

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
&
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ»

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΠΟ ΜΑΙΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.

Midwifery health intervention in the school environment for Reproductive Health and Sexual Education

Όνομα μεταπτυχιακού/ής φοιτητή/φοιτήτριας: **Χριστίνα Βασιλείου Αθανασοπούλου**

Ιδιότητα: **Μεταπτυχιακή φοιτήτρια – Μαία – Εκπαιδευτικός**

A.M. : 20130437

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Δρ. Βιβιλάκη Βικτώρια: Επιβλέπων / Επιβλέπουσα
- 2 Δρ. Λυκερίδου Αικατερίνη
3. Δρ. Σαραντάκη Αντιγόνη

Αθήνα, 2020

Αφιερώνεται στα παιδιά μου, Νάνα και Άννα – Ελισσάβετ

Και στη γιαγιά μου, Νάνα.

Ευχαριστίες

Κατά την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου διατριβής, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα όλους όσους συνέβαλαν στην επιτυχή εκπόνηση της. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια, κυρία Βικτώρια Βιβιλάκη, που μου παρείχε αμέριστη υποστήριξη και καθοδήγηση, όπως επίσης και γνώσεις για την ολοκλήρωση αυτού του εγχειρήματος. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και την κυρία Αικατερίνη Λυκερίδου, που με στήριξε σε κάθε μου βήμα και μου παρείχε βοήθεια όπου έκρινε ότι χρειαζόταν, αλλά και την κυρία Αντιγόνη Σαραντάκη, που συνέβαλε στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου διπλωματικής. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω και την οικογένεια μου που ήταν δίπλα μου κατά τη διάρκεια των σπουδών μου, και που χωρίς την κατανόηση και της στήριξη τους δεν θα τα είχα καταφέρει.

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια μελέτης της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης μέσα από την εκπαιδευτική προσέγγιση μιας μαίας, με σκοπό την διερεύνηση του ρόλου αυτής, και του επιπέδου των γνώσεων του πληθυσμού της χώρας μας. Αρχικά, πραγματοποιείται μια αποσαφήνιση των βασικών εννοιών, όπως είναι η υγεία, η αγωγή υγείας και η αγωγή σεξουαλικής υγείας, ενώ εν συνεχεία μελετώνται τα σεξουαλικά δικαιώματα και ο ρόλος της μαίας στη διδασκαλία των ζητημάτων που άπτονται της σεξουαλικής αγωγής και της αναπαραγωγικής υγείας. Έπειτα, ακολουθεί η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, όπως επίσης και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, και τέλος παρατίθενται τα συμπεράσματα της μελέτης αυτής και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Abstract

In the present study an attempt is made to study thereproductive health and sexual education through the educational approach of a midwife, in order to investigate this role, and the level of knowledge of the population of our country. Initially, basic concepts such as health, health education and sexual health education are clarified, followed by the study of sexual rights and the role of midwives in teaching issues related to sexual education and reproductive health. The following is an analysis of the results of the research conducted, as well as the methodology followed, and finally the conclusions of this study and suggestions for future research.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Abstract	4
Εισαγωγή	6
Ερευνητικό πρόβλημα.....	6
Δομή εργασίας	6
Κεφάλαιο 1.....	8
Θεωρητικό υπόβαθρο	8
1.1 Η έννοια της υγείας.....	8
1.2 Η έννοια της αναπαραγωγικής υγείας.....	8
1.3 Προαγωγή υγείας και πρόληψη.....	32
1.4 Αγωγή υγείας και σεξουαλική αγωγή στο σχολείο.....	41
1.6 Θεωρητικές προσεγγίσεις – Μέθοδοι και τεχνικές υγείας.....	53
Κεφάλαιο 2.....	58
Κοινωνικό και εκπαιδευτικό πλαίσιο της σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο.....	58
2.1 Κοινωνικό πλαίσιο –Γνώσεις, στάσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των νέων	58
2.2 Εκπαιδευτικό και θεσμικό πλαίσιο- Αναλυτικά προγράμματα στην Ελλάδα και την Ευρώπη.....	63
2.3 Δράσεις και παρεμβάσεις αγωγής υγείας στην Ελλάδα.....	70
2.5 Προγράμματα-παρεμβάσεις σεξουαλικής αγωγής και αποτελεσματικότητα	73
Κεφάλαιο 3.....	79
Νομοθεσία και ο ρόλος της μαίας στη σεξουαλική αγωγή	79
3.1 Σεξουαλικά δικαιώματα και νομοθεσία	79
3.2 Ο ρόλος της μαίας στη σεξουαλική αγωγή	100
Κεφάλαιο 4.....	102
Έρευνα.....	102
4.1 Μεθοδολογία έρευνας.....	102
4.2 Ανάλυση αποτελεσμάτων	105
Συμπεράσματα	109
Βιβλιογραφία	111

Εισαγωγή

Ερευνητικό πρόβλημα

Η παρούσα εργασία στοχεύει στην διερεύνηση των γνώσεων και των απόψεων των πολιτών ως προς τη αναπαραγωγική υγεία και τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και τον ρόλο της μαίας σε αυτό το εγχείρημα, ενώ παράλληλα αποσκοπεί και στην αποτύπωση του βαθμού επάρκειας που εμφανίζει αυτή στην ανταπόκριση του ρόλου της στα πλαίσια της αγωγής για την αναπαραγωγική υγεία στα σχολεία. Άλλωστε, θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα σύγχρονα αναλυτικά προγράμματα σπουδών έχουν συμπεριλάβει το μάθημα της αγωγής υγείας, στα πλαίσια του οποίου διδάσκεται και η σεξουαλική αγωγή. Αφορμή για την δημιουργία του ενδιαφέροντος περί των ζητημάτων που αφορούν στην αγωγή υγείας, και πιο ειδικά στην αναπαραγωγική υγεία, ήταν τόσο οι εμπειρίες και οι προβληματισμοί που απορρέουν από τη συμμετοχή της ερευνήτριας σε προγράμματα αγωγής υγείας για την προαγωγή της αναπαραγωγικής υγείας από μαίες, στα πλαίσια της περαιτέρω επιμόρφωσής της, όσο και η πεποίθηση ότι η αγωγή για την αναπαραγωγική υγεία των ανθρώπων αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα, καθώς τα περισσότερα προβλήματα που συνδέονται με την αναπαραγωγική υγεία των ατόμων πηγάζουν από τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές αυτών, που έχουν υιοθετηθεί, ήδη, από την παιδική ηλικία.

Δομή εργασίας

Η εργασία αυτή αποτελείται από δύο μέρη, ένα θεωρητικό και ένα πρακτικό. Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται ορισμένες βασικές έννοιες, όπως είναι αυτή της υγείας, της αναπαραγωγικής υγείας, της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης, ενώ ιδιαίτερη μνεία θα γίνει στην αγωγή υγείας και στη σεξουαλική αγωγή στα πλαίσια της εκπαίδευσης, όπως επίσης και στις θεωρητικές προσεγγίσεις και στις μεθόδους και τις τεχνικές της αγωγής υγείας που καλούνται να

γνωρίζουν όσοι έχουν επιφορτωθεί με το καθήκον την μετάδοσης των γνώσεων του αντικειμένου αυτού στα παιδιά και στους ενήλικες. Εν συνεχεία, στο δεύτερο κεφάλαιο, πραγματοποιείται μια εκτενής αναφορά στο κοινωνικό και εκπαιδευτικό πλαίσιο της σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο, και παράλληλα σκιαγραφούνται οι γνώσεις, οι στάσεις και οι συμπεριφορές των ατόμων αναφορικά με την αναπαραγωγικής τους υγείας, όπως επίσης και των αναγκών που θα πρέπει να καλύψει το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής. Επιπρόσθετα, στο δεύτερο κεφάλαιο μελετώνται και τα αναλυτικά προγράμματα του σχολείου που καθορίζουν τα όρια του τι είναι επιτρεπτό να διδαχθεί στα πλαίσια της εκπαίδευσης, ενώ γίνεται αναφορά και ενδεικτικές δράσεις και παρεμβάσεις που είναι δυνατόν να υλοποιηθούν στα πλαίσια προγραμμάτων αγωγής υγείας και προγραμμάτων που έχουν ήδη υλοποιηθεί και τους προβληματισμούς που απορρέουν από αυτά ως προς τα οφέλη και τον σχεδιασμό τους. Έπειτα, στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια παράθεση και μελέτη της νομοθεσίας που διέπει το συγκεκριμένο ζήτημα, εστιάζοντας στις αρμοδιότητες της μαίας στη σεξουαλική αγωγή και στο εκπαιδευτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αποκτούν γνώσεις και δεξιότητες, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο, ξεκινάει το ερευνητικό μέρος της έρευνας, όπου παρατίθεται η μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματα της. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας, οι προβληματισμοί που απορρέουν από αυτή, αλλά και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Κεφάλαιο 1

Θεωρητικό υπόβαθρο

1.1 Η έννοια της υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), στην Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία, που πραγματοποιήθηκε στην Νέα Υόρκη στις 19 – 22 Ιουνίου του 1946, διατύπωσε τον ορισμό της υγείας, υποστηρίζοντας ότι πρόκειται *«για μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας»*. Διαφαίνεται, συνεπώς, ότι ιδεατός στόχος μιας πολιτικής για την υγεία, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο είναι η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, λαμβάνοντας την υπόψη με ολιστικό τρόπο. Ωστόσο, η υγεία είναι μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιπλέκεται ακόμη περισσότερο μέσα από τον συνδυασμό της με άλλες καταστάσεις, που μπορεί να είναι κοινωνικές, οικονομικές ή και πολιτικές. Άλλωστε είναι συχνό φαινόμενο, κατά την αντιμετώπιση καταστάσεων που συνδέονται με την φτώχεια, τις διακρίσεις και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, πολλές φορές αποφέρουν προβλήματα υγείας, υψηλούς δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας (Αθανασίου, 2007).

1.2 Η έννοια της αναπαραγωγικής υγείας

Η υγεία του αναπαραγωγικού συστήματος περιγράφεται να είναι ένα σημαντικό κομμάτι στη ζωή του εκάστοτε ατόμου, σε όλες τις διαστάσεις, αλλά και σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Ένας υγιής, ως προς το αναπαραγωγικό σύστημα, πληθυσμός σημαίνει χαμηλότεροι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, και συνεπώς, και λιγότερες δαπάνες για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως επίσης και υψηλότερος δείκτης γονιμότητας για τα άτομα στην αναπαραγωγική ηλικία και σε ατομικό επίπεδο ποιότητας ζωής.

Δύο από τα βασικότερα αίτια της κακής αναπαραγωγικής υγείας σε νεαρής ηλικίας άτομα είναι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που καταλήγει πολλές φορές σε έκτρωση. Πολλά από τα σεξουαλικά

μεταδιδόμενα νοσήματα τείνουν να προκαλέσουν στειρότητα, αποβολές, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων, ενώ πολλές φορές μπορεί να είναι ανίατα και να προκαλούν μέχρι και τον θάνατο (τριχομονάδες, μύκητες, μυκόπλασμα, ουρεόπλασμα, γονόρροια, χλαμύδια, σύφιλη, μαλακό έλκος, HPV, HIV, ηπατίτιδα, έρπης, κυτταρομεγαλοϊός, φθειρίαση εφηβαίου) (Βιβιλάκη, 2006).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 2008, τα νέα περιστατικά σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, τα οποία, ωστόσο, θεραπεύονται, αυξήθηκαν συγκριτικά με το 2005 στις ηλικίες από 15 ετών και άνω¹.

