005. godini pokazala je da je došlo do statistički značajnog pomaka prema liberalnijem stavu spram osoba s HIV/AIDS-om ($M_{1989} = 20,44$, $SD_{1989} = 3,46$; $M_{2005} = 22,15$, $SD_{2005} = 2,95$). To se vidi i iz podataka prikazanih u tablici 4.1., jer je na svih 8 čestica prosječna procjena u novom istraživanju veća. Jedina čestica kod koje razlika u odnosu na 1989. godinu nije dosegla razinu statističke značajnosti jest ona o stavu da svi oboljeli trebaju imati ista prava. Naime, već su 1989. godine sudionici pokazali izrazito liberalan stav, tako da nepostojanje razlike ne iznenađuje. Valja istaknuti da prosjeci utvrđeni na česticama koje ispituju podršku

¹⁹ U ovom su istraživanju upotrijebljene samo čestice koje ispituju odnos prema ljudima s HIV/AIDS-om, a ovako preuređena skala ima koeficijent unutarnje konzistencije alpha od 0,75, s prosječnom korelacijom između čestica od 0,28. Čestice su uređene tako da veći rezultat upućuje na prihvaćanje stava o socijalnoj inkluziji i jednakim pravima osoba s HIV/AIDS-om. Mogući raspon odgovora na pojedinoj čestici kreće se od 1 do 4, a za skupni rezultat od 8 do 32.

uvođenju kartoteke za seropozitivne i prisilno testiranje rizičnih osoba pokazuju da većina mladih zagovara određeni stupanj represivnosti kad je riječ o nekom „rizičnom“, premda kod sebe slabije prepoznaje rizične oblike ponašanja, što se pak vidi iz drugih nalaza u ovom istraživanju.

Tablica 4.1. – Usporedba stavova prema osobama s HIV/AIDS, 1989.-2005. (Čestice su rangirane prema aritmetičkim sredinama u istraživanju 2005. godine; veći rezultat upućuje na veće prihvaćanje socijalne inkluzije i prava osoba s HIV/AIDS-om. Prosjeci su utvrđeni na 2655 ispitanika 1989. godine i 1093 ispitanika 2005. godine.)

SADRŽAJ ČESTICE	2005.		1989.		t
	M	SD	M	SD	
1. Ista prava za oboljele	3,38	,653	3,33	,83	1,92
2. Izdvojiti djecu oboljelih	3,29	,712	2,80	,87	17,50*
3. Zabraniti oboljelima neke poslove	3,24	,773	2,71	,89	18,28*
4. Oboljele u karantenu	3,19	,797	2,38	,94	27,00*
5. Tretman ovisno o načinu zaraze	3,09	,832	2,89	,90	6,67*
6. Oboljela djeca u normalne škole	3,01	,833	2,49	,87	17,33*
7. Kartoteke za seropozitivne	2,21	,873	1,96	,81	8,06*
8. Prisilno testiranje rizičnih	2,09	,928	1,88	,84	6,18*
Ukupni rezultat	22,15	2,951	20,44	3,459	15,23*

* $p < 0,01$

4.3. Stavovi i neka obilježja sudionika istraživanja

Usporedba stavova žena i muškaraca pokazala je da žene imaju liberalniji stav prema osobama s HIV/AIDS-om ($M_m=21,9$, $SD_m=2,93$; $M_z=22,4$, $SD_z=2,96$; $t=2,49$, $p < 0,01$), što se poklapa s rezultatima dobivenim u ranijim istraživanjima. Muški sudionici pokazali su značajno restriktivniji stav prema osobama s HIV/AIDS-om, osobito kada je riječ o drastičnim idejama kao što su karantenzacija oboljelih, zabranjivanje rada na nekim radnim mjestima i izdvajanje oboljele djece. Premda prosjeci nisu izravno usporedivi, čini se da je u razdoblju od 16 godina došlo do smanjivanja razlike između muškaraca i žena u stavovima vezanim uz osobe s HIV/AIDS-om.

Usporedba liberalnosti stavova prema oboljelima od HIV/AIDS-a po regijama pokazala je da postoji statistički značajna razlika ($F=8,65$, $p < 0,01$). Ta je razlika zbog toga što su sudionici istraživanja iz zagrebačke regije liberalniji od sudionika iz sjeverne Hrvatske, a sudionici iz Like, Pokuplja i Banovine statistički su značajno liberalniji od sudionika iz sjeverne Hrvatske, Slavonije i Istre. Taj rezultat iznenađuje, jer je riječ o regiji koja je u relativno nepovoljnom položaju s obzirom na druge regije, kako u gospodarskom tako i obrazovnom smislu.

Nastojanje da se pomoću multiple regresijske analize utvrdi sklop prediktora stavova prema ljudima s HIV/AIDS-om rezultirao je modelom koji tumači samo 4 posto varijance. Značajnim su se prediktorima pokazali obrazovanje ispitanika, obrazovanje oca, spol (ženski), učestalost odlazaka u crkvu i nezaposlenost. Dva potonja prediktora negativno su povezana s prihvaćanjem osoba koje žive s HIV/AIDS-om.

Mogućnost usporedbe s istraživanjem provedenim prije 16 godina na sličnom uzorku mladih ljudi ograničena je razlikom u primijenjenim instrumentima. No na razini odnosa prema predmetu mjerenja stava, dakle odnosa prema ljudima s HIV/AIDS-om, ipak se mogu povući neke usporedbe. Konzistentnost nalaza iskazuje se u činjenici da su i 1989. i 2005. godine žene, nereligiozni, bolje obrazovani i osobe boljeg socioekonomskog statusa iskazivale veće prihvaćanje osoba s HIV/AIDS-om. Ta su obilježja, očito, stabilna i stoga važna za promicanje društvenog uključivanja oboljelih od HIV/AIDS-a, odnosno borbu protiv diskriminacije i izolacije kojima su izloženi.

*seksualna aktivnost
i hiv rizična ponašanja*

U ovom poglavlju prikazujemo podatke o seksualnoj inicijaciji,²⁰ seksualnim aktivnostima i uporabi zaštite, seksualnoj orijentaciji i iskustvu seksualne viktimiziranosti među mladima u Hrvatskoj. Osobita je pozornost posvećena deskriptivnoj analizi ponašanja, koja uključuju rizik od infekcije HIV/AIDS-om. Ti su rezultati prikazani na kraju poglavlja.

Većina naših ispitanika bila je seksualno iskusna i seksualno aktivna u vrijeme provođenja istraživanja. Iskustvo seksualnih odnosa iskazalo je 86,9% mladića i 81,7% djevojaka (ukupno 84,4% svih ispitanika). Od ostalih samo je 16 sugovornika (1,4%) izjavilo da još ne želi takvo iskustvo. Prema očekivanju, udio seksualno iskusnih u urbanim sredinama nešto je veći nego u ruralnim sredinama ($p < 0,001$).²¹ Uzmemo li u obzir samo one ispitanike koji su već imali snošaj, velika ih je većina imala seksualnog partnera/partnericu (91,2%), to jest bila je seksualno aktivna u zadnjoj godini. Zanimljivo, u ruralnim je sredinama udio seksualno aktivnih mladih osoba bio nešto veći nego u urbanim sredinama ($p > 0,05$).

5.1. Seksualna inicijacija

U medijima i javnosti često se može čuti kako je seksualna aktivnost mladih izvan kontrole, pod čime se najčešće misli da mladi sve ranije postaju seksualno aktivni te da se velik broj njih ponaša „promiskuitetno“ - što god to značilo. Usporedba podataka dobivenih u ovom istraživanju, prvi put provedenom na nacionalno reprezentativnom uzorku mladih, s onima iz istraživanja *AIDS i mladi* iz 1989. godine (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.) ne govori u prilog takvoj moralnoj panici. Prema našim podatcima, iskustvo prvog snošaja mladići u prosjeku imaju sa 17,2 godine, a djevojke sa 17,6 godina (vrijednost je medijana u oba slučaja 17). Šesnaest godina ranije prosječna dob prilikom stupanja u prvi seksualni odnos iznosila je 17,1 za mladiće i 17,9 za djevojke (vrijednost medijana u oba je slučaja ista - 17). Usporedimo li te nalaze s podatcima iz prvog istraživanja

²⁰ Preciznije, riječ je o koitalnoj inicijaciji. Poznato je, naime, kako većina mladih počinje seksualne kontakte nepenetrativnim aktivnostima.

²¹ Ispitanike smo podijelili na one koji su najveći dio života proveli u ruralnoj (do 10 000 stanovnika), odnosno urbanoj sredini (više od 10 000 stanovnika).

adolescentske seksualnosti u Hrvatskoj (Trenc i Beluhan, 1973.), studije provedene 1972. godine na nacionalnom uzorku srednjoškolske mladeži (N = 2317), uočavamo krupnu razliku. Djelovanje kulture seksualne permisivnosti u posljednjih se tridesetak godina poglavito odrazilo na seksualnu aktivnost mladih žena. Za razliku od situacije u sedamdesetim godinama 20. stoljeća, razlika u dobi seksualne inicijacije mladića i djevojaka danas je gotovo nestala.²²

Za većinu naših ispitanika seksualna je inicijacija bila pozitivno iskustvo. Kao što se pokazalo i u drugim studijama (Štulhofer, Jureša i Mamula, 2003.), ocjena je prvog iskustva spolno specifična. Dok među mladićima samo 6 posto ispitanih smatra da su „prerano stupili u seksualne odnose“, kod djevojaka je takvo mišljenje tri puta učestalije (19%). Dio razlike u evaluaciji prvog koitalnog iskustva vjerojatno počiva i na različitoj motivaciji. Mladići kao najčešći razlog za inicijaciju spominju seksualnu želju, a zatim znatizelju, kod djevojaka je najčešći motiv zaljubljenost/ljubav, a potom seksualna želja.

Što utječe na seksualnu inicijaciju ili, rečeno na drugi način, što razlikuje one koji u seksualne odnose ulaze ranije od onih koji to čine kasnije? Da bismo saznali odgovor na to pitanje, proveli smo dvije multiple regresijske analize, odvojeno prema spolu, u koje smo kao prediktore seksualne inicijacije uključili niz sociodemografskih obilježja. Bez obzira na to je li riječ o seksualnoj inicijaciji djevojaka ili mladića, samo dva čimbenika (od sedam uvrštenih²³) imaju značajan utjecaj: religioznost²⁴ i obrazovanje. Oba obilježja odgađajuće utječu na seksualnu inicijaciju. Religiozniji i obrazovaniji ispitanici nešto kasnije stupaju u seksualne odnose.²⁵

Naposljetku, važno je razmotriti i pitanje odgovornosti, odnosno uporabe zaštite, pri prvom odnosu. Pri prvom snošaju nešto više od 38 posto ispitanika (38,3%) nije rabilo nikakvo *sredstvo* zaštite pri prvom snošaju (19,9% nije primijenilo ni metodu prekinutog snošaja), 5,2% primijenilo je hormonalnu kontracepciju, a 2,1% metodu brojenja plodnih dana. Ipak, ohrabruje podatak da je 60,4% ispitanika upotrijebilo kondom.²⁶

²² Riječ je o trendu zamjetnom širom Europe, usp. Bozon i Kontula (1998.).

²³ U analize su uključene sljedeće varijable: obrazovanje ispitanika, obrazovanje ispitanikovih roditelja, veličina mjesta u kojem je proveo/provela najveći dio života, materijalni status obitelji, živi li još s roditeljima i koliko često sudjeluje u vjerskim obredima.

²⁴ Religioznost je mjerena redovitošću odlazaka u crkvu.

²⁵ Protivno očekivanju, ustanovljeno je da između ispitanika koji su najveći dio života proveli u urbanoj sredini i onih iz ruralnih sredina ne postoji dobna razlika u seksualnoj inicijaciji. Nije utvrđena ni razlika u raširenosti uporabe kondoma pri prvom snošaju.

²⁶ Zbroj postotaka (kada se uključe i ispitanici koji su se služili ostalim sredstvima) veći je od 100, jer su neki ispitanici rabili više od jednog sredstva ili metode zaštite. Isto vrijedi i za prikaz uporabe zaštite pri posljednjem odnosu.

5.2. Broj partnera, seksualne aktivnosti i uporaba zaštite

U proteklih 12 mjeseci seksualno je aktivno bilo nešto manje od tri četvrtine ispitanika (73,3%). Većina ispitanika imala je u tom razdoblju jednog partnera/partnericu (58%), 16% dva partnera, 9% tri partnera, 4% četiri partnera, a nešto manje od 4% pet ili više partnera. Analiziramo li ukupni broj seksualnih partnera (od seksualne inicijacije do danas), rezultati su ovakvi: 25% imalo je jednog partnera/partnericu, 17% dva partnera, 15,5% tri partnera, 9,5% četiri partnera, a 33% pet ili više partnera. Kao i u drugim istraživanjima, mladići prijavljuju veći prosječan broj seksualnih partnera/partnerica (5,5) nego djevojke (3,3).²⁷

Da bismo ustanovili promjene u broju seksualnih partnera izazvane sve većom permisivnošću i drugim kulturnim promjenama, usporedili smo njihov broj u populaciji osamnaestogodišnjaka i devetnaestogodišnjaka 1972. i 2005. godine.²⁸ Rezultate prikazuje tablica 5.1. Ukupno uzevši, rezultati ne upućuju na porast broja partnera u toj dobnoj skupini. Štoviše, ispitanika koji su iskazali 5 ili više partnera bilo je, čini se, više prije tridesetak godina.

Tablica 5.1 – Broj seksualnih partnera u posljednjih 12 mjeseci u populaciji seksualno iskusnih ispitanika između 18 i 19 godina, 1972. – 2005.

	SAS-1972		AIM-2005	
	Ž (N=59)	M (N=198)	Ž (N=94)	M (N=99)
Broj seksualnih partnera u posljednjih 12 mjeseci: % (Interval pouzdanosti od 95%)				
0	20,6 (10,3 30,9)	14,3 (9,4 19,2)	4,3 (0,2 8,4)	9,3 (3,6 15)
1	57,3 (44,7 69,9)	34,8 (28,2 41,4)	62,7 (52,9 72,5)	39,4 (29,8 49)
2	13,5 (4,8 22,2)	18,5 (13,1 23,9)	20,3 (12,2 28,4)	20,8 (12,8 28,8)
3	5,1 (0 10,7)	10,2 (6 14,4)	9,7 (3,7 15,7)	10,9 (4,8 17)
4	/	6,0 (2,7 9,3)	3,0 (0 6,4)	9,6 (3,8 15,4)
5+	3,5 (0 8,2)	16,2 (11,1 21,3)	/	10,1 (4,2 16)

²⁷ Ispitanici iz urbanih sredina iskazuju nešto veći broj seksualnih partnera od ispitanika iz ruralnih sredina ($p > 0,001$).

²⁸ Studija iz 1972. godine nije uključila ispitanike starije od 19 godina (Trenc i Beluhan, 1973.; Beluhan i sur, 1973.).

Koja sociodemografska obilježja utječu na broj seksualnih partnera? Ispitanike smo podijelili u dvije skupine, pri čemu su prvu tvorili oni koji su imali do četiri seksualna partnera, a drugu oni s pet ili više seksualnih partnera. Od niza sociodemografskih obilježja uvrštenih u multiplu logističku regresiju s ciljem utvrđivanja koje od njih određuju pripadnost prvoj, odnosno drugoj, skupini samo su se dva pokazala statistički značajnima - spol i religioznost. Mladići su nadreprezentirani u skupini ispitanika s većim brojem seksualnih partnera, a religiozni ispitanici u skupini s manjim brojem partnera.

U cjelini, analize potvrđuju dominaciju modela sekvencijalne monogamije, premda 24% ispitanika barem jednu svoju vezu nije tretiralo kao seksualno ekskluzivnu.²⁹ Za potonje, seksualne aktivnosti nisu vezane isključivo uz ljubavni kontekst. Razdvajanje „ljubavi“ i „seksa“ nije dominantan, ali ni osobito rijedak obrazac ponašanja. Nešto manje od trećine seksualno aktivnih ispitanika (31%) u protekloj je godini imalo odnos sa slučajnim partnerom/partnericom (tzv. „seks za jednu noć“).

Kao što podatci pokazuju, seksualna interakcija mladih uključuje (uz nepenetrativne) različite penetrativne aktivnosti, od kojih su snošaj (84% ispitanika imalo je takvo iskustvo) i oralni seks (65-66%) najčešće. Iskustvo analnog odnosa imalo je nešto manje od četvrtine ispitanika (23%), među kojima su mladići zastupljeniji od djevojaka.

Pri posljednjem seksualnom odnosu 20,6% ispitanika nije rabilo nikakvu zaštitu, 16,5% ih je primijenilo metodu prekinutog snošaja, 2,8% prirodne metode, 13% hormonalnu kontracepciju, a 52,9% kondom.³⁰ Razlika u odnosu na strukturu uporabe zaštite pri prvom odnosu iskazuje se u povećanom uzimanju pilula i smanjenoj uporabi kondoma.³¹ Te su promjene u pravilu posljedica konsolidacije intimne veze. Važno je naglasiti da redovita uporaba kondoma, pri seksualnim odnosima tijekom posljednjih 12 mjeseci,³² obilježava seksualni život 21,5%

²⁹ Riječ je o ispitanicima (31,1% mladića i 16,6% djevojaka) koji su, tijekom veze imali odnos i s nekom trećom osobom. Godine 1989. takvo je ponašanje iskazalo 36,1% mladića i 12% djevojaka (Ajduković i sur., 1991.).

