

Aleksandar Štulhofer
(Dr. sc., izv. prof.)
Odsjek za sociologiju
Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

DRUŠTVENI ASPEKTI RIZIČNOG SEKSUALNOG PONAŠANJA (RSP)

Sažetak

Tekst je sažeti pregled izlaganja u kojem se govori o psihosocijalnim i sociokulturnim dimenzijama rizičnog seksualnog ponašanja (RSP). Nakon definiranja RSP i seksualnih rizika, detaljnije se raspravljaju teorijski modeli RSP i čimbenici seksualnih rizika. Naglašava se razlika između čimbenika RSP u adolescenciji i odrasloj dobi, kao i spolne/rodne specifičnosti RSP. U zaključku autor ocrtava specifičnosti situacije u Hrvatskoj.

Uvod: što su seksualni rizici, a što rizično seksualno ponašanje (RSP)

Pod RSP podrazumijevamo ponašanje koje povećava osobnu i/ili partnerovu izloženost negativnim (fizičkim i psihičkim) posljedicama seksualnih aktivnosti. Vjerojatnost negativnog ishoda seksualnih aktivnosti nazivamo seksualnim rizikom. Seksualne rizike dijelimo u tri skupine (1):

- a) rizik zaraze spolno prenosivim bolestima (uključujući i HIV/AIDS)
- b) rizik neželjene trudnoće
- c) rizik seksualne viktimizacije

Podvrsta trećeg tipa jest rizik viktimizacije zbog nestandardne seksualne orijentacije (nasilje nad homoseksualnim osobama). Izloženost tom riziku, dakako, ne ovisi o ponašanju osobe o kojoj je riječ, već o stupnju homofobičnosti okoline.

Dimenzije RSP

RSP uključuje makro, mezzo i mikro razinu. Makro razina utjecaja na RSP odnosi se na kulturne i društvene norme, običaje i vjerovanja, ili utjecaj grupe, koji povećavaju ili smanjuju izloženost seksualnim rizicima (2). Primjer: vjerovanje u nedopustivost korištenja sredstava zaštite značajno će povećati izloženost populacije riziku zaraze spolno prenosivim bolestima.

Mezzo razina utjecaja na RSP vezana je uz činjenicu da su seksualne aktivnosti društveni fenomen, odnosno da pretpostavljaju suodnos barem dviju osoba. Interakcija među partnerima određuje stupanj zaštite. Primjer: inzistira li na uporabi kondoma partner koji ima veću kontrolu nad vezom, vjerojatnost je uporabe zaštite veća nego ako uporabu kondoma predlaže partner koji ima manju kontrolu nad vezom.

Mikro razina utjecaja na RSP odnosi se na psihosocijalne osobine individue, njezin karakter, temperament, stavove, vjerovanja, socijalno podrijetlo, stupanj obrazovanja i sl.

Teorijsko modeliranje RSP

Modeli RSP - preciznije, modeli promjene ponašanja - temelje se na pretpostavci o racionalnom ponašanju aktera, ali i važnosti posjedovanja informacija (o načinu prenošenja, raširenosti SPB i sl.), te utjecaja društvenih normi (npr. mišljenje bliskih prijatelja) (3).

- (a) Model zdravstvenih uvjerenja (Health Belief m.)

Prema ovom modelu, promjena ponašanja ovisi o osobnim stavovima i uvjerenjima. Za smanjivanje RSP važni su sljedeći stavovi i uvjerenja: percepcija osobnog rizika zaraze, percepcija ozbiljnosti bolesti, uvjerenost u djelotvornost zaštite (npr. "HIV ne može proći kroz kondom od lateksa") i percepcija koristi od promjene ponašanja (npr. "kondom me štiti od genitalnog herpesa")

(b) Model društvenog učenja (*Social Learning m.*)

Temeljna logika modela jest da promjena ponašanja podrazumijeva da se novo ponašanje *uči* i to u specifičnom društvenom okruženju (kulturene vrijednosti, stavovi roditelja, prijatelja, partnera...) - bilo kroz oponašanje ili putem osobnog iskustva. Ključni elementi modela su percepcija osobne sposobnosti ("bez obzira na sve, instistirat ću na uporabi kondoma") i percepcija ishoda specifičnog ponašanja ("koristim li hormonalnu kontracepciju, neću ostati u drugom stanju").

(c) Model razložne akcije (*Theory of Reasoned Action*)

Model se temelji na empirijski potvrđenoj činjenici da je postojanje intencije (namjere) korištenja zaštite najbolji prediktor odgovornog seksualnog ponašanja. Sama intencija, primjerice uporabe kondoma, počiva na osobnom stavu o korištenju kondoma (koji uključuje elemente modela zdravstvenih uvjerenja) i tzv. *subjektivnoj normi*, to jest načinu na koji okolina (prijatelji, partneri) procjenjuje osobe koji koriste kondome.

