



ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO  
MURSKA SOBOTA

# OCENA POTREBE PO DODATNEM CILJANEM IZOBRAŽEVANJU SREDNJEŠOLCEV V POMURJU O SPOLNOSTI

Branislava Belović  
Anica Fujs  
Tatjana Krajnc Nikolić

Murska Sobota, december 2007

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.88-053.6(497.4-18) (0.034.2)

BELOVIĆ, Branislava

Ocena potrebe po dodatnem ciljanem izobraževanju srednješolcev v Pomurju o spolnosti [Elektronski vir] / Branislava Belović, Anica Fujs, Tatjana Krajnc Nikolić. - Murska Sobota : Zavod za zdravstveno varstvo, 2008

Način dostopa (URL): <http://www.zzv-ms.si/si/splosno/documents/Spolnost.pdf>

ISBN 978-961-6679-03-9

1. Fujs, Ana 2. Krajnc Nikolić, Tatjana

237159936

## KAZALO

Uvod	5
Cilj raziskave	9
Preiskovanci in metode dela	10
Rezultati	12
Razpravljanje	25
Zaključki	28
Povzetek	29
Abstract	30
Literatura	31

## 1. UVOD

Osnovni cilj spolne vzgoje je naučiti mladega človeka, da vzpostavi pravilen odnos do spolnosti, pravilen odnos do nasprotnega spola, ki naj temelji na spoštovanju in razumevanju, in hkrati razvije samozavest in realno stališče do spolnosti.

Eden od teh ciljev je naučiti mlade, da se izognejo nezaželenim posledicam spolnih odnosov, kot so nosečnost in spolno prenosljive bolezni (1-10).

Vedno več mladih ima spolne odnose v prezgodnji dobi (11-12). Število mladih, ki so že imeli spolne odnose je v raziskavah posameznih avtorjev med 24 % in 71 %.

Spolno vedenje mladih je pogosto za zdravje tvegano. Mlajši so, bolj tvegajo. Tveganja povezujemo predvsem z nizko spolno ozaveščenostjo in z značilnostmi spolnega vedenja mladih brez izkušenj. Znanje, ki ga mladi ob koncu obveznega šolanja imajo o osnovah spolnega dozorevanja, pogojih za spočetje, prvih znakih nosečnosti, zaščiti pred nosečnostjo in spolno prenosljivimi boleznimi je slabo .

Spolni odnosi in nosečnost mladoletnic so povezani z zdravstvenimi, ekonomskimi, socialnimi težavami (12, 28-29).

Pri reševanju takšne problematike ima pomembno vlogo poleg socialno ekonomskih in kulturnih dejavnikov tudi zdravstvena vzgoja (17,31-32).

## 1. 1 SPOLNA AKTIVNOST MLADIH

Spolno aktivni mladi so tisti, ki so že imeli spolni odnos, ne glede na njihovo število. Predvidevamo, da ima okoli 50% mladih po prvem spolnem odnosu ponovno odnose v enem mesecu, najmanj 10% pa leto ali več po prvem spolnem odnosu (33).

Starost je najpomembnejši kazalec, ki napoveduje začetek spolne aktivnosti mladih. Starejši ko postajajo adolescenti, lažje se odločajo za spolne odnose (34). Na odločitev močno vplivata spolno obnašanje vrstnikov in zgodnja puberteta (36). Obstaja pa povezanost rizičnega vedenja mladih, kot so kajenje, uživanje alkohola in ilegalnih drog ter prestopništvo z zgodnjo spolno aktivnostjo (37).

Število spolno aktivnih mladih v zadnjih tridesetih letih nenehno narašča (38-40).

V ZDA je bilo leta 1988 spolno aktivnih 50% deklet in 60% fantov (21,34,42). Mott in Haurin poročata, da je med črnskim prebivalstvom 78,6% fantov in 45,7% deklet spolno aktivnih pred 17 letom (43). Courtis s sodelavci v njihovi raziskavi poroča, da je imelo 50% fantov spolne odnose pred 16 letom (44). V ZDA se mladi odločajo za prve spolne odnose v enaki starosti, kot vrstniki v Evropi (46). Po ugotovitvah študije Finkla in Finkla med srednješolci je bila pri fantih povprečna starost pri prvem spolnem odnosu 14,5 let za belce in 11,6 let za črnce (17). Balassonova je med populacijo deklet, ki so uporabljala oralno kontracepcijo ugotovila, da je bila povprečna starost pri prvem spolnem odnosu 14,2 let (16). Obstojajo tudi razlike med spoloma v odstotku spolno aktivnih mladih. Odstotek spolno aktivnih fantov je ponavadi višji od odstotka spolno aktivnih deklet (22,24,47,48). V raziskavah drugih avtorjev teh razlik med spoloma ni (49,50). Na Norveškem, v Angliji, Kanadi je spolno aktivnih več deklet kot fantov(51,53).

Pri nas se je za spolne odnose pred 18. letom starosti odloča polovica vprašanih prebivalcev. Ob koncu obveznega šolanja (raziskava med slovenskimi osmošolci v letu 1997) je imelo spolne odnose 7 % deklet in 21 % fantov in 20 % izkušnjo s pettingom . Po HBSC raziskavi (Health Behaviour in School-Aged Children 2001/02) opravljeni štiri leta kasneje pa se je delež spolno aktivne mladine očitno povečal, spolne odnose je imelo že 21,6% 15-letnic in 30,8% 15-letnikov. Povprečna starost pri prvem spolnem odnosu je bila 14,4 let za dekleta in 14,1 za fante (povprečna starost HBSC držav ob prvem spolnem odnosu je bila 14,3 leta za dekleta in 14 let za fante).

Nasprotno, rezultati drugih raziskav kažejo, da je v nekaterih razvitih državah povprečna starost pri prvih spolnih odnosih višja. Tako raziskava narejena v ZDA poroča o povprečni

starosti 17,2 leti, tista iz Kanade pa o 17,3 let, v Angliji pa 17,5 let (54) Na Nizozemskem se mladi odločajo za prvi spolni odnos pri 17,7 ter Franciji z 18 leti (54,55).

Izsledki nekaterih raziskav iz ZDA poročajo o povečanju števila srednješolcev, ki še niso imeli spolne odnose. Tako raziskava iz leta 2003 kaže, da se je število tistih, ki še niso imeli spolne odnose zvišalo za 7 % v primerjavi z letom 1991 (56,57).

Koenig (58) navaja, da je 1976 do 1979 uporabljajo kontracepcijo okoli 30% mladostnic, v poznejših raziskavah pa okoli 50%. (59). O relativno velikem odstotku spolno aktivne mladine, ki uporablja kontracepcijo (70%) poroča Choquet (24).

Mladi pogosto uporabljajo kontracepcijo le občasno (60 -66). Od 18 do 57% mladih, ki so začeli uporabljati kontracepcijo na začetku spolne aktivnosti, jo preneha uporabljati v enem letu. Večina deklet, ki je nenačrtovano zanosila ni uporabljala kontracepcije.

V obdobju 1991- 2003 je uporaba kondoma porasla od 46.2% na 63 %. (67).

Okoli 50% nenačrtovanih nosečnosti se zgodi v prvih šestih mesecih spolne aktivnosti, več kot 20 % pa v prvem mesecu (68). Velik problem so nezaželene nosečnosti in nosečnosti mladoletnic, saj sta nosečnost in porod pred 18. letom bolj tvegana za zdravje matere in otroka. Poleg dekletove mladosti so še drugi neugodni dejavniki, kot so nadaljevanje šolanja, ekonomska odvisnost od staršev, večina deklet je neporočenih.

V ZDA je vsako leto nosečih okoli milijon mladoletnic, večina nosečnosti je nenačrtovanih (69,70,71). Približno 50% teh deklet se odloči za splav.

## 1.2 SPOLNA VZGOJA

Prve informacije o spolnosti naj bi otrok dobil od staršev, saj ima družina brez dvoma pomembno vlogo pri spolni vzgoji mladih. Šola kot vzgojno-izobraževalna ustanova pa ima nalogo, da učencem pravočasno zagotovi ustrezne in točne informacije o spolnosti in spolnem življenju ter jim jih posreduje na bolj ali manj formalen način.

Že leta 1905 so se nemški zdravniki in drugi strokovnjaki odločili za spolno prosvetljevanje mladih. To nalogo so zaupali učiteljem biologije, zdravnikom in doktorjem šol. Kmalu se je pokazal pozitiven učinek pri fizičnem, psihičnem in moralnem razvoju mladine (1). Na pomembnost spolne vzgoje mladih je leta 1937 opozoril Anglež Tucker (72).

Šolski sistemi mnogih držav imajo v vzgojno izobraževalnem programu tudi spolno vzgojo. Na Švedskem so na osnovi priporočila Ministrstva za prosveto že leta 1942 uvrstili spolno vzgojo v učni načrt in program osnovnih ter srednjih šol. Od leta 1965 je spolna vzgoja

obvezna na vseh stopnjah šolskega izobraževanja. Švedski koncept vsebuje biološki, sociološki, psihični in etični vidik spolnosti. Učni načrt je zasnovan tako, da je spolna vzgoja vgrajena tudi v pouk drugih predmetov (73,74).

Podoben program spolne vzgoje izvajajo tudi v Franciji. V Britaniji imajo standardizirane programe spolne vzgoje samo državne-splošno izobraževalne šole, druge pa problematiko spolne vzgoje individualno obravnavajo (13).

V ZDA je že leta 1982 75% šol izvajalo pouk spolne vzgoje v okviru drugih predmetov (75,76). Vsi programi spolne vzgoje so obravnavali puberteto, nosečnost, materinstvo in spolno prenosljive bolezni. Dve tretjini programov sta obravnavali tudi preprečevanje nosečnosti. Število šol v katerih poučujejo spolno vzgojo se povečuje..

## 2. CILJ IN NAMEN RAZISKAVE

Namen raziskave je prispevati k boljšemu poznavanju in reševanju problematike spolnosti mladih.

Cilj raziskave:

- ugotoviti osnovno znanje srednješolcev o spolnosti,
- ugotoviti delež srednješolcev, ki so že imeli spolne odnose,
- ugotoviti starost deklet in fantov pri prvem spolnem odnosu,
- ugotoviti delež srednješolcev, ki pri spolnih odnosih uporabljajo kontracepcijo,
- oceniti vpliv rizičnega obnašanja na zgodnje spolne odnose,
- oceniti zaznavanje ogroženosti zaradi aidsa,
- ugotoviti razlike med dobljenimi parametri v letu 1995 in 2005.