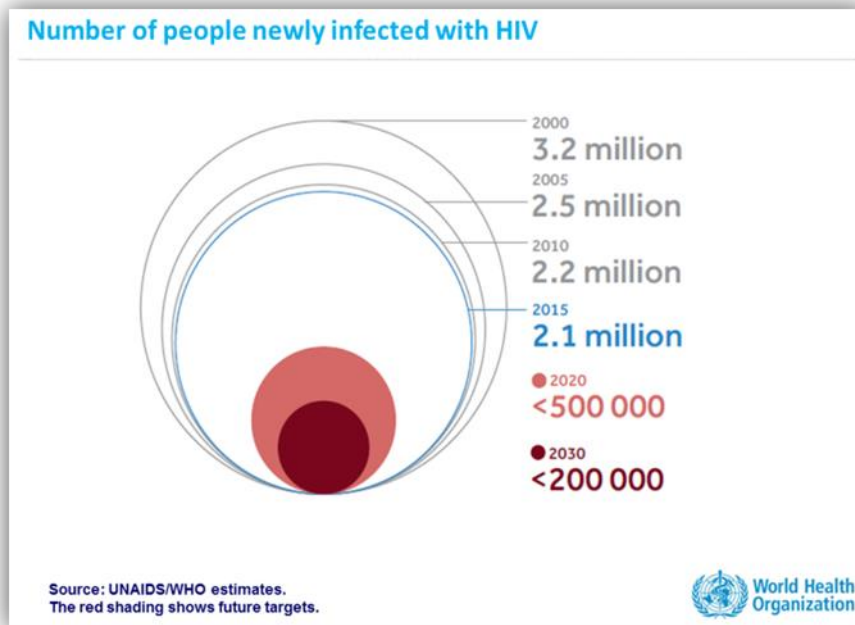
Πίνακας 1: Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	2005	2008
	(εκατομμύρια)	(εκατομμύρια)
Chlamydia trachomatis	101.5	105.7
Neisseria gonorrhoeae	87.7	106.1
Syphilis	10.6	10.6
Trichomonas vaginalis	248.5	276.4
Σύνολο	448.3	498.9

Ειδικά, εστιάζοντας στο HIV, παρατηρήθηκε ότι το 2013 τα 2/3 των ατόμων που μολύνθηκαν από τον εν λόγω ιό ήταν έφηβοι από 15 έως 19 ετών, ενώ το 2015, περίπου 2.100.000 άτομα μολύνθηκαν, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας².

¹ GLOBAL INCIDENCE AND PREVALENCE OF SELECTED CURABLE SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS - 2008) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf

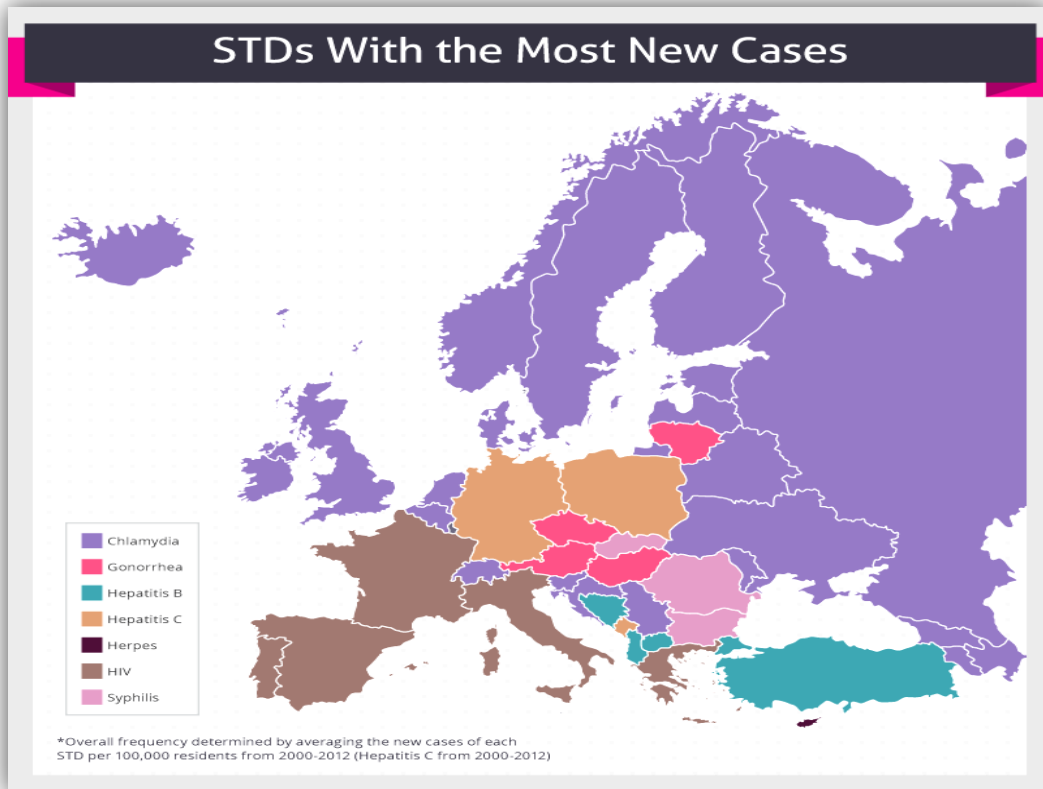
²<http://www.who.int/hiv/data/en/>



Εικόνα 1: Αριθμός ατόμων που μολύνθηκαν από τον HIV

Επιπρόσθετα, στην εικόνα που ακολουθεί παρακάτω δίνεται ένας χάρτης που απεικονίζει τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στην Ευρώπη και εμφανίζει την Ελλάδα ανάμεσα στις χώρες με τα περισσότερα περιστατικά μόλυνσης από τον HPV, σύμφωνα με τα δεδομένα που αποκτήθηκαν κατά τα έτη 2000 – 2012³.

³<https://onlinedoctor.superdrug.com/std-us-eu/>



Εικόνα 2: Χάρτης με την απεικόνιση της συχνότητας εμφάνισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Jejeebhoy(2016), ο εκτιμώμενος δείκτης γονιμότητας για την περίοδο 2015 – 2020, η Ελλάδα έχει έναν από τους μικρότερους δείκτες στον κόσμο, ανερχόμενος στο 1,3, όπως φαίνεται και από τα δεδομένα της UNFPA, και είναι μόλις 0,1 περισσότερο από την Βοσνία – Ερζεγοβίνη, η οποία εντοπίζεται να είναι στην τελευταία θέση παγκοσμίως.

Τα βασικότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, είναι:

- Η βακτηριακή κοπλίτιδα



- Η τριχομοναδική κολπίτιδα (τριχομανάδωση ή τριχομονίαση)



- Τα κονδυλώματα (HPV)



- Τα γλαμύδια



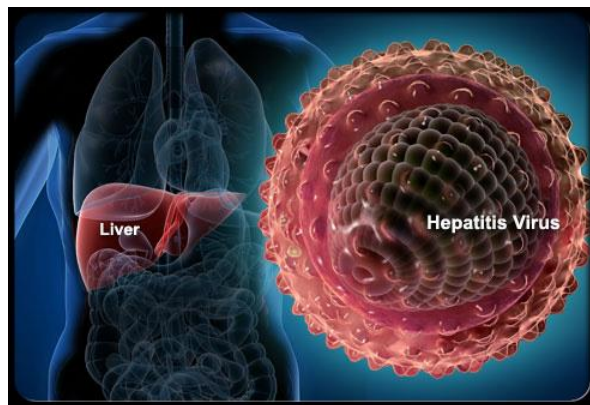
- Η γονόρροια



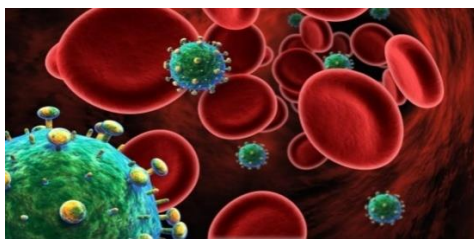
- Ο έρπης



- Η ηπατίτιδα



- HIV / AIDS



- Η σύφιλη



Κάθε χρόνο υπολογίζεται ότι 21 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας 15 έως 19 ετών και 2 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας κάτω των 15 ετών εγκυμονούν στις αναπτυσσόμενες χώρες (Darrochet al., 2016), ενώ περίπου 16 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας 15 έως 19 ετών και 2,5 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας κάτω των 16 ετών γεννούν παιδιά στις αναπτυσσόμενες χώρες (Nealet al., 2015). Ο παγκόσμιος ρυθμός εφηβικών γεννήσεων μειώθηκε από 65 γεννήσεις ανά 1000 γυναίκες το 1990 σε 47 γεννήσεις ανά 1000 γυναίκες το 2015 (UNDESA, 2015). Παρά τη συνολική αυτή πρόοδο, επειδή ο παγκόσμιος πληθυσμός των εφήβων συνεχίζει να αυξάνεται, οι προβλέψεις δείχνουν ότι ο αριθμός των εφηβικών κυήσεων θα αυξηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο μέχρι το 2030, με τις μεγαλύτερες αναλογικές αυξήσεις να υπολογίζονται στη Δυτική και Κεντρική Αφρική και την Ανατολική και Νότια Αφρική (UNFPA, 2013).

Οι εφηβικές κυήσεις είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα που παρουσιάζεται σε χώρες με υψηλό, μεσαίο και χαμηλό εισόδημα. Σε όλο τον κόσμο, οι εφηβικές κυήσεις είναι πιθανότερο να εμφανιστούν σε περιθωριοποιημένες κοινότητες, οι οποίες καθοδηγούνται συνήθως από τη φτώχεια και την έλλειψη ευκαιριών

εκπαίδευσης και απασχόλησης (UNFPA, 2015). Για ορισμένους εφήβους, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός επέρχεται έπειτα από προγραμματισμό, και κατόπιν δικής τους επιθυμίας. Σε μερικά πλαίσια, τα κορίτσια ενδέχεται να αντιμετωπίσουν κοινωνική πίεση για να παντρευτούν και, μόλις παντρευτούν, να έχουν παιδιά. Κάθε χρόνο, περίπου 15 εκατομμύρια κορίτσια παντρεύονται πριν από την ηλικία των 18 ετών και το 90% των γεννήσεων σε κορίτσια ηλικίας 15 έως 19 ετών συμβαίνουν στο πλαίσιο του γάμου (UNICEF, 2013). Για πολλούς εφήβους, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός δεν είναι ούτε προγραμματισμένα ούτε επιθυμητά, όμως. Είκοσι τρία εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας 15 έως 19 ετών στις αναπτυσσόμενες περιφέρειες έχουν μια μη ικανοποιημένη ανάγκη για σύγχρονη αντισύλληψη (Darrochet al., 2016). Ως αποτέλεσμα, οι μισές από τις εγκυμοσύνες των κοριτσιών ηλικίας 15 έως 19 ετών στις αναπτυσσόμενες χώρες εκτιμάται ότι είναι απροσδόκητες.

Οι έφηβοι αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση στην αντισύλληψη, περιλαμβανομένων των περιοριστικών νόμων και πολιτικών σχετικά με την παροχή αντισυλληπτικών με βάση την ηλικία ή την οικογενειακή κατάσταση, την προκατάληψη του υγειονομικού προσωπικού ή / και την έλλειψη προθυμίας να αναγνωρίσουν τις ανάγκες σεξουαλικής υγείας των εφήβων και την ανικανότητα των εφήβων να έχουν πρόσβαση σε αντισυλληπτικά χάριν της γνώσης, τις μεταφορές και τους οικονομικούς περιορισμούς. Επιπλέον, οι έφηβοι αντιμετωπίζουν εμπόδια που στη χρήση ή / και συνεπή και σωστή χρήση της αντισύλληψης, ακόμα και όταν οι έφηβοι είναι σε θέση να αποκτήσουν αντισυλληπτικά: πίεση να έχουν παιδιά, το στίγμα που περιβάλλει τη μη-συζυγική σεξουαλική δραστηριότητα και / ή τη χρήση αντισυλληπτικών, φόβος για παρενέργειες, έλλειψη γνώσης σχετικά με τη σωστή χρήση και παράγοντες που συμβάλλουν στη διακοπή (για παράδειγμα, δισταγμό να επιστρέψουν και να αναζητήσουν αντισυλληπτικά χάρη στις αρνητικές πρώτες εμπειρίες με τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και τα συστήματα υγείας, τις μεταβαλλόμενες αναπαραγωγικές ανάγκες, τις μεταβαλλόμενες αναπαραγωγικές προθέσεις). Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα κορίτσια μπορεί να μην μπορούν να αρνηθούν το ανεπιθύμητο φύλο ή να αντισταθούν στο εξαναγκασμένο σεξ, το οποίο τείνει να είναι απροστάτευτο. Η σεξουαλική βία είναι ευρέως διαδεδομένη και επηρεάζει ιδιαίτερα τις έφηβες: περίπου το 20% των κοριτσιών σε όλο τον κόσμο βιώνουν σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά και έφηβοι (WHO, 2013). Οι άνισοι κανόνες για το φύλο και τα κοινωνικά πρότυπα που εγκρίνουν τη βία κατά των γυναικών, θέτουν τα κορίτσια σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Είμαι υπεύθυνος για την υγεία των γεννητικών οργάνων μου, βλέπω τα συμπτώματα από αυτά και προλαμβάνω ανεπιθύμητες και επιβλαβείς καταστάσεις για την υγεία τη δική μου και του συντρόφου μου. Προστατεύω την υγεία και τη γονιμότητά μου και την μεταφέρω στις επόμενες γενιές.