(d) Model smanjivanja rizika HIV/AIDSa (*AIDS Risk Reduction m.*)

Model se temelji na tri faze intervencije: razumijevanju situacije, donošenju odluke o promjeni ponašanja i poduzimanju akcije. Prva faza obuhvaća prikupljanje informacija o bolesti, osobnom riziku zaraze, ishodima RSP itd. Druga faza je najkritičnija i opisuje dinamiku sazrijevanja odluke o promjeni. U toj se fazi pojavljuje niz prepreka, kao što su uvjerenja o seksualnom užitku i intimnosti, procjena osobnih sposobnosti ("jesam li u stanju provesti odluku?"), percepcija stava okoline i sl. Treća faza označava usvajanje i sustavno provođenje novog obrasca ponašanja.

Temeljni problemi dosadašnjih modela RSP su: (a) pojednostavljivanje složenosti svakodnevnog društvenog i psihičkog okvira seksualnih aktivnosti i (b) prenamaglašavanje uloge individualne racionalnosti i kontrole (4; 2). Ipak, izrada i empirijsko testiranje modela RSP iznimno su važni za izradu preventivskih edukacijskih programa i medijskih kampanja (5).

Adolescenti kao rizična skupina

Razlozi koji adolescente kao cjelinu čine društvenom skupinom povišenog rizika su sljedeći (1; 6):

- (a) Potreba za seksualnim eksperimentiranjem (formiranje seksualnog identiteta);
- (b) Fragmentarno znanje (adolescenti poznaju činjenice o HIV/AIDSa, ali nemaju dovoljno informacija o tzv. "novim" spolno prenosivim bolestima /HPV, genitalni herpes, chlamydia t.) i lako usvajanje tzv. mitova o seksualnosti ("kondome koriste samo promiskuitetne osobe");
- (c) Hedonizam kao vrijednosna orijentacija, ali i bitno identifikacijsko obilježje ("želim i na taj način biti drukčiji od odraslih");

- (d) Snažan utjecaj vršnjačke skupine (pritisak konformiranja);
- (e) Iluzija neranjivosti (kao posljedica neiskustva);
- (f) Skromne komunikacijske vještine;
- (g) Nerealistično prihvaćanje koncepcije romantične ljubavi (osobito među adolescenticama).

Čimbenici seksualnih rizika u adolescentnoj populaciji

Čimbenici koji povećavaju vjerojatnost RSP su sljedeći (1; 6; 7; 8; 9):

- rana seksualna viktimizacija
- sklonost rizičnim aktivnostima
- konzumacija alkohola i narkotika
- rana seksualna inicijacija
- nekorištenje kontracepcije prvi prvom seksualnom odnosu
- negativni stavovi o kondomu
- niska razina informiranosti o ljudskoj spolnosti
- tradicionalni, spolno diskriminirajući, stavovi (poglavito kod muškaraca)
- osjećaj krivice vezan uz seksualne aktivnosti, često vezan uz striktnu religijsku socijalizaciju (poglavito kod žena)

Bez obzira na trend porasta uporabe prezervativa, od 70tih do danas, većina adolescenata ih koristi isključivo na početku veze.

Studije ukazuju na značajne razlike u dinamici i strukturi RSP između adolescentica i adolescenata. U tom smislu, u izradi i provedbi intervencija spolnim/rodnim specifičnostima valja posvetiti osobitu pozornost.

Osobito ugrožene podskupine unutar populacije adolescenata su maloljetne osobe uvedene u prostituciju i intravenski korisnici narkotika.

Čimbenici seksualnih rizika u odrasloj dobi

Čimbenici koji povećavaju vjerojatnost RSP u općoj populaciji (4; 10; 11):

- seksualna viktimizacija
- konzumacija alkohola i narkotika
- negativni stavovi o kondomu
- nepostojeća ili slaba komunikacija s partnerom
- osjećaj krivice vezan uz seksualne aktivnosti

Unutar opće populacije, tri su osobito ugrožene skupine: seksualni radnici (prostitucija), intravenski korisnici narkotika, te heteroseksualne i homoseksualne osobe koje često mijenjaju seksualne partnere, a pritom ne koriste *konzistentno* prezervative (12).

Specifičnost hrvatske situacije?

S obzirom na nedostatak podataka o seksualnom ponašanju opće populacije, teško je uočiti osobitosti. Istraživanja provedena na adolescentima ukazuju da je kontinuirano i konzistentno korištenje zaštite (kondom, hormonalna kontracepcija) rjeđe nego u usporedivim uzorcima njihovih vršnjaka u zapadnoj Europi. Središnji razlog tome jest

činjenica da u Hrvatskoj ne postoji sustavna seksualna edukacija. Je li niža razina korištenja zaštite pri seksualnim aktivnostima vezana i uz porast religioznosti tijekom devedesetih godina, teško je reći. Podaci ukazuju da je religioznost mladih u Hrvatskoj, kada je riječ o seksualnosti, vrlo permisivna (1).