³⁰ Između mladih iz urbanih i ruralnih sredina nije utvrđena razlika u vjerojatnosti uporabe kondoma pri posljednjem snošaju.

³¹ Kao glavni razlog za neuporabu kondoma pri posljednjem odnosu 8,1% ispitanika navelo je da ga „ne voli koristiti“, a daljnjih 7,4% procijenilo je „da nije potrebno“.

³² Prema očekivanju, uporaba je kondoma pri oralnom seksu vrlo je rijetka. Manje od 4% ispitanika redovito rabi kondom u takvim situacijama, a 59% nikada.

ispitanika, što je više nego četverostruki porast u odnosu na nalaze istraživanja *AIDS i mladi* iz 1989. godine, kada je takvih ispitanika bilo samo 4,5% (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.).

Komercijalni seks, to jest kupovanje i prodavanje seksualnih usluga, izrazito je rijetka pojava u nacionalnom uzorku mladih. Seksualne usluge platila su 23 mladića, od kojih je jedan imao plaćeni odnos s muškarcem. Kada smo ispitanike obaju spolova pitali jesu li ikada tražili novac za seksualne usluge, potvrdno je odgovorilo 10 mladića i 5 djevojaka.³³

5.3. Izvori informacija o seksualnosti i utjecaj pornografije

Ispitanike smo pitali i o važnosti različitih izvora informacija za njihovo znanje o ljudskoj seksualnosti. Kao glavne izvore informacija djevojke najčešće navode prijateljice/prijatelje, zatim partnere, TV, te stručne knjige i priručnike o seksualnosti, a mladići partnerice/partnere, prijatelje, TV i erotske časopise/filmove. Škola (nastavnici i vjeroučitelji) danas je na samom dnu ljestvice izvora seksualnih informacija mladih. To potvrđuje i nalaz kako je 61 posto ispitanika u školi dobilo samo osnovne informacije o HIV/AIDS-u, a 9 posto ni to. Stoga nije nikakvo čudo što 86 posto drži kako bi seksualnu edukaciju trebalo učiniti sastavnim dijelom školovanja.

Prosječna dob u kojoj ispitanici prvi put konzumiraju eksplicitne seksualne sadržaje (preciznije, pornografski film) iznosi 11,6 za mladiće i 13,1 za djevojke. U posljednjih godinu dana 12% mladića nije se koristilo pornografskim sadržajima, a 20% ih je to činilo često. Među djevojkama samo je 3,4% često konzumiralo eksplicitne sadržaje, a 58% to uopće nije činilo. Jedan od indikatora utjecaja pornografije na seksualni život mladih jest učestalost predlaganja seksualnih aktivnosti uočenih u eksplicitnim materijalima („Koliko često predlažete partnerici/partneru nešto što ste vidjeli u pornografskom filmu ili na fotografijama?“). Prema našim podatcima, takav je utjecaj umjeren³⁴ i, prema očekivanju, izraženiji među mladićima. Među onima koji su tijekom prošle godine konzumirali pornografiju oko 10% mladića i 6% djevojaka svojim partnerima često predlažu nešto što su

³³ Od kojih je manjina (3 mladića i 3 djevojke) do sada imala isključivo partnere suprotnog spola.

³⁴ Osobito imamo li na umu da je riječ o vrlo mladoj populaciji koja tek otkriva vlastitu seksualnost.

vidjeli u eksplicitnim materijalima, dok 22% mladića i 31% djevojaka to nikada ne čini.

5.4. Seksualna orijentacija

Da bismo ispitali raširenost neheteroseksualnih aktivnosti u nacionalnom uzorku mladih, postavili smo pitanje o spolu dosadašnjih seksualnih partnera. Činjenica da je homoseksualnost još razmjerno stigmatizirana u hrvatskoj javnosti vjerojatno je smanjila spremnost nekih ispitanika da zaokruže istinit odgovor - bez obzira na to što se pitanje nalazilo u dijelu upitnika koji su ispitanici popunjavali sami. Imajući to ograničenje na umu, naši podatci pokazuju da je 93,2% mladića i 92,5% djevojaka imalo isključivo partnere suprotnog spola. Partnere koji su „uglavnom suprotnog spola” iskazalo je 4,9% mladića i 6% djevojaka. Podjednak broj partnera obaju spolova ili uglavnom istospolni partneri obilježavaju seksualni život 1,5% mladića i 1,1% djevojaka. Samo su dva mladića i jedna djevojka imali isključivo istospolne partnere; Mann-Whitneyev test upozorio je na statistički značajnu razliku ($p < 0,001$) u broju seksualnih partnera isključivo heteroseksualnih ispitanika i ostalih, pri čemu potonje obilježava veći broj partnera.

60

5.5. Seksualno nasilje

Postojeći podatci o raširenosti seksualnog nasilja među mladima u Hrvatskoj u najboljem su slučaju fragmentarni (Mamula, 2005.) Prema studiji provedenoj među studentima Sveučilišta u Zagrebu (Štulhofer, Jureša i Mamula, 2003.), ukupno 2,7% ispitanika - 4% djevojaka i 1,2% mladića - imalo je iskustvo seksualne viktimizacije.³⁵ Da bismo dobili podatak o raširenosti seksualnog nasilja u nacionalnom uzorku mladih, isto smo pitanje („Je li Vas ikada netko prisilio – prijetnjama, ucjenom ili silom – na seksualni odnos ili neke druge seksualne aktivnosti?”) primijenili i u ovom istraživanju. Ukupno je 1,8% ispitanika (3,1% djevojaka i 0,6% mladića) potvrdno odgovorilo na to pitanje. Oko dva posto (2,2%) ispitanika izjavilo je kako nije sigurno bi li to što im se dogodilo mogli nazvati seksualnim nasiljem, a 12% odbilo je odgovoriti na to pitanje.

³⁵ Daljnjih 10,5% ispitanika izjavilo je da ne zna može li se ono što im se dogodilo „tako nazvati”, a 3% odbilo je odgovoriti na pitanje jesu li ikada bili prisiljeni na kakvu seksualnu aktivnost. U tom ponovljenom istraživanju postotak seksualno zlostavljanih ispitanika bio je značajno veći nego u prvom valu (1998.), kada je iznosio 1 posto.

Analiziramo li seksualno nasilje prema dobi kada se dogodilo, 33,6% djevojaka (n = 11) bilo je viktimizirano u dječjoj dobi (do 14 godina). Isto su iskustvo imala dvojica mladića, što potvrđuje da su ženska djeca izložena većem riziku od seksualne zloporabe. U najvećem broju slučajeva iskustvo seksualnog nasilja vezano je uz dob između 16 i 18 godina. Oko 60% zlostavljenih ispitanica izjavilo je da se viktimizacija dogodila upravo u tom razdoblju.

5.6. Raširenost HIV rizičnih seksualnih ponašanja

Tablica 5.2. prikazuje raširenost rizičnih seksualnih ponašanja u našem uzorku. Riječ je o sedam aktivnosti/ponašanja koja su u literaturi povezana s povećanim rizikom od zaraze HIV-om ili drugim SPI.

Tablica 5.2. – Raširenost HIV rizičnih seksualnih aktivnosti

	<i>Djevojke</i>	<i>Mladići</i>
	%	%
Posljednji seksualni odnos bez kondoma sa stalnim partnerom/partnericom - ako je osoba imala i partnere izvan veze.	12,8	25,8
Posljednji seksualni odnos bez kondoma sa slučajnim partnerom/partnericom. ³⁶	11,6	26,1
Posljednji komercijalni seks bez kondoma.	0,9	0,9
U posljednjih godinu dana koristi kondome rijetko ili nikada.	37,5	32,3
Broj seksualnih partnera (veći od medijana).	44,2	42,4
Prvi seksualni odnos prije 16. godine.	7,5	14,6
Odnos pod utjecajem alkohola (često ili redovito).	7,6	19,3
Odnos pod utjecajem narkotika (često ili redovito).	2,1	3,7

Rizična su ponašanja razmjerno raširena, što potvrđuje nalaze ranijih istraživanja (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.; Štulhofer, Jureša i Mamula, 2000.). Da bismo ispitali jesu li informacije vezane uz HIV/AIDS dovele do kakvih promjena u

³⁶ Ispitanicima je postavljeno pitanje o uporabi kondoma pri posljednjem seksualnom odnosu. Nakon toga smo ih pitali s kim su imali taj posljednji odnos, sa stalnim ili slučajnim partnerom/partnericom.

seksualnom ponašanju mladih, ispitanicima smo postavili sljedeće pitanje: „Jeste li u posljednih godinu dana nešto promijenili u svom seksualnom životu kako bi smanjili opasnost od zaraze HIV/AIDS-om?“ Potvrдно je odgovorila čak četvrtina seksualno aktivnih ispitanika (25,6%), preciznije: 29% mladića i 22% djevojaka. Većina ih češće rabi kondom (75%), ima manje seksualnih partnera (72%), odnosno ima seksualne odnose samo sa stalnim partnerom/partnericom (71%). Više od polovice (54%) ispitanika koji su zbog HIV/AIDS-a nešto promijenili u svom ponašanju tvrdi da u posljednjih godinu dana redovito rabi kondom.

U jednom ranijem istraživanju uočeno je kako mlade iz Dalmacije, Istre i Primorja obilježava ranija seksualna inicijacija i veći broj partnera (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.), što ih čini izloženijim riziku od SPI. Naše analize to nisu potvrdile. U odnosu na nacionalni prosjek, seksualna je inicijacija ranija u ličko-banijskoj, istarsko-primorskoj i slavonskoj, a broj partnera veći u istarskoj i ličko-banijskoj regiji. No osim u slučaju ranije inicijacije u ličko-banijskoj regiji, navedene razlike ne dosežu razinu statističke vjerodostojnosti.

*determinante hiv rizičnog
seksualnog ponašanja*

Polazna pretpostavka različitih programa i akcija kojima je cilj prevencija HIV/AIDS-a jest uvjerenje da se HIV rizična ponašanja mogu smanjiti promjenom određenih individualnih obilježja, za koja se smatra da su povezana s rizičnim ponašanjem. Takvi programi najčešće uključuju nekoliko razina: *obrazovnu*, koja stremi k poboljšanju informiranosti o različitim aspektima HIV/AIDS-a (rizici od zaraze, sredstva zaštite itd.), *odgojnu*, kojoj je cilj promjena stavova i vrijednosti, *razvijanje vještina* koje pridonose izbjegavanju rizika (komunikacijske sposobnosti, ispravna uporaba kondoma i sl.) te *formiranje i učvršćivanje obrazaca ponašanja (navika)* koji minimiziraju rizike.

Nacrt našeg istraživanja respektirao je hipotezu o povezanosti rizičnog seksualnog ponašanja (RSP) sa spomenutim činiteljima, ali i s nizom drugih varijabli za koje smo pretpostavljali da utječu na izloženost riziku. Analiza, rezultate koje podastiremo u ovom poglavlju, bavi se identifikacijom statistički značajnih korelata HIV rizičnog seksualnog ponašanja.

6.1. Indikatori

Preliminarna analiza podataka pokazala je da kombiniranje većeg broja indikatora RSP³⁷ u kompozitnu mjeru rezultira heterogenim instrumentom slabe pouzdanosti (KR-20 = ,38). Stoga smo u analizama prediktivnosti različitih varijabli za rizično seksualno ponašanje upotrijebili dva indikatora RSP čiju važnost naglašavaju postojeća istraživanja – (1) *uporaba kondoma pri posljednjem seksualnom odnosu* i (2) *redovitost uporabe kondoma u (vaginalnim i/ili analnim) seksualnim odnosima tijekom posljednjih godinu dana*. Odabir tih indikatora poduprt je i njihovom praktičnom vrijednošću te poželjnim metrijskim karakteristikama.

³⁷ Po uzoru na raniji rad (Štulhofer, Jureša i Mamula, 2000.), indeks RSP uključivao je sljedeće čestice: rana seksualna inicijacija (prije 16. godine), broj seksualnih partnera (veći od medijana), neuporaba kondoma pri posljednjem seksualnom odnosu, neuporaba ili rijetka uporaba kondoma u posljednjih godinu dana, neuporaba kondoma pri posljednjem komercijalnom seksualnom odnosu i seksualne aktivnosti pod utjecajem alkohola ili droge.

Indikator *Uporaba kondoma pri posljednjem seksualnom odnosu* dihotomiziran je formulacijom anketnog pitanja (da ili ne). Za indikator *Učestalost uporabe kondoma u (vaginalnim i/ili analnim) seksualnim odnosima tijekom posljednjih godinu dana* upotrijebljeno je anketno pitanje s ordinalnom skalom procjene učestalosti uporabe kondoma (*nikada, rijetko, ponekad, često, uvijek*), pri čemu su odgovori ispitanika naknadno dihotomizirani (često i uvijek = 0; nikada, rijetko i ponekad = 1). Razlog tomu jest činjenica da je distribucija izvornih vrijednosti te varijable kod muškaraca bimodalna i izrazito asimetrična, dok je kod žena praktički pravokutna, pa varijabla u tom (izvornom) obliku nije pogodna za linearnu regresijsku analizu. Oba indikatora kodirana su tako da kod „0“ označava nerizičnu, a kod „1“ rizičnu skupinu.³⁸

6.2. Analitički model

Budući da smo željeli utvrditi u kojoj se mjeri rezultati na indikatorima RSP mogu protumačiti različitim obilježjima ispitanika, kao primjereni analitički model upotrebljena je logistička regresijska analiza. Riječ je o proceduri koja je razvijena za ispitivanje dihotomne zavisne varijable (kriterija) i raznorodnih nezavisnih varijabli (prediktora). Dodatna pogodnost toga regresijskog modela jest i to što ne zahtijeva normalnu distribuciju prediktorskih varijabli. Analiza je provedena tzv. *forward* metodom uz uključenje konstante, pri čemu je kao kriterij uvrštavanja prediktora u model određena statistička značajnost na razini rizika od 5%.

Za svaki od dvaju kriterija (indikatora RSP) provedeno je po sedam logističkih regresija, pri čemu su sve analize provedene odvojeno po spolu.³⁹ Prvih šest analiza provedeno je kako bi se utvrdili statistički značajni prediktori/korelati u svakoj od sljedećih skupina varijabli:

³⁸ Nerizičnu skupinu čine oni koji su rabili kondom pri posljednjem seksualnom odnosu, to jest oni koji su u vaginalnim i/ili analnim seksualnim odnosima u posljednjih godinu dana rabili kodnom „često“ ili „uvijek“.

³⁹ Naše preliminarne analize, kao i ranija istraživanja (usp. Štulhofer i sur., 2000.), upozorile su na spolnu specifičnost prediktorske strukture RSP.

1. Informiranost o HIV/AIDS-u (*indeks informiranosti o HIV/AIDS-u*;
2. Relevantni stavovi i uvjerenja (*indeks dvostrukog standarda, indeks seksualne permisivnosti, stavovi o djelotvornosti kondoma, prihvaćanje mitova o kondomu, indeks neugode pri kupovini kondoma; indeks neugode predlaganja uporabe kondoma, stavovi prema osobama koje žive s HIV/AIDS-om*
3. Intrapersonalni čimbenici (*interni i eksterni lokus kontrole, skala traženja uzbuđenja, skala samopoštovanja*
4. Grupne i interpersonalne determinante (*stupanj roditeljske kontrole, razgovor s roditeljima o seksualnim temama, percipirana seksualna permisivnost referentne vršnjačke skupine, učestalost razgovora s partnerom/partnericom o seksualnim temama*
5. Sociodemografska i sociokulturna obilježja (*cjelovitost obitelji, život u roditeljskom domu, veličina mjesta najdužeg boravka, imovinsko stanje obitelji, religioznost, odgoj u vjerskom duhu, obrazovanje roditelja i osobno obrazovanje*
6. Seksualno ponašanje (*dob pri prvom seksualnom odnosu, uporaba kondoma pri prvom odnosu, broj seksualnih partnera i iskustvo „seksa za jednu noć“*).

Selektirani na opisani način, statistički značajni prediktori/korelati uvršteni su u završne logističke regresije.

6.3. Rezultati multivarijantnih analiza

Analize koje prikazujemo u nastavku obuhvaćaju isključivo djevojke i mladiće koji su već imali seksualni odnos. U analizu prediktora/korelata redovitosti uporabe kondoma uvršteni su samo oni ispitanici koji su bili seksualno aktivni u proteklih 12 mjeseci.