### 3. PREISKOVANCI IN METODE DE LA

Preiskovanci so bili dijaki srednjih šol v Pomurju v letu 1995 in 2005. V šolskem letu 1995/96 je bilo anketiranih 612 srednješolcev, v šolskem letu 2004/2005 pa 866 dijakov prvih, drugih, tretjih in četrth letnikov srednjih šol v Pomurju. V prvi raziskavi leta 1995 je bilo 316 deklet in 296 fantov (51,6%). V ponovljeni raziskavi leta 2005 je bilo 464 deklet in 397 fantov. Udeleženci raziskave so bili izbrani z metodo naključnega vzorca tako, da je vsak razred vsake šole bil napisan na posebno kartico, nato pa z loterijskim žrebanjem določeni razredi, katerih dijaki so bili anketirani.

Raziskava je opravljena z anonimno anketo novembra 1995 in 2005. Vprašalnik ima 49 vprašanj, ki se nanašajo na podatke o anketiranih, o viru prvih informacij o spolnosti, o spolni aktivnosti in uporabi kontracepcije. Sledi skupina vprašanj za ugotovitev znanja o spolnosti, kontracepciji in AIDSu, ter samo oceno tveganja okužbe z virusom HIV. Srednješolce smo tudi vprašali s katerimi temami se želijo dodatno seznaniti in če želijo spolno vzgojo kot neobvezen predmet v šoli.

Na večino vprašanj je bilo ponujenih več odgovorov ali trditev, od katerih je bila pravilna samo ena. Manjše število vprašanj je bilo postavljeno tako, da so dijaki morali odgovor pripisati. Nekateri dijaki niso odgovorili na vsa vprašanja.

Osnovno znanje o spolnosti smo ocenili na osnovi odgovorov na 7 vprašanj:

1. Najbolj siguren znak nosečnosti je ( vprašanje 20).
2. Ovulacija je ( vprašanje 21).
3. Največja možnost spočetja je ( vprašanje 22).
4. Jajčece se oplodi v maternici ( vprašanje 29).
5. Katera kontracepcijska sredstva poznaš? ( vprašanje 23). –odgovor je točen, če pozna tri in več kontracepcijskih sredstev
6. Vse spolne bolezni so ozdravljive ( vprašanje 45).
7. Rezultat testiranja na HIV je lahko negativen tudi takrat, ko je oseba že okužena z virusom HIV ( vprašanje 40).

Vsak pravilen odgovor smo točkovali z 10 točkami. Največje možno število točk, ki jih je lahko dobil vsak dijak je bilo 70. Da znanje anketiranca lahko ocenimo kot zadovoljivo, mora dijak pravilno odgovoriti na več kot polovico vprašanj, ter doseči 50-70 točk.

Na osnovi pravih odgovorov na 4 vprašanja smo na enak način ocenili znanje o kontracepciji.

Vprašanja o kontracepciji so bila:

1. Katera kontracepcijska sredstva poznaš? ( vprašanje 23) – kot točen smo vzeli odgovor če anketirani/a pozna tri in več kontracepcijskih sredstev.
2. Katero kontracepcijsko sredstvo preprečuje prenos virusa HIV z enega partnerja na drugega ( vprašanje 25).
3. Prekinjeno občevanje (coitus interruptus) je metoda kontracepcije. Zanesljivost te metode je le 80% ( vprašanje 28).
4. S kondomom so spolni odnosi popolnoma varni. ( vprašanje 34).

Največje možno število točk je bilo 40. Za oceno zadovoljivega znanja pa je bilo potrebno najmanj 30 točk.

Da splošno znanje lahko ocenimo kot zadovoljivo, mora več kot 55 % dijakov biti ocenjeno z 50-70 točkami, pri ocenitvi zadovoljivega znanja o kontracepciji pa s 30-40 točkami.

Podatki so računalniško obdelani v SPSS programu in prikazani v tabelah. Analiza podatkov je bila opravljena s pomočjo  $\chi^2$  testa ter logistične regresije.

N - število anketiranih

% - odstotek

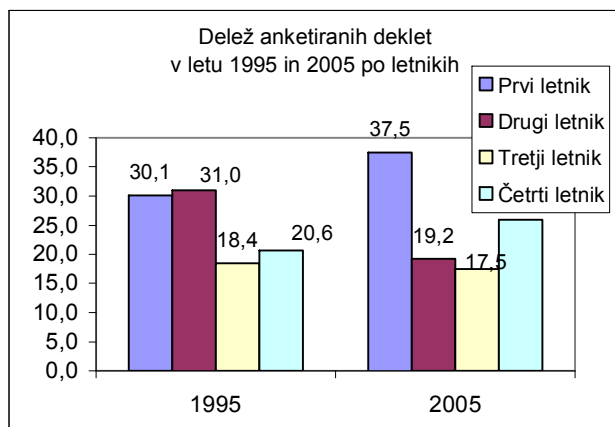
x - srednja vrednost

SD – srednja vrednost

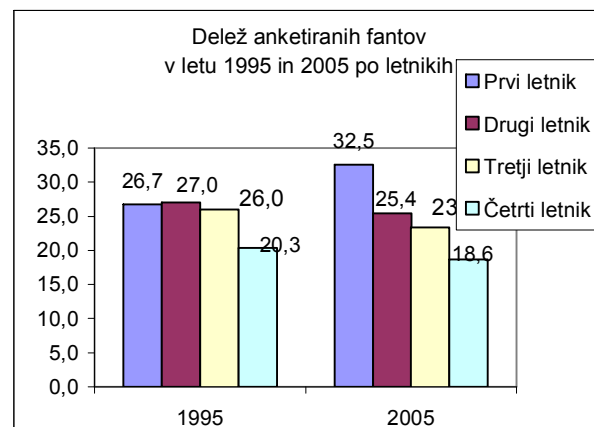
Mo –modalna vrednost

## 4. REZULTATI

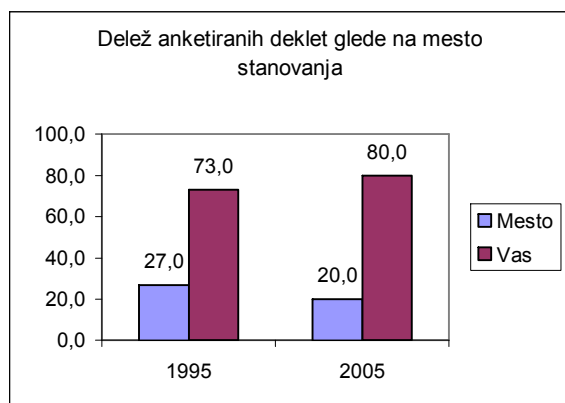
### 4.1 NEKETARE LASTNOSTI ANKETIRANCEV



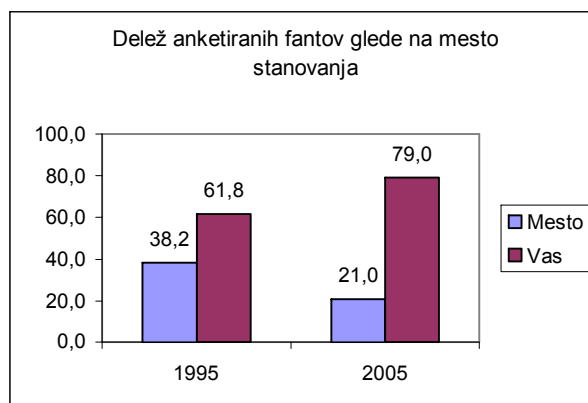
Graf 1:



Graf 2:

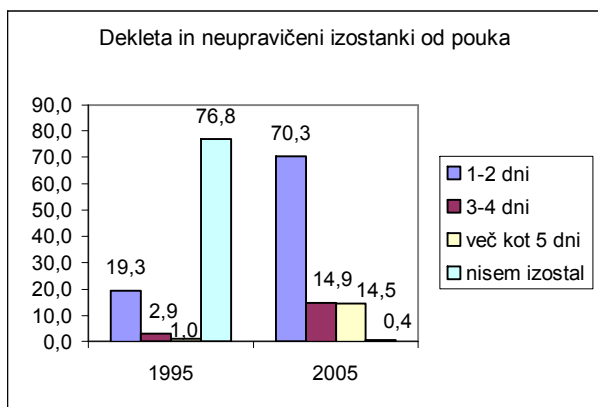


Graf 3:

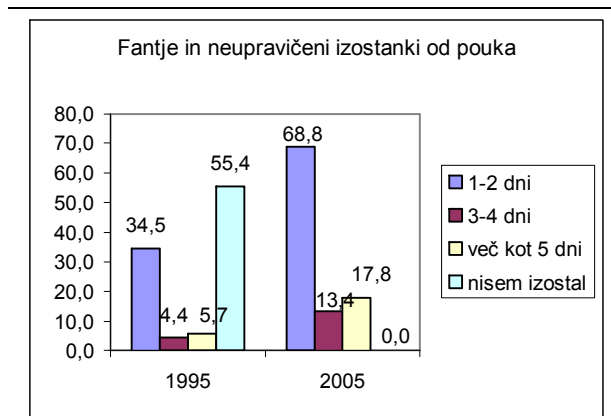


Graf 4:

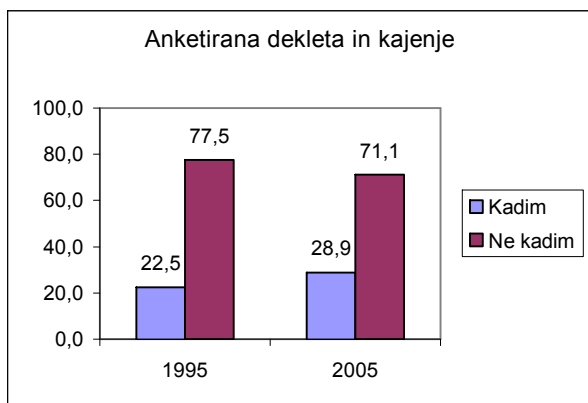
Mesto\* = Gornja Radgona, Lendava, Ljutomer, Murska Sobota



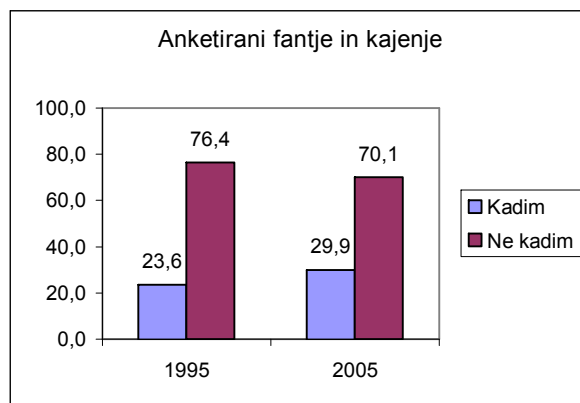
Graf 9:



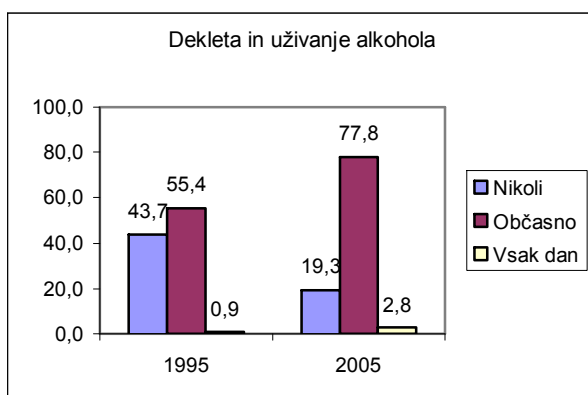
Graf 10:



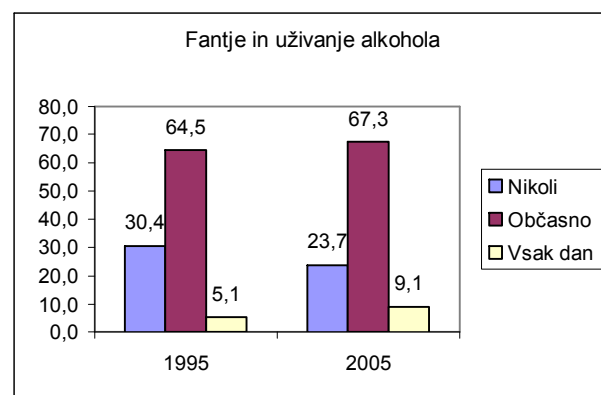
Graf 11:



Graf 12:



Graf 13:



Graf 14:

V raziskavi leta 1995 je bilo anketiranih 612 srednješolcev, 316 (51,6%) deklet in 296 (48,4%) fantov. Povprečna starost anketiranih deklet je bila 16,7 let, najmlajša anketiranka je bila stara 14,2 let, najstarejša pa 19,8 let. Povprečna starost fantov je bila 16,8 let, najmlajši anketiranec je bil star 13,8, najstarejši pa 19,4 let.

V letu 2005 je bilo anketiranih 866 srednješolcev. 5 jih na vprašanje o spolu ni odgovorilo. Tako smo v analizi upoštevali 464 deklet (53,9%) in 397 fantov (46,1%). Povprečna starost deklet je bila 16,9 let, najmlajša anketiranka je bila stara 14,2 let, najstarejša pa 19,8 let. Fantje so bili povprečno stari 16,9 let, najmlajši 14 let in najstarejši 21 let.

V raziskavi 1995 je živel na vasi le dve tretjini anketirancev, med njimi pa je bilo značilno več deklet. V raziskavo je leta 2005 bilo vključeno več kot tri četrtine anketirancev iz vasi. Razlike med spoloma ni.

Izobrazbena struktura staršev je nekoliko boljša v drugi raziskavi. V letu 1995 je imelo srednjo izobrazbo polovica staršev, v letu 2005 pa nekaj manj kot dve tretjini staršev.

Pri 58,6 % anketiranih imajo matere srednjo izobrazbo, 9,1 % več kot v raziskavi 1995. Sledi visoka in višja izobrazba z 19,9%, 1,4 % več kot v raziskavi 1995. Osnovno šolo ima 19,7% mater, 9,9 % manj kot v prejšnji raziskavi. Izobrazbe ni imelo 1,8% mater, 0,7% manj kot v prejšnji raziskavi. Več fantov kot deklet ima matere z visoko in višjo ter srednjo izobrazbo. Statistično pomembne razlike med izobrazbo mater anketiranih deklet in fantov v letu 2005 ni ( $p > 0,05$ ).

Srednjo izobrazbo ima 68,2% očetov anketiranih dijakov, 15,6% več kot v prejšnji raziskavi. 18,5% jih ima visoko ali višjo izobrazbo kar je za 5 % manj kot v letu 1995. 12,3% očetov ima osnovno šolo, 9,1% manj kot v prvi raziskavi. V raziskavi 1995 je značilno več fantov imelo očete z visoko in višjo izobrazbo, v letu 2005 pa je bil delež fantov, katerih očete so imeli visoko/višjo izobrazbo višji od deklet za samo 1,9%. Statistično pomembne razlike med izobrazbo očetov anketiranih deklet in fantov v letu 2005 ni.

Delež dijakov z oceno odličen/prav dober se je zvišalo z 28,3 % na 40,2 %. Največ srednješolcev je imelo prejšnje šolsko leto dober učni uspeh (1995 -52,1%, 2005 - 45,7%). Tistih z oceno zadosten je bilo 18,8% leta 1995 ter 13,5% leta 2006.

Udeleženke obeh raziskav so imele značilno višje ocene kot fantje. Leta 2005 je značilno več deklet imelo oceno odličen/prav dober kot leta 1995.

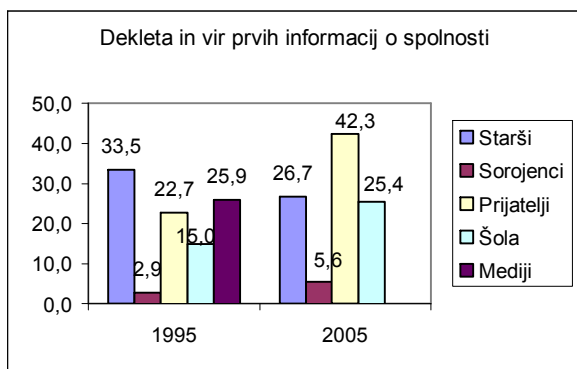
Število neopravičenih izostankov od pouka se je v šolskem letu 2005 značilno zvišalo ( $p < ?$ ). Večje zvišanje je opazno pri dekletih. Leta 1995 od pouka neopravičeno ni izostala več kot polovica dijakov, leta 2005 pa le 0,2%.

69,5% srednješolcev je izostalo ena do dva dni, delež je bil za 42,8% višji kot v raziskavi 1995. Tri do štiri dni je neopravičeno izostalo od pouka 14,1% dijakov, 10,5% več kot v letu 1995. Več kot pet dni je neopravičeno izostalo od pouka 16,2% srednješolcev, 12,9% več kot v prejšnji raziskavi. V letu 1995 je neopravičeno izostajalo od pouka (tri do štiri dni in več kot pet dni) značilno več fantov kot deklet.

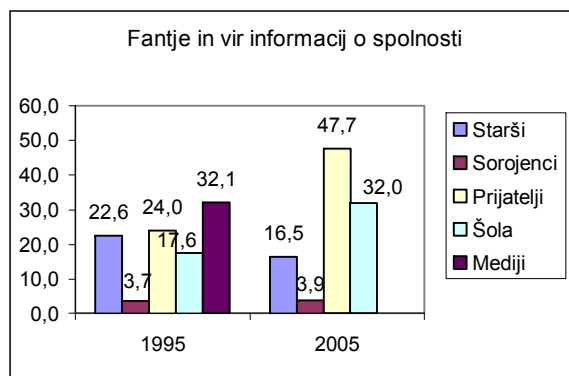
Kadi 29,4% anketiranih, kar je 6,4% več kot v letu 1995. Razlike med spoloma, tako kot v prejšnji raziskavi tudi sedaj ne opažamo.

Alkohol uživa občasno ali vsak dan 78,6 % anketiranih, 15,9% več kot v raziskavi iz leta 1995. Značilno se je povečal delež deklet, ki občasno uživajo alkohol. Leta 2005 je delež deklet, ki občasno uživajo alkohol večji kot delež fantov. Med dijaki in dijakinjami se je zvišalo vsakdanje uživanje alkohola. Pri dijakinjah za 1,9% pri dijakih pa za 2,8%.

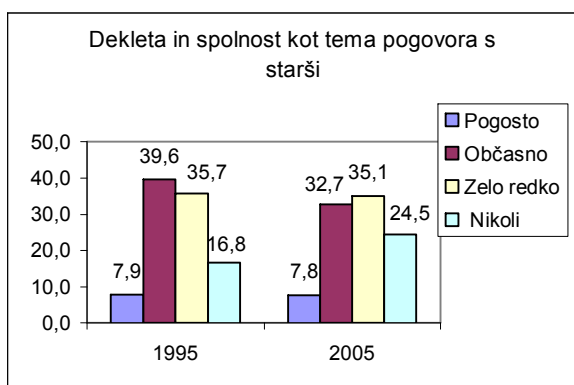
#### 4. 2 VIR INFORMACIJ O SPOLNOSTI



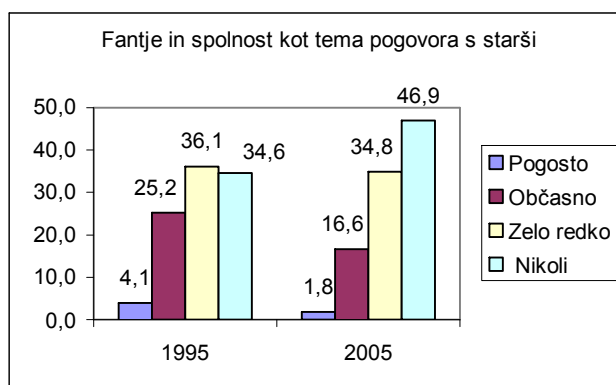
Graf 15:



Graf 16:



Graf 17.



Graf 18:

Največ prvih informacij o spolnosti so anketiranci dobili od prijateljev 44,8 % kar je 21,5% več kot v letu 1995. Razlika je značilna ( $p < 0.05$ ). Šolo, kot vir prvih informacij o spolnosti srednješolci navajajo v 28,4% oziroma v 12,1% več kot v prejšnji raziskavi. Od staršev dobi prve informacije o spolnosti 22% srednješolcev ali 6,2% manj kot v letu 1995. Delež fantov, ki dobijo prve informacije o spolnosti od prijateljev in v šoli je za 12 % višji kot delež deklet (67,7%).