Είμαι υπεύθυνος για τη σεξουαλικότητα μου μέσα από τη βαθύτερη έκφραση του Έρωτα, που είναι η Αγάπη, η Τρυφερότητα, η Στοργή και η Εμπιστοσύνη ανάμεσα σε δύο ανθρώπους. Μέσα από τις προσπάθειές μας να γνωρίσουμε τον εαυτό μας και τον άλλο, μαθαίνουμε να κάνουμε έρωτα, να παίρνουμε και να δίνουμε ευχαρίστηση.

- ✓ Κάθε άνθρωπος που έρχεται στη ζωή δικαιούται να είναι επιθυμητός, να απολαμβάνει φροντίδα, αγάπη και σεβασμό.
- ✓ Η εφηβική ζωή είναι όμορφη γεμάτη εμπειρίες, ανεμελιά και όνειρα που δικαιούσαι να ζήσεις και ευκαιρίες που σε περιμένουν να τις εκμεταλλευτείς.
- ✓ Ο καθένας μας οφείλει να είναι υπεύθυνος για τις συνέπειες των πράξεών του.

Αντισύλληψη είναι τα
προληπτικά μέτρα
που χρησιμοποιεί ένα
ζευγάρι για να
αποφύγει μια
ανεπιθύμητη
εγκυμοσύνη.

Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να
συμβεί στον οποιονδήποτε...
είναι όμως μια ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία
όταν συμβεί σε εφήβους με επακόλουθα σε
επίπεδο:

- ✓ ΣΩΜΑΤΙΚΟ
- ✓ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ
- ✓ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ



Γιατί προκύπτουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες;

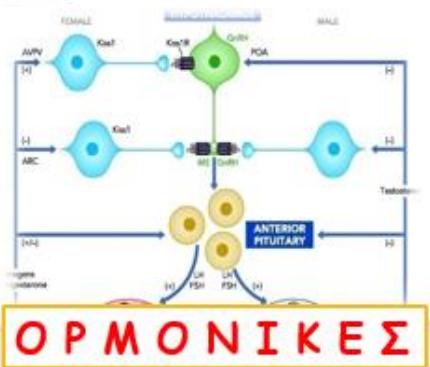
- ✓ Γιατί δυσκολευόμαστε να μιλήσουμε με το σύντροφο μας για θέματα αντισύλληψης.
- ✓ Γιατί δεν γνωρίζουμε ή δεν κατανοούμε τη σωστή χρήση μίας αντισυλληπτικής μεθόδου.
- ✓ Κάποιες φορές μπορεί να εμπλέκονται ατομικές είτε θρησκευτικές πεποιθήσεις.
- ✓ Γιατί δεν χρησιμοποιείται συστηματικά μια μέθοδος αντισύλληψης.
- ✓ Γιατί αν βρεθούμε υπό την επήρεια διαφόρων ουσιών δυστυχώς χάνουμε τον έλεγχο της συμπεριφοράς μας.
- ✓ Γιατί η επαφή με σχετικές Υπηρεσίες και Επαγγελματίες Υγείας μπορεί να έχει διάφορες δυσκολίες.



Όταν θα έλθει η στιγμή που θα επιλέξεις να ξεκινήσεις σεξουαλικές σχέσεις, τότε έχεις **υποχρέωση** τόσο απέναντι στον εαυτό σου όσο και απέναντι στο-η σύντροφό σου, να έχεις μία μέθοδο αντισύλληψης και να τη χρησιμοποιείς σωστά.

Η αντισύλληψη αποτελεί δικαίωμα, αλλά και υποχρέωση και για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να είναι αποδεκτή και από τους δύο. Θα πρέπει να έχεις προετοιμαστεί να περάσεις αυτό το μήνυμα στο-η σύντροφό σου.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ



ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΕΣ
ΣΥΣΚΕΥΕΣ - ΣΤΙΡΑΛ

ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ

Η λογική των μεθόδων φραγμού είναι να εμποδίσουν το σπέρμα να έλθει σε συνάντηση με το ωάριο. Στις μεθόδους φραγμού συναντάμε το ανδρικό και το γυναικείο προφυλακτικό, το διάφραγμα, τον κολπικό σπόγγο και τα σπερματοκτόνα κολπικά ενθέματα.

Τα προφυλακτικό αποτελεί τη μόνη αντισυλληπτική μέθοδο που θα σε προστατέψει και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.



ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ...



- ✓ Θα το βρεις εύκολα.
- ✓ Δεν χρειάζεται ιατρική συνταγή.
- ✓ Θα σε προφυλάξει παράλληλα και από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- ✓ Αν μάθεις να το χρησιμοποιείς σωστά θα σου προσφέρει 98% αντισυλληπτική προστασία.



Αν όμως όχιαυξάνεται επικίνδυνα η πιθανότητα αποτυχίας του.

ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ...

✓ Το προμηθεύσαι εξασφαλίζοντας τις ασφαλείς προδιαγραφές και από μέρος που δεν εκτίθεται σε υψηλές θερμοκρασίες. Φροντίζεις κατά τον ίδιο τρόπο να το διατηρείς προστατευμένο.



✓ Δοκίμασε πειραματίσου και αγόρασε προϊόντα διαφορετικών εταιρειών έως ότου καταλήξεις σε αυτό με οποίο αισθάνεσαι άνετα. Δεν χρειάζεται να νοιώθεις άβολα με τη χρήση του.



✓ Είναι αυστηρά για μία χρήση



✓ Δεν το χρησιμοποιείς ποτέ διπλό



✓ Όλες οι κρέμες και τα λιπαντικά δεν είναι ασφαλή για χρήση με προφυλακτικά λάτεξ καθώς μπορούν να αποδυναμώσουν τη σύνθεσή τους.



ΚΑΙ ΕΠΙ ΤΩ ΕΡΓΩ

ΠΡΙΝ...



- ✓ Ελέγχεις την ημερομηνία λήξης.
- ✓ Ανοίγεις προσεχτικά τη συσκευασία (ποτέ με δόντια, χωρίς νύχια και πάντα με καθαρά χέρια).
- ✓ Εφαρμόζεις πάντα από τη σωστή πλευρά στο πέος, δηλαδή με την ελαστική μικρή θηλή να προεξέχει. Αυτή θα αποτελέσει το χώρο υποδοχής του σπέρματος και είναι πολύ σημαντικό να μην παγιδεύεται μέσα αέρας. Πίεσέ την προσεχτικά με τον δείκτη και τον αντίχειρα του ενός χεριού ενώ ξετυλίγεις με το άλλο ως τη βάση του πέους.
- ✓ Από αυτό το σημείο και έπειτα επιτρέπεται η επαφή (ποτέ πριν).

ΜΕΤΑ...



- ✓ Κρατώντας το προφυλακτικό στη θέση του στη βάση του πέους και όσο βρίσκεσαι ακόμα σε σύση αποτραβιέσαι από τον κόλπο της συντρόφου σου.
- ✓ Το πετάς σε κάδο απορριμμάτων.
- ✓ Δεν έρχεσαι ξανά σε νέα επαφή αν δεν εφαρμόσεις με τον ίδιο τρόπο ένα καινούριο προφυλακτικό.

- ✓ Το προφυλακτικό είναι **το μόνο** μέσο αντισύλληψης που μπορεί να σε προφυλάξει **και** από τα νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Είναι απαραίτητο λοιπόν να χρησιμοποιείται **παράλληλα**, ακόμα και αν έχεις επιλέξει κάποια άλλη μέθοδο για αντισύλληψη.

Από τη στιγμή που επιλέγεις να έχεις σεξουαλικές επαφές, η προστασία αποτελεί **ευθύνη** σου είτε είσαι άνδρας είτε γυναίκα.

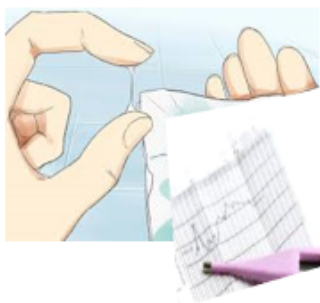
Ως κορίτσι **οφείλεις** επίσης να προμηθεύεσαι προφυλακτικά και να υπάρχουν πάντα διαθέσιμα για την περίπτωση μίας απρόβλεπτης κατάστασης.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (ΦΥΣΙΚΕΣ)...

Βασίζονται κυρίως στην αποφυγή της επαφής με βάση τον υπολογισμό των γόνιμων ημερών. Δεν προστατεύουν από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και προϋποθέτουν εμπειρία και καλή γνώση της αναπαραγωγικής διαδικασίας



Επίσης περιλαμβάνουν ...



Την αποφυγή της επαφής με βάση κάποιες σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την ωορρηξία (άνοδος θερμοκρασίας σώματος και χαρακτηριστικά κολπικά υγρά).

Το τράβηγμα του πέους από τον κόλπο πριν από τη εκσπερμάτιση...



Ο αποκλειστικός θηλασμός κατά τους 6 πρώτους μήνες και εφόσον δεν έχει επανέλθει η περίοδος στη νέα μητέρα αποτελεί μία από αυτές τις μεθόδους, καθώς προκαλούνται ορμονικές μεταβολές που έχουν σαν αποτέλεσμα εκείνο το συγκεκριμένο διάστημα να μην γίνεται ωορρηξία..

ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ...

Είναι απόλυτα φυσικές και δεν απαιτούν κάποιο κόστος

Αλλά...

- Έχουν πολύ υψηλά ποσοστά αποτυχίας αφού:
 - ✓ Δεν συγχωρούνται λάθη.
 - ✓ Ο γυναικείος κύκλος δεν είναι πάντα σταθερός.
 - ✓ Δεν υπάρχει πάντα αυτοέλεγχος για την έγκαιρη απόσυρση του πέους από τον κόλπο. Ακόμα όμως και αν αυτό συμβεί οι όποιες πρώιμες εκκρίσεις είναι πιθανόν να περιέχουν σπερματοζώαρια.
 - ✓ Το να εκτιμήσουμε τις αλλαγές στη θερμοκρασία του σώματος και στις κολπικές εκκρίσεις είναι κάτι δύσκολο και συχνά παραπλανητικό.
 - ✓ Προκαλεί στρες



Αυτού του είδους η αντισύλληψη δεν προσφέρει καμία προστασία από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα !!!!!.

ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ



Χρησιμοποιούν γυναικείες ορμόνες σε συνθετική μορφή που παρεμβαίνουν στο μηχανισμό φυσικής παραγωγής ορμονών εμποδίζοντας την ωορρηξία.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΥΠΟ ΜΟΡΦΗ:

- ✓ Χαπιών
- ✓ Ενέσεων
- ✓ Εμπλάστρων
- ✓ Εμφυτευμάτων κάτω από το δέρμα
- ✓ Συσκευών που τοποθετούνται μέσα στη μήτρα (σπινάλ) ή στον κόλπο (δακτύλιοι) και απελευθερώνουν ορμόνες.