6.3.1. Uporaba kondoma pri posljednjem odnosu

Tablica 6.1. – Rezultati logističke regresije uporabe kondoma pri zadnjem seksualnom odnosu (0 = da; 1 = ne)*

	Djevojke (N=433)		Mladići (N=378)	
	Exp(B) (Odds Ratio)	95% interval pouzdanosti	Exp(B) (Odds Ratio)	95% interval pouzdanosti
Prediktori/korelati:				
Život u roditeljskom domu (1 = da)	0,58	0,35 - 0,95		
Odgoj u vjerskom duhu (veći rezultat, stroži odgoj)	1,87	1.27 - 2.76		
Uporaba kondoma pri prvom odnosu (1 = da)	0.28	0,18 - 0,43	0,24	0,14 - 0,38
Stavovi o djelotvornosti kondoma (veći rezultat, veća percipirana djelotvornost)			0,74	0,65 - 0,84
Prihvatanje mitova o kondomu (veći rezultat, manja sklonost prihvatanju mitova)			0,93	0,87 - 0,99
Skala samopoštovanja (veći rezultat, veće samopoštovanje)			1,09	1,04 - 1,15
Stupanj roditeljske kontrole (veći rezultat, veća kontrola)			0,60	0,41 - 0,88
Iskustvo "seksa za jednu noć" (1 = da)			0,40	0,24 - 0,69
	Nagelkerke $R^2 = 0,15$ CoxSnell $R^2 = 0,11$		Nagelkerke $R^2 = 0,27$ CoxSnell $R^2 = 0,20$	

* U tablici su prikazani samo statistički značajni korelati.

Prema nalazima, među djevojkama koje s partnerom nisu rabile kondom pri zadnjem odnosu nadreprezentirane su one koje ne žive s roditeljima, koje su odgojene u strogom vjerskom duhu te one koje kondom nisu rabile ni pri prvom snošaju. Što se tiče mladića, u rizičnoj su skupini nadreprezentirani oni koji pri prvom snošaju nisu rabili kondom, oni koje obilježava sumnja u djelotvornost kondoma te prihvaćanje mitova o kondomu („Osobe koje predlažu uporabu kondoma često mijenjaju partnere”; „Muškarci koji imaju uspjeha kod žena ne

rabe kondome”, „Osoba koja predlaže uporabu kondoma ne vjeruje partneru”; „Djevojka koja u torbici ima kondom lako pristaje na seks”), oni koji iskazuju veći stupanj samopoštovanja, koji u protekloj godini nisu imali iskustvo usputnog seksa te, naposljetku, oni čiji roditelji imaju manje informacija o tome kako njihov sin raspolaže novcem.

Rezultati potvrđuju opravdanost provođenja zasebnih analiza za mladiće i djevojke. Jedina varijabla koja se javlja kao statistički značajan prediktor u obje skupine jest uporaba kondoma pri prvom snošaju. Drugim riječima, bez obzira na spol, vjerojatnost uporabe kondoma pri posljednjem odnosu značajno je veća ako se kondom rabio i pri prvom snošaju.⁴⁰

Zanimljivo je da dvije preostale varijable prediktivne za izloženost djevojaka riziku operacionaliziraju različite oblike socijalne kontrole, pri čemu se utjecaj vjerskog odgoja pokazuje kontraproduktivnim za prevenciju HIV/AIDS-a i taj je nalaz svakako relevantan u kontekstu aktualnih diskusija o različitim programima i akterima seksualne edukacije u školama.

Kod mladića je utjecaj roditeljske kontrole nešto manje izražen (očituje se isključivo u kontroli trošenja novca). No u njihovu se slučaju važnim pokazuju uvjerenja i stavovi o kondomima, što je vjerojatno rezultat činjenice da su muškarci ti koji ih (izravno) rabe. Dva korelata koja mogu izazvati nedoumicu zbog smjera povezanosti s kriterijem jesu stupanj samopoštovanja i iskustvo usputnog seksa (tzv. „seks za jednu noć”). Naime, veće samopoštovanje i iskustvo seksualnog kontakta sa slučajnim partnerom/partnericom smanjuju vjerojatnost uporabe kondoma pri posljednjem snošaju. Utjecaj samopoštovanja, valja upozoriti, razmjerno je malen (povećanje od jednog boda na skali samopoštovanja povećava vjerojatnost uporabe kondoma za faktor 1,1), ali neočekivan.⁴¹ Nakon provedenih dodatnih analiza utvrdili smo da uočena negativna veza počiva na nižoj procjeni osobnog rizika od zaraze HIV-om i drugim SPI mladića s većim samopoštovanjem. Nažalost, riječ je sustavnom podcjenjivanju rizika, jer na procjenu ne utječe ni broj seksualnih partnera ni učestalost uporabe kondoma. Riječ je, očito, o nalazu kojem treba posvetiti dužnu pozornost prilikom izradbe preventivskih programa.

⁴⁰ Ista je povezanost utvrđena i u ranijem domaćem istraživanju provedenom na zagrebačkim srednjoškolicima (usp. Hiršl-Hećej i Štulhofer, 2001.).

⁴¹ Dosadašnji radovi upućuju na pozitivnu povezanost samopoštovanja i odgovornog ponašanja kod djevojaka (Salazar i sur., 2005.; Sterk i sur., 2004.; MacDonald i Martieau, 2002.).

Kada je pak riječ o povezanosti iskustva usputnog seksa i vjerojatnosti uporabe kondoma pri posljednjem odnosu, njezin je smjer logičan. Kao što su dodatne analize potvrdile, iskustvo seksualnih kontakata s nepoznatim partnerima/partnericama intenzivira percepciju izloženosti riziku zaraze od SPI i na taj način potiče uporabu zaštite.

Suprotno očekivanju koje se temelji na rezultatima slične analize (Štulhofer i sur., 2000.), protumačenost kriterija prediktorima/korelatima gotovo je dvostruko bolja kod mladića.

6.3.2. Redovitost uporabe kondoma

Tablica 6.2. – Rezultati logističke regresije redovitosti uporabe kondoma (0 = „uvijek“ ili „često“; 1 = „ponekad“, „rijetko“ ili „nikada“)*

Prediktori/korelati:	Djevojke (N=372)		Mladići (N=349)	
	Exp(B) (Odds Ratio)	95% interval pouzdanosti	Exp(B) (Odds Ratio)	95% interval pouzdanosti
Prihvatanje mitova o kondomu	0,89	0,83 - 0,96		
Obrazovanje**	2,28	1,32 - 3,94		
Uporaba kondoma pri prvom odnosu	0,1	0,11 - 0,30	0,28	0,17 - 0,44
Stavovi o djelotvornosti kondoma			0,84	0,75 - 0,94
Stupanj roditeljske kontrole			0,66	0,46 - 0,95
	Nagelkerke $R^2 = 0,24$ Cox-Snell $R^2 = 0,18$		Nagelkerke $R^2 = 0,17$ Cox-Snell $R^2 = 0,13$	

* U tablici su prikazani samo statistički značajni korelati.

** 1 = nepotpuna osnovna škola, 2 = završena osnovna škola, 3 = završena srednja škola i 4 = završena viša škola ili fakultet

I ova analiza upućuje na prediktivnu važnost uporabe kondoma pri prvom snošaju, potvrđujući snagu navike odgovornog ponašanja. Ponovo je riječ o jednoj varijabli koja se pokazala značajnom bez obzira na spol ispitanika. Smjer povezanosti isti je kao i u prethodnoj regresijskog analizi: osobe koje su rabile kondom pri prvom snošaju nadreprezentirane su među onima koji se konzistentno koriste kondomom.

Osim te varijable, za *žene* su prediktivne još dvije. Prihvatanje mitova o kondomu pokazuje očekivanu negativnu vezu s kriterijem: žene koje su tomu sklonije rjeđe rabe kondom. No veza između obrazovanja ispitanica i konzistentne uporabe zaštite ima neočekivani smjer. Prema našem nalazu, obrazovanije su žene manje sklone redovitoj uporabi zaštite. Budući da su ranija istraživanja zaključila upravo suprotno, rezultat smo detaljno provjerili. Univarijatne distribucije frekvencija i kontingencijska tablica dviju varijabli upućuju na to kako je temeljni razlog negativne povezanosti specifičnost ispitivane populacije. Naime, četiri petine ispitanica svrstano je u kategoriju „završena srednja škola”. Spomenutu negativnu vezu tako proizvodi malen broj ispitanica sa završenom višom školom ili fakultetom koje rjeđe rabe kondom, odnosno podjednako malo žena sa završenom osnovnom školom koje kondom rabe nešto češće. Neočekivani se nalaz, drugim riječima, temelji na vrlo malom broju slučajeva i kao takav je izrazito nestabilan, to jest podložan slučajnim varijacijama u uzorku, različitim situacijskim determinantama i specifičnim životnim povijestima.

Dva preostala prediktora/korelata konzistentne uporabe kondoma u muškom poduzorku jesu stavovi o djelotvornosti kondoma i stupanj roditeljskog nadzora. S obzirom na to da su se oba pojavila i u prethodnoj analizi (kao prediktori uporabe kondoma pri posljednjem odnosu), ne treba ih dodatno tumačiti.

U cjelini, rezultati provedenih analiza upućuju na tri važna zaključka. Prvi potvrđuje nepostojanje izravne veze između stupnja informiranosti o HIV/AIDS-u i odgovornog ponašanja (usp. Ajduković i sur., 1991.). Drugi ističe spolnu specifičnost čimbenika koji utječu na RSP, upozoravajući time na nužnost njihova respektiranja prilikom izradbi preventivskih programa. Posljednji zaključak odnosi se na ulogu stvaranja navike uporabe kondoma, čiju je važnost, čini se, teško precijeniti.

reproduktivno zdravlje mladih **7.**

Spolno prenosive infekcije (SPI) bitan su uzrok morbiditeta i lošije kvalitete života, a značajnije im raste s obzirom na to da većina, a posebno ulcerozne (sifilis, herpes), povećavaju rizik od prijenosa HIV-a. Epidemiologija SPI zasigurno zauzima posebno mjesto u epidemiologiji, s obzirom na to da faktori rizika obuhvaćaju individualne karakteristike koje su uglavnom vezane uz spolno ponašanje (veći broj i učestalija izmjena partnera, paralelna partnerstva, neuporaba kondoma kod rizičnih spolnih odnosa) i populacijske karakteristike, kao što je raširenost zaraze. Na potonje utječu i karakteristike zdravstvenih i drugih sustava, kao što je postojanje programa prevencije i kontrole, posebno među rizičnim skupinama, te kvaliteta zdravstvene zaštite, uključujući dijagnostiku, i sistema praćenja SPI.

Ovo poglavlje prikazuje frekvencije i distribuciju navedenih simptoma SPI u populaciji mladih u Hrvatskoj te specifičnih SPI prema sociodemografskim i bihevioralnim obilježjima. Analizama su obuhvaćeni mladići i djevojke koji su imali barem jednog seksualnog partnera. Kao indikator SPI uzeto je dosadašnje iskustvo prisutnosti genitalnog iscjetka (pojačanog, neuobičajenog) praćenog peckanjem kod mokrenja i/ili svrbežom. Ispitanici su odgovarali i na pitanja o iskustvu specifičnih SPI (genitalni herpes, trihomonas, gonoreja, sifilis, klamidija, HPV, nespecifični uretritis, genitalna kandidijaza, hepatitis B i C, neka druga spolno prenosiva bolest).

Prema preporukama *Svjetske zdravstvene organizacije* o sindromskom pristupu liječenju SPI, simptom iscjetka specifičniji je simptom SPI kod muškaraca nego kod žena (Svjetska zdravstvena organizacija ŠWHOĆ, 2003.).⁴² Kod žena je simptom iscjetka češće uzrokovan zarazama koje nisu nužno spolno prenosive, kao što je kandidijaza i bakterijska vaginoza, pri čemu govorimo o infekcijama reproduktivnog sustava, a ne o spolno prenosivim bolestima kod žena. Klamidijska infekcija i gonoreja kod žena u većini slučajeva ne uzrokuju nikakve simptome. Ispitanici su

⁴² U područjima niske prevalencije SPI, a posebno kod adolescentica, vaginalna infekcija glavni je uzrok (patološkog) iscjetka kod žena, a najčešće je vezana uz infekciju *Candidom albicans*, *Trichomonas vaginalis* i bakterijsku vaginozu. *Neisseria gonorrhoeae* i *Chlamydia trachomatis* uglavnom uzrokuju cervikalnu infekciju. Glavni patogeni koji uzrokuju iscjedak iz uretre kod muškaraca jesu *C trachomatis* i *N gonorrhoeae*.

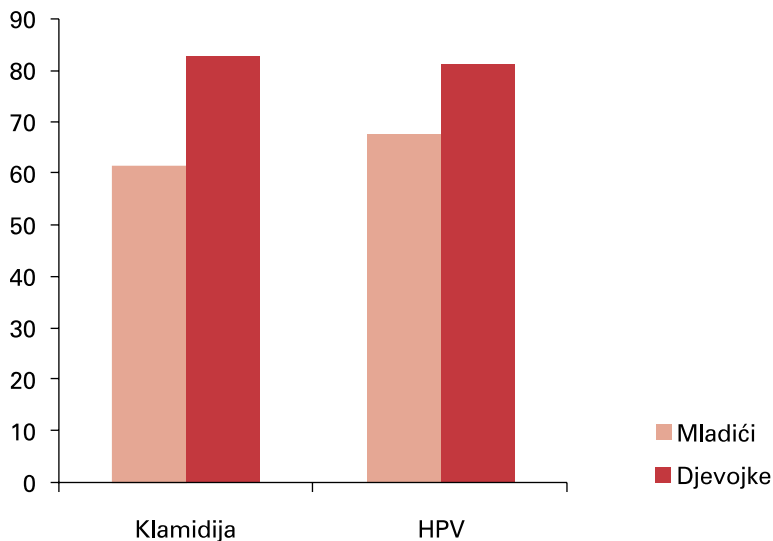
odgovarali i na četiri pitanja koja se odnose na poznavanje spolno prenosivih bolesti (ispitanicima su ponuđene četiri bolesti: klamidija, HPV, anemija te izmišljena „konterijaza“).

7.1. Rezultati

Prepoznavanje klamidije kao SPI obilježava 61% mladića i 83% djevojaka (slika 7.1). Nešto više mladića (68%) i 81% djevojaka prepoznalo je humani papilomski virus (HPV) kao SPI. Razlike prema spolu u oba su slučaja bile statistički značajne.

Od svih ispitanika koji su imali seksualni odnos, 52 mladića (11,8%) i 207 djevojaka (44,5%) barem je jednom u životu primijetilo neuobičajen iscjedak praćen peckanjem pri mokrenju i/ili svrbežom. Kao što je već objašnjeno, prisutnost iscjetka ne mora biti znak SPI u žena, osobito u područjima i/ili populacijama niske prevalencije.

U nekim istraživanjima seksualnog ponašanja u Velikoj Britaniji i Americi žene su češće od muškaraca navodile iskustvo specifičnih SPI, što je objašnjeno učestalijim preventivnim pregledima te većom biološkom osjetljivošću žena na SPI (Fenton, Korovessis, Johnson i sur., 2001.; Laumann, Gagnon, Michael i Michaels, 1994.) Pritom je važno napomenuti da su kod žena bakterijske SPI (gonoreja, klamidija) u visokom postotku (40-70%) asimptomatske, a prevalencija asimptomatske infekcija varira s obzirom na populacije u kojima su provedena istraživanja. Procjenjuje se da novostečene infekcije virusom herpesa tip 2 (HSV-2) uzrokuju simptome u samo 40% zaraženih u oba spola (Langenberg i sur., 1999.), a infekcije onkogenim virusima HPV 16 i 18 uglavnom su bez simptoma.

Slika 7.1. - Postotak mladića i djevojaka koji su prepoznali klamidiju i HPV kao SPI

Tablica 7.1. prikazuje distribuciju simptoma SPI i infekcija reproduktivnog sustava prema sociodemografskim obilježjima i nekim seksualnim ponašanjima. Statistički su značajne razlike dobivene samo u slučaju obrazovanja djevojaka i uporabe kondoma pri posljednjem odnosu sa slučajnim partnerom/partnericom. Simptome tako rjeđe navode djevojke nižeg obrazovanja i ispitanici obaju spolova koji su rabili kondom pri posljednjem odnosu sa slučajnim partnerom/partnericom. No razlika je i spolno specifična. Dok su među mladićima simptome češće navodili oni koji su rabili kondom, kod djevojaka je povezanost obrnuta. Može se pretpostaviti da je iskustvo SPI dovelo do promjene ponašanja kod muškaraca, to jest da je češća uporaba kondoma sa slučajnom partnericom *posljedica* oboljenja od spolno prenosive bolesti.