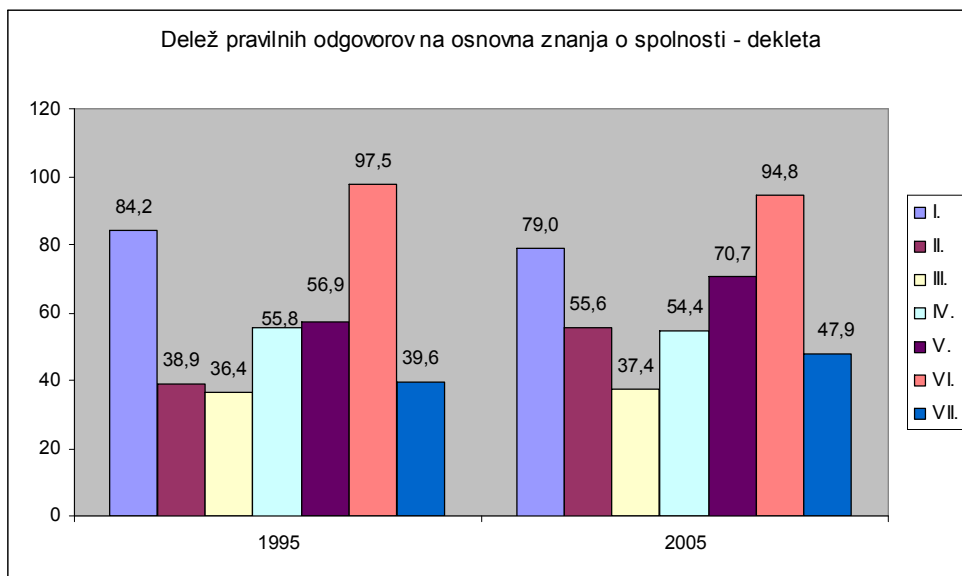
Značilno več deklet dobi prve informacije o spolnosti od staršev ( $p = < 0.05\%$ ), kar so pokazali rezultati obeh raziskav.

O spolnosti se s starši pogovarja (pogosto, občasno, zelo redko) 65,2% anketiranih, med njimi je značilno več deklet ( $p = < 0.0001$ ), kar je bilo značilno tudi v prejšnji raziskavi. Pogosto se s starši pogovarja le 5 % anketiranih, kar je manj kot v prvi raziskavi; občasno 25 % anketiranih ali 7,3 % manj kot v letu 1995, zelo redko se pogovarja 34,9% anketiranih ali 1 % manj kot v letu 1995. Da se s starši o spolnosti nikoli ne pogovarja je odgovorilo 34,8% anketiranih. Delež anketiranih, ki se s starši nikoli ne pogovarjajo o spolnosti je za 9,4% višji kot v letu 1994.

Značilno več anketirancev se je pripravljeno pogovarjati s prijatelji. Leta 1995 se je 43,8% anketiranih bilo pripravljeno pogovarjati o spolnosti s prijatelji, leta 2005 pa kar 64%. Z zdravnikom se je pripravljeno pogovarjati 14,5% anketiranih oziroma 2,6% manj kot v letu 1995, z medicinsko sestro 9,3% ali 9,0% manj kot v letu 1995, s starši 8,0 % ali 15% manj kot v prejšnji raziskavi. S profesorjem se je pripravljeno pogovarjati le 3,9% anketirancev.

Z medicinsko sestro se je pripravljeno pogovarjati več fantov (15,2%) kot deklet (4,3%). Prav tako kot v letu 1995 se je tudi v letu 2005 značilno več deklet kot fantov pripravljeno pogovarjati o spolnosti s prijatelji ( $p < 0,001$ ).

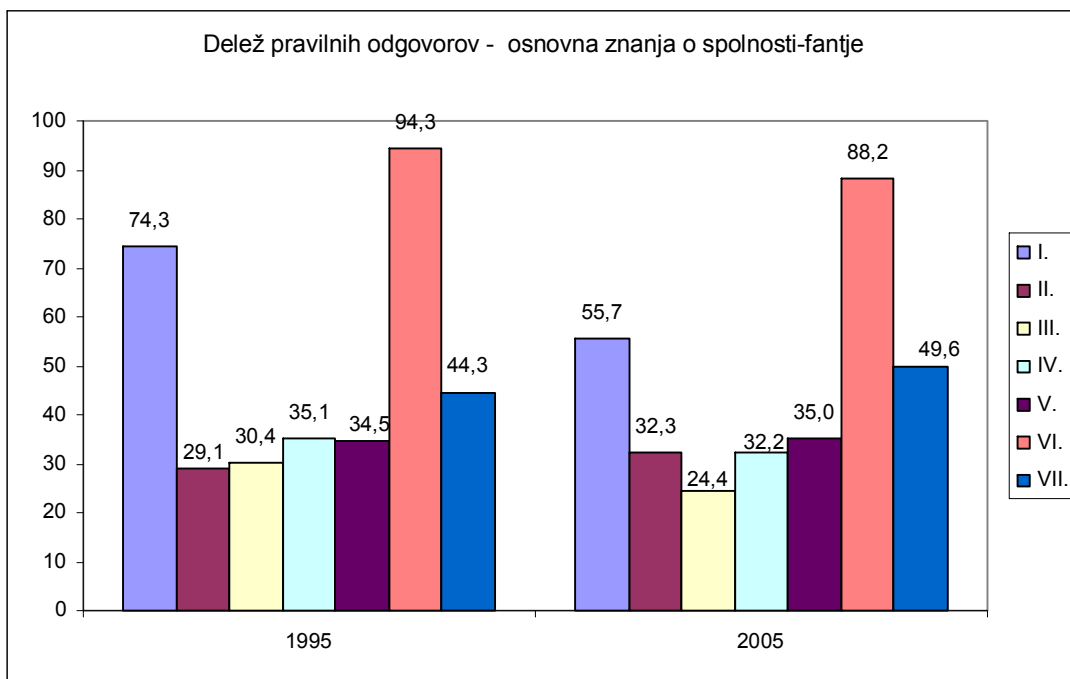
#### 4. 3 OSNOVNA ZNANJA ANKETIRANCEV



Graf 21

#### Legenda

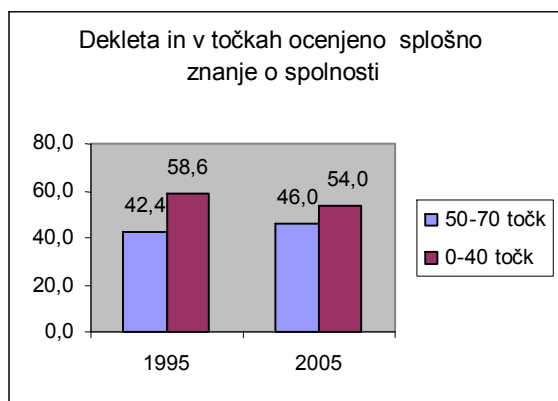
I	Naj zaneslivejši zgodnji znak nosečnosti
II	Ovulacija
III	Oploditev
IV	Spočetje
V	Kontracepcija
VI	Spolne bolezni
VII	AIDS/HIV -



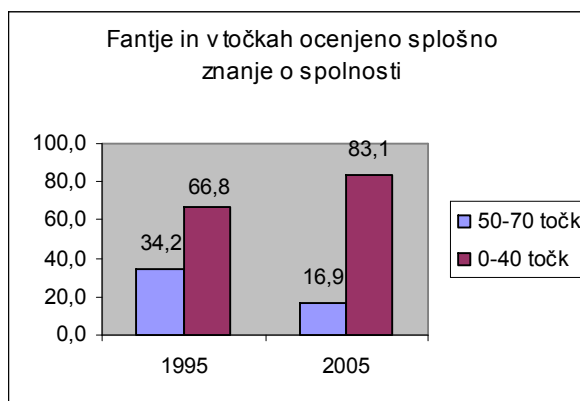
Graf 22:

**Legenda**

I	Naj zaneslivejši zgodnji znak nosečnosti
II	Ovulacija
III	Oploditev
IV	Spočetje
V	Kontracepcija
VI	Spolne bolezni
VII	AIDS/HIV-



Graf 23:



Graf 24:

Osnovno znanje anketirancev je ocenjeno na osnovi 7 vprašanj. Odstotek pravilnih odgovorov na posamezna vprašanja je med 31,5% do 91,8%. Deklice imajo značilno več točnih odgovorov od fantov ( $p < 0,0001$ ). Najboljše rezultate so anketirani dosegli pri

odgovorih na vprašanje o spolnih boleznih. Pravilno je odgovorilo 91,8% anketiranih, dekleta so dosegla za 6,6% boljše rezultate od fantov.

68,4% anketiranih je poznalo najzanesljivejši zgodnji znak nosečnosti, kar je za 10% manj kot v prejšnji raziskavi. Veliko več pravilnih odgovorov so na to vprašanje dala dekleta. Da pozna tri in več kontracepcijskih sredstev je odgovorilo 55,2% anketiranih, 9,1 % več kot v raziskavi v letu 1995. Na preostala štiri vprašanja je pravilno odgovorilo manj kot 50% srednješolcev. Najslabše rezultate so dosegli pri vprašanju o oploditvi. Pravilnih odgovorov je bilo le 31,5%, kar je za 2 % manj kot v raziskavi 1995. Dekleta so dala 37,4% pravilnih odgovorov, fantje pa le 24,4 %. Na vprašanje o ovulaciji je bilo pravilnih odgovorov 44,8%, 10,7 % več kot v prejšnji raziskavi. Pravilno je odgovorilo 55,6% deklet in 32,3% fantov. Pomembne so tudi razlike med fanti in dekleti po številu pravilnih odgovorov o spočetju. Dekleta so imela 54,4% pravilnih odgovorov, fantje pa samo 32,2%. Delež pravilnih odgovorov je nekoliko nižji kot je bil v raziskavi 1995.

V letu 2005 so srednješolci boljše kot v letu 1995 odgovarjali na vprašanja o ovulaciji, kontracepciji, AIDS/ HIV, slabše pa na vprašanja o najzanesljivejših zgodnjih znakih nosečnosti, oploditvi in spočetju in spolnih boleznih.

Večina srednješolcev je pri preverjanju znanja o spolnosti od možnih 70 točk dosegla 30 do 50 točk, prav tako kot v letu 1995. Povprečno število točk je znašalo leta 2005  $36,83 \pm 16,40$ , leta 1995 pa  $38,57 \pm 15,83$ . Razlika med fanti in dekleti je pomembna. Dekleta imajo o spolnosti boljše znanje od fantov ( $p \leq 0,0001$ ).

Zadovoljivo oceno znanja o spolnosti je doseglo leta 1995 34,1% anketiranih, 2005 pa 32,6% vseh anketiranih. Ker je ta odstotek manjši od 55 smo skupno znanje ocenili kot nezadovoljivo.

Dekleta poznajo več kontracepcijskih sredstev od fantov. Razlika je očitna ( $p < 0,0001$ ). Na vprašanje katera kontracepcijska sredstva poznajo (možnih je bilo več odgovorov) jih je največ omenilo kondom (leta 1995 92,8%, leta 2005 84,1%), sledijo kontracepcijske tabletko ( leta 1995 86,1%, 2005 83,1%). Diafragma omenja leta 1995 26,5% anketiranih, leta 2005 33,8% anketiranih. Druge vrste kontracepcije omenja v obeh raziskavah 35,5% srednješolcev.