Ο κυριότερος εκπρόσωπος της ορμονικής αντισύλληψης είναι **ΤΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ**

Δρα εμποδίζοντας την ωορρηξία.

Επίσης...

- ✓ δυσκολεύοντας τη διέλευση των σπερματοζωαρίων στην μήτρα και...
- ✓ εμποδίζοντας την εμφύτευση ενός γονιμοποιημένου ωαρίου στο ενδομήτριο.

ΤΟ ΧΑΠΙ...

εκτός από αντισυλληπτική προστασία μπορεί να έχει και κάποιες ευεργετικές δράσεις, όπως αντιμετώπιση πόνου και διαταραχών περιόδου, ακμής και υπερτρίχωσης. Όπως όλες οι φαρμακευτικές λύσεις όμως έχει κάποιες αντενδείξεις, καθώς και κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Είναι ασφαλές υπό την προϋπόθεση να λαμβάνεται με ιατρική καθοδήγηση και παρακολούθηση.



- ✓ Είναι εξαιρετικά αποτελεσματικό ως μέσο αντισύλληψης (πάνω από 99% επιτυχία), αλλά μόνο όταν χρησιμοποιηθεί σωστά.
- ✓ Δεν προστατεύει από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ). Συστήνεται επομένως, παράλληλα με τη χρήση του, να χρησιμοποιείται και προφυλακτικό.
- ✓ Είναι ωφέλιμο η επιλογή του να μη συνδυάζεται με κάπνισμα.
- ✓ Η χρήση του απαιτεί προγραμματισμό και υπευθυνότητα.

Αν επιλέξεις να χρησιμοποιείς το χάπι, θα πρέπει πρώτα να επισκεφτείς ένα γυναικολόγο.

24



ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ

Πρόκειται για χάπια που χρησιμοποιούνται μετά από σεξουαλική επαφή, η οποία πραγματοποιήθηκε κατά τις επικίνδυνες μέρες, χωρίς ή με ελλιπή προφύλαξη ή στις περιπτώσεις που απέτυχε η αντισυλληπτική μέθοδος (πχ έσπασε το προφυλακτικό).

Περιέχουν μεγάλες ποσότητες ορμονών (ή ουσιών που τις επηρεάζουν) με στόχο να αποτρέψουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Δεν πρέπει να αποτελούν την εύκολη -συνήθη λύση αντισύλληψης επειδή η τακτική τους χρήση:



- ✓ Παρεμβαίνει στο ορμονικό σύστημα της γυναίκας και προκαλεί διαταραχές.
- ✓ Αυξάνει την πιθανότητα αποτυχίας της δράσης τους.

ΘΥΜΑΜΑΙ ΟΤΙ:



- ✓ Για να είναι αποτελεσματική η δράση του θα πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα (12-72 ώρες) μετά την επαφή.
- ✓ Δεν μπορεί να αποκλείσει 100% την πιθανότητα εγκυμοσύνης.
- ✓ Μπορεί να εμποδίσει μία εγκυμοσύνη αλλά όχι να την σταματήσει όταν αυτή ήδη εξελίσσεται.
- ✓ Προορίζεται μόνο για μία συγκεκριμένη έκτακτη χρήση.
- ✓ Μετά τη λήψη του και ως την εμφάνιση της νέας περιόδου πρέπει απαραίτητα να χρησιμοποιείται προφυλακτικό.
- ✓ Δεν είναι προορισμένο να λειτουργεί ως μόνιμο μέσο αντισύλληψης. Η συνεχής χρήση του μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στο ορμονικό σύστημα και μείωση της ίδιας της αποτελεσματικότητάς του.
- ✓ Μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες.

Στην περίπτωση ανάγκης για έκτακτη αντισύλληψη θα ήταν ωφέλιμο να συμβουλευόμαστε **άμεσα** το γυναικολόγο μου ή κάποιο Κέντρο-Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού.

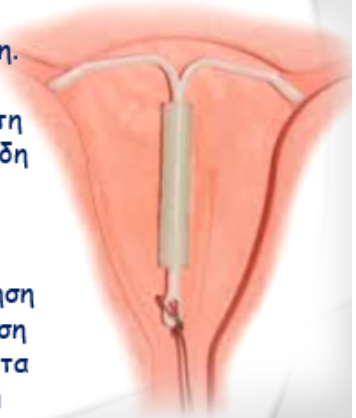
27

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ-ΣΤΠΙΡΑΛ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ;

Το ενδομητρικό σπείραμα (σπιράλ) είναι μια μικρή συσκευή που τοποθετείται **από τον γυναικολόγο** μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, όπου μπορεί να παραμείνει για μερικά χρόνια (ανάλογα με το είδος) προσφέροντας αποτελεσματική αντισύλληψη. Το σπιράλ είναι το πιο αποτελεσματικό μέσο αντισύλληψης μετά το χάπι. Υπάρχουν διαφόρων ειδών σκευάσματα ανάλογα το σχήμα το μέγεθος και τη σύσταση.

Στην Ελλάδα κυκλοφορούν σπιράλ χαλκού και απελευθέρωσης ορμόνης. Τα σπιράλ που κυκλοφορούν στη χώρα μας συνήθως συστήνονται σε γυναίκες που έχουν ήδη ολοκληρώσει με την τεκνοποίηση τους.



ΠΩΣ ΔΡΑ;

Δρα δημιουργώντας συνθήκες που εμποδίζουν τη συνάντηση του ωαρίου με το σπερματοζώαριο, αλλά και την εμφύτευση ενός γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στη μήτρα. Επιπλέον, τα σπιράλ που απελευθερώνουν ορμόνες κάνουν παχιά και αδιαπέραστη (από τα σπερματοζωάρια) την τραχηλική βλέννα, ενώ μπορεί να επηρεάσουν και τη διαδικασία ωορρηξίας.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ-ΣΤΠΙΡΑΛ

ΥΠΕΡ:

- ✓ Δεν απαιτεί καμία φροντίδα, σε κανένα επίπεδο κατά τη σεξουαλική επαφή
- ✓ Παρέχει υψηλό ποσοστό (98%) αντισυλληπτικής προστασίας

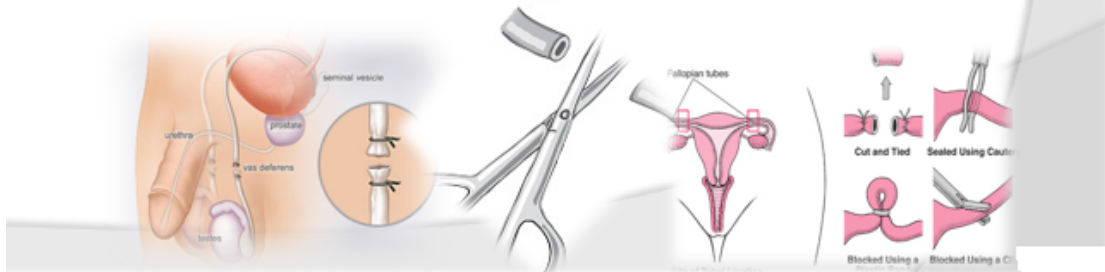


ΚΑΤΑ:

- ✓ Δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- ✓ Απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα για αποφυγή λοιμώξεων στη γεννητική περιοχή.
- ✓ Σε σπάνιες περιπτώσεις (κυρίως κατά τους πρώτους μήνες μετά την τοποθέτηση) μπορεί να μετακινηθεί ή και να αποβληθεί.
- ✓ Μπορεί να προκαλέσει περισσότερο αίμα και πόνο σε περίοδο (με τα σπιράλ απελευθέρωσης ορμόνης συνήθως συμβαίνει το αντίθετο).
- ✓ Υπάρχουν (σπάνιοι) λόγοι ιατρικοί για τους οποίους απαγορεύεται ή δεν ενδείκνυται η τοποθέτηση του.

ΣΤΕΙΡΩΣΗ

Η αντισύλληψη περιλαμβάνει την έννοια της προσωρινής αποφυγής μιας εγκυμοσύνης, σε αντίθεση με τη στείρωση που είναι μία μόνιμη (ή δύσκολα αναστρέψιμη) διαδικασία. Η στείρωση στον άνδρα, αλλά και στη γυναίκα, απαιτεί χειρουργικές τεχνικές και αφορά άτομα που είτε έχουν ολοκληρώσει με τη δημιουργία της οικογένειάς τους είτε για οποιοδήποτε λόγο δεν επιθυμούν ή δεν πρέπει να τεκνοποιήσουν.



Υπάρχουν πολλές επιλογές ...

...ώστε να μην χρειαστεί ποτέ να φέρεις στον κόσμο μία νέα ζωή πριν να είσαι ώριμος-η και έτοιμος-η να αναλάβεις τέτοια ευθύνη ή να αναγκαστείς να υποστείς μία διακοπή εγκυμοσύνης.

Μία απρόσμενη εγκυμοσύνη στην εφηβεία συχνά οδηγεί σε συναισθηματική σύγχυση. Σε μια τέτοια δύσκολη στιγμή η στήριξη γονιών και φίλων μπορεί να αποδειχτεί πολύτιμη. Κέντρα ή υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού παρέχουν στήριξη και συμβουλευτική για τις επιλογές που υπάρχουν.



ΕΑΝ ΩΣΤΟΣΟ...

...ο δρόμος μίας διακοπής εγκυμοσύνης καταλήξει ως η μόνη επιλογή, επιβάλλονται:

- ✓ Εκτός από τη συναίνεση της εγκύου, απαραίτητα και η συναίνεση ενός γονέα (αν η έγκυος είναι κάτω από 18 ετών).
- ✓ Η ανάληψη της φροντίδας αποκλειστικά και μόνο από μαιευτήρα γυναικολόγο. Αν ακολουθηθεί χειρουργική διαδικασία είναι απαραίτητη ειδικά οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα με εξειδικευμένη ιατρική ομάδα.
- ✓ Η ενημέρωση για σωστή χρήση αντισύλληψης ή αλλαγή μεθόδου αντισύλληψης από τον γυναικολόγο ή από εξειδικευμένο Κέντρο-Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού.

**Το να φέρεις στον κόσμο μία νέα Ύπαρξη είναι από
τα πιο όμορφα πράγματα
που μπορεί να συμβούν στη ζωή σου, αλλά επέτρεψέ
το χρησιμοποιώντας σωστή αντισύλληψη μονάχα όταν
θα είσαι έτοιμος-η
για να το ζήσεις...**

<https://www.hc-crete.gr/>

Η εγκυμοσύνη της εφηβικής ηλικίας παραμένει σημαντικός παράγοντας στη θνησιμότητα της μητέρας και των παιδιών, καθώς και στους κύκλους κακής υγείας και φτώχειας μεταξύ γενεών. Οι επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη και το τοκετό είναι η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των κοριτσιών ηλικίας 15 έως 19 ετών παγκοσμίως, ενώ οι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος αντιπροσωπεύουν το 99% των παγκόσμιων μητρικών θανάτων γυναικών ηλικίας 15 έως 49 ετών (WHO, 2015). Οι έφηβες μητέρες (ηλικίας 10 έως 19 ετών) αντιμετωπίζουν υψηλότερους κινδύνους από εκλαμψία, εφηβική ενδομητρίτιδα και συστηματικές λοιμώξεις από τις γυναίκες ηλικίας 20 έως 24 ετών (Ganchimegetal., 2015). Επιπρόσθετα, περίπου 3.9 εκατομμύρια μη ασφαλείς αμβλώσεις σε κορίτσια ηλικίας 15 έως 19 ετών συμβαίνουν κάθε χρόνο, συμβάλλοντας στη μητρική θνησιμότητα και στα μόνιμα προβλήματα υγείας (Darrochet al., 2016). Επιπλέον, οι συναισθηματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των εγκύων εφήβων κοριτσιών μπορεί να είναι μεγαλύτερες από αυτές των άλλων γυναικών. Η πρόωρη τεκνοποίηση μπορεί να αυξήσει τους κινδύνους για τα νεογνά, καθώς και για τις νεαρές μητέρες. Στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, τα μωρά που γεννιούνται σε μητέρες κάτω των 20 ετών αντιμετωπίζουν υψηλότερους κινδύνους χαμηλού βάρους γέννησης, πρόωρου τοκετού και σοβαρών νεογνικών συνθηκών (Ganchimegetal., 2014)). Τα νεογνά που γεννιούνται από έφηβες μητέρες διατρέχουν επίσης μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, με μακροπρόθεσμες πιθανές επιπτώσεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ταχεία επανειλημμένη εγκυμοσύνη αποτελεί ανησυχία για τις νεαρές μητέρες, γεγονός που δημιουργεί περαιτέρω κινδύνους τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί (Kozuki et al., 2013).