Tablica 7.1. -

Raširenost
iskustva
genitalnog
iscjetka prema
socio-
demografskim
obilježjima
i nekim
seksualnim
ponašanjima

	Mladići (%, N)	Djevojke (%, N)
<i>Dob</i>		
18-20	11,3 (14)	41,2 (150)
21-24	11,4 (267)	45,8 (258)
<i>Obrazovanje ispitanika</i>		*
Nepotpuna/ završena osnovna škola	10,3 (43)	26,5 (39)
Srednja škola	11,7 (360)	44,2 (327)
Viša škola/ fakultet	10,0 (11.5)	56,8 (37)
<i>Obrazovanje majke</i>		
Nepotpuna/završena osnovna škola	14,5 (69)	46,6 (55)
Srednja škola	11,7 (262)	43,9 (267)
Viša škola/ fakultet	8,2 (87)	42,9 (81)
<i>Obrazovanje oca</i>		
Nepotpuna/ završena osnovna škola	16,0 (33)	44,7 (54)
Srednja škola	10,6 (300)	43,2 (270)
Viša škola/ fakultet	14,1 (77)	45,5 (78)
<i>Seksualni odnos sa slučajnim partnerom u posljednjih godinu dana</i>		
Ne	8,7 (257)	41,8 (319)
Da	14,9 (162)	52,2 (89)
<i>Imovinsko stanje</i>		
Mnogo bolje/nešto bolje	13,6 (82)	41,9 (71)
Ni bolje ni lošije od većine	10,3 (308)	44,1 (291)
Mnogo lošije/nešto lošije od većine	17,7 (27)	50,7 (43)
<i>Seksualni odnos pod utjecajem alkohola</i>		
Nikada/ ponekad	10,2 (340)	43,6 (380)
Često/ uvijek	16,7 (78)	51,2 (28)
<i>Seksualni odnos pod utjecajem narkotika</i>		
Nikada	11,8 (325)	41,7 (346)
Ponekad/ uvijek/ Često	10,3 (91)	54,8 (56)
<i>Veličina prebivališta</i>		
<50,000	11,0 (283)	43,4 (238)
>50,001	12,2 (138)	45,0 (171)
<i>Uporaba kondoma pri posljednjem seksualnom odnosu sa stalnom partnericom/ partnerom</i>		
Da	7,3 (192)	41,8 (156)
Ne	11,9 (121)	43,9 (197)
<i>Uporaba kondoma pri posljednjem seksualnom odnosu sa slučajnom partnericom/ partnerom</i>	**	*
Da	23,8 (91)	35,3 (35)
Ne	4,7 (47)	67,4 (28)

* Razlika među podskupinama značajna je na razini značajnosti od <5%

** Razlika među podskupinama značajna je na razini značajnosti od <1%

Tablice 7.2. i 7.3. prikazuju raširenost iskustva simptoma iscjetka u životu prema promatranim kategorijama te rezultate univarijatne i multivarijatne logističke regresije, koja želi odrediti korelate tog simptoma. Kod muškaraca se vidi statistički značajna povezanost u univarijatnoj logističkoj regresiji sa svim varijablama iz modela, osim s upotrebom kondoma kod prvog snošaja i zajedničkim životom s roditeljima do 18. godine. No u multivariatnom se modelu kao značajni korelat pojavljuje isključivo (ne)znanje o klamidiji kao uzročniku SPI.

Tablica 7.2. – Raširenost i korelati simptoma iscjetka kod mladića (univarijatna i multivarijatna logistička regresija)

	Simptom SPI /iscjedak/ % (95% CI)	Ukupni broj ispitanika (NP, P)*	OR /univarijatna logistička regresija/ (95% CI)	OR /multivarijatna logistička regresija/ (95% CI)
Ukupna učestalost	11,4 (8,5-15,1)	397, 421		
Ukupni broj partnera			p=0,0080	p=0,2326
1-4	7,5 (4,7-11,9)	219, 245	1,0	1,0
>5	16,7 (11,5-23,7)	178, 176	2,48 (1,27-4,84)	1,56 (0,75-3,22)
Seksualni partneri isključivo suprotnoga spola			p=0,0161	p=0,0775
Da	10,1 (7,3-13,6)	376, 391	1,0	1,0
Ne	28,9 (13,1-52,3)	21, 30	3,65 (1,27-10,47)	2,86 (0,89-9,16)
Paralelne veze			p=0,0155	p=0,4632
Ne	8,7 (5,8-12,9)	273, 292	1,0	1,0
Da	17,9 (11,6-26,6)	121, 125	2,29 (1,17-4,48)	1,32 (0,62-2,81)
Platili seksualni odnos			p=0,0044	p=0,0626
Ne	10,4 (7,5-14,1)	375, 398	1,0	1,0
Da	34,5 (16,5-58,5)	19, 19	4,57 (1,61-13,0)	3,04 (0,94-9,80)
Znanje da se klamidija prenosi spolnim putem			p=0,0075	p=0,0229
Da	7,2 (4,4-11,7)	233, 245	1,0	1,0
Ne	16,8 (11,4-24,1)	146, 157	2,60 (1,29-5,23)	2,29 (1,12-4,67)
Kondom pri prvom seksualnom odnosu			p=0,3657	p=0,5658
Da	10,1 (6,9-14,7)	251, 273	1,0	1,0
Ne	13,4 (8,3-20,9)	143, 145	1,37 (0,69-2,72)	0,79 (0,35-1,77)
Život s oba roditelja			p=0,0847	p=0,2608
Da	10,3 (7,4-14,3)	346, 366	1,0	1,0
Ne	19,1 (10,2-32,9)	49, 53	2,06 (0,91-4,67)	1,69 (0,68-4,22)

95% CI=95% interval pouzdanosti; NP=neponderirani, P=ponderirani; OR=odds ratio (mjera relativnog rizika); * ukupni se zbroj u nekim slučajevima razlikuje među promatranim varijablama zbog isključenja odgovora koji nedostaju iz analize.

Kao što prikazuje tablica 7.3., profil rizika je kod žena nešto drugačiji nego kod muškaraca. Budući da su samo tri djevojke izjavile da su primile novac za seksualni odnos, ta varijabla nije uvrštena u model. Više od 5 partnera i neuporaba kondoma kod prvog seksualnog odnosa značajni su prediktori simptoma kod žena. Spolne razlike u korelatima i povezanost većeg broja partnera sa simptomima kod žena potvrđuju i ranija istraživanja (Zenilman, 2001.). Rizik od prijenosa SPI veći je s muškarca na ženu nego obrnuto. Dovoljno je podsjetiti na to da su žene izložene većoj količini infektivnih sekreta te da je površina kontakta veća nego u muškaraca, a pod većim su rizikom adolescentice zbog cervikalne ektopije.

Tablica 7.3. - Raširenost i korelati simptoma SPI kod djevojaka (univarijatna i multivarijatna logistička regresija)

	Simptom SPI /iscjedak/ % (95% CI)	Ukupni broj ispitanika (NP, P)*	OR /univarijatna logistička regresija/ (95% CI)	OR /multivarijatna logistička regresija/ (95% CI)
Ukupna učestalost	44,1 (39,2-49,1)	442, 409		
Ukupni broj partnera			p=0,0013	p=0,0056
1-4	39,5 (34,1-45,2)	333, 313	1,0	1,0
>5	58,9 (48,7-68,5)	109, 95	2,19 (1,36-3,53)	2,25 (1,27-3,98)
Isključivo partneri suprotnoga spola			p=0,5537	p=0,7401
Da	43,5 (38,5-48,7)	407, 378	1,0	1,0
Ne	49,4 (31,5-67,4)	34, 29	1,27 (0,58-2,76)	0,87 (0,39-1,97)
Paralelne veze			p=0,0886	p=0,8789
Ne	42,3 (37,0-47,7)	366, 341	1,0	1,0
Da	54,1 (41,6-66,1)	75, 66	1,61 (0,93-2,79)	0,95 (0,50-1,82)
Znanje da se klamidija prenosi spolnim putem			p=0,2065	p=0,3689
Da	45,6 (40,2-51,2)	366, 344	1,0	1,0
Ne	37,1 (26,2-49,4)	71, 60	0,70 (0,40-1,22)	0,77 (0,44-1,36)
Kondom pri prvom seksualnom odnosu			p=0,0122	p=0,0114
Da	38,8 (32,7-45,3)	266, 246	1,0	1,0
Ne	52,0 (43,9-59,9)	170, 156	1,71 (1,12-2,59)	1,75 (1,14-2,70)
Život s oba roditelja do 18 godine			p=0,0299	p=0,0579
Da	41,9 (36,7-47,2)	381, 352	1,0	1,0
Ne	57,8 (44,5-70,2)	61, 56	1,90 (1,1-3,40)	1,79 (0,98-3,25)

95% CI=95% interval pouzdanosti; NP=neponderirani, P=ponderirani; OR=odds ratio (mjera relativnog rizika); * ukupni se zbroj u nekim slučajevima razlikuje među promatranim varijablama zbog isključenja odgovora koji nedostaju iz analize.

Tablica 7.4. pokazuje kumulativnu incidenciju specifičnih SPI u posljednjih godinu dana. Dva su mladića u tom razdoblju oboljela od gonoreje, a po jedan od sifilisa i genitalnog herpesa.⁴³ Dijelom začuđuje što nespecifični uretritis, kao jedna od najčešćih dijagnoza SPI u razvijenim zemljama, nije spomenut, što je vjerojatno posljedica nepoznavanja terminologije. Također, ni jedan mladić nije izjavio da je imao HPV u posljednjih godinu dana. Kod djevojaka su najčešće SPI, očekivano, bile klamidija (2,4%) i kandidijaza (9,3%).

Tablica 7.4. - Morbiditet od SPI i infekcija reproduktivnog sustava u posljednjih godinu dana

	<i>Mladići</i> (%, N)	<i>Djevojke</i> (%, N)
Klamidija	0,2 (1)	2,4 (10)
Gonoreja	0,5 (2)	0
Sifilis	0,2 (1)	0
Humani papilomski virus	0	0,6 (3)
Genitalni herpes	0,2 (1)	0
Hepatitis B	0,2 (1)	0,6 (3)
Genitalna kandidijaza	1,4 (6)	9,3 (38)
NP, P	404, 427	446, 414

Ukupno 37 ispitanika (3 mladića i 34 djevojke) navelo je neku SPI i/ili infekciju reproduktivnog sustava u razdoblju prije posljednjih godinu dana (0,7% mladića i 7,6% djevojaka). Po jedan je mladić naveo gonoreju i kandidijazu, a treći nije znao naziv SPI koju je imao. Od djevojaka, njih 22 imale su kandidijazu, šest klamidiju, po jedna hepatitis B i genitalni herpes, tri HPV, a jedna djevojka nije znala naziv SPI koju je imala. Na pitanje jesu li im liječnik ili medicinska sestra rekli da se i njihov partner/partnerica moraju liječiti, 44 djevojke odgovorile su potvrdno, 5 negativno, a 8 je navelo da se ne sjeća. Među mladićima 8 je odgovorilo potvrdno, 3 niječno, a jedan se nije sjećao. Gotovo su istovjetni bili i odgovori na pitanje o tome jesu li oni sami rekli partneru/partnerici da im je

⁴³ Sva četvorica imala su seksualne partnere isključivo suprotnog spola.

dijagnosticirana SPI. Među djevojkama, 44 su odgovorile potvrdno, 4 negativno, a 10 ih se nije sjećalo. Među mladićima, potvrdno su odgovorila 6 ispitanika, negativno 3, a 4 ih je navelo da se ne sjećaju.

Na ginekološkom pregledu nikada nije bilo 13,3% djevojaka koje su već imale seksualni odnos. Petina seksualno aktivnih djevojaka nije bila kod ginekologa u posljednje dvije godine. Na rubu je statističke značajnosti razlika u redovitosti uporabe kondoma između djevojaka koje su u posljednje dvije godine posjetile ginekologa i onih koje to nisu učinile. U posljednjih godinu dana potonje su rabile kondom manje redovito.

7.1.1. Skupine izložene većem riziku SPI

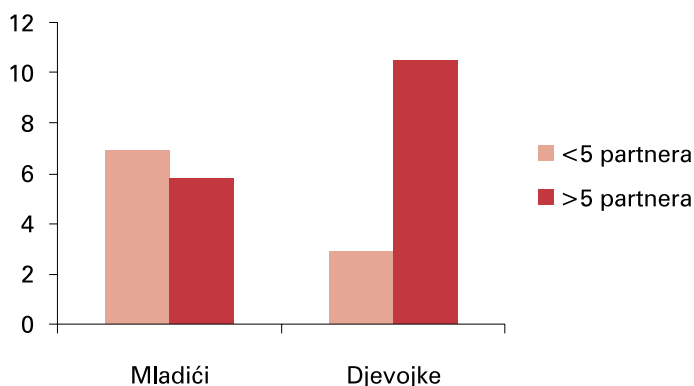
Smatra se da su programi prevencije i kontrole SPI učinkovitiji ako su usredotočeni na ciljne skupine koje ih i održavaju u populaciji (Garnett i Bowden, 2000.). Pronalaženje potencijalnih prijenosnika jest ključni aspekt kontrole SPI, posebno onih koji imaju SPI i pritom veći broj partnera u kratkom razdoblju, što čini jedno od obilježja pripadnosti tzv. *core* skupinama. Te skupine imaju ključnu ulogu u širenju SPI, posebno bakterijskih (gonoreja, sifilis, klamidija), a karakterizira ih visoka razina rizičnih ponašanja i raširenost SPI. Premda je naše istraživanje obuhvatilo opću populaciju mladih u Hrvatskoj, može se primijetiti da neke skupine obilježava veći rizik od SPI, što je važno za razvoj ciljanih programa prevencije i kontrole. Muškarci koji su imali istospolne partnere nadreprezentirani su među osobama koje su imale simptom SPI (18,3%), kao i osobe koje su imale iskustvo plaćenog seksualnog odnosa (14%). Pritom je važno naglasiti da je potonja skupina u većoj mjeri *premošćujuća* u odnosu na opću populaciju, nego što je to slučaj s muškarcima koji imaju istospolne seksualne odnose.

Treća skupina koju obilježava veći rizik zaraze - i, što je vrlo važno, veća vjerojatnost prijenosa i održavanja SPI u populaciji – osobe su koje održavaju paralelne veze (imaju više partnera istodobno). U našem uzorku to se odnosi na 31,1% mladića i 16,6% djevojaka. Kada je riječ o mladićima, simptom SPI navelo je 17,9% onih koji su imali paralelne veze, u usporedbi sa 8,7% onih koji nisu imali takvo iskustvo ($p=0,014$). Ista je pravilnost uočena i kod žena, no ona ne doseže statističku značajnost.

7.1.2. Testiranje na HIV

Na HIV se testiralo 6,4% seksualno aktivnih mladića i 4,7% djevojaka. Među mladićima čiji seksualni partneri nisu bili isključivo suprotnoga spola testiralo se 16,1%. Među ispitanicima koji su imali više od pet partnera testiranju se podvrgnulo 5,8% mladića i 10,1% djevojaka (usp. sliku 7.2.). Od 19 mladića koliko ih je platilo za seksualni odnos, testirala su se samo dvojica. Ukupno gledajući, među mladićima i djevojkama nema razlike u vjerojatnosti testiranja na HIV.

Slika 7.2. - Testiranje na HIV prema spolu i broju seksualnih partnera



7.2. Ograničenja i smjernice

Podatci o SPI koji se dobivaju od ispitanika, bez kliničkih i mikrobioloških mjerenja prisutnosti infekcije, obično podcjenjuju kumulativnu učestalost infekcija. Među najvažnijim su razlozima asimptomatska priroda većine SPI, neprepoznavanje simptoma, problemi s razumijevanjem dijagnoza i neugoda vezana uz navođenje vlastita iskustva SPI. Neke su bolesti sudionicima istraživanja očito manje poznate, npr. nespecifični uretritis, što bi vjerojatno trebala biti najčešća dijagnoza SPI kod muškaraca, s obzirom na to da ni jedan mladić nije naveo iskustvo takve infekcije.

Provedeno istraživanje distribucije i determinanti iskustva SPI na nacionalnom uzorku mladih u Hrvatskoj važan je prinos stvaranju potpunije slike epidemiologije SPI i HIV-a, posebno stoga što postojeći univerzalni, odnosno pasivni, sistem

praćenja uglavnom prikuplja malen broj bihevioralnih podataka ključnih za razumijevanje kretanja SPI. Ključne odrednice širenja SPI u populaciji jesu tri komponente tzv. *modela širenja* (R_0 -modela): efikasnost transmisije po spolnom odnosu (infektivnost, β), stopa kontakta između zaraženih i nezaraženih (c) i trajanje infektivnosti (D), koje su različite za razne populacije kao i razne patogene (Garnett, 2002.).⁴⁴

Istraživanje je omogućilo uvid u neke od odrednica epidemiologije SPI, iako su svakako potrebna druga, detaljnija, istraživanja kojima bi se analizirala: zatvorenost/otvorenost grupa pod većim rizikom (asortativno/disasortativno miješanje), druge karakteristike miješanja između tzv. *core* skupina i njihov kontakt s općom populacijom, veličina tih skupina i razina rizika koja ih obilježava te struktura tzv. seksualnih mreža (Aral, 1999.). Iako je ovo istraživanje provedeno na uzorku opće populacije, rezultati sugeriraju kako su neke skupine izložene povećanom riziku od SPI. U tom smislu, intervencije koje se temelje na informiranosti i dostupnosti službi koje omogućuju bolju zaštitu reproduktivnog i seksualnog zdravlja moraju pridati osobitu pozornost tih specifičnim skupinama (Plummer, 1991., Wasserheit, 1992.).