U Hrvatskoj ne postoje pouzdani podaci o seksualnoj informiranosti i educiranosti odrasle populacije. Imajući u vidu razliku u broju osoba sa završenom višom i visokom školom u Hrvatskoj (manje od 10%) i EU (17%), kao i niži životni standard, za pretpostaviti je da su građani Hrvatske slabije informirani o spolno prenosivim bolestima i RSP od građana EU. Dakako, tu tezu tek trebati ispitati.

Zaključak

U Hrvatskoj ne postoji sustavna prevencija seksualnih rizika. Mali korak u tom smjeru, medijska kampanja zaštite od HIV/AIDS-a 1997. godine, bio je potpuni promašaj (6). Za sustavnu prevenciju zaraze spolno prenosivim bolestima u sadašnjem je trenutku nužno:

- (a) Uvesti djelotvoran program sustavne seksualne edukacije u škole (od osnovne škole na više). Kao što je poznato, djelotvorni programi uključuju četiri dimenzije: informiranje, promjenu stavova, usvajanje komunikacijskih vještina i poznavanje uporabe sredstava zaštite (5; 13)¹;
- (b) Prikupiti podatke o RSP odrasle populacije na reprezentativnom nacionalnom uzorku;
- (c) Razviti kontinuiranu interdisciplinarnu suradnju društvenih i medicinskih znanosti (usp. *Global Fund* projekt).

¹ Prema dosadašnjim evaluacijskim studijama, programi koji se primarno temelje na informiranju, kao i tzv. apstinencijski programi, nisu djelotvorni, to jest ne potiču promjene u ponašanju (14; 15).

Literatura

- (1) Štulhofer A, Jureša V, Mamula M. Problematični užici: rizično seksualno ponašanje u kasnoj adolescenciji. *Druš istraž* 2000; 9(6):867-893.
- (2) Parker RG, Herdt G, Carballo M. Sexual Culture, HIV Transmission, and AIDS Research. *J Sex Res* 1991; 28(1):77-98.
- (3) King R. Sexual Behavioural Change for HIV: Where Have Theories Taken us? Geneva: UNAIDS; 1999.
- (4) Bajos N, Ducot, B, Spencer, B, Spira A. Sexual Risk-Taking, Socio-Sexual Biographies and Sexual Interaction. *Soc Sci Med* 1997; 44(1):24-40.
- (5) Kirby D. Reflections on two Decades of Research on Teen Sexual Behavior and Pregnancy. *J School Health* 1999; 68(3):89-95.
- (6) Štulhofer A. Terra incognita? Adolescentska spolnost i rizično ponašanje. *Druš istraž* 1999; 8(2-3):267-285.
- (7) Hiršl-Hećej V, Štulhofer A. Urban Adolescents and Sexual Risk Taking. *Coll Antropol* 2001; 25(1):195-212.
- (8) Orr DP, Langefeld CD, Katz BP, Caine VA, Dias P, et al. Factors Associated with Condom Use among Sexually Active Female Adolescents. *J Pediatr* 1992; 120(2):311-317
- (9) Orr DP, Langefeld CD. Factors Associated with Condom Use by Sexually Active Male Adolescents at Risk for Sexually Transmitted Disease. *Pediatrics* 1993; 91(5):873-879.
- (10) Catania JA, Binson D, Dolcini MM, Stall R, Choi K, et al. Risk Factors for HIV and Other Sexually Transmitted Diseases and Prevention Practices among US Heterosexual Adults: Changes from 1990 to 1992. *Am J Pub Health* 1995; 85(11):1492-1499.
- (11) Sheeran P, Abraham C, Orbell S. Psychosocial Correlates of Heterosexual Condom Use: A Meta-Analysis. *Psychol Bull* 1999; 125(1):90-132.
- (12) Harlow L, Prochaska JO, Redding CA, Rossi JS, Velicer WF, et al. Stages of Condom Use in a High-Risk Sample. *Psychology & Health* 1999; 14(1):143-157.
- (13) Hodžić A, Štulhofer A. Seksualna edukacija u školi: inozemna iskustva. *Napredak* 2002; 143(4):452-461.
- (14) Grunseit A, Kippax S. Sexuality Education and Young People's Sexual Behavior: A Review of Studies. *J Adol Res* 1997; 12(4):421-454.
- (15) Ajduković D, Ajduković M, Prišlin R. AIDS i mladi. Zagreb: Medicinska knjiga; 1991.