Η εφηβική εγκυμοσύνη μπορεί επίσης να έχει αρνητικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στα κορίτσια, στις οικογένειες και στις κοινότητες τους. Οι έγγαμοι κυοφορούντες έφηβοι ενδέχεται να αντιμετωπίσουν το στίγμα ή την

απόρριψη από τους γονείς και τους συνομηλικούς και τις απειλές βίας. Ομοίως, τα κορίτσια που είναι έγκυες πριν από την ηλικία των 18 ετών είναι πιο πιθανό να βιώνουν βία στο γάμο ή στην προσωπική σχέση. Όσον αφορά την εκπαίδευση, η αποχώρηση από το σχολείο μπορεί να είναι επιλογή όταν μια κοπέλα αντιλαμβάνεται ότι η εγκυμοσύνη είναι καλύτερη επιλογή στις συνθήκες της, ή μπορεί να είναι μια άμεση αιτία της εγκυμοσύνης ή του πρώιμου γάμου. Υπολογίζεται ότι το 5% έως το 33% των κοριτσιών ηλικίας 15 έως 24 ετών που εγκαταλείπουν το σχολείο σε ορισμένες χώρες το κάνουν λόγω της πρώιμης εγκυμοσύνης ή του γάμου. Με βάση το επακόλουθο χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, μπορεί να έχουν λιγότερες δεξιότητες και ευκαιρίες απασχόλησης, συχνά διαιωνίζοντας τους κύκλους της φτώχειας: ο γάμος των παιδιών μειώνει τα μελλοντικά κέρδη των κοριτσιών κατά 9% περίπου. Σε εθνικό επίπεδο, αυτό μπορεί να έχει και οικονομικό κόστος, με τις χώρες να χάνουν το ετήσιο εισόδημα που θα είχαν κερδίσει οι νέες γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής τους, αν δεν είχαν πρόωρες εγκυμοσύνες.

Η πρόληψη της εφηβικής εγκυμοσύνης θεωρείται γενικά ως προτεραιότητα μεταξύ των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικής και του κοινού, λόγω του υψηλού οικονομικού, κοινωνικού και υγειονομικού κόστους των εφήβων γονέων και των οικογενειών τους, και για αυτό είναι σημαντικό να διεξαχθεί αυτή η μελέτη σχετικά με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη νοσηλευτική παρέμβαση. Σκοπός της είναι η μελέτη και διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν σε μια πρόωρη κύηση στην εφηβεία, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο, νοσηλευτικά, μπορεί να αποφευχθεί αυτό το φαινόμενο. Επιπλέον, στόχος της παρούσας εργασίας είναι και η μελέτη της νοσηλευτικής παρέμβασης που μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη αντιμετώπιση των έγκυων εφήβων.

Παρατηρείται, συνεπώς, ότι, αν και όχι πάντα, ένας σημαντικός παράγοντας για την κακή αναπαραγωγική υγεία είναι η σεξουαλική συμπεριφορά σε όλες τις διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένων της βιολογικής, της κοινωνικοπολιτιστικής (στάσεις, ιδέες, νοοτροπίες) και της ψυχολογικής διάστασης (ως έκφραση της ατομικής ταυτότητας, της αυτοαντίληψης, των συναισθημάτων και των διαπροσωπικών σχέσεων) (Λανιάντο, 2006). Κατ' επέκταση, κρίνεται ως απαραίτητη η προσπάθεια για την επίλυση των προβλημάτων που συνδέονται με την αναπαραγωγική υγεία, όπως επίσης και η επικέντρωση των λύσεων στην ανθρώπινη συμπεριφορά.

1.3 Προαγωγή υγείας και πρόληψη

Στο παρελθόν τα προβλήματα υγείας, τόσο σε γενικό όσο και σε ειδικό επίπεδο, τα προβλήματα που αφορούσαν την σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων φαίνεται να έχουν περιοριστεί ή ακόμη και αντιμετωπιστεί εξαιτίας της ραγδαίας εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις τα εν λόγω ζητήματα παραμένουν και τείνουν να αποτελούν απειλή για τη δημόσια υγεία σε τέτοιο βαθμό που να κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για παρέμβαση και αντιμετώπιση των ασθενειών και την επίτευξη της προαγωγής της υγείας. Παρόλα αυτά, επειδή έχει καταστεί αντιληπτό ότι τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού δεν λύνονται μόνο με την προσφορά ιατρικής φροντίδας, αλλά απαιτείται μια ολιστική αντιμετώπιση, η προαγωγή της υγείας νοείται ως το ζητούμενο στις πολιτικές που αφορούν στην δημόσια υγεία. Η προαγωγή της υγείας, σύμφωνα με την Διακήρυξη της Οτάβας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αποτελεί εκείνη της διεργασία μέσα από την οποία τα άτομα καθίστανται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να βελτιώσουν της ποιότητα της (Διακίδη – Κώστα, 2013). Περαιτέρω, με σκοπό την προαγωγή της υγείας, παρατηρείται να είναι απαραίτητα τα εξής:

- Ο σχεδιασμός μιας δημόσιας πολιτικής για την υγεία
- Η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Η ενίσχυση του ανθρωπίνου δυναμικού στην υγεία
- Η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων.

Μια άλλη έννοια που έρχεται να μειώσει τις αδυναμίες της ιατρικής επιστήμης είναι η πρόληψη, η οποία μπορεί να χωριστεί σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Μέσα από την πρωτογενή πρόληψη είναι δυνατόν να αποφευχθεί η επαφή με τον παράγοντα που προκαλεί την έναρξη της παθογενετικής διαδικασίας, της νόσησης, ακόμα και του θανάτου, ενώ, όταν οι κανόνες της πρόληψης, και κυρίως της πρωτογενούς, ακολουθούνται επακριβώς, πολλές ασθένειες περιορίζονται σε σημαντικό βαθμό. Η πρόληψη θα πρέπει, επιπλέον, να εφαρμοστεί ιδανικά στο σύνολο του πληθυσμού σε τέτοιο στάδιο, κατά το οποίο τα άτομα να έχουν αρχίσει

μόλις να δομούν τις αντιλήψεις τους και τις συνήθειες τους. Ένας από τους βασικούς πυλώνες της πρόληψης είναι η αγωγή υγείας.

Αναφορικά με την πρόληψη, ωστόσο, στην αναπαραγωγική και σεξουαλική υγείας, παρατηρείται ότι η αποτελεσματικότερη μέθοδος είναι η αποχή από τις σεξουαλικές δραστηριότητες, αν και επαρκώς αποτελεσματικές είναι και ο περιορισμός της εναλλαγής ερωτικών συντρόφων και η χρήση προφυλακτικών. Θα πρέπει, ωστόσο, να τονιστεί το γεγονός ότι η χρήση του προφυλακτικού δεν προσφέρει πλήρη προστασία, καθώς δεν δύναται να καλύψει πάντοτε ολόκληρη την επιφάνεια του δέρματος που έχει μολυνθεί ή που ενδέχεται να μολυνθεί. Οι 8 οδηγίες πρόληψης από μολύνσεις κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής θεωρούνται ότι είναι:

- Η σωστή χρήση του προφυλακτικού
- Η βάση των λιπαντικών πρέπει να είναι νερό
- Αποφυγή της ανταλλαγής πετσέτας ή εσωρούχων
- Συνίσταται η ούρηση μετά τη σεξουαλική πράξη
- Πλύσιμο πριν και μετά την σεξουαλική επαφή
- Συζήτηση με τον γιατρό για το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β – 3 δόσεις
- Αποφυγή κατανάλωσης υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ πριν από την σεξουαλική επαφή
- Συνίσταται η εξέταση για HIV.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι πέρα από τα προφυλακτικά, υπάρχουν και εμβόλια που μπορούν να προστατεύσουν από κάποια ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως η ηπατίτιδα Β και ορισμένοι τύποι του ιού HPV.

Εμβόλιο ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 9 έτη): Ο εμβολιασμός έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων ενδείκνυται για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθώς και για την πρόληψη άλλων καρκίνων και καλοήθων νοσημάτων σχετιζόμενων με τον ιό. Η μέγιστη προστασία επιτυγχάνεται εφόσον ο εμβολιασμός ολοκληρωθεί πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Στη χώρα μας διατίθενται το διδύναμο (HPV2) και το εννεαδύναμο (HPV9) εμβόλιο HPV. Ο εμβολιασμός HPV συστήνεται για κορίτσια στην ηλικία

11–12 ετών. Σε περίπτωση που ο εμβολιασμός δεν γίνει στη συνιστώμενη ηλικία, μπορεί να γίνει αναπλήρωση έως την ηλικία των 18 ετών.

Αυξημένο κίνδυνο για ηπατίτιδα Β φέρουν:

- Άτομα με περισσότερους από έναν ερωτικούς συντρόφους στη διάρκεια.
- Άντρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άντρες.
- Χρήστες ναρκωτικών ουσιών
- Άτομα που πάσχουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Άτομα ειδικού επαγγέλματος που εκτίθενται σε αίμα και δυνητικά μολυσμένα βιολογικά υγρά, όπως επαγγελματίες υγείας εργαζόμενους σε σωφρονιστικά ιδρύματα
- Εργαζόμενοι σε ιδρύματα με τροφίμους που έχουν νοητική υστέρηση
- Ταξιδιώτες σε χώρες με υψηλή και μέση ενδημικότητα για ηπατίτιδας Β
- Άτομα που παρακολουθούνται ή εργάζονται σε Μονάδες ειδικών λοιμώξεων, Κέντρα για νοσήματα που μεταδίδονται σεξουαλικά, για HIV, για χρήση ναρκωτικών
- Άτομα με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια σε αιμοδιάλυση
- Άτομα του στενού περιβάλλοντος πασχόντων από χρόνια λοίμωξη με ιό ηπατίτιδας Β.

Υπάρχει και το αντισυλληπτικό χάπι, το οποίο έχει 99% επιτυχία και περιέχει έναν συνδυασμό οιστρογόνου και προγεσταγόνου. Ωστόσο, το αντισυλληπτικό χάπι μπορεί να προστατεύσει μόνο από την εμφάνιση μιας ανεπιθύμητης κύησης, και όχι από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ



- Με τον όρο «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα» (ΣΜΝ) περιγράφουμε όλα τα νοσήματα, μικρής ή μεγάλης διάρκειας, που μεταδίδονται από τον έναν άνθρωπο στον άλλο, κυρίως με τη σεξουαλική επαφή.
 - Τα ΣΜΝ είναι συχνότερα στους σεξουαλικά δραστήριους εφήβους σε σχέση με τους ενήλικες λόγω ανωριμότητας των βλεννογόνων των γεννητικών οργάνων, επικίνδυνων συμπεριφορών και δυσκολίας να ακολουθήσουν σωστά τους κανόνες αυτοπροστασίας.
 - 1 στους 4 ενεργούς εφήβους πάσχει από ένα ΣΜΝ
 - Τα κορίτσια αποτελούν πιο ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα λόγω της ιδιαίτερης ανατομίας τους.