84

Jedan od važnijih, i prema svjetskim iskustvima očekivanih, rezultata ovoga istraživanja jest razlika u reproduktivnom zdravlju mladića i djevojaka. Mladići slabije poznaju uzročnike spolno prenosivih bolesti, što je povezano s učestalošću simptoma SPI. Istraživanje je pokazalo da žene koje su rabile kondom pri prvom seksualnom odnosu te one koje imaju manji broj seksualnih partnera rjeđe iskazuju simptome koje povezujemo sa SPI. No valja imati na umu kako naši nalazi jasno pokazuju da i mladići i djevojke prisutnost simptoma navode češće nego specifične infekcije, kao i da simptom (u ovom slučaju iscjedak) nije nužno znak SPI - osobito kod djevojaka. Za definitivnu bi interpretaciju nalaza stoga bilo nužno znati u kojoj se mjeri u nas klamidija, gonoreja i ostale SPI dijagnosticiraju kulturom, antigenskim testovima ili testovima amplifikacije nukleinske kiseline (NAAT: LCR, PCR), a u kojoj se mjeri rabi tzv. sindromski pristup liječenju SPI.

⁴⁴ Prema formuli koju su opisali May i Anderson ($R_0 = \beta \cdot c \cdot D$).

*prevencija hiv/aids-a
u populaciji mladih:
prijedlozi mjera*

U ovom zaključnom odjeljku bavimo se pitanjem unaprjeđenja prevencije HIV/AIDS-a (i drugih SPI) među mladima u Hrvatskoj. U nastavku izlažemo niz prijedloga, odnosno mjera, kojima je cilj izravno ili/i neizravno smanjivanje rizika vezanih u HIV/AIDS. Većina tih prijedloga, po našem mišljenju, sadrži potencijal šireg utjecaja na adolescentsku seksualnost, poglavito u smislu očuvanja seksualnog i reproduktivnog zdravlja te poticanja pozitivnog vrednovanja seksualnosti, što uključuje spolnu jednakost, autonomiju donošenja odluka o vlastitoj seksualnoj (ne)aktivnosti i pripadajuću odgovornost.

Mjere koje predlažemo podijeljene su u tri skupine. U prvoj su mjere koje se odnose na epidemiološko praćenje, u drugoj one vezane uz obrazovni sustav, osobito njegov obvezan dio, a u trećoj mjere koje se bave ulogom medija i civilnog društva u prevenciji HIV/AIDS-a.

8.1. Sustav praćenja

* U Hrvatskoj nema longitudinalnoga praćenja seksualnog zdravlja mladih. Da bi se pratili i analizirali trendovi u HIV/AIDS relevantnim aspektima seksualnosti mladih, predlažemo kontinuirano praćenje informiranosti o seksualnosti, relevantnih stavova/uvjerenja i seksualnog ponašanja u toj populaciji, u razmacima od tri do najviše pet godina. Longitudinalno istraživanje *HIV/AIDS i mladi* provodilo bi se na nacionalno reprezentativnom uzorku, individualnim anketiranjem po kućanstvima, uz upotrebu standardiziranog upitnika. Imajući na umu često *asimptomatsku* narav SPI,⁴⁵ u sljedećem valu istraživanja *HIV/AIDS i mladi* predlažemo uporabu testa amplifikacije nukleinske kiseline (NAAT), da bi se utvrdila raširenost *C trachomatis* u populaciji mladih. Testiranje bi se provodilo na uzorcima urina ispitanika, kao što je to 1999. godine učinjeno u Sloveniji i Velikoj Britaniji (NATSAL).⁴⁶ S obzirom na manju prisutnost seksualno rizičnih ponašanja u Sloveniji, veća raširenost klamidije u slovenskom uzorku navela je

⁴⁵ SPI jest osobit izazov za sustav praćenja, jer na njihovo prijavljivanje utječe i validnost laboratorijskih testova i pokrivenost populacije probirom i učinkovitost liječenja partnera.

⁴⁶ U oba slučaja u muškoj je populaciji evidentirana veća raširenost klamidije. Nalaz nije neobičan, s obzirom na činjenicu da muškarci rjeđe rabe preventivnu zdravstvenu zaštitu i servise (Verbrugge, 1985.).

autore na zaključak da je kontrola (sustav praćenja i tretman) SPI u Sloveniji nedovoljno učinkovita, pa je predloženo uvođenje programa probira među mladima (Klavs, Rodrigues, Wellings, Kese i Hayes, 2004.).

Takva kombinirana, biopsihosocijalna, istraživanja pružaju podatke o veličini skupina koje su izložene povećanom riziku, naravi i učestalosti kontakata između skupina izloženih većem i manjem riziku te omogućuju izradbu epidemioloških procjena kretanja epidemije na kojima se temelji sustav prevencije i buduće intervencije.

* Postojeći sustav epidemiološkog nadzora koristan je za praćenje trendova, no ne daje dovoljno dobar uvid u kretanje incidencije i transmisije, osobito u skupinama koje obilježava povećani rizik.⁴⁷ Predlažemo stoga da postojeći sustav praćenja SPI aktivnije obuhvati skupine koje nose najveći teret rizika SPI, što se postiže razvojem tzv. *sentinel* sustava u zdravstvenim ustanovama koje su najbliže rizičnim skupinama (poliklinike i savjetovališta za mlade, poliklinike i ambulante za zaštitu zdravlja žena, veće urološke i dermatovenerološke ambulante) te sustavnim istraživanjem skupina pod povećanim rizikom od zaraze. Takvi su sustavi sve popularniji u zemljama EU, jer osiguravaju potpunije i kvalitetnije prikupljanje relevantnih podataka.⁴⁸

88

* Potrebno je provesti i operativna istraživanja da bi se dobio uvid u udio sindromskog pristupa u liječenju SPI u Hrvatskoj, metodologiju laboratorijske dijagnostike (osobito u slučaju klamidijske infekcije), učinkovitost i reprezentativnost sustava prikupljanja podataka iz laboratorija i kliničkih ustanova, ulogu privatnih zdravstvenih ustanova u liječenju SPI te programe probira (*screeninga*) i liječenja partnera. Na taj bi se način pribavile informacije važne za unaprjeđenje trenutnog sustava, uključujući i bolju suradnju s privatnim zdravstvenim ustanovama (što je predmet intenzivnih aktivnosti u zemljama EU).

⁴⁷ Smatra se da su programi prevencije i kontrole učinkovitiji ako su usmjereni k ciljnim skupinama (Garnett i Bowden, 2000.). Pronalaženje potencijalnih prijenosnika, osobito osoba koje imaju SPI i veći broj partnera u kratkom razdoblju (što je jedno od obilježja pripadnosti "core" grupama), ključni je aspekt kontrole SPI. "Core" grupe imaju središnju ulogu u širenju SPI, posebice onih bakterijskih (gonoreja, sifilis, klamidija). Rano otkrivanje i liječenje čine osnovu primarne prevencije SPI u populaciji, što istodobno omogućuje sekundarnu prevenciju komplikacija na individualnoj razini (Aral, Holmes, Padian i Cates, 1996.). U epidemiologiji zaraznih bolesti prijenos mikroorganizama ima jednako važnu ulogu kao i sama zaraza, što naglašava veliku ulogu asimptomatskih SPI (tzv. tihe infekcije) u dinamici njihova širenja. Tako je, na primjer, genitalna klamidijska infekcija asimptomatska u 40-50% slučajeva kod muškaraca i do 70% slučajeva kod žena te je značajan uzročnik neplodnosti i izvan materničke trudnoće. Zaraza gonorejom asimptomatska je kod otprilike 10% muškaraca i 45-70% žena (rektalna infekcija je bez simptoma kod otprilike 40% muškaraca koji imaju seksualne odnose s muškarcima).

⁴⁸ Usp. Lowndes (2004.).

8.2. Obrazovni sustav

U zaključku studije *AIDS i mladi* (Ajduković i sur., 1991.), osobito je istaknuta potreba izradbe dobro osmišljenog programa seksualne edukacije i važnost njegove evaluacije. Prema riječima autora: „Programi, koji bi bili izvedeni sukladno ovim načelima, imali bi sveobuhvatno značenje i u prevenciji ostalih, po zdravlje nepoželjnih ponašanja nego što je borba protiv AIDS-a“. Kao što je poznato, u međuvremenu se oko toga ništa sustavno nije dogodilo u hrvatskim školama.⁴⁹ Potvrda je toga činjenica da se dobro dizajnirani program vršnjačke edukacije MEMOAIDS (Dobravc-Poljak, 2000.) provodi samo u onim školama koje su iskazale osobit interes za takav oblik edukacije učenika.⁵⁰

Provedeno istraživanje pokazalo je da su rezultati 2005. godine slični onima dobivenim 1989. godine, usprkos činjenici da se društvena stvarnost u međuvremenu bitno promijenila (usp. utjecaj rata i tranzicije). U tom smislu većina nekadašnjih preporuka (Ajduković i sur., 1991.) vrijedi i danas.

(1) Rezultati našeg istraživanja upozoravaju na smanjenu razinu informiranosti o HIV/AIDS-u, nedovoljno poznavanje uzročnika SPI (osobito kod mladića) i povezanost neznanja s iskustvom simptoma SPI. Smatramo stoga nužnim uvođenje znanstveno utemeljenog programa HIV/AIDS prevencije u osnovnu i srednju naobrazbu RH.⁵¹ Školama treba ostaviti pravo izbora programa – dakako, isključivo unutar onih kojima je Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa na temelju stručne prosudbe dodijelilo dopusnicu – ali ih se mora obvezati na njegovo uvođenje u redovitu nastavu. Provedba programa HIV/AIDS prevencije podrazumijeva prethodnu edukaciju osoba (nastavnika i vršnjaka) koje taj program izvode. Idealnim smatramo uvođenje cjelovitog programa seksualne edukacije, u kojem bi HIV/AIDS prevencija bila jedan od središnjih modula.

Preventivne programe valja prilagoditi specifičnostima ciljnih skupina, osobito

⁴⁹ Moguću promjenu najavljuje izjava ministra znanosti, obrazovanja i sporta od 6. svibnja 2005. godine, prema kojoj će Zdravstveni odgoj, program koji bi trebao uključiti i neke dijelove sustavne seksualne edukacije, postati obavezan sadržaj u osnovnom i srednjem obrazovanju od školske godine 2006./2007.

⁵⁰ Nakon javno izrečenih negativnih komentara Biskupske konferencije, od programa je 2004. godine odustao niz škola.

⁵¹ Za detaljnu raspravu znanstveno utemeljenih programa seksualne edukacije i prevencije HIV/AIDS-a usp. Grunseit i Kippax (1997.), Kirby (1999.) te Štulhofer i Hodžić (2003.).

onih koje iskazuju slabiju informiranost i učestalije RSP. Obilježja tih skupina, kao što su pokazali rezultati naših analiza, prilično su stabilna u duljem razdoblju, što omogućuje da se uz opću razinu prevencije (edukacija za sve) planira i specifična strategija pristupa osobito ranjivim skupinama mladih.

- (2) Smatramo nužnim periodičnu evaluaciju licenciranih preventivnih programa (od neovisne istraživačke skupine ili institucije), kako bi se ocijenila njihova uspješnost i pribavile smjernice za njihovu doradbu i dopunu. Brzina promjena u suvremenom društvu i kulturi, osobito kada je riječ o kulturi i životnim stilovima mladeži, nužno dovodi do zastarijevanja edukacijskih sadržaja. Kontinuirana evaluacija osigurava osuvremenjivanje nastave i nastavnih sadržaja te jača djelotvornost preventivnih programa.

8.3. Mediji i civilno društvo

Društvene poruke i informacije vezane uz seksualnost koje mladi primaju iz različitih izvora često su međusobno suprotstavljene i kontradiktorne. Ta neusklađenost, koja se zbog raznorodnih svjetonazorskih utjecaja u hrvatskom društvu ne može potpuno isključiti, često dovodi do: (a) selektivnog primanja informacija o načinima prijenosa HIV-a i učinkovitosti samozaštitnih ponašanja te (b) formiranja stavova s društveno nepoželjnim posljedicama (npr. socijalna izolacija osoba s HIV/AIDS-om). Stoga smatramo važnim da se u javnosti pojavljuju provjerene, znanstveno utemeljene, informacije o riziku SPI i HIV/AIDS-a te načinima prevencije. Vrlo je važno pristup prevenciji temeljiti na znanstvenim, a ne na ideološkim ili moralističkim premisama, jer dezinformacije o nedjelotvornosti kondoma mogu smanjiti vjerojatnost uporabe zaštite (usp. tablice 6.1. i 6.2.).

U kontekstu distribucije HIV/AIDS relevantnih informacija i promicanja odgovornog ponašanja među mladima, osobito važnim držimo ulogu javne televizije (u suradnji s edukacijskim i medijskim stručnjacima Hrvatske radiotelevizije trebala bi pokrenuti emisiju namijenjenu seksualnoj edukaciji djece između 10 i 14 godina)⁵² i aktivnosti civilnih udruga koje se obraćaju mladima i seksualnim manjinama.

⁵² Potrebno smatramo i periodično emitiranje dobro dizajniranih TV i radijskih poruka koje normaliziraju i potiču uporabu kondoma.

literatura **9.**

*** (2000.) *Second generation surveillance of HIV*. Geneva: World Health Organization i UNAIDS.

*** (2003.) *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva: World Health Organization

*** (2005.) *HIV/AIDS – epidemiološka situacija u Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; <http://www.hzjz.hr/epidemiologija/hiv.htm>

Ajduković, D., Ajduković, M. i R. Prišlin (1991.) *AIDS i mladi*. Zagreb: Medicinska naklada.

Aral, S. O., Holmes, K. K., Padian, N. S. i W. Cates (1996.) Overview: individual and population approaches to the epidemiology and prevention of sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection. *Journal of Infectious Diseases* 174 (Suppl 2): 127-133.

Aral, S. O. (1999.) Sexual network patterns as determinants of STD rates: Paradigm shift in the behavioural epidemiology of STD made visible. *Sexually Transmitted Disease* 26: 262-264.

Beluhan, A., Benc, M., Štampar, D. i P. Trenc (1973.) Poznavanje i primjena kontracepcije u srednjoškolske omladine u SRH. *Stanovništvo* 10/11: 204-217.

Blum, R. i K. Mmari (2004.) *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries*. Geneva: World Health Organization.

Bozon, M. i O. Kontula. (1998.) Sexual initiation and gender in Europe: A cross-cultural analysis of trends in the twentieth century, u Hubert, M., Bajos, N. i Sandfort, T. /ur./ *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe*. London: University College London Press.

Brown, T. (2003.) Behavioral surveillance: Current perspectives, and its role in catalyzing action. *JAIDS* 32 (Suppl. 1): 12-17.

Catchpole, M. (2001.) Sexually transmitted infections: control strategies. *British Medical Journal* 322: 1135-1136.

Chan, D. K. i M. Fishebein. (1993.) Determinants of college women's intentions to tell their partners to use condoms. *Journal of Applied Social Psychology* 23: 1455-1470.

Diaz, T., De Cock, K., Brown, T., Ghys, P. D. i J. T. Boerma (2005.) New strategies for HIV surveillance in resource-constrained settings: An overview. *AIDS* 19 (Suppl. 2): 1-8.

Dobravec-Poljak, J. (2000.) *MEMOAIDS: Mladi educiraju mlade o AIDS-u*. Zagreb: Klinika za dječje bolesti Zagreb.

Dowsett, G. i P. Aggleton (1999.) Young people and risk-taking in sexual relations, u *Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS*. Geneva: UNAIDS.

Fenton, K., Korovessis, C., Johnson, A. M. i sur. (2001.) Sexual behaviour in Britain: reported sexually transmitted infections and prevalent Chlamydia trachomatis infection. *Lancet* 358: 1851-1854.

Garnett, G. P. (2002.) The geographical and temporal evolution of sexually transmitted disease epidemics. *Sexually Transmitted Infections* 78 (Suppl. 1): 14-19.

Garnett, G. P. i R. M. Anderson (1993.) Contact tracing and the estimation of sexual mixing patterns: the epidemiology of gonococcal infections. *Sexually Transmitted Diseases* 20: 181-191.

Garnett, G. P. i F. J. Bowden (2000.) Epidemiology and control and curable sexually transmitted diseases: opportunities and problems. *Sexually Transmitted Diseases* 27: 588-599.

Grunseit, A. & S. Kippax (1997). Sexuality education and young people's sexual behavior: A Review of Studies. *Journal of Adolescent Research* 12(4): 421-454.

Hiršl-Hećej, V., Šikanić-Dugić, N. i J. Dubravec-Poljak (1998.) *Survey on knowledge, attitudes and sexual behavior of adolescents – students of secondary schools in Zagreb* (Report). Zagreb: UNICEF.

Hiršl-Hećej, V. i A. Štulhofer (2001.) Urban adolescents and sexual risk taking. *Collegium Antropologicum* 25: 195-212.

Hodžić, A. i N. Bijelić (2003.) *Značaj roda u stavovima i seksualnom ponašanju adolescenata i adolescentica*. Zagreb: CESI.

Kirby, D. (1999.) Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *Journal of School Health* 69: 89-95.