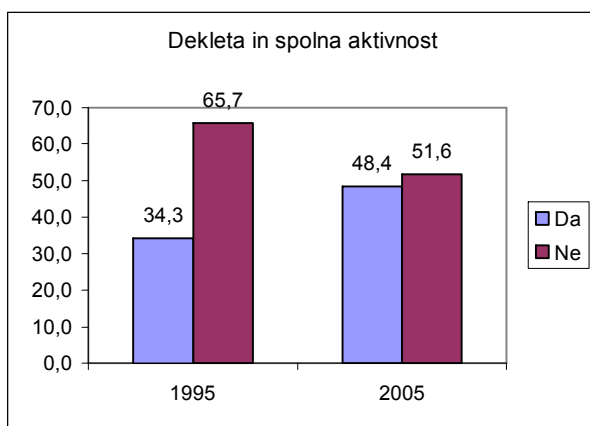
Znanje o kontracepciji je ocenjeno na osnovi pravilnih odgovorov na 4 vprašanja. Da kondom preprečuje prenos virusa HIV je odgovorilo leta 1995 86,4% ter 98% anketiranih leta 2005. Na vprašanje o zanesljivosti prekinjenega spolnega občevanja je pravilno odgovorilo nekaj več kot polovica anketiranih (1995 51,5%, 2005 54,3%). Na vprašanje o popolni varnosti spolnih odnosov s kondomom je pravilno odgovorilo 77,4% srednješolcev leta 2005 kar je za

12,7% več kot v prejšnji raziskavi. V raziskavi 2005 več kot polovica (55,2%) anketiranih pozna tri in več kontracepcijskih sredstev, v prejšnji raziskavi je tri in več kontracepcijskih sredstev poznalo manj kot polovica anketiranih (46,1 %). Na vsa vprašanja o kontracepciji so srednješolci odgovorili boljše kot v letu 1995. Dekleta imajo značilno boljše znanje o kontracepciji od fantov ( $p = < 0,0001$ ).

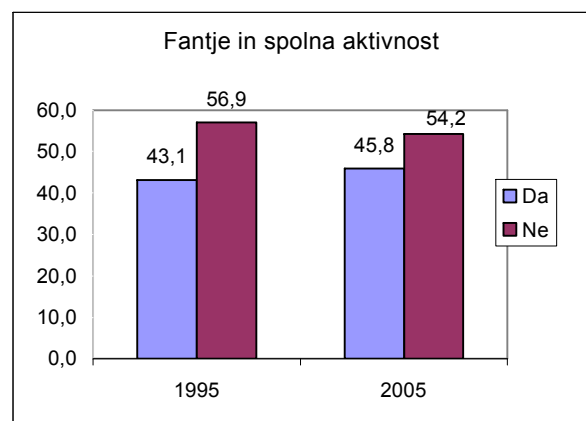
V povprečju so anketirani dosegli  $24,8 \pm 10$  točk leta 1995 ter  $25,9 \pm 10,7$  točk leta 2005. Potrebno število točk za ocenitev zadovoljivega znanja je dosegla več kot polovica anketiranih oziroma 10% več v prvi raziskavi. Zato smo znanje o kontracepciji ocenili kot zadovoljivo.

Kot najprimernejše kontracepcijsko sredstvo zase fantje najpogosteje navajajo kondom, dekleta pa kontracepcijske tabletko. Fantje navajajo kondom celo v 94,2% v letu 1995 ter 93,1% v letu 2005, dekleta pa v 50,4% oziroma v 32,1%. Delež deklet, ki navajajo tabletko v letu 2005 znaša 66,3% kar je za 18,3% več.

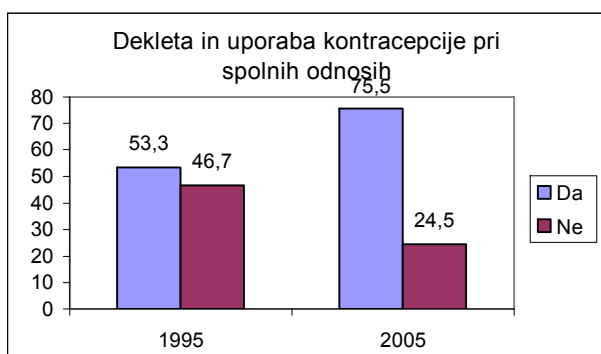
#### 4. 4 SPOLNA AKTIVNOST ANKETIRANCEV, UPORABA KONTRACEPCIJE IN RIZIČNO VEDENJE



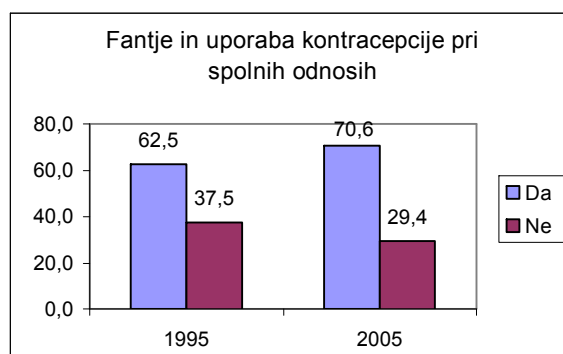
Graf 35.



Graf 36:



Graf 37.



Graf 38

### Vpliv rizičnega vedenja anketirancev na zgodnje spolne odnose - dekleta

Rizično vedenje	B	SE	Signifikatnost	OR
Uživanje alkohola	0,9365	0,2988	0,0017	3,52 (1,75 – 5,29)
Kajenje	0,9920	0,3105	0,0014	3,89 (1,89 – 5,90)
Izostanki iz šole	1,2647	0,4712	0,0073	5,08 (4,23 – 5,93)

B – koeficient Beta SE – standardna napaka OR – odds ratio

### Vpliv rizičnega vedenja anketirancev na zgodnje spolne odnose – fantje

Rizično vedenje	B	SE	Signifikatnost	OR
Uživanje alkohola	0,9267	0,2823	0,0010	3,72 (2,14- 4,09)
Kajenje	1,5814	0,3075	0,0000	6,4 (4,11 – 8,34)
Izostanki iz šole	1,0011	0,6481	0,1225	2,82 (0,34 – 12,7)

B – koeficient Beta SE – standardna napaka OR – odds ratio

Število spolno aktivnih se je povečalo od leta 1995 za 8,7%. Spolne odnose je imelo leta 2005 47,2%. Med njimi je bilo več deklet (48,4%) kar 14,1% več kot v prejšnji raziskavi. Delež fantov, ki so imeli spolne odnose je bil 45,8% oziroma 2,7% višji kot v letu 1995. Povprečna starost pri prvem spolnem odnosu je bila pri dekletih v letu 1995 16,01±1,23 ter 15,61 let ±1,31 leta 2005. Pri fantih je ta starost bila 15,54 ±1,09 leta 1995 oziroma 15,34 let ±1,40 leta 2005.

Leta 1995 so dekleta začnjala s spolnimi odnosi najpogosteje s 16,5 let (Mo =16,50), fantje pa s 17,91 let (Mo=17,91). Leta 2005 je za oba spola ta starost znašala 16 let (Mo =16,00).

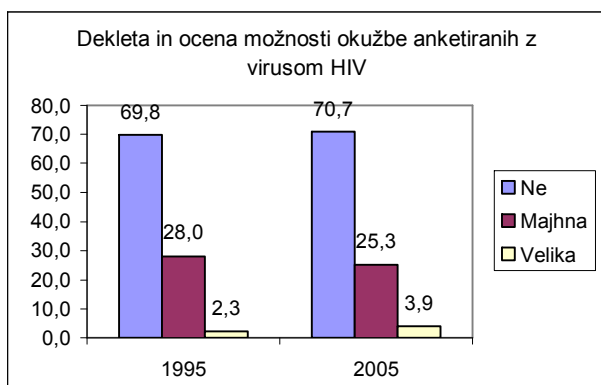
Rizična vedenja učencev kot so neopravičeni izostanki od pouka, kajenje in uživanje alkohola so povezana z zgodnjimi spolnimi odnosi. Tisti, ki kadijo začenjajo s spolnimi odnosi bolj zgodaj. Med njimi je nekoliko več fantov. Enako je s tistimi, ki uživajo alkohol.

Z metodo logistične regresije je ugotovljeno, da sta pri fantih kajenje in uživanje alkohola prediktorja za zgodnje spolne odnose, s tem, da je kajenje glede na relativno tveganje celo bolj zanesljiva spremenljivka ( $p < 0,001$ ). Izostanki od pouka pri fantih ne vplivajo na odločitev za zgodnje spolne odnose. Pri dekletih zgodnje spolne odnose napovedujejo kajenje ( $p < 0,01$ ), uživanje alkohola ( $p < 0,01$ ) in izostanki od pouka ( $p < 0,01$ ).

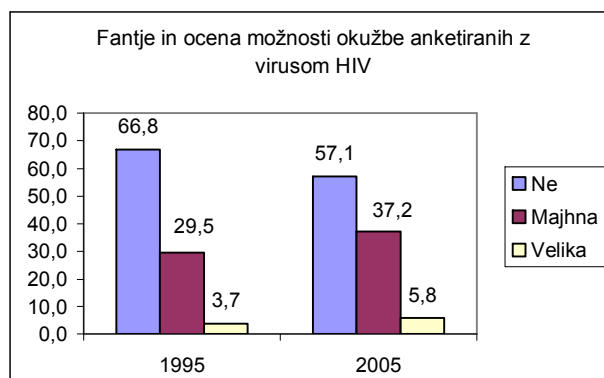
Število anketirancev, ki pri spolnih odnosih uporablja kontracepcijo se je povečalo od 58,3% na 73,2%. Če primerjamo leto 1995 z letom 2005 uporablja kontracepcijo v letu 2005 22,2% več deklet in 8,1% več fantov.

Kar tri četrtine srednješolcev je odgovorilo, da bo oziroma je uporabljajo kontracepcijo pri prvem spolnem odnosu, kar je več kot leta 1995, ko se je za kontracepcijo pri prvem spolnem odnosu odločila polovica anketiranih.