A. Αυτά που οφείλονται σε ιούς και μικρόβια

- 1) Ο ιός του HIV(AIDS)
- 2) Ο ιός της ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ (B, και C)
- 3) Σύφιλη
- 4) Γονόρροια
- 5) Ο ιός του HPV (κονδυλώματα, καρκίνο γεν. οργάνων, πρωκτού, στοματικής κοιλότητας)
- 6) Ο ιός του ΕΡΠΗ

B. Αυτά που οφείλονται σε βακτηρίδια, μύκητες και παράσιτα

- 7) Χλαμύδια
- 8) Μυκόπλασμα-Ουρεόπλασμα
- 9) Αιμόφιλος
- 10) Μύκητες
- 11) Τριχομονάδες
- 12) Παράσιτα (πχ η ψείρα του εφηβαίου, ψώρα)

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ

Γενικά χαρακτηριστικά των ΣΜΝ που οφείλονται σε ιούς και μικρόβια

Α. Είναι τα ΣΠΑΝΙΑ, αλλά σοβαρότερα σε νοσηρότητα, με κίνδυνο της ίδιας της ΖΩΗΣ, κυρίως το AIDS, που εξελίσσονται σε χρόνια νόσο και οδηγούν σε μειωμένη δυνατότητα τεκνοποίησης.

Β. Στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικά ή να έχουν συμπτώματα ίδια με άλλα νοσήματα που δεν μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή, άρα έχουμε καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία, εκτός του Έρπη, όπου υπάρχουν ορατά δερματικά συμπτώματα σχετικά γρήγορα.

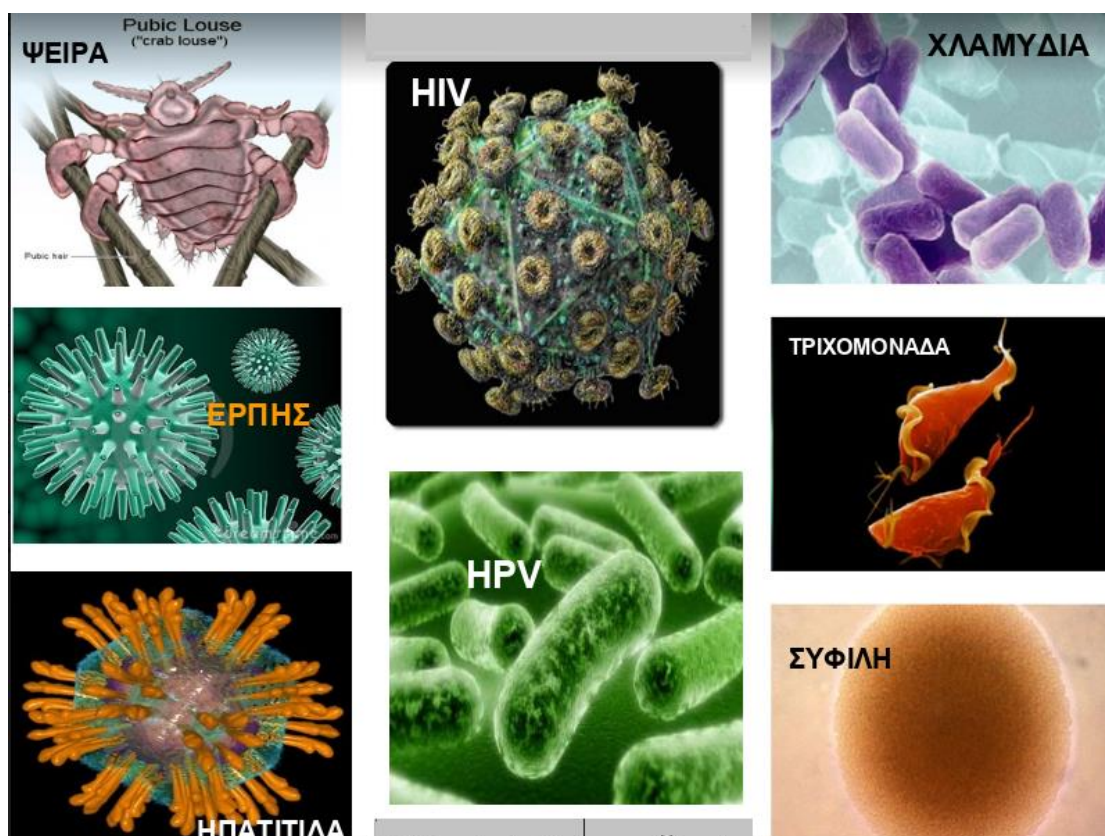
Γ. Μεταδίδονται μέσω αίματος, σπέρματος και κοιλικών υγρών (τσίμπημα βελονών, μετάγγιση αίματος, λήψη ναρκωτικών, κόφιμο, τατουάζ, βελονισμό, εκδορές, τριβή και στενή επαφή δέρματος).

Δ. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης απειλείται η ίδια η κύηση, η υγεία και η ζωή του εμβρύου.

Ε. Η νόσος μπορεί να μεταδοθεί στο νεογνό κατά τον τοκετό και το μητρικό θηλασμό.

ΣΤ. Η διάγνωσή τους γίνεται με ειδικές αιματολογικές εξετάσεις εκτός του HPV που γίνεται κυτταρολογικά (ΤΕΣΤ ΠΑΠ), τη Γονόρροια που γίνεται με ειδικές καλλιέργειες και τα κονδυλώματα που γίνεται με την κλινική εξέταση.

Ζ. Η ριζική θεραπεία τους δεν υπάρχει, είναι μόνο ανακουφιστική, τοπική, παροδική με πολύ καλά αποτελέσματα αν η διάγνωση και η θεραπεία γίνει έγκαιρα, ενώ η Σύφιλη και η Γονόρροια μπορούν να εκριζωθούν πλήρως.



Γενικά χαρακτηριστικά των ΣΜΝ που οφείλονται σε βακτηρίδια, μύκητες και παράσιτα

Α. Οφείλονται σε μικροοργανισμούς που βρίσκονται στα γεννητικά μας όργανα και τον πρωκτό και που σε ειδικές συνθήκες αναπτύσσονται.

Β. Ξεκινούν με φλεγμονές από τα έξω γεννητικά όργανα (αιδοίο, κόλπο, βάλανο, πόσθη) και το ουροποιητικό σύστημα (ουρήθρα).

Γ. Αν δεν διαγνωστούν και θεραπευτούν μπορούν να εξαπλωθούν στα έσω γεννητικά όργανα, προκαλώντας φλεγμονή της πυέλου. Οδηγούν σε υπογονιμότητα και στα δύο φύλλα, εξωμήτριο κύηση και σε περίπτωση εγκυμοσύνης, επιφέρουν επιπλοκές.

Δ. Οι φλεγμονές τους αυξάνουν το κίνδυνο νόσησης από τα άλλα σοβαρότερα ΣΜΝ, ενώ η συνύπαρξή τους είναι συχνή.

Ε. Η διάγνωση γίνεται με ειδικές καλλιέργειες υγρών γεννητικών οργάνων και ούρων.

ΣΤ. Η θεραπεία δίνεται και στους δύο συντρόφους τοπικά με κρέμες και κολπικά υπόθετα και στα σοβαρότερα και με αντιβιοθεραπεία.

ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΣΜΝ

Πόνος, κάψιμο στην ούρηση, με ή χωρίς κακουχία και έκκριση υγρών από την ουρήθρα (χλαμύδια, γονόρροια, τριχομονάδες, μύκητες, μυκόπλασμα, κονδυλώματα, έρπη).

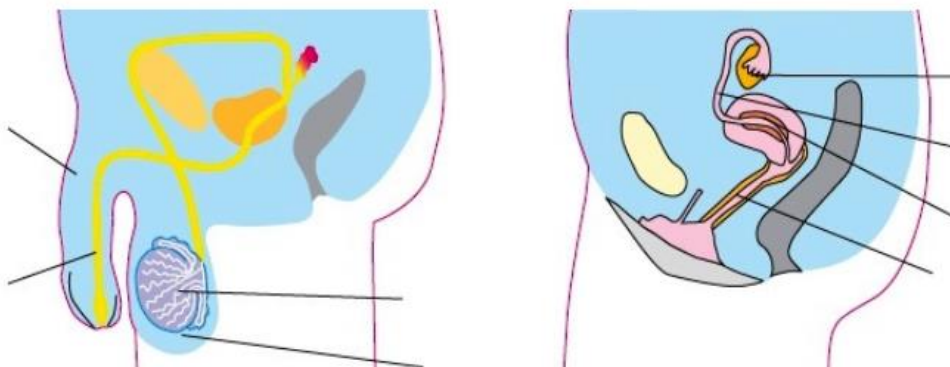
Εκκρίσεις όπως πράσινα, δύσοσμα παχύρρευστα υγρά που προέρχονται από τον κόλπο (μύκητες, τριχομονάδες, αιμόφιλος).

Πόνος χαμηλά στην κοιλιά (χλαμύδια, γονόρροια, σύφιλη, αιμόφιλος).

Κνησμό με ή χωρίς εξογκώματα ή έλκος σε σημεία της γεννητικής και πρωκτικής περιοχής (κονδυλώματα, έρπη, ψώρα, ψείρες).

Εμφάνιση αίματος μεταξύ των περιόδων και κυρίως μετά την επαφή (χλαμύδια).

Πόνος στη σεξουαλική επαφή (μύκητες, τριχομονάδες, χλαμύδια).



Κάνω ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ και ΣΩΣΤΗ χρήση προφυλακτικού από την αρχή της σεξουαλικής επαφής μέχρι το τέλος.

Αρκεί ΜΙΑ μόνο σεξουαλική επαφή για να μεταδοθεί μια τέτοια νόσος και να υπάρξει μια εγκυμοσύνη.

Κάνω χρήση προφυλακτικού ΠΑΝΤΑ ακόμα και όταν χρησιμοποιώ άλλη αντισυλληπτική μέθοδο (χάπι, σπερματοκτόνες ουσίες, διάφραγμα).

Χρησιμοποιώντας προφυλακτικό, σέβομαι και προστατεύω τον εαυτό μου, τον σύντροφό μου και απαιτώ το ίδιο από εκείνον.

Όταν υπάρχουν συμπτώματα, ακολουθούμε τη θεραπεία και διακόπτεται η σεξουαλική επαφή για όσο διάστημα αυτή διαρκεί.

Αποφεύγω τη χρήση αλκοόλ και προστατεύω την υγεία μου, δεν κάνω κατάχρηση και διατηρώ τον έλεγχο του εαυτού μου.

Αποφεύγω το κάπνισμα και τη χρήση αντιβιοτικών και προστατεύω την άμυνα και καλή λειτουργία του οργανισμού μου.

Μεταφέρω την έναρξη της σεξουαλικής σχέσης στο τέλος της εφηβείας, όπου υπάρχει περισσότερη σωματική και συναισθηματική ωριμότητα.

Ενημερώνομαι έγκυρα από υπεύθυνα άτομα και κατάλληλους επαγγελματίες υγείας

Έχω σωστές διατροφικές συνήθειες για την ενδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος και αθλούμαι καθημερινά



Μία μερίδα αντιστοιχεί περίπου στο μισό της μερίδας που ορίζουν οι αγορανομικές διατάξεις

Θυμηθείτε επίσης:

- πίνετε άφθονο νερό
- αποφεύγετε το αλάτι, χρησιμοποιείτε μυρωδικά (ρίγανη, βασιλικό, θυμάρι, κλπ) στη θέση του

Πηγή: Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

ΑΚΟΛΟΥΘΩ ΤΟΥΣ ΚΑΝΟΝΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

- Πλύση των γεννητικών οργάνων καθημερινά και κυρίως πριν και μετά την σεξουαλική επαφή με άφθονο νερό και ήπιο σαπούνι, από φυσικές πρώτες ύλες, στεγνό και σωστό σκούπισμα.
- Σχολαστική υγιεινή τις μέρες της περιόδου, συχνή αλλαγή σερβιέτας, ταμπόν και αποφυγή πισίνας.
- Καλό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά την χρήση τουαλέτας, πριν και μετά την σεξουαλική επαφή.
- Καθαρά, βαμβακερά, εσώρουχα και πετσέτες που δεν ανταλλάσσονται, καθαρά κλινοσκεπάσματα.
- Χρήση ξυριστικής μηχανής και οδοντόβουρτσας που δεν ανταλλάσσονται.
- Δεν χρησιμοποιώ την ίδια πετσέτα για το σκούπισμα των γεννητικών οργάνων με αυτή για το υπόλοιπο σώμα.