- Klavs, I., Rodrigues, L. C., Wellings, K., Kese, D. i R. Hayes (2004.) Prevalence of genital Chlamydia trachomatis infection in the general population of Slovenia: serious gaps in control. *Sexually Transmitted Infections* 80: 121-123.
- Kuzman, M., Mimica, J., Mardešić, V., Mušković, K. i K. Kožul (2002.) *HIV/AIDS-Related risk behaviours in especially vulnerable young people in Croatia*. Zagreb: UNICEF.
- Langenberg, A. G. M., Corey, L., Ashley, R. L. i sur. (1999.) A prospective study of new infections with herpes simplex virus type 1 and type 2. *New England Journal of Medicine* 341: 1432-1438.
- Laumann, E., Gagnon, J., Michael, R. i S. Michaels. (1994.) *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lowndes, C. M. et al. (2004.) Surveillance systems for STIs in the European Union: facing a changing epidemiology. *Sexually Transmitted Infections* 80: 264-271.
- MacDonald, T. K. i A. M. Martieau (2002.) Self-esteem, mood, and intentions to use condoms: When does low self-esteem lead to risky health behaviors? *Journal of Experimental Social Psychology* 38: 299-307.
- Mamula, M. (2005.) Rasprostranjenost seksualnog nasilja, u M. Mamula i Komarić, N. /ur./ *Seksualno nasilje – teorija i praksa*. Zagreb: Ženska soba.
- Pavičić, D. i sur. (2003.) Youth and AIDS – A Study of attitudes, knowledge, behavior and risks in the post-war Croatia. *Collegium Antropologicum* 27: 161-172.
- Pierpoint, T., Thomas, B., Judd, A., Brugha, R., Taylor-Robinson, D. i A. Renton (2000.) Prevalence of Chlamydia trachomatis in young men in north west London. *Sexually Transmitted Infections* 76: 273-6.
- Plummer, F. A., Simonsen, J. N., Cameron, D. W., Ndinya-Achola, J. O. i sur. (1991.) Co-factors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases* 163: 233-239.
- Prišlin, R., Ajduković, D. i M. Ajduković (1999.) Strukturalni model za predviđanje promjena preventivnih ponašanja u svezi s AIDS-om. *Društvena istraživanja* 8: 153-173.

Salazar, L. F., Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Lescano, C. M., Brown, L. K., Harrington, K. i S. Davis (2005.) Self-esteem and theoretical mediators of safer sex among African American female adolescents: Implications for sexual risk reduction interventions. *Health Education and Behavior* 32: 413-427.

Sterk, C. E. i H. Klein (2004.) Self-esteem and "at risk" women: Determinants and relevance to sexual and HIV-related risk behaviors. *Women and Health* 40: 75-92.

Štulhofer, A. (2004.) Studien zum Sexualverhalten und ihr politischer Einfluss. Ein Überblick über die Sexualforschung in Kroatien zwischen 1971 und 2003. *Zeitschrift für Sexualforschung* 17: 267-280.

Štulhofer, A. i A. Hodžić. (2003.) Seksualna edukacija u školi - kakva je budućnost u Hrvatskoj? *Napredak* 144: 40-51.

Štulhofer, A., Jureša, V. i M. Mamula (2000.) Problematični užici: rizično seksualno ponašanje u kasnoj adolescenciji. *Društvena istraživanja* 9: 867-893.

Štulhofer, A., Jureša, V. i M. Mamula (2003.) *Longitudinalno praćenje znanja o spolnosti, spolnog ponašanja i relevantnih stavova adolescenata, 1998. – 2003.* (Izveštaj). Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.

96

Štulhofer, A., Anterić, G. i S. Šlosar (2004.) Seksualna permisivnost, egalitarnost i odgovornost: longitudinalno istraživanje seksualnosti u kasnoj adolescenciji, 1998.-2003. *Revija za sociologiju*. 35: 31-44.

Trenc, P. i A. Beluhan (1973.) Ispitivanje stavova i aktivnosti u seksualnom životu srednjoškolske omladine u SR Hrvatskoj. *Arhiv za zaštitu majke i djeteta* 17: 269-320.

Verbrugge, L. M. (1985.) Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behaviour* 26: 156-82.

Wasserheit, J. N. (1992.) Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases* 19: 61-77.

Zaba, B., Slaymaker, E., Urassa, M. i J. T. Boerma (2005.) The role of behavioral data in HIV surveillance. *AIDS* 19(Suppl. 2): 39-52.

Zenilman, J. M. (2001.) Sexually transmitted diseases, u K. E. Nelson, Williams, C. M. i Graham, A. /ur./ *Infectious disease epidemiology. Theory and practice.* Aspen publishers, Inc.: Gaithersburg.

upitnik 10.

Ovim istraživanjem nastojimo prikupiti podatke o seksualnom ponašanju, znanju i stavovima mladih u cijeloj Hrvatskoj. Vi ste, kao i ostalih tisuću ispitanika, izabrani za sudjelovanje u istraživanju slučajnim izborom. Vaša je anonimnost zajamčena, a Vaši će odgovori biti dostupni isključivo niže potpisanim istraživačima za potrebe znanstvenih analiza. Iznimno je važno da upitnik ispunite u cijelosti - iskreno odgovarajući na pitanja. Na upitnik se ne potpisujete, niti anketar bilježi podatke preko kojih bi Vas se kasnije moglo identificirati. U prosjeku, ispunjavanje upitnika traje 30 minuta. Hvala Vam na sudjelovanju.

Dr. sc. Aleksandar Štulhofer, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Dr. sc. Dean Ajduković, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Dr. sc. Krešimir Kufrin, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Mr. sc. Ivana Božičević, dr. med., Škola narodnog zdravlja A. Štampar, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

1. Spol

1. Muški
2. Ženski

2. Koliko ste godina navršili? _____

3. Jeste li do svoje 18. godine živjeli?

1. S oba roditelja
2. Samo s majkom
3. Samo s ocem
4. Nešto drugo (navedite što): _____

4. Živate li s roditeljima?

1. Ne => (AKO STE ZAOKRUŽILI "NE", PRESKOČITE SLJEDEĆE PITANJE I NASTAVITE ODGOVARATI OD PITANJA 6.)
2. Da

5. Koliko je Vašim roditeljima (starateljima, skrbnicima) poznato:

	uopće im nije poznato	djelomično im je poznato	uglavnom im je poznato
1. Kamo ideš, kad izađeš na večer	1	2	3
2. Na što troliš novac	1	2	3
3. Kako provodiš slobodno vrijeme	1	2	3
4. Tko su tvoji prijatelji	1	2	3

6. U kakvom ste mjestu proveli najveći dio svog života?

1. Manje od 10.000 stanovnika
2. Od 10.001 do 50.000 stanovnika
3. Od 50.001 do 100.000 stanovnika
4. Od 100.001 do 500.000 stanovnika
5. Više od 500.000 stanovnika

7. Procijenite Vaše imovinsko stanje (odnosno imovinsko stanje Vaše obitelji, ako živite s roditeljima):

1. Mnogo lošije od većine drugih
2. Nešto lošije od većine drugih
3. Ni bolje, ni lošije od većine drugih
4. Nešto bolje od većine drugih
5. Mnogo bolje od većine drugih

8. Koji je Vaš bračni status?

1. Neoženjen/neudana
2. Oženjen/udana
3. Živim s partnerom/partnericom, ali nismo u braku
4. Rastavljen/rastavljena
5. Nešto drugo (navedite što): _____

9. Kakav je Vaš odnos prema nauku Vaše Crkve? (Samo jedan odgovor!)

1. Nisam vjernik
2. Sumnjam i u neke od temeljnih postavki Crkvenog nauka
3. Prihvaćam samo temeljna učenja Crkve
4. Prihvaćam Crkveni nauk, ali se s dosta toga ne slažem
5. Prihvaćam nauk Crkve, iako se s ponekim dijelovima učenja ne slažem
6. U potpunosti prihvaćam sve što naučava moja Crkva

10. Ako se izuzmu izuzetne prilike kao vjenčanja, pogrebi, krštenja, ponoćna misa za Božić i slično, koliko često idete na obrede karakteristične za Vašu vjeru? (Samo jedan odgovor!)

1. Nisam vjernik
2. Nikada
3. Jednom u nekoliko godina
4. Nekoliko puta godišnje
5. Jednom mjesečno
6. Jednom tjedno
7. Gotovo svakodnevno

11. Jesu li Vas u obitelji odgajali u vjerskom duhu?

1. Ne
2. Da, ali ne strogo
3. Da, od mene se tražilo da dosljedno provodim vjerska načela

12. Koje su škole završili Vaši roditelji?

	Otac	Majka
1. Nepotpuna osnovna škola	1	1
2. Završena osnovna škola	2	2
3. Srednja škola	3	3
4. Viša škola ili fakultet	4	4

13. Jeste li trenutno (jedan odgovor):

1. Učenik
2. Student
3. Zaposleni
4. Nezaposleni
5. Brinem o domaćinstvu

14. Koju školu ste Vi osobno do sada završili?

1. Nepotpuna osnovna škola
2. Završena osnovna škola
3. Završena srednja škola
4. Završena viša škola ili fakultet

15. Mjesto, općina i županija prebivališta (mjesto koje piše u osobnoj iskaznici)?

16. Mjesto boravišta?

(Ako se ispitanik nalazi, radi ili studira, izvan mjesta prebivanja.) _____

17. Županija/regija boravišta? _____

18. Veličina mjesta boravišta?

1. Manje od 10.000 stanovnika
2. Od 10.001 do 50.000 stanovnika
3. Od 50.001 do 100.000 stanovnika
4. Od 100.001 do 500.000 stanovnika
5. Više od 500.000 stanovnika

19. Tip smještaja u boravištu?

1. roditeljski dom/vlastiti dom
2. podstanar/smještaj kod prijatelja ili rodbine
3. studentski/učenički dom

U sljedećim pitanjima želimo saznati koliko toga Vam je poznato o spolno prenosivim bolestima, a poglavito HIV/AIDS-u (SIDA).

20. Koje se od sljedećih bolesti prenose seksualnim putem?

	Ne	Da
1. Klamidija	1	2
2. Anemija	1	2
3. Konterijaza	1	2
4. HPV (humani papilomski virus)	1	2

21. Može li se HIV/AIDS (SIDA) prenijeti:

	Ne	Da	Ne znam
1. Ubodom komarca?	1	2	3
2. Korištenjem javnog zahoda (WC-a)?	1	2	3
3. Uporabom čaše koju je koristila osoba zaražena HIV/AIDS-om?	1	2	3
4. Dijeljenjem obroka (hrane) s osobom zaraženom HIV/AIDS-om?	1	2	3
5. Seksualnim odnosom s osobom koja izgleda zdravo?	1	2	3

22. Je li moguće zaštititi se od zaraze HIV/AIDS-om na sljedeći način:

	Ne	Da	Ne znam
1. Pravilnom uporabom kondoma?	1	2	3
2. Imajući seksualne odnose samo s jednom, nezaraženom i vjemom, osobom?	1	2	3

23. Molim Vas da procijenite točnost navedenih tvrdnji:

	Netočno	Točno
1. HIV/AIDS se može dobiti i preko predmeta koje je koristila oboljela osoba.	1	2
2. HIV/AIDS se prenosi spolnim putem.	1	2
3. Čovjek može prenijeti HIV, a da ne oboli od AIDS-a ili izgleda bolesno.	1	2
4. HIV/AIDS dovodi do toga da tijelo gubi svoju sposobnost da se brani od bolesti.	1	2
5. Trenutno u Hrvatskoj ima više od 900 oboljelih od HIV/AIDS-a.	1	2
6. Pozitivan rezultat na testu za HIV-antitijela znači da čovjek ima AIDS.	1	2
7. Često mijenjanje spolnih partnera povećava opasnost zaraze HIV/AIDS-om.	1	2
8. Uzročnik HIV/AIDS-a je vrlo otporan i može dugo preživjeti izvan ljudskog tijela.	1	2
9. Uporaba prezervativa (kondoma) smanjuje rizik HIV/AIDS-a.	1	2
10. Oboljeti od HIV/AIDS-a može se i ako poljubite u lice oboljelu osobu.	1	2
11. Uzimanjem droga pomoću injekcija povećava se rizik obolijevanja od HIV/AIDS-a.	1	2
12. Svi homoseksualci imaju HIV/AIDS.	1	2
13. Uzročnik HIV/AIDS-a je nepoznat.	1	2
14. HIV/AIDS se može dobiti transfuzijom zaražene krvi.	1	2
15. HIV/AIDS se može izliječiti ako liječenje počne na vrijeme.	1	2

Ljudi imaju različite stavove o osobama oboljelim od HIV/AIDS-a. U kojoj mjeri se Vi osobno slažete, odnosno ne slažete, sa sljedećim tvrdnjama o toj bolesti.

24. Koliko se slažete sa sljedećim tvrdnjama?

	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	Izrazito se slažem
1. Ljudi koji boluju od HIV/AIDS-a trebali bi biti u karanteni da bi se spriječilo daljnje širenje bolesti.	1	2	3	4
2. Djeca koja obole od HIV/AIDS-a trebaju i dalje ići u normalne škole.	1	2	3	4
3. Sve osobe kod kojih je utvrđeno prisustvo HIV antitijela trebaju biti uvedene u posebne kartoteke.	1	2	3	4
4. Osoba oboljela od HIV/AIDS-a mora imati sva prava kao i bilo koji drugi bolesnik.	1	2	3	4
5. Djecu, čiji roditelji obole od HIV/AIDS-a, treba odmah izdvojiti iz obitelji.	1	2	3	4
6. Osobe zaražene HIV/AIDS-om treba maknuti sa svih radnih mjesta na kojima mogu doći u kontakt s drugim ljudima.	1	2	3	4
7. Zakonski bi trebalo prisiliti na HIV-testiranje sve pripadnike tzv. rizičnih skupina (narkomani, homoseksualci, osobe koje prodaju seksualne usluge, hemofilicari /osobe kojima je potrebna tuđa krv/).	1	2	3	4
8. Ovisno o načinu na koji su se zarazili (narkomanskom špricom, transfuzijom krvi, nezaštićenim seksualnim odnosom), prema oboljelima od HIV/AIDS-a se treba različito ponašati.	1	2	3	4

25. Sada ćemo Vam pročitati nekoliko tvrdnji koje se odnose na moguća mišljenja Vaših prijatelja o različitim stvarima vezanim uz seksualnost. Odnose li se sljedeće tvrdnje na Vaše prijatelje?

	Netočno	Točno
1. Većina mojih prijatelja smatra da je dobro imati što više seksualnog iskustva.	1	2
2. Većina mojih prijatelja ne odobrava usputni seks, odnosno "veze za jednu noć".	1	2
3. Za većinu je mojih prijatelja posve normalno imati seks na prvom "spoju".	1	2
4. Većina mojih prijatelja ima negativan stav prema uporabi kondoma.	1	2
5. Imati mnogo starijeg partnera/partnericu, većina mojih prijatelja ne smatra normalnim.	1	2
6. Većina mojih prijatelja smatra da nije dobro rano stupiti u seksualne odnose.	1	2

**26. Koliko je svaki od niže navedenih izvora važan za Vaše znanje o ljudskoj seksualnosti?
(Odgovorite za svaku kategoriju.)?**

	Nimalo	Malo	Prilično	Jako
1. Roditelji	1	2	3	4
2. Braća, sestre	1	2	3	4
3. Nastavnici	1	2	3	4
4. Vjeroučitelji	1	2	3	4
5. Liječnici	1	2	3	4
6. Prijatelji	1	2	3	4
7. Partneri	1	2	3	4
8. TV	1	2	3	4
9. Erotski časopisi i filmovi	1	2	3	4
10. Časopisi za mlade	1	2	3	4
11. Ženske revije	1	2	3	4
12. Muške revije	1	2	3	4
13. Stručne knjige i priručnici o seksualnosti	1	2	3	4

**27. Jeste li, tijekom školovanja, bili informirani o HIV/AIDS-u? Zaokružite odgovor koji najbolje opisuje Vaše iskustvo
(samo jedan odgovor).**

1. Tijekom školovanja nisam dobio/dobila nikakve informacije o HIV/AIDS-u
2. Tijekom školovanja sam dobio/dobila samo najosnovnije informacije o HIV/AIDS-u
(npr. HIV/AIDS je ukratko spomenut na satu biologije i sl.)
3. Tijekom školovanja sam dobio/dobila mnogo informacija o HIV/AIDSU
(npr. učili smo o načinima prijenosa virusa i načinima zaštite, pisali o tome eseje i sl.)
4. Sudjelovao/sudjelovala sam u MEMOAIDS programu edukacije o HIV/AIDS-u koji se održavao u mojoj školi.

28. Kakvo je Vaše mišljenje o potrebi uvođenja seksualnog odgoja u hrvatske škole?

1. Ne bi ga trebalo uvesti
2. Trebalo bi ga uvesti
3. Ne znam

29. Koliko ste često, tijekom pohađanja osnovne škole, razgovarali o seksualnim temama s:

	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često
a) Majkom	1	2	3	4
b) Ocem	1	2	3	4

**30. Koliko često razgovarate o vlastitom seksualnom životu s partnerom/partnericom?
(Ako trenutno niste u vezi, odgovorite za posljednju vezu):**

1. Nikada
2. Rijetko
3. Ponekad
4. Često

31. Sada bismo Vas željeli pitati za Vaše mišljenje o muško-ženskim odnosima i mjestu koje muškarci i žene trebaju imati u društvu. Procijenite koliko se slažete sa slijedećim tvrdnjama.