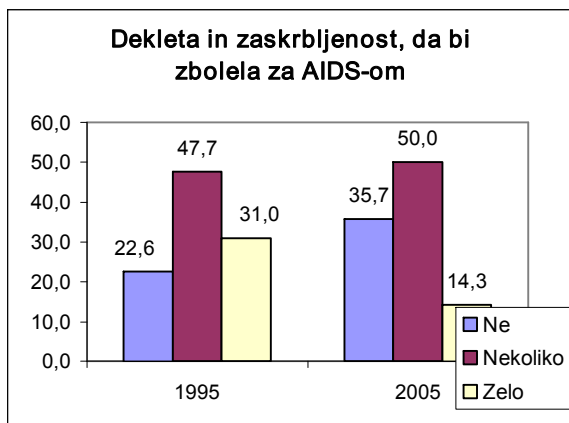
#### 4. 5 SAMOOCENA MOŽNOSTI OKUŽBE Z VIRUSOM HIV IN ZASKRBLJENOST ANKETIRANIH, DA BI ZBOLELI ZA AIDSOM



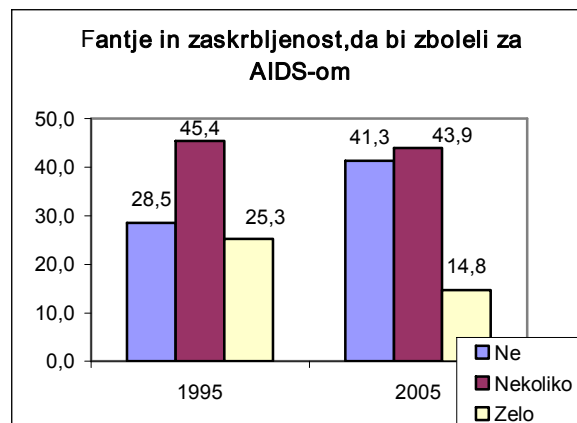
Graf 39:



Graf 40:



Graf 41:



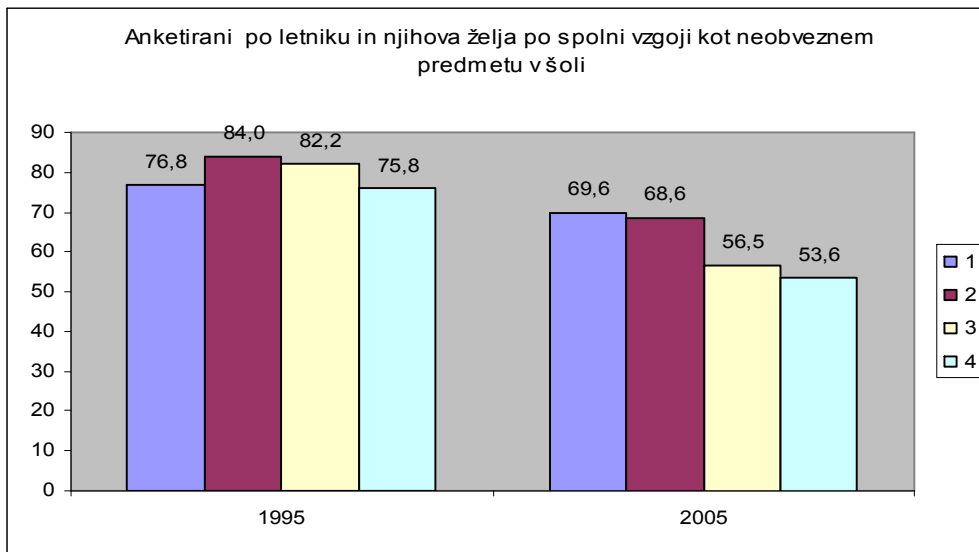
Graf 42:

Na vprašanje ali ni možnosti, da bi se okužili s HIV je 64,5% odgovorilo ne oziroma 3,7% manj kot v letu 1995. Majhno možnost navaja 30,7% anketiranih ali 2% več kot v letu 1995. Veliko možnost navaja 4,8%, ali 1,7% več kot v prejšnji raziskavi. V letu 2005 dekleta v večjem deležu kot fantje odgovarjajo, da ni možnosti okužbe z virusom HIV, medtem ko je bila ta razlika v letu 1995 minimalna.

Zaskrbljenost, da bi zboleli za AIDS-om je manjša v raziskavi leta 2005.

V obeh raziskavah so dekleta v malo večjem deležu, kot fantje, odgovorila pritrdilno.

#### 4. 6 ODNOS ANKETIRANCEV DO SPOLNE VZGOJE



Graf43:

Zanimanje med srednješolci za temo s področja spolnosti se zmanjšuje. Kljub temu pa si več kot dobra polovica anketiranih dijakov želi spolno vzgojo v šoli. Dekleta se še vedno bolj kot fantje zanimajo za kontracepcijo ( $p < 0,0001$ ) ter spolne bolezni. Fante bolj zanima AIDS/HIV.

## 5. RAZPRAVLJANJE

Danes zastopamo stališče, da je spolna vzgoja nujno potrebna, da je del splošne vzgoje ter poteka vse življenje. Začela naj bi se v družini, v kateri se mora ohraniti njena čustvena funkcija in to kljub spremembam, ki jih doživlja sodobna družina. Pravilne in primerne informacije o tematiki spolnosti vplivajo na formiranje stališč, prepričanj in vrednot. Spolna vzgoja vključuje tematiko o spolnem dozorevanju, reproduktivnem zdravju, medosebnih odnosih, čustvih, telesni podobi, vlogi spola in podobno. Spolna vzgoja prispeva k večjemu znanju, ima pa majhen oziroma nima vpliva na starost v kateri se mladi odločajo za spolne odnose, uporabo kontracepcije ali pogostnost nosečnosti pri mladoletnicah.

Vir informacij so vse pogostejše sovrstniki in šola. Kljub temu, da se število mladih, ki dobijo informacije o spolnosti od staršev zmanjšuje, ostajajo starši še vedno pomemben vir informacij. Dekleta pogostejše dobivajo informacije o spolnosti od staršev kot fantje. To, da dekleta dobijo več informacij od staršev, lahko pojasnimo z vzgojo, ko starši, največkrat mati seznanijo hčer z določenimi področji spolnega življenja. Tudi drugi avtorji poročajo, da se dekleta značilno pogostejše pogovarjajo s starši o spolnosti, kot fantje (6).

Manj informacij dobijo mladostniki od staršev večja je verjetnost, da jih bodo dobili iz drugih oziroma neprimernih virov. Zato se zastavlja vprašanje usposobljenosti staršev za pogovor o spolnosti oziroma podajanju pravih informacij o spolnosti svojim otrokom. Pri tem je potrebno upoštevati medsebojno zaupanje, odnos staršev do spolnosti, čas ...

Splošno je znan vpliv vrstnikov na različna področja življenja. Močan vpliv vrstnikov se pozna tudi v odgovorih na vprašanje s kom so se anketirani pripravljali pogovarjati o spolnosti. Večina se je odločila za prijatelje, nekaj za zdravnika in medicinsko sestro, sledijo starši, najmanj pa so se srednješolci o spolnosti pripravljali pogovarjati s profesorjem.

Adolescenca je življenjsko obdobje, ko se dogajajo številne spremembe: rast telesa, emocionalno zorenje ter hormonske spremembe, ki vodijo k spodbujanju spolnosti. Rast in razvoj sta naravnana pri vzdrževanju vrste, torej pri reprodukciji. Nevarnosti zgodnjih spolnih odnosov pri mladostnikih so spolno prenosljive bolezni, nosečnost in mladoletni starši.

Vse več mladostnikov ima spolne odnose. Rezultati naše raziskave so podobni raziskavam tujim avtorjev. Tako raziskave v ZDA kažejo, da je leta 2003 47 % mladostnikov imelo spolne odnose. Število spolno aktivnih se povečuje s starostjo.

Uporaba kontracepcije se je pri naših mladostnikih povečala. Kljub temu naši mladostniki redkeje uporabljajo kontracepcijo kot na primer v ZDA.(77).

Hoff in sodelavci (78) poročajo, da je zaradi aidsa zaskrbljeno 72% anketiranih deklet in 69% fantov. V naši raziskavi, kljub temu, da se je zaskrbljenost anketirancev povečala je zaskrbljeno manj anketirancev in sicer 64% deklet in 57% fantov.

Uporaba kondoma pri prvem spolnem odnosu je povezana z uporabo kondoma pri kasnejših spolnih odnosih (79).

Znana je povezava med spolno aktivnostjo mladih in kajenjem, pitjem alkohola, uporabo drog in izostajanjem od pouka. (13, 37, 97). 78,6% anketiranih uživa alkohol (1995 leta – več kot 60%), kadi jih 29,4% (1995 leta – 23,0%). Torej več srednješolcev kot pred desetimi leti uživa alkohol in kadi.

Srednješolci veliko neupravičeno izostajajo od pouka. Razen ene deklice so že vsi bili neupravičeno odsotni. Več kot 3 dni je bilo neupravičeno odsotnih 30,3%, 20% več kot v raziskavi 1995. Ugotavljamo, da srednješolci imajo dosti več neupravičenih izostankov kot v prvi raziskavi. Razlike med spoloma skoraj ni.

V naši raziskavi smo zaznali povezavo med rizičnim vedenjem kot so kajenje, uživanje alkohola ter izostanek iz šole in zgodnjim stopanjem v spolne odnose. Anketiranci, ki imajo več oblik rizičnega obnašanja hkrati, se bolj zgodaj odločajo za spolne odnose. Z metodo logistične regresije je ugotovljeno, da sta pri fantih kajenje in uživanje alkohola prediktorja za zgodnje spolne odnose, s tem, da je kajenje glede na relativno tveganje celo bolj zanesljiva spremenljivka ( $p < 0,001$ ). Izostanki od pouka pri fantih ne vplivajo na odločitev za zgodnje spolne odnose. Pri dekletih zgodnje spolne odnose napovedujejo kajenje ( $p < 0,01$ ), uživanje alkohola ( $p < 0,01$ ) in izostanki iz šole ( $p < 0,01$ ).

Spolne odnose je imelo leta 1995 38,5% anketiranih, leta 2005 pa 47,2% anketiranih. Delež deklet, ki so imele spolne odnose je v drugi raziskavi večji, kot delež fantov.

Povprečna starost pri prvem spolnem odnosu se je znižala. Pri dekletih je bila leta 1995 –  $16,01 \pm 1,23$ , leta 2005 pa  $15,61 \text{ let} \pm 1,31$ . Pri fantih je ostala skoraj enaka, (1995 -  $15,54 \pm 1,09$ ; 2005  $15,34 \pm 1,40$ ). Tuji avtorji poročajo, da se znižuje delež tistih, ki se za spolne odnose odločajo pred 14 letom starosti (80).

Raziskave kažejo, da na zgodnji pričetek s spolnimi odnosi vplivajo družina, razvoj in vrstniki (81). Za spolne odnose se bolj zgodaj odločajo otroci iz enostarševskih družin, ter tisti, ki imajo spolno aktivne starejše sorojence. Enak vpliv ima percepcija, da so sovrstniki spolno aktivni, zgodnja puberteta, spolna zloraba ter uživanje alkohola in drog.