Επιλέγω να έχω σταθερή και υγιή σχέση με ειλικρίνεια, συζήτηση, κοινές αποφάσεις και αμοιβαίες υποχωρήσεις.

ΚΕΡΔΙΖΩ
Ασφάλεια, Σεβασμό,
Υγεία, Χαρά



1.4 Αγωγή υγείας και σεξουαλική αγωγή στο σχολείο

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με στόχο την διερεύνηση της έννοιας και του περιεχομένου της αγωγής υγείας, την όρισε ως εκείνη την εκπαιδευτική διεργασία που εστιάζει στην διαμόρφωση ή και μεταβολή προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία οδηγούν στην προάσπιση, την προαγωγή και την ενίσχυση του επιπέδου υγείας. Περαιτέρω, ειδικά αναφερόμενοι στα παιδιά, η αγωγή υγείας νοείται ως ένα πολύ σημαντικό ζήτημα, αλλά και εξειδικευμένο τμήμα αυτής, στο οποίο θα πρέπει να δίνεται μεγάλη βαρύτητα (Αθανασίου, 2007).

Ο όρος αγωγή υγείας εντοπίζεται από την δεκαετία του 1970, όταν και χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να οριοθετήσει και να περιγράψει εκείνες τις ενέργειες για τον πληθυσμό που στόχευαν στην προσφορά πληροφοριών και γνώσεων για την προάσπιση και την ενίσχυση της υγείας, όπως επίσης και για την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς. Έπειτα από μερικά χρόνια, το 1976, αυτή η υπηρεσία μεταφέρθηκε στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, και πλέον, η εκπαίδευση αφορούσε στην ανάληψη σημαντικών ευθυνών από τους νοσηλευτές. Την δεκαετία του 1980, άρχισε σταδιακά να αναπτύσσεται ο διάλογος για την χρήση των όρων αγωγή και προαγωγή υγείας, καθώς ξεκίνησαν να εντοπίζονται και οι πρώτες αποκλίσεις των δραστηριοτήτων που εστίαζαν στην καλύτερη υγεία από εκείνες που εφάρμοζε η παραδοσιακή αγωγή υγείας. Στην Ελλάδα, οι σχολικές υπηρεσίες υγείας ξεκίνησαν να υφίστανται από το 1910, όταν δημιουργήθηκε η οργάνωση κεντρικής υπηρεσίας στο Υπουργείο Παιδείας, ενώ ήδη από το 1914 έχει δημιουργηθεί ο θεσμός του Σχολιάτρου και της Υγειονομικής Υπηρεσίας των σχολείων. Η ενεργός συμμετοχή των νοσηλευτών στην αγωγή υγείας υποστηρίζεται από διάφορες νομοθετικές και ρυθμιστικές διατάξεις που έχουν δημιουργηθεί με το πέρασμα των ετών, ενώ σημαντικός σταθμός θεωρείται ότι είναι το ψήφισμα της 23^{ης} Νοεμβρίου του 1988 του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των Υπουργών εκπαίδευσης, το οποίο άπτεται της ενσωμάτωσης της αγωγής υγείας στην εκπαίδευση. Επιπλέον, σύμφωνα με το συμπέρασμα του Συμβουλίου και των Υπουργών Υγείας της 13^{ης} Νοεμβρίου του 1992, αναφορικά με την αγωγή υγείας κατέστη σαφές ότι ο χώρος τους σχολείου θεωρείται ζωτικής σημασίας, καθώς εντός αυτού τα παιδιά και οι έφηβοι δύνανται να αποκτήσουν συμπεριφορές που οδηγούν σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Ένα χρόνο μετά, το 1993, υπογράφηκε και η Συνθήκη

του Μάαστριχτ, όπου στο άρθρο 129, η Ευρωπαϊκή Ένωση έθεσε τα θεμέλια για την δημιουργία και την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας, εστιάζοντας στην πρόληψη των ασθενειών, στην καταπολέμηση της νοσηρότητας και στην προαγωγή και προάσπιση της υγείας, ενώ το 1999, το άρθρο 153 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, αντικατέστησε το άρθρο 129, και έθεσε ως βασικό στόχο την προστασία της υγείας. Εν συνέχεια, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ζήτησε από τα κράτη μέλη της να εξετάσουν την ένταξη ενός προγράμματος προαγωγής και προάσπισης της υγείας στην εκπαίδευση, όπως επίσης και την προώθηση αυτού.

Η αγωγή υγείας στα σχολεία, πλέον, νοείται ως σημαντικό κομμάτι, καθώς δύναται να συμβάλει στην βελτίωση και την αναβάθμιση της σχολικής ζωής, ενώ παράλληλα λειτουργεί και ως συνδεδετικός κρίκος ανάμεσα στην εκπαιδευτική και την κοινωνική πραγματικότητα. Σκοπός της είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας, αλλά και της κοινωνικής ευεξίας των παιδιών, μέσα από την απόκτηση και ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων. Ως επιμέρους στόχοι θεωρούνται ότι είναι:

- Η παροχή και η προσφορά γνώσεων
- Η ανάπτυξη δεξιοτήτων που ενισχύουν και προάγουν την υγεία
- Η υιοθέτηση και η διατήρηση μιας επιθυμητής στάσης και συμπεριφοράς
- Η εξασφάλιση πλήρους υγειονομικής κάλυψης του συνόλου του πληθυσμού.

Επιπρόσθετα, σημαντικός περιγράφεται να είναι, ως στόχος, και η πρόληψη του αποκλεισμού των νεαρών ατόμων από την κοινωνία ή από την αγορά εργασίας, ο περιορισμός των σχολικών αποτυχιών και της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου. Ακόμη, μέσα από την αγωγή υγείας δύναται να επιτευχθεί και:

- Η ευαισθητοποίηση των ατόμων αναφορικά με την ύπαρξη ενός προβλήματος που πρέπει να υποβληθεί σε διορθωτική παρέμβαση
- Η παροχή γνώσεων αναφορικά με την δημιουργία εφοδίων για ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων που θα τους επιτρέψουν να κινηθούν προς την σωστή κατεύθυνση

- Η ιεράρχηση αξιών που στοχεύει στην αποσαφήνιση, στην διαμόρφωση και την αλλαγή αξιών που άπτονται θεμάτων υγείας, έτσι ώστε να καταστεί εφικτή η διορθωτική παρέμβαση
- Η αλλαγή πεποιθήσεων και στάσεων, η οποία αφορά σε εκείνη την διεργασία όπου το άτομο τείνει να διαμορφώνει ορισμένες αποκλίσεις από τις αρχικές του πεποιθήσεις και στάσεις, σύμφωνα με τα δεδομένα της νέας πραγματικότητας
- Η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η οποία είναι απόρροια της εφαρμογής μιας απόφασης
- Η αλλαγή περιβάλλοντος, που σχετίζεται με την τροποποίηση των παραγόντων του περιβάλλοντος, που δύνανται να φέρουν σημαντικές επιπτώσεις στην ανθρώπινη συμπεριφορά
- Η προτεραιότητα στο παιδί στην προσχολική ηλικία, ώστε να επιτευχθεί ομαλά και αποτελεσματικά η πρωτογενής κοινωνικοποίηση του.

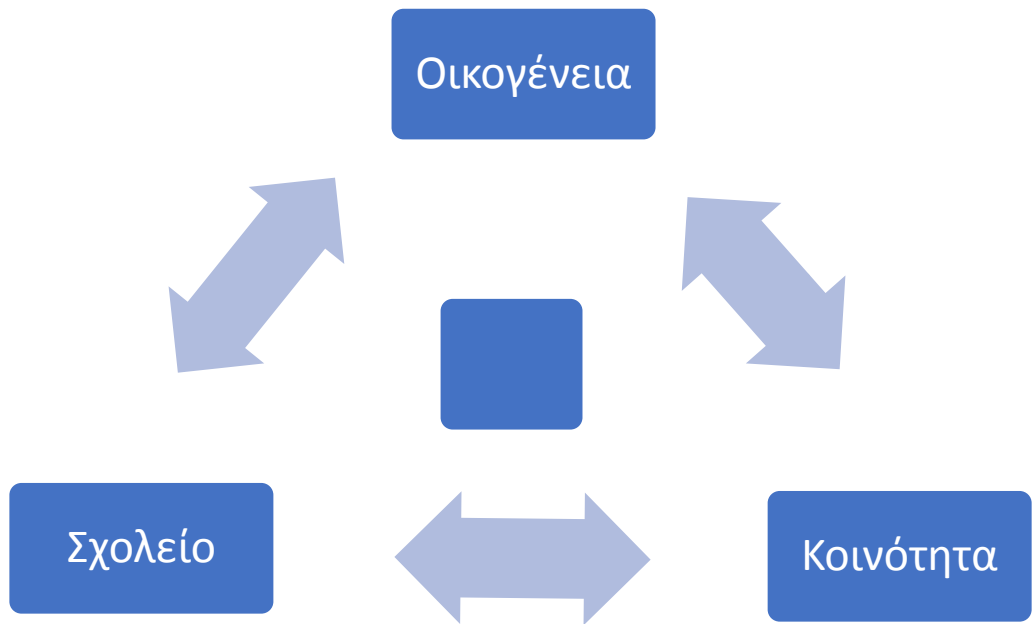
Διαφαίνεται, συνεπώς, ότι η βασική επιδίωξη της αγωγής υγείας είναι η συμβολή αυτής στο άτομο προς την ανάπτυξη του αισθήματος ευθύνης ως προς τις συνθήκες υγείας, τόσο για τον εαυτό του, όσο και ως μέλος της οικογένειας και της κοινωνίας (Αθανασίου, 2007).

Η αγωγή υγείας στην εκπαίδευση αποτελεί μια συγκροτημένη εκπαιδευτική διεργασία που φέρει διεπιστημονικό και διαθεματικό χαρακτήρα και δύναται να ενισχύσει την ανάπτυξη και την εξέλιξη της σχολικής ζωής, αλλά και την σύνδεση του σχολικού πλαισίου με την κοινωνική πραγματικότητα. Σκοπός της είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή τη ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής υγεία των παιδιών, μέσα από την καλλιέργεια των δεξιοτήτων αυτών και της κριτικής τους σκέψης και μέσα από την ανάδειξη του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος τους. Ως επιμέρους στόχοι της μπορούν να θεωρηθούν:

- Η ανάδειξη και αναβάθμιση της σχολικής ζωής και η συσχέτιση της με την κοινωνική πραγματικότητα.
- Η πρόληψη της περιθωριοποίησης και απομόνωσης των παιδιών, τόσο της κοινωνίας, όσο και της αγοράς εργασίας.

- Η καλλιέργεια των δεξιοτήτων των παιδιών, και η ανάπτυξη της κριτικής τους σκέψης.
- Η μείωση της σχολικής αποτυχίας και της πρώιμης εγκατάλειψης του σχολείου.