	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu procijeniti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
1. Dobro je da žena bude manje seksualno iskusna od svog partnera.	1	2	3	4	5
2. Važno je da muškarci budu seksualno iskusni kako bi mogli podučiti partnericu.	1	2	3	4	5
3. Žene su po prirodi monogamne (sklone tome da imaju samo jednog seksualnog partnera), a muškarci nisu.	1	2	3	4	5
4. U seksualnom odnosu muškarac treba imati dominantnu, a žena podređenu ulogu.	1	2	3	4	5
5. Gore je ako žena često mijenja seksualne partnere, nego ako to radi muškarac.	1	2	3	4	5
6. Muškarac treba biti taj koji inicira seksualni odnos.	1	2	3	4	5

32. Slijedeće tvrdnje odnose se na neke moralne dileme. Koliko se slažete sa svakom od tih tvrdnji?

	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu procijeniti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
1. Seks prije braka je neprihvatljiv.	1	2	3	4	5
2. Pobačaj (abortus) se nikada ne može opravdati.	1	2	3	4	5
3. Homoseksualnim bi osobama trebalo priznati pravo na sklapanje bračne veze.	1	2	3	4	5
4. Masturbacija nije grijeh.	1	2	3	4	5
5. Seksualni odnos ne može biti moralan ako mu je jedini cilj užitek.	1	2	3	4	5
6. Kada je riječ o seksualnosti, vjera je moj vodič.	1	2	3	4	5
7. Kad razmišljam o svom seksualnom životu, često osjećam gržnju savjesti.	1	2	3	4	5

33. Procijenite u kojoj mjeri se slažete sa svakom od niže navedenih tvrdnji:

	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu procijeniti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
1. Što god ja učinio/učinila, ne mogu promijeniti što mi je suđeno.	1	2	3	4	5
2. Sve što mi se događa predodređeno je.	1	2	3	4	5
3. Moj život je isključivo rezultat mojih postupaka.	1	2	3	4	5
4. Samo o meni ovisi što ću postići u životu.	1	2	3	4	5
5. Nitko, pa ni ja, ne može pobjeći od sudbine.	1	2	3	4	5
6. Za sve dobro i loše što mi se događa u životu ja sam jedini/a odgovoran/odgovorna.	1	2	3	4	5
7. Dosadujem se i postajem nemiran/nemirna ako se nemam čime baviti.	1	2	3	4	5
8. Često zamišljam da putujem svijetom u potrazi za pustolovinama i užitcima.	1	2	3	4	5
9. Svakako bih se želio/željela baviti nekim ekstremnim, rizičnim sportom.	1	2	3	4	5
10. Volim nova i uzbudljiva iskustva i doživljaje, čak i kad su pomalo nekonvencionalni, protuzakoniti ili zastrašujući.	1	2	3	4	5
11. Uživam u osjećaju brze vožnje.	1	2	3	4	5
12. Dosađi mi družiti se stalno s istim ljudima.	1	2	3	4	5
13. Idu mi na živce filmovi u kojima mogu lako predvidjeti što će se dogoditi.	1	2	3	4	5
14. Moji me prijatelji poznaju kao osobu koja riskira.	1	2	3	4	5
15. U cjelini, zadovoljan/zadovoljna sam sobom.	1	2	3	4	5
16. Ponekad mislim da sam nizašto.	1	2	3	4	5
17. Smatram da imam mnogo dobrih osobina.	1	2	3	4	5
18. Podjednako sam sposoban/ sposobna kao i većina drugih ljudi.	1	2	3	4	5
19. Nema mnogo toga čime se ponosim.	1	2	3	4	5
20. Ponekad se doista osjećam beskorisno.	1	2	3	4	5
21. Mislim da vrijedim barem koliko i drugi ljudi.	1	2	3	4	5
22. Želio/željela bih da mogu imati više poštovanja prema sebi.	1	2	3	4	5
23. Sve u svemu, ja sam promašaj.	1	2	3	4	5
24. Imam pozitivno mišljenje o sebi.	1	2	3	4	5

34. Naposljetku, željeli bismo Vas pitati za Vaše mišljenje o različitim stvarima vezanim uz uporabu kondoma (prezervativa), o kojima ljudi imaju vrlo različita mišljenja.

	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu procijeniti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
1. Kondomi su djelotvoran način zaštite od trudnoće.	1	2	3	4	5
2. Kondomi ne pružaju pouzdanu zaštitu od HIV/AIDS-a.	1	2	3	4	5
3. Osobe koje koriste kondome su vrlo odgovorne.	1	2	3	4	5
4. Uporaba kondoma produžuje trajanje seksualnog odnosa.	1	2	3	4	5
5. Stavljanje kondoma stvara probleme s erekcijom.	1	2	3	4	5
6. Seks bez kondoma ne pruža ništa veći užitak od seksa s kondomom.	1	2	3	4	5
7. Kondomi uništavaju spontanost seksualnog čina.	1	2	3	4	5
8. Kondomi pružaju pouzdanu zaštitu od spolno prenosivih bolesti.	1	2	3	4	5
9. Osobe koje predlažu uporabu kondoma često mijenjaju partnere.	1	2	3	4	5
10. Muškarci koji imaju uspjeha kod žena ne koriste kondome.	1	2	3	4	5
11. Onaj tko predlaže uporabu kondoma ne vjeruje partneru.	1	2	3	4	5
12. Djevojka koja u torbici ima kondom lako pristaje na seks.	1	2	3	4	5
13. Vrlo mi je lako započeti razgovor o potrebi korištenja kondoma.	1	2	3	4	5
14. Kad partner/partnerica započne razgovor o korištenju kondoma, nikada ne znam što bih rekao/rekla.	1	2	3	4	5
15. Neugodno mi je kad trebam predložiti korištenje kondoma.	1	2	3	4	5
16. Prilično mi je neugodno kupovati kondome.	1	2	3	4	5
17. Kupiti kondome u dućanu ili kiosku za mene ne predstavlja nikakav problem.	1	2	3	4	5
18. Bilo bi me jako sram kada bi me netko poznat vidio kako kupujem kondome.	1	2	3	4	5
19. Svaki put kad moram nabaviti kondome osjećam neugodnu napetost.	1	2	3	4	5
20. Uvjeren/uvjerena sam da znam pravilno koristiti kondom.	1	2	3	4	5
21. Sposoban/sposobna sam nagovoriti partnera/partnericu da pri seksualnom odnosu koristimo kondom.	1	2	3	4	5
22. Kad sam s novim partnerom/ partnericom, ne osjećam se dovoljno sigurno da predložim uporabu kondoma.	1	2	3	4	5
23. Uvjeren/uvjerena sam da stavljanje kondoma mogu uključiti u predigru, tako da se seksualno uzbuđenje ne izgubi.	1	2	3	4	5

Ovaj dio upitnika ispunjavate sami. Molimo Vas da iskreno odgovorite na sva pitanja. Ako Vam nešto nije jasno, slobodno se obratite anketaru.

1. Koja ste od sljedećih seksualnih iskustava već imali? Zaokružite odgovarajući broj za svaku kategoriju.

	Nisam imala to iskustvo i ne bih ga željela imati	Nisam imala to iskustvo, ali bih željela	Imala sam to iskustvo
1. Seksualni odnos, snošaj (Pod seksualnim odnosom mislimo na seksualnu aktivnost tijekom koje se penis, muški spolni organ, nalazi u vagini, ženskom spolnom organu.)	1	2	3
2. Oralni seks, kada to činim partneru/partnerici (Pod oralnim seksom mislimo na stimulaciju spolnih organa, penisa ili vagine, ustima i jezikom.)	1	2	3
3. Oralni seks, kada to partner/partnerica čini meni	1	2	3
4. Analni seks (Pod analnim seksom mislimo na seksualnu aktivnost tijekom koje se penis nalazi u anusu, to jest rektumu.)	1	2	3

AKO JOŠ NISTE IMALI SEKSUALNI ODNOS (SNOŠAJ), PRESKOČITE SLJEDEĆA PITANJA I NASTAVITE ODGOVARATI OD PITANJA 37.

2. Koliko ste imali godina pri prvom seksualnom odnosu (snošaju)?

3. Mislite li da ste prerano započeli sa seksualnim odnosima?

1. Ne
2. Da
3. Ne znam

4. Procijenite koliko je svaki od niže navedenih razloga utjecao na Vašu odluku o stupanju u prvi seksualni odnos (Zaokružite u svakom redu pripadajući odgovor).

	Uopće nije imalo utjecaja	Imalo je vrlo malo utjecaja	Imalo je prilično utjecaja	Imalo je odlučujući utjecaj
1. Prisila	1	2	3	4
2. Zaljubljenost, ljubav	1	2	3	4
3. Seksualna želja, potreba	1	2	3	4
4. Zna tiže lja	1	2	3	4
5. Utjecaj alkohola ili droge	1	2	3	4
6. Utjecaj medija	1	2	3	4
7. Nagovor partnera	1	2	3	4
8. Pritisak vršnjaka	1	2	3	4

5. U vrijeme Vašeg prvog seksualnog odnosa, koliko je Vaših prijatelja već imalo to iskustvo?

1. Nitko
2. Manjina
3. Otprilike polovina
4. Većina
5. Svi ili gotovo svi

6. Jeste li pri prvom seksualnom odnosu Vi i Vaš partner/partnerica koristili neko sredstvo zaštite?

Ako ste koristili više njih, zaokružite sva sredstva koja ste koristili.

1. Ne
2. Prekinuti snošaj
3. Kondom (prezervativ)
4. Kontracepcijske pilule
5. Prirodne metode (brojanje plodnih dana, mjerenje bazalne temperature itd.)
6. Nešto drugo, što? _____
7. Ne znam

7. Jeste li u posljednjih godinu dana imali «seks za jednu noć», odnosno seksualni odnos s tzv. slučajnim partnerom ili partnericom (osobom s kojom niste u vezi)?

1. Ne
2. Da

8. S koliko ste osoba imali seksualni odnos u posljednjih 12 mjeseci? Upišite broj.

(Ako u tom razdoblju niste imali seksualni odnos, upišite ništicu - 0)

9. Jeste li u posljednjih 12 mjeseci imali seksualni odnos s osobom koja je bila 10 ili više godina starija od Vas?

1. Ne
2. Da

10. Od Vašeg prvog seksualnog odnosa do danas, s koliko ste osoba ukupno imali seksualni odnos, to jest snošaj?

Upišite broj: _____

11. S koliko ste osoba ukupno imali samo/isključivo oralni seks, a da s njima niste imali seksualni odnos?

Upišite broj: _____

12. Jeste li koristili neko sredstvo zaštite pri posljednjem seksualnom odnosu?

(Ako ste koristili više njih, zaokružite sva sredstva koja ste koristili.)

1. Ne
2. Prekinuti snošaj
3. Kondom (prezervativ)
4. Kontracepcijske pilule
5. Prirodne metode (brojanje plodnih dana, mjerenje bazalne temperature itd.)
6. Nešto drugo, što? _____
7. Ne znam

13. Ako pri posljednjem odnosu niste koristili kondom (prezervativ), koji je bio glavni razlog? Samo jedan odgovor.

1. Koristili smo kondom
2. Zanjeli smo se
3. Nismo ga imali kod sebe
4. Preskupi su
5. Partner nije želio koristiti
6. Ne volim ih koristiti
7. Kondomi partneru stvaraju probleme s erekcijom
8. Koristila sam nešto drugo
9. Procijenila sam da nije potrebno
10. Planiram dijete

14. S kime ste imali taj posljednji seksualni odnos?

1. S mojim stalnim partnerom/partnericom
2. Sa slučajnim partnerom/partnericom (osobom s kojom nisam u vezi)

15. Prisjetite se svojih dosadašnjih veza. Dok ste bili u vezi, jeste li ikada imali seksualni odnos i s nekom drugom osobom?

1. Ne
2. Da

16. Prisjećajući se svih seksualnih odnosa (vaginalnih i/ili analnih) koje ste imali tijekom posljednjih godinu dana, koliko ste često koristili kondom?

1. U posljednjih godinu dana nisam imala seksualne odnose
2. Nikada
3. Rijetko
4. Ponekad
5. Često
6. Uvijek

17. U posljednjih godinu dana, koliko ste često koristili kondom pri oralnom seksu?

1. U posljednjih godinu dana nisam imala oralni seks
2. Nikada
3. Rijetko
4. Ponekad
5. Često
6. Uvijek

18. Jeste li ikada nekome platili za seks?

1. Ne
2. Da

19. Jeste li ikada primili novac za seks?

1. Ne
2. Da

20. Jeste li koristili kondom pri posljednjem plaćenom seksualnom odnosu?

1. Nikad nisam imala takav odnos
2. Ne
3. Da

21. Procijenite koliko je vjerojatno da ćete koristiti kondom u prvom sljedećem seksualnom odnosu sa stalnim partnerom/partnericom?

1. Nemam stalnog partnera/partnericu
2. Sigurno ga neću koristiti
3. Vjerojatno ga neću koristiti
4. Ne mogu procijeniti
5. Vjerojatno ću ga koristiti
6. Sigurno ću ga koristiti

22. Procijenite koliko je vjerojatno da ćete koristiti kondom u prvom sljedećem seksualnom odnosu sa slučajnim partnerom/partnericom («odnos za jednu noć»)?

1. Ne mislim imati takav odnos
2. Sigurno ga neću koristiti
3. Vjerojatno ga neću koristiti
4. Ne mogu procijeniti
5. Vjerojatno ću ga koristiti
6. Sigurno ću ga koristiti

23. Koliko često postižete orgazam u seksu?

1. Nikada ili gotovo nikada
2. Rijetko
3. Ponekad
4. Često
5. Uvijek ili gotovo uvijek

24. Koliko često prije seksualnog odnosa popijete jedno ili više alkoholnih pića?

1. Nikada
2. Ponekad
3. Često
4. Uvijek ili gotovo uvijek

25. Koliko ste često pod utjecajem neke droge kad imate seksualni odnos?

1. Nikada
2. Ponekad
3. Često
4. Uvijek ili gotovo uvijek

26. Koliko ste imali godina kada ste prvi put vidjeli neki pornografski sadržaj (film, fotografije itd.)?

Ako se ne možete odmah sjetiti, pokušajte se prisjetiti u kojem ste razredu bili kada se to dogodilo, pa onda izračunajte svoju tadašnju dob.

27. Koliko ste često, u posljednjih godinu dana, koristili pornografiju?

1. Nikada
2. Rijetko
3. Ponekad
4. Često

28. Koliko često predlažete partneru/partnerici nešto što ste vidjeli u pornografskom filmu ili na fotografijama?

1. Nikada
2. Rijetko
3. Ponekad
4. Često

29. Vaši su seksualni partneri (osobe s kojima ste imali seks) do sada bili:

1. Isključivo muškarci
2. Uglavnom muškarci
3. Podjednako muškarci i žene
4. Uglavnom žene
5. Isključivo žene

30. Koliko sljedeće tvrdnje odgovaraju

Vašem ponašanju u seksualnim situacijama?

Zaokružite odgovarajuću brojku za svaku tvrdnju.

	Netočno	Točno
1. Ako ne osjećam želju za seksom, to ću partneru/partnerici i reći.	1	2
2. U seksu nikada ne pristajem na nešto što ne želim.	1	2
3. Uvijek sama odlučim o tome kada ću stupiti u seksualni odnos s novim partnerom.	1	2
4. U seksu se često potpuno prepustim onome što partner/partnerica želi.	1	2

31. Jeste li u posljednjih godinu dana nešto promijenili u svom seksualnom životu da bi smanjili opasnost od zaraze HIV/AIDS-om?

1. Ne => (AKO STE ZAOKRUŽILI "NE", PRESKOČITE SLJEDEĆE PITANJE I NASTAVITE ODGOVARATI OD PITANJA 33.)
2. Da

32. Što ste promijenili u svom seksualnom životu zbog HIV/AIDS-a?

Molimo zaokružite odgovor za svaku kategoriju.

	Ne	Da
1. Uvijek koristim kondom	1	2
2. Koristim kondom češće nego prije	1	2
3. Smanjila sam broj seksualnih partnera	1	2
4. Imam odnose samo sa stalnim partnerom/partnericom	1	2

33. Jeste li ikada zatrudnjeli?

1. Ne
2. Da

34. Jeste li ikada rodili?

1. Ne
2. Da

35. Jeste li ikada imali spontani prekid trudnoće (ovo uključuje i pobačaj učinjen iz medicinskih razloga)?

1. Ne
2. Da

36. Jeste li ikada imali namjerni prekid trudnoće (abortus)?

1. Ne
2. Da

SVI NASTAVLJAJU ISPUNJAVATI UPITNIK ODAVDE, BEZ OBZIRA JESU LI IMALI SEKSUALNI ODNOS (SNOŠAJ) ILI NISU - OD PITANJA 37.

37. Što mislite, kolika je mogućnost (tj. rizik) da se Vi osobno zarazite HIV/ AIDS-om?