Da je oziroma bo pri prvem spolnem odnosu uporabilo kontracepcijo je odgovorilo 74,2 % anketiranih. Razlike med spoloma skoraj ni.

V raziskavi leta 1995 je kontracepcijo uporabljajo 58,3% spolno aktivnih anketiranih, v zdajšnji raziskavi pa je pritrdilno odgovorilo 73,2% anketiranih, 4,9% več deklet, kot fantov. To pomeni, da kontracepcijo uporablja večji delež spolno aktivne mladine, kot pred desetimi leti. O večjem deležu tistih, ki uporabljajo kontracepcijo poroča Henshav (82). Ker v anketi vprašanje o kontracepciji ni bilo natančno zastavljeno, ne vemo, koliko jih uporablja kontracepcijo redno, koliko pa občasno. Hayes (83) navaja, da jo uporablja le občasno približno polovica tistih, ki uporablja kontracepcijo.

Prav tako kot v prejšnji raziskavi, je tudi sedaj okrog dve tretjini anketiranih ocenilo, da ni možnosti, da so okuženi z virusom HIV, majhno možnost je navedlo 30,7 % anketiranih, 2% več kot v prejšnji raziskavi, veliko možnost okužbe pa 4,8% anketirancev, 1,8% več kot v raziskavi pred desetimi leti.

47,% anketiranih je odgovorilo, da je nekoliko ali zelo zaskrbljenih zaradi AIDSa, kar je za 3% manj kot v letu 1995. Da bi lahko zbolele za ADS-om malo bolj skrbi dekleta, kot fante. V splošnem srednješolce možnost, da bi lahko zboleli za AIDS-om skrbi manj kot pred desetimi leti.

Za spolno vzgojo kot neobvezen predmet v šoli se je odločilo 63,2% anketiranih, 16,7% manj kot v prejšnji raziskavi, nekoliko več fantov kot deklet.

Pri srednješolcih je znanje o kontracepciji zadovoljivo, znanje o spolnosti pa celo slabše kot pred desetimi leti. Več je tveganega vedenja. Še vedno je okrog dve tretjini anketiranih zainteresiranih za spolno vzgojo kot neobvezen predmet v šoli kar narekuje potrebo po dodatnem izobraževanju učencev o spolnosti in kontracepciji. Z dodatnim izobraževanjem lahko ponudimo veliko dragocenih informacij in nasvetov s pomočjo katerih bodo dijaki lahko kritično ocenili svoje vedenje in vedenje drugih ter sprejeli ustrezne in zdrave vedenjske vzorce.

Najti je pa potrebno pravilen za dijake sprejemljiv pristop, obliko in metodo dela. Veliko več vsebine bi jim morali podati tudi preko medijev, na spletu pa omogočiti, da imajo dostop do zanje primernih vsebin (84-95).

## 6. ZAKLJUČKI

1. V desetih letih se je odstotek spolno aktivnih povečal. Nekoliko več je spolno aktivnih deklet, kot fantov, medtem ko je bilo v prejšnji raziskavi več spolno aktivnih fantov.
4. Povprečna starost pri prvem spolnem odnosu se je znižala.
3. Da je oziroma bo pri prvem spolnem odnosu uporabilo kontracepcijo je odgovorilo tri četrtine anketiranih leta 2005, v prejšnji raziskavi pa polovica. Kontracepcijo uporablja 73,2% spolno aktivnih anketiranih, 14,9% več kot pred desetimi leti.
4. Več anketiranih srednješolcev uživa alkohol, kadi in izostaja od pouka kot pred desetimi leti.
5. Srednješolci, pri katerih je prisotno rizično vedenje se bolj zgodaj odločajo za spolne odnose.
6. Osnovno znanje anketiranih o spolnosti je nezadovoljivo, medtem ko je znanje o kontracepciji pri naših srednješolcih zadovoljivo. Dekleta so na vseh področjih bolje poučena od fantov.
7. Manj anketiranih bi imelo spolno vzgojo kot neobvezen predmet v šoli kot pred desetimi leti, vendar še vedno 63,2%.
8. Ocenjujemo, da obstaja potreba po programih s tematiko spolnosti.

## 7. POVZETEK

Z raziskavo smo želeli ugotoviti osnovna znanja o spolnosti ter spolno vedenje učencev srednjih šol Pomurja. Izvedli smo jo pri naključnem vzorcu dijakov in sicer 612 dijakih leta 1995 ter 866 dijakih leta 2005 in sicer s pomočjo anonimne ankete. Osnovno znanje o spolnosti smo ocenili kot nezadovoljivo. Število mladih, ki imajo spolne odnose se je zvišalo na 47,2%. Ugotovili smo tudi, da se je starost pri kateri se anketiranci odločajo za prve spolne odnose znižala. Kontracepcijo uporablja 73,2 % spolno aktivne mladine, kar je 14,9% več kot pred desetimi leti. Število mladih z rizičnim vedenjem kot je izostanek iz šole, kajenje in uživanje alkohola se je zvišalo. Ugotovili smo, da tisti srednješolci, ki imajo rizična vedenja pogosteje zgodaj stopajo v spolne odnose.

Za spolno vzgojo kot neobvezen predmet v šoli se je odločilo manj srednješolcev kot pred desetimi leti, vendar je zainteresiranost še vedno 63,2%. Na osnovi dobljenim rezultatov menimo, da pri pomurskih srednješolcih obstaja potreba po dodatnem izobraževanju o spolnosti, tematiko pa je potrebno povezati z drugimi zdravstveno vzgojnimi vsebinami.

### **Ključne besede:**

Znanje o spolnosti; spolni odnosi; kontracepcija; rizično vedenje; srednješolci; Pomurje

## ABSTRACT

The aim of this survey was to assess basic knowledge about sexuality and sexual behavior of secondary school students in Pomurje region. Random sample of 612 students in year 1995 and 866 students in year 2005 answered question from anonymous questionnaire. We assess basic knowledge of student as insufficient. Number of student having sex raised to 47, 2%. The age of first sexual intercourse decreased. Contraception is used by 73, «% students, what is higher for 14, 9% then before. Number of students with risky behavior such as school truancy, smoking and drinking of alcohol increased. We ascertain that students with risky behavior have earlier sexual intercourse more often. Sexual education as optional subject in school is less popular than before, although the interest rate is still high 63, 2%.

According to the results, we estimate that there is a need on additional sexual education of students. The topics should be combined with other educational content.

Key words:

Knowledge about sexuality; sexual intercourse; contraception; risky behavior; secondary school students; Pomurje

## LITERATURA

1. Švob T, Milojković A, Mandić P. Biološki, medicinski i pedagoško – psihološki aspekti seksualnosti. Sarajevo: Zavod za izdavanje udžbenika; 1972.
2. Borko E, Andolšek-Jeras L. Načrtujmo potomstvo. Metoda uravnavanja rojstev. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo; 1982.
3. Thin RN, Whatley JD, Blackwell AL. STD and contraception in adolescents. *Genitour Med* 1989; 65:157-60.
4. Ross MW, Caudle C, Taylor J. Relationship of AIDS education and knowledge to AIDS-related social skills in adolescents. *J School Health* 1991; 61:351-4.
5. Brown LK, Diclemente RJ, Reynolds LA. HIV prevention for adolescents: utility of the health belief model. *AIDS Education Prevention* 1991; 3:50-9.
6. Leland NL, Barth RP. Gender differences in knowledge, intentions, and behaviors concerning pregnancy and sexually transmitted disease prevention among adolescents. *J Adolesc Health* 1992; 13:589-99.
7. Mayer LS, Joohn S, Santell S, Coyle K. Adolescent reproductive health; Males for school personel in prevention and early intervention. *J SchHealth* 1992; 62:294-7.
8. Kirby D. School based programs to reduce sexual risk taking behaviors. *J Sch Health* 1992; 62:280-7.
9. Ku LC, Sonenstein FL, Plech JH. The association of AIDS education and sex ducation with sexual behavior and condom use among teenage men. *Fam Plann Perspect* 1992; 24:100-6.
10. Ellis NT, Torabi MR. HIV/AIDS education in Indiana public schools, grades 7-12. *J School Health* 1992; 62:93-6.
11. Ford N. Urban –rural variations in the level of heterosecual activity of young people. *Area* 1989; 21:237-48.
12. Curtis H, Lawrence, C, Tripp J. Teenage sexuality;implication for controlling AIDS. *Arch Dis Child* 1989; 64:1240-5.
13. Kipke:Sabol Lj. Ocjena potrebe ciljanog spolnog odgoja srednješkolske omladine. Zagreb: Magistrarski rad, 1990.
14. Andolšek-Jeras L. Planiranje porodice i vaspitanje o odnosima među polovima. V:Berić B. in sod. Gienkologija i osnovi porodiljstva deččije i odolescentne dobi. Beograd-Zagreb; Medicinska knjiga, 1983:135.

15. Litt IF, Cuskey WR, Rudd Sh. Identifying adolescents at risk for noncompliance with contraceptive therapy. *J Ped* 1980; 96: 742-5.
16. Balassone ML. Risk of contraceptive discontinuation among adolescents. *J Adolesc Health Care* 1989; 10:527-33.
17. Finkel ML, Finkel DJ. Male adolescent sexual behavior, the forgotten partner; a review. *J Sch Health* 1983; 53:544-7.
18. Zelnik M, Shah FK. First intercourse among young Americans. *FamPlan Perspect* 1983;5:64-70.
19. Jones EF, Forrest JD, Goldman N, Henshaw SK, Cincolin R, Rosoff JI, Eestoff CF, Wulf D. Teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications. *Fam Plann Perspect* 1985; 17:53-63.
20. Durant RH, Sanders JM. Sexual behavior and contraceptive risk-taking among sexually active adolescent females. *J Adolesc Health Care* 1989; 10:1-9.
21. Forest JD, Singh S. The sexual and reproductive behavior of American women, 1982-1988. *Fam Plann Perspect* 1990;22:198-205.
22. Zani B. Male and female patterns in the discovery of sexuality during adolescence. *J Adolesc* 1991; 14:163-78.
23. Newcomer S, Baldwin W. Demographics of sexually transmitted diseases. *J Sch Health* 1992; 62:265-70.
24. Choquet M, Manfredi R. Sexual intercourse, contraception, and risk-taking behavior among unselected French adolescents aged 11-20 years. *J Adol Health* 1992; 13:623-30.
25. Odujindrin OMT. Sexual activity, contraceptive practice, and abortion among adolescents in Lagos, Nigeria. *Int. J Gynecol Obstet* 1991; 34:361-6.
26. Brown LK, Diclemente RJ, Park T. Predictors of condom use in sexually active adolescents. *J Adolesc Health* 1992; 13:651-7.
27. Orr D, Langefeld CD, Katz BP, Caine VA, Dias P, Blythe M, Jones RB. Factors associated with condom use among sexually active female adolescents. *J Pediatr* 1992; 120:311-17.
28. Barron SL. Sexual activity and girl under 16 years of age. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93:787-93.
29. Bump R. Sexually transmissible infectious agents in sexually active and virginal asymptomatic adolescent girls. *Pediatrics* 1986; 78:488-94.
30. Kirby D. The effects of school sex education programs: A review of the literature. *J Sch Health* 1980; 50:559-63.