Zaokružite odgovarajući broj na skali, na kojoj brojka 1 označava zanemariv rizik, a brojka 10 vrlo visok rizik zaraze:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

38. Što mislite, kolika je mogućnost (tj. rizik) da se Vi osobno zarazite nekom drugom spolno prenosivom bolesti?

Zaokružite odgovarajući broj na skali, na kojoj brojka 1 označava zanemariv rizik, a brojka 10 vrlo visok rizik zaraze:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sljedeća tri pitanja odnose se na seksualno zlostavljanje, odnosno na situacije u kojima netko koristi Vašu spolnost protiv Vaše volje.

39. Je li Vas ikada netko prisilio – prijetnjama, ucjenom ili silom – na seksualni odnos ili neke druge seksualne aktivnosti? (Samo jedan odgovor.)

1. Ne => (AKO STE ZAOKRUŽILI "NE", PRESKOČITE SLJEDEĆE PITANJE I NASTAVITE ODGOVARATI OD PITANJA 41.)
2. Da
3. Ne znam može li se to tako nazvati
4. Ne želim odgovoriti

40. Koliko ste godina imali kada se to dogodilo? Ako Vam se takvo što dogodilo više puta, upišite koliko ste bili stari kada se to dogodilo prvi put.

41. Jeste li ikada prisilili nekoga – prijetnjama, ucjenom ili silom – na seksualni odnos ili neku drugu seksualnu aktivnost.

(Samo jedan odgovor.)

1. Ne
2. Da
3. Ne znam može li se to tako nazvati
4. Ne želim odgovoriti

Na samom kraju, željeli bismo Vam postaviti nekoliko pitanja vezanih uz spolno prenosive bolesti.

42. Određenom se broju žena dogodi da imaju neuobičajeni (pojačani) iscjedak iz rodnice koji može biti praćen svrbežom, neugodnim mirisom i peckanjem pri mokrenju.

Jeste li Vi ikada imali takve simptome?

1. Ne
2. Da

43. Je li Vam – tijekom posljednjih 12 mjeseci - ustanovljena neka od sljedećih spolno prenosivih bolesti? Drugim riječima, je li Vam liječnik rekao da imate neku od njih? Ako jest, zaokružite koje (Moguće više odgovora):

1. Genitalni herpes
2. Trihomonas
3. Gonoreja (kapavac)
4. Gljivična infekcija (kandidijaza)
5. Sifilis
6. Klamidija (klamidijsku infekciju)
7. Humani papilomski virus (genitalne bradavice, kondilomi)
8. Nespecifični uretritis
9. Hepatitis B
10. Hepatitis C
11. Neka druga spolno prenosiva bolest (koju?) _____
12. Imala sam spolno prenosivu bolest, ali ne mogu se točno sjetiti koju
13. Nisam imala spolno prenosivu bolest u posljednjih 12 mjeseci

44. Je li Vam ikada ranije, to jest u razdoblju prije više od godinu dana, liječnik rekao da imate neku od tih spolno prenosivih bolesti?

1. Ne
2. Da (navedi koje:) _____

45. Ako ste ikada imali spolno prenosivu bolest, jeste li to rekli svojom tadašnjem partneru/partnerici?

1. Nikada nisam imala spolno prenosivu bolest
2. Ne
3. Da
4. Ne sjećam se

46. Ako ste imali spolno prenosivu bolest, jesu li Vam liječnik ili medicinska sestra rekli da se i Vaš partner mora liječiti:

1. Nikada nisam imala spolno prenosivu bolest
2. Ne
3. Da
4. Ne sjećam se

47. Jeste li se ikada testirali na HIV?

1. Ne
2. Da

48. U posljednje dvije godine, koliko često ste bili kod ginekologa?

1. Nikada nisam bila kod ginekologa
2. Niti jednom
3. Jednom
4. Dva ili više puta

49. U posljednje dvije godine, koliko puta Vam je ginekolog uradio tzv. papa test?

1. Nikada nisam bila kod ginekologa
2. Niti jednom
3. Jednom
4. Dva ili više puta

Ovaj dio upitnika ispunjavate sami. Molimo Vas da iskreno odgovorite na sva pitanja. Ako Vam nešto nije jasno, slobodno se obratite anketaru.

1. Koja ste od sljedećih seksualnih iskustava već imali?
Zaokružite odgovarajući broj za svaku kategoriju.

	Nisam imao to iskustvo i ne bih ga želio imati	Nisam imao to iskustvo, ali bih želio	Imao sam to iskustvo
1. Seksualni odnos, snošaj (Pod seksualnim odnosom mislimo na seksualnu aktivnost tijekom koje se penis, muški spolni organ, nalazi u vagini, ženskom spolnom organu.)	1	2	3
2. Oralni seks, kada to činim partnerici/ partneru (Pod oralnim seksom mislimo na stimulaciju spolnih organa, penisa ili vagine, ustima i jezikom.)	1	2	3
3. Oralni seks, kada to partnerica/partner čini meni	1	2	3
4. Analni seks (Pod analnim seksom mislimo na seksualnu aktivnost tijekom koje se penis nalazi u anusu, to jest rektumu.)	1	2	3

AKO JOŠ NISTE IMALI SEKSUALNI ODNOS (SNOŠAJ), PRESKOČITE SLJEDEĆA PITANJA I NASTAVITE ODGOVARATI OD PITANJA 33.

2. Koliko ste imali godina pri prvom seksualnom odnosu (snošaju)? _____

3. Mislite li da ste prerano započeli sa seksualnim odnosima?

1. Ne
2. Da
3. Ne znam

4. Procijenite koliko je svaki od niže navedenih razloga utjecao na Vašu odluku o stupanju u prvi seksualni odnos (Zaokružite u svakom redu pripadajući odgovor).

	Uopće nije imalo utjecaja	Imalo je vrlo malo utjecaja	Imalo je prilično utjecaja	Imalo je odlučujući utjecaj
1. Prisila	1	2	3	4
2. Za ljubljenu ljubav	1	2	3	4
3. Seksualna želja, potreba	1	2	3	4
4. Znatiželja	1	2	3	4
5. Utjecaj alkohola ili droge	1	2	3	4
6. Utjecaj medija	1	2	3	4
7. Nagovor partnera	1	2	3	4
8. Pritisak vršnjaka	1	2	3	4

5. U vrijeme Vašeg prvog seksualnog odnosa, koliko je Vaših prijatelja već imalo to iskustvo?

1. Nitko
2. Manjina
3. Otprilike polovina
4. Većina
5. Svi ili gotovo svi

6. Jeste li pri prvom seksualnom odnosu Vi i Vaša partnerica/partner koristili neko sredstvo zaštite? Ako ste koristili više njih, zaokružite sva sredstva koja ste koristili.

1. Ne
2. Prekinuti snošaj
3. Kondom (prezervativ)
4. Kontracepcijske pilule
5. Prirodne metode (brojanje plodnih dana, mjerenje bazalne temperature itd.)
6. Nešto drugo, što? _____
7. Ne znam

7. Jeste li u posljednjih godinu dana imali «seks za jednu noć», odnosno seksualni odnos s tzv. slučajnom partnericom ili partnerom (osobom s kojom niste u vezi)?

1. Ne
2. Da

8. S koliko ste osoba imali seksualni odnos u posljednjih 12 mjeseci? Upišite broj. (Ako u tom razdoblju niste imali seksualni odnos, upišite ništicu - 0)

9. Jeste li u posljednjih 12 mjeseci imali seksualni odnos s osobom koja je bila 10 ili više godina starija od Vas?

1. Ne
2. Da

10. Od Vašeg prvog seksualnog odnosa do danas, s koliko ste osoba ukupno imali seksualni odnos, to jest snošaj? Upišite broj: _____

11. S koliko ste osoba ukupno imali samo/isključivo oralni seks, a da s njima niste imali seksualni odnos? Upišite broj: _____

12. Jeste li koristili neko sredstvo zaštite pri posljednjem seksualnom odnosu? (Ako ste koristili više njih, zaokružite sva sredstva koja ste koristili.)

1. Ne
2. Prekinuti snošaj
3. Kondom (prezervativ)
4. Kontracepcijske pilule
5. Prirodne metode (brojanje plodnih dana, mjerenje bazalne temperature itd.)
6. Nešto drugo, što? _____
7. Ne znam

13. Ako pri posljednjem odnosu niste koristili kondom (prezervativ), koji je bio glavni razlog? Samo jedan odgovor.

1. Koristili smo kondom
2. Zanimjali smo se
3. Nismo ga imali kod sebe
4. Preskupi su
5. Partnerica nije željela koristiti
6. Ne volim ih koristiti
7. Kondomi mi stvaraju probleme s erekcijom
8. Partnerica je koristila nešto drugo
9. Procijenio sam da nije potrebno
10. Planiram dijete

14. S kime ste imali taj posljednji seksualni odnos?

1. S mojom stalnom partnericom/partnerom
2. Sa slučajnom partnericom/partnerom (osobom s kojom nisam u vezi)

15. Prisjetite se svojih dosadašnjih veza. Dok ste bili u vezi, jeste li ikada imali seksualni odnos i s nekom drugom osobom?

1. Ne
2. Da

16. Prisjećajući se svih seksualnih odnosa (vaginalnih i/ili analnih) koje ste imali tijekom posljednjih godinu dana, koliko ste često koristili kondom?

1. U posljednjih godinu dana nisam imao seksualne odnose
2. Nikada
3. Rijetko
4. Ponekad
5. Često
6. Uvijek

17. U posljednjih godinu dana, koliko ste često koristili kondom pri oralnom seksu?

1. U posljednjih godinu dana nisam imao oralni seks
2. Nikada
3. Rijetko
4. Ponekad
5. Često
6. Uvijek

18. Jeste li ikada nekome platili za seks?

1. Ne
2. Da

19. Jeste li ikada primili novac za seks?

1. Ne
2. Da

20. Jeste li koristili kondom pri posljednjem plaćenom seksualnom odnosu?

1. Nikad nisam imao takav odnos
2. Ne
3. Da

21. Procijenite koliko je vjerojatno da ćete koristiti kondom u prvom sljedećem seksualnom odnosu sa stalnom partnericom/partnerom?

1. Nemam stalnu partnericu/partnera
2. Sigurno ga neću koristiti
3. Vjerojatno ga neću koristiti
4. Ne mogu procijeniti
5. Vjerojatno ću ga koristiti
6. Sigurno ću ga koristiti

22. Procijenite koliko je vjerojatno da ćete koristiti kondom u prvom sljedećem seksualnom odnosu sa slučajnom partnericom/ partnerom («odnos za jednu noć»)?

1. Ne mislim imati takav odnos
2. Sigurno ga neću koristiti
3. Vjerojatno ga neću koristiti
4. Ne mogu procijeniti
5. Vjerojatno ću ga koristiti
6. Sigurno ću ga koristiti

23. Koliko često postižete orgazam u seksu?

1. Nikada ili gotovo nikada
2. Rijetko
3. Ponekad
4. Često
5. Uvijek ili gotovo uvijek

24. Koliko često prije seksualnog odnosa popijete jedno ili više alkoholnih pića?

1. Nikada
2. Ponekad
3. Često
4. Uvijek ili gotovo uvijek

25. Koliko ste često pod utjecajem neke droge kad imate seksualni odnos?

1. Nikada
2. Ponekad
3. Često
4. Uvijek ili gotovo uvijek

26. Koliko ste imali godina kada ste prvi put vidjeli neki pornografski sadržaj (film, fotografije itd.)? *Ako se ne možete odmah sjetiti, pokušajte se prisjetiti u kojem ste razredu bili kada se to dogodilo, pa onda izračunajte svoju tadašnju dob.*

27. Koliko ste često, u posljednjih godinu dana, koristili pornografiju?

1. Nikada
2. Rijetko
3. Ponekad
4. Često

28. Koliko često predlažete partnerici/partneru nešto što ste vidjeli u pornografskom filmu ili na fotografijama?

1. Nikada
2. Rijetko
3. Ponekad
4. Često

29. Vaši su seksualni partneri (osobe s kojima ste imali seks) do sada bili:

1. Isključivo žene
2. Uglavnom žene
3. Podjednako žene i muškarci
4. Uglavnom muškarci
5. Isključivo muškarci

30. Koliko sljedeće tvrdnje odgovaraju Vašem ponašanju u seksualnim situacijama? Zaokružite odgovarajuću brojku za svaku tvrdnju.

	Netočno	Točno
1. Ako ne osjećam želju za seksom, to ću partnerici/partneru i reći.	1	2
2. U seksu nikada ne pristajem na nešto što ne želim.	1	2
3. Uvijek sam odlučim o tome kada ću stupiti u seksualni odnos s novom partnericom.	1	2
4. U seksu se često potpuno prepustim onome što partnerica/partner želi.	1	2

31. Jeste li u posljednjih godinu dana nešto promijenili u svom seksualnom životu da bi smanjili opasnost od zaraze HIV/AIDS-om?

1. Ne => (AKO STE ZAOKRUŽILI "NE", PRESKOČITE SLJEDEĆE PITANJE I NASTAVITE ODGOVARATI OD PITANJA 33.)
2. Da

32. Što ste promijenili u svom seksualnom životu zbog HIV/AIDS-a? Molimo zaokružite odgovor za svaku kategoriju.

	Ne	Da
1. Uvijek koristim kondom	1	2
2. Koristim kondom češće nego prije	1	2
3. Smanjio sam broj seksualnih partnera	1	2
4. Imam odnose samo sa stalnom partnericom/partnerom	1	2

SVI NASTAVLJAJU ISPUNJAVATI UPITNIK ODAVDE, BEZ OBZIRA JESU LI IMALI SEKSUALNI ODNOS (SNOŠAJ) ILI NISU - OD PITANJA 33.

33. Što mislite, kolika je mogućnost (tj. rizik) da se Vi osobno zarazite HIV/ AIDS-om?

Zaokružite odgovarajući broj na skali, na kojoj brojka 1 označava zanemariv rizik, a brojka 10 vrlo visok rizik zaraze:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

34. Što mislite, kolika je mogućnost (tj. rizik) da se Vi osobno zarazite nekom drugom spolno prenosivom bolesti?

Zaokružite odgovarajući broj na skali, na kojoj brojka 1 označava zanemariv rizik, a brojka 10 vrlo visok rizik zaraze:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sljedeća tri pitanja odnose se na seksualno zlostavljanje, odnosno na situacije u kojima netko koristi Vašu spolnost protiv Vaše volje.

35. Je li Vas ikada netko prisilio – prijetnjama, ucjenom ili silom – na seksualni odnos ili neke druge seksualne aktivnosti? (Samo jedan odgovor.)

1. Ne => (AKO STE ZAOKRUŽILI "NE", PRESKOČITE SLJEDEĆE PITANJE I NASTAVITE ODGOVARATI OD PITANJA 37.)

2. Da

3. Ne znam može li se to tako nazvati

4. Ne želim odgovoriti

36. Koliko ste godina imali kada se to dogodilo? Ako Vam se takvo što dogodilo više puta, upišite koliko ste bili stari kada se to dogodilo prvi put.

37. Jeste li ikada prisilili nekoga – prijetnjama, ucjenom ili silom – na seksualni odnos ili neku drugu seksualnu aktivnost. (Samo jedan odgovor.)

1. Ne

2. Da

3. Ne znam može li se to tako nazvati

4. Ne želim odgovoriti

Na samom kraju, željeli bismo Vam postaviti nekoliko pitanja vezanih uz spolno prenosive bolesti.

38. Određenom se broju muškaraca dogodi da imaju iscjedak iz penisa koji može biti praćen peckanjem pri mokrenju. Jeste li vi ikada imali takve simptome?

1. Ne

2. Da

39. Je li Vam – tijekom posljednjih 12 mjeseci - ustanovljena neka od sljedećih spolno prenosivih bolesti? Drugim riječima, je li Vam liječnik rekao da imate neku od njih? Ako jest, zaokružite koje (Moguće više odgovora):

1. Genitalni herpes

2. Trihomonas

3. Gonoreja (kapavac)

4. Gljivična infekcija (kandidijaza)

5. Sifilis

6. Klamidija (klamidijsku infekciju)

7. Humani papilomski virus (genitalne bradavice, kondilomi)

8. Nespecifični uretritis

9. Hepatitis B

10. Hepatitis C

11. Neka druga spolno prenosiva bolest (koju?) _____

12. Imao sam spolno prenosivu bolest, ali ne mogu se točno sjetiti koju

13. Nisam imao spolno prenosivu bolest u posljednjih 12 mjeseci

40. Je li Vam ikada ranije, to jest u razdoblju prije više od godinu dana, liječnik rekao da imate neku od tih spolno prenosivih bolesti?

1. Ne

2. Da (navedi koje:) _____

41. Ako ste ikada imali spolno prenosivu bolest, jeste li to rekli svojoj tadašnjoj partnerici/partneru?

1. Nikada nisam imao spolno prenosivu bolest

2. Ne

3. Da

4. Ne sjećam se

42. Ako ste imali spolno prenosivu bolest, jesu li Vam liječnik ili medicinska sestra rekli da se i Vaša partnerica mora liječiti:

1. Nikada nisam imao spolno prenosivu bolest

2. Ne

3. Da

4. Ne sjećam se

43. Jeste li se ikada testirali na HIV?

1. Ne

2. Da