31. Teylor ME, Wang MQ, Leonard J, Adame DD. Effects of contraceptive education on adolescent male contraceptive behavior and attitudes. *Healt Education* 1989; 20:12-17.
32. Kerr DL. Condom vending machines in Canada's secondary schools. *J School Health* 1990; 60:114-5.
33. Aral S, Cates W Jr. The multiple dimensions of sexual behavior as risk factor for sexually transmitted disease: The sexually experienced are not necessary sexually active. *Sex Trans Dis* 1989; 16:173-7.
34. Sonenstein F, Pleck J, Ku L. Sexual activity, condom use and aids awareness among adolescent males. *Fam Plan Perspect* 1989; 21:152-8.
35. Santelli JS, Beilenson P. Risk factors for adolescent sexual behavior, fertilty, and sexually transmitted diseases. *J Sch Health* 1992; 62:271-9.
36. Hofferth SL, Kahn JR, Baldwin W. Premarital sexual activity among U:S. tenage women over the past three decades. *Fam Plan Perspect* 1987; 19:46-53.
37. Hoffert SL. The initiation of sexual intercourse. In: Hayens CD (ed). *Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing, Vol. II.* Washington, DC: National Academy Press, 1987.
38. Cominicable Disease Reports. AIDS and HIV-1 antybody reports-United Kingdom. 1991; 1:15;67-8.
39. For N. Urban-rural variations in the level of heterosexual activity of young people. *Area* 1989; 21:237-48.
40. Curtis H, Lawrence C, Tripo J. Teenage sexuality: implications for controlling AIDS. *Arch Dis Child* 1989; 64:1240-5.
41. Zelnik M, Kantner JF. Sexual activity, contraceptive use and pregnancy among metorpolitan-area teenagers: 1971-1979. *Fam Plan Perspect* 1980; 12:230-7.
42. Center for Disease Control. Sexual behavior among high school students-United States, 1990. *MMWR.* 1992; 40:885-8.
43. Mott L, Haurin RJ. Linkages between sexual activity, and alcohol and drug use among American adolescent. *Family Plan Perspect* 1988; 20:128.36.
44. Curtis HA, Tripp JH, Lawrence. C, Clarce WL. Teenage relationships and sex education. *Areh Dis Chold* 1984; 63:935-41.
45. Stražiščar K, Skubic H, Stojanović D. Spolnost v adolescenci-znanja in predsodki. *Zdrav Var* 1990; 29:41-4.

46. Dept of International Economic and Social Affairs. Adolescent reproductive behavior: Evidence for development countries, vol 1. New York, NY:United Nations Population Studies 109; 1988.
47. Sorenson RD. Adolescent sexuality in contemporary America. New York, Word Publishing Co, 1973.
48. Murstein BI, Chalpin MJ, Heard KV, Vyse SA. Sexual behavior, drugs and relationship patterns on a college campus over thirteen years. *Adolescence* 1989; 93:125-39.
49. Hundleby JD, Carpenter RA, Ross RA, Mercer GW. Adolescent drug use and other behaviors. *J Child Psychol Psychiatry* 1982; 1:61-8.
50. Baker SA, Thalberg P, Morisson DM. Parents behavioral norms as predictors of adolescent sexual activity and contraceptive use. *Adolescence* 1988; 90:265-82.
51. Feldman W, Hodgson C, Corber S, Quina A. Health concerns and health-related behaviour of adolescents. *Can Med Assoc J* 1986; 134:489-93.
52. Hurrelmann K. Health promotion for adolescents: preventive and corrective strategies against problem behavior. *J Adolesc* 1990; 13:231-50.
53. Kraft P. Age of first experience of intercourse among Norwegian adolescents; A lifestyle perspective. *Soc Sci Med* 1991; 33:207-13.
54. Darroch JE et al. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. *Fam Plann Perspect* 2001; 33:244-50
55. Rademakers J. Sex Education Research in the Netherlands. Paper presented to the European Study Tour. Utrecht, Netherlands: NISSO, 2001.
56. Kann L et al. Results from the national school-based 1991 youth risk behavior survey and progress toward achieving related health objectives for the nation. *Public Health Reports* 1993; 108 (Supp. 1):47-55.
57. Grunbaum JA et al. Youth risk behavior surveillance, United States, 2003. *Morbidity & Mortality Weekly Report Surveillance Summaries* 2004; 53(SS-2):1-95
58. Koenig MA, Zelnik M. The risk of premarital first pregnancy among metropolitan-area teenagers: 1976 and 1979. *Fam Plann Prospect* 1982; 14:239-47.
59. Alan Guttmacher Institute. Teenage pregnancy; The problem that hasn't gone away. New York: the Alan Guttmacher Institute: 1981.
60. Finkel ML, Finkel DJ. Sexual and contraceptive knowledge, attitudes and behavior of male adolescents. *Fam Plan Perspect* 1975; 7:256-60.
61. Dryfoos J. Contraceptive use, pregnancy intentions, and pregnancy outcomes among U.S. women. *Fam Plan Perspect* 1982; 14:81-94.

62. Furstenberg FF, Shea J, Allison P. Contraceptive continuation among adolescents attending family planning clinics. *Fam Plan Perspect* 1983; 15:211-17.
63. Cohen DD, Rose RD. Male adolescent birth control behavior: the importance of developmental factors and sex differences. *J Youth Adolesc* 1984; 13:239-52.
64. Clark SD, Zabin LS, Hardy JB. Sex, contraception and parenthood: experience and attitudes among urban black young men. *Fam Plan Perspect* 1984; 16:77-82.
65. Hayes CD. *Risking the future: adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing.* Washington, C.D., National Academy Press, 1983.
66. Shal F, Zelnik M, Kahtner J. Unprotected intercourse among unwed teenagers. *Fam Plan Perspect* 1975; 7:39-43.
67. Anderson, J. Santelli J, Morrow B. Trends in adolescent contraceptive use, unprotected and poorly protected sex, 1991–2003. *J Adol Health* 2006 ; 38: 734-739.
68. Zabin LS, Kantner JF, Zelnik M. The risk of adolescent pregnancy in the first months of intercourse. *Fam Plan Perspect* 1979; 11:215-22.
69. Dryfoos JG, Bouryue-Scholl N. *Factbook on teenage pregnancy.* New York, Alan Guttmacher Institute, 1981.
70. U.S. National Research Council. Panel on adolescent pregnancy and childbearing. Hayes CD, ed. *Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing.* Vol 1. Washington, DC: National Academy Press; 1987.
71. Santelli JS, Kirby D. Adolescent sexuality: Pregnancy, sexually transmitted diseases, and prevention. *J Sch Health* 1992; 6:262-70.
72. Tucker RF. *Sex education in schools.* London, 1903:35-7.
73. Linner B. *Society and sex in Sweden.* Stockholm, The Swedish Institute, 1971.
74. NBE Information. *Sex education in Swedish schools.* Swedish National Board of Education 1 1986; 29:86.
75. Orr MT. Sex education and contraceptive education in U.S. public schools. *Fam Plan Perspect* 1982; 14:304-13.
76. Sonenstein FL, Pittman KJ. The availability of sex education in large city school districts. *Fam Plan Perspect* 1984; 16:19-25.
77. Abma JC, Martinez GM, Mosher WD, Dawson BS. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and child bearing, 2002. *National center for health statistics. Vital health stat* 23. 2004.

78. T. Hoff, et al., National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitudes, and Experiences Menlo Park, CA: Henry Kaiser Family Foundation, 2003.
79. Miller KS, Levin ML, Whitaker DJ, Xu X. Patterns of condom use among adolescents: the impact of maternal-adolescent communication. *Am J Public Health* 1998;88:1542-44.
80. Abma JC, Martinez GM, Mosher WD, Dawson BS. Teenagers in the United States : Sexual activity, contraceptive use, and child breaing, 2002. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 2004.
81. Smith CA Factors associated with early sexual activity among urban adolescents. *Soc Work*. 1997; 42:334-346 [[Medline](#)]
82. Henshav SK. US teenage pregnancy statistics with comparative statistics for women aged 20-24. New York: The Alan Guttmacher Institute. 2003.
83. Hayes CD. Risking the future: adolescent sexuality, pregnance and childbearing. Washington, D.C., National Academy Press, 1987.
84. Forrest S, Strange V, Oakley A. A comparison of student evaluations of a peer-delivered sex education programme and teacher-led programme. *Sex Education* 2002; 2: 195-214.
85. Wight D, Abraham, C, Scott S. Towards a psychosocial theoretical framework for sexual health promotion. *H Educ Research* 1998;13: 317-330.
86. Van Rossem R, Meekers D. An evaluation of the effectiveness of targeted social marketing to promote adolescent and young adult reproductive health in Cameroon. *AIDS Educ Prev* 2000; 12:383-404.
87. Chao-Hua L, Bo W, Yan S et al. Effects of a community-based sex education and reproductive health service program on contraceptive use of unmarried youths in Shanghai. *J Adol Health* 2004; 34:433-440.
88. Santelli J, Ott M. Abstinence-only education policies and programs: a position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2006;38:83-87.
89. Strange V, Forrest S, Oakley A. Peer-led sex education—characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. *Health Educ Res* 2002;17: 327-337.
90. Harden A, Oakley A, Oliver. S Peer-delivered health promotion for young people: a systematic review of different study designs. *Health Educ J* 2001; 60: 339–353.
91. As-Sanie S, Gantt A, Rosenthal MS. Pregnancy prevention in adolescents and teenagers. *Am Fam Physician* 2004;70:1517-24.

92. Allen JP, Philliber S, Herrling S, Kuperminc GP. Preventing teen pregnancy and academic failure: experimental evaluation of a developmentally based approach. *Child Dev* 1997;68:729-42.
93. Kirby D. Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Fam Plann Perspect* 2001;33:276-81.
94. Strasburger VC, Donnerstein E. Children, adolescents, and the media in the 21st century. *Adolesc Med* 2000;11:51-68.
95. Hiltabiddle SJ. Adolescent condom use, the health belief model, and the prevention of sexually transmitted disease. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996;25:61-6.

.  
. .  
. .  
. .  
. .