Περαιτέρω, η αγωγή της υγείας είναι η πρόληψη, που συνδέεται άρρηκτα με τον τρόπο και τη στάση ζωής, και κατ' επέκταση κρίνεται σκόπιμο να εφαρμοστεί στα περισσότερα δυνατά αρχικά στάδια της ζωής των ατόμων. Η μεθοδολογία της δεν αφορά μόνο στην ενημέρωση και στην μετάδοση και συσσώρευση γνώσεων περί περίπλοκων και εξειδικευμένων θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία, αλλά έγκειται και στην ανάπτυξη εκείνων των δεξιοτήτων που συμβάλλουν στην υιοθέτηση των θετικών στάσεων και συμπεριφορών που προασπίζουν και προάγουν την υγεία, μέσω της βιωματικής μάθησης. Αρχικά, η αγωγή της υγείας εμπεριείχε την προσοχή της στο άτομο, επιχειρώντας να μετατρέψει τη συμπεριφορά του, χωρίς ωστόσο να λαμβάνει υπόψη τις επιδράσεις σε αυτή του κοινωνικοπολιτισμικού και φυσικού περιβάλλοντος. Έπειτα, δημιουργήθηκε η ανάγκη της τοποθέτησης του ατόμου σε ένα γενικότερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, έτσι ώστε να διερευνηθούν και να κατανοηθούν όλες οι επιδράσεις που δύναται να υφίσταται η υγεία. Αυτή, εν τέλει, αποτέλεσε και την βάση της αγωγής υγείας, με σκοπό την οικοδόμηση της μέσα σε ένα πολυπαραγοντικό πλαίσιο, εντός του οποίου οι άνθρωποι ζουν, αλληλεπιδρούν και εργάζονται. Κατ' επέκταση, η σύνδεση της αγωγής υγείας με την οικογένεια, το σχολείο και την κοινότητα, δύναται να περιγραφεί πιο αποτελεσματικά μέσα από την εικόνα που ακολουθεί (Θεοδωράκης, 2017).



Η αποτελεσματικότητα της αγωγής υγείας συνδέεται άμεσα και άρρηκτα, τόσο με τα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή της, όσο και με την προσωπικότητα και συμπεριφορά του μαθητή και το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, εντός του οποίου ζει και εξελίσσεται αυτός. Το σχολείο θεωρείται ότι αποτελεί εκείνον τον παράγοντα κοινωνικοποίησης, σύμφωνα με τον οποίο μεταδίδονται οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις, υπό την μορφή μιας θεσμοθετημένης διεργασίας, όπως προκύπτει μέσα από τις παιδαγωγικές στρατηγικές (Αναστασάτος, 2005). Ωστόσο, σε αυτό το σημείο διαφαίνεται ένας προβληματισμός, αναφορικά, με την ταύτιση των μηνυμάτων που παρέχονται από το σχολικό περιβάλλον και εκείνων που προκύπτουν από το κοινωνικό, αλλά και για το αν η εκπαίδευση μπορεί να παρέχει τα κατάλληλα επιστημονικά εργαλεία, που συνδέονται με τις στρατηγικές και το δυναμικό που αυτή εφαρμόζει.

Η υγεία και η εκπαίδευση παρατηρούνται να είναι αλληλένδετες, ενώ επιπλέον, η εν λόγω σχέση μπορεί να επισφραγιστεί με την υπογραφή των διακηρύξεων διεθνών οργανισμών (WHO, 1986). Πιο συγκεκριμένα, τον Μάρτιο του έτους 1990, οι ηγέτες όλων των χωρών συμφώνησαν στη Διεθνή Διάσκεψη για την Εκπαίδευση για Όλους πως η υγεία κρίνεται βαρύνουσας σημασίας για την εκπαίδευση, με αποτέλεσμα να δύναται να αποτελέσει παράγοντα της όλης

μαθησιακής διαδικασίας και της σχολικής αποτελεσματικότητας και επιτυχίας των μαθητών (WorldConferenceonEducationforAll, 1990). Εν συνεχεία, διάφοροι φορείς, όπως είναι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Unicef και η UNESCO επικέντρωσαν το ενδιαφέρον τους στην διερεύνηση και την γενικότερη μελέτη του επιπέδου υγείας όλων των παιδιών παγκοσμίως, αλλά και της σύνδεσης με την ανάπτυξη αυτού, τόσο στην εκπαίδευση, όσο και στην μετέπειτα πορεία, εξέλιξη και ζωή τους (Whitmanetal., 2000). Οι εν λόγω οργανισμοί, προσπάθησαν να αναδείξουν όλους τους παράγοντες που συνδέονται και μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην μάθηση και στην υγεία, και δημιούργησαν κάποια θεωρητικά μοντέλα, στρατηγικές, κριτήρια, μεθοδολογικές κατευθύνσεις και εργαλεία που θα συμβάλλουν στην υιοθέτηση κάποιων συγκεκριμένων πολιτικών και ενεργειών στον τομέα της εκπαίδευσης, αναφορικά με τα ζητήματα υγείας. Από την άλλη πλευρά, διάφορες επιστήμες, όπως είναι η ψυχολογία και οι κλάδοι αυτής, συμπεριλαμβανομένων της ψυχολογίας της μάθησης και της ψυχολογίας στον τομέα της υγείας, η παιδαγωγική, η κοινωνιολογία, η ιατρική και η νοσηλευτική, έχουν βάλει, επίσης, το λιθαράκι τους στην οικοδόμηση και θεμελίωση του συνόλου της γνώσης, που θεωρείται ως πολύτιμη για την διαμόρφωση και την ανάδειξη των κατευθύνσεων που καλείται να λάβει η αγωγή υγείας, και κυρίως στους μαθητές.

Συνεπώς, γίνεται άμεσα αντιληπτό ότι, σε παγκόσμιο επίπεδο, η αγωγή υγείας μέσα στην εκπαίδευση, στη σύγχρονη κοινωνία, φέρει τα κατάλληλα μέσα και μεθοδολογικά πλαίσια ώστε να εφαρμοστούν και να αναδειχθούν δράσεις μέσα στο σχολείο και να παραχθούν τα βέλτιστα δυνατά αποτελέσματα. Κατ' επέκταση, υπό αυτή την οπτική γωνία, η προοπτική που εντοπίζεται και για το εκπαιδευτικό σύστημα της Ελλάδας, κρίνεται αναγκαίο και επιθυμητό να εναρμονιστεί με το πρότυπο που διαμορφώνουν οι διεθνείς οδηγίες. Περαιτέρω, η ίδρυση γραφείων αγωγής υγείας και συμβουλευτικών σταθμών νέων, τόσο στην πρωτοβάθμια, όσο και στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση, συστήνεται, έτσι ώστε να υπάρξει ο καλύτερος συντονισμός των σχετικών δράσεων, η γρηγορότερη διάχυση της σημασίας, του περιεχομένου και των μεθοδολογικών στόχων της αγωγής υγείας στους εκπαιδευτικούς και η βέλτιστη διαχείριση των οικονομικών πόρων. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη συνεργασίας του Υπουργείου Παιδείας με φορείς που εντάσσονται στην εκπαίδευση, όπως είναι το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, και με φορείς που ανήκουν στο πεδίο της υγείας και της πρόαψισης και πρόληψης αυτής, θεωρείται ότι θα

συμβάλλει εντονότερα στην εξομάλυνση των σχέσεων ανάμεσα στο σχολείο, την κοινότητα και την ζωή. Επιπλέον, σημαντική πρόοδος θα πρέπει να γίνει και ως προς την άρση των περιορισμό και των αμφισβητήσεων που επιδέχονται οι ενασχολούμενοι με την αγωγή υγείας. Συνεπώς, υπό το πρίσμα που λαμβάνει ως δεδομένο ότι η αποτελεσματικότητα και τα οφέλη οποιασδήποτε ενέργειας που εντοπίζεται στην εκπαίδευση αναφορικά με την αγωγή υγείας, συστήνεται να εστιάσουν στην χάραξη πολιτικών και στην σχεδίαση πρακτικών και μεθόδων που θα έχουν μακρόχρονους και συνάμα εφικτούς στόχους. Συνοψίζοντας, η προοπτική της αγωγής υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης (UNESCO, 2004) μπορεί να προκύψει μέσα από:

- Την ουσιαστική συνεργασία ανάμεσα στην κοινωνία και των ανεξάρτητων φορέων, η οποία δύναται να καλλιεργήσει το κλίμα εκείνο που θα μπορεί να προωθήσει τους στόχους και τις μεθόδους της αγωγής υγείας, μέσα στην εκπαιδευτική διεργασία. Δράσεις που άπτονται αυτής της προοπτικής, θεωρούνται ότι είναι:
 - Η διαμόρφωση ενός θεσμικού πλαισίου που θα συνδέεται με την λειτουργία και τη δράση της αγωγής υγείας σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, έχοντας επιπλέον και διευρυμένους στόχους αναφορικά με την εξασφάλιση της ισάξιας και ισότιμης πρόσβασης όλων των μαθητών στις δραστηριότητες του σχολείου.
 - Η διασφάλιση των κατάλληλων οικονομικών πόρων, έτσι ώστε να γίνει εφικτή η δημιουργία και ανάπτυξη διαφόρων δράσεων και προγραμμάτων αγωγής υγείας.
 - Η αύξηση των σχολείων που θα συμμετέχουν ενεργά σε προγράμματα που αφορούν στην αγωγή υγείας και στην ενσωμάτωση αυτής στην εκπαίδευση.
 - Η διασφάλιση και η διαθεσιμότητα των υλικοτεχνικών υποδομών και μέσων που δύνανται να διαμορφώσουν ένα αρμόδιο και λειτουργικό φυσικό περιβάλλον, με σκοπό να εφαρμοστούν και να πραγματοποιηθούν οι δραστηριότητες που άπτονται της αγωγής υγείας.

- Η προσέλευση του ενδιαφέροντος της τοπικής κοινωνίας, αλλά και φορέων που συνδέονται με την οικονομική, πολιτική και επιστημονική πτυχή της εκάστοτε κοινότητας, με βασικό μέλημα την υλική ενίσχυση, την ενεργή συμμετοχή των παιδιών και την προσφορά στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο που περικλείει το σχολείο.
- Την συνεργασία ανάμεσα σε ειδικούς, επιστήμονες και φορείς, η οποία συστήνεται να είναι προσανατολισμένη προς την εύρεση, εξέλιξη και εφαρμογή στρατηγικών και μεθόδων για την αποτελεσματική ένταξη της αγωγής υγείας στα πλαίσια της εκπαίδευσης. Η ανάπτυξη της ερευνητικής διεργασίας περί του εν λόγω γνωστικού αντικειμένου, δύναται να προκύψει μόνο μέσα από την επιτυχή και αποτελεσματική συνεργασία όλων των εμπλεκομένων, τον πραγματικό διάλογο και την διάχυση της γνώσης. Συνεπώς, μέσα σε αυτό το πλαίσιο είναι εφικτή η ανάπτυξη και η ανάδειξη του εκπαιδευτικού υλικού, αλλά και η διευκόλυνση της πρόσβασης και της συμμετοχής ολόενα και περισσότερων εκπαιδευτικών σε δράσεις που αφορούν στην αγωγή υγείας. Επιπρόσθετα, υπό αυτό το πρίσμα, δύναται να εντοπιστούν και να διαμορφωθούν τα κατάλληλα εργαλεία που θα συμβάλλουν στην εκτίμηση, αξιολόγηση και ανατροφοδότηση των ενεργειών που θα σχετίζονται με την αγωγή υγείας.
- Την εκπαίδευση και την κατάρτιση των εκπαιδευτικών, που θεωρείται ως μια από τις βασικότερες παραμέτρους, αναφορικά πάντοτε με την αγωγή υγείας, καθώς μπορεί να οικοδομήσει τη δέσμευση, την κατανόηση, τις ικανότητες, τις δεξιότητες και τις συμπεριφορές που παρέχουν την δυνατότητα στους εκπαιδευτικούς να προβούν σε χρήση των αναλυτικών προγραμμάτων με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο απόδοσης. Η εν λόγω εκπαίδευση, καλείται να υλοποιεί τους εξής στόχους (WHO, 1997):
 - Να γνωρίζουν, να αντιλαμβάνονται και να κατανοούν πλήρως, οι εκπαιδευτικοί, τον τρόπο που λειτουργεί ο ανθρώπινος οργανισμός

- Να αναπτύσσουν μια θετική στάση και συμπεριφορά απέναντι στην προοπτική δημιουργίας ενός αποτελεσματικού και υγιούς σχολικού πλαισίου.
- Να γνωρίζουν, να αντιλαμβάνονται και να κατανοούν τις αρχές της τροποποίησης της συμπεριφοράς, που μετέπειτα θα αποδειχθούν αποτελεσματικές για την εφαρμογή της αγωγής υγείας.
- Να αναπτύξουν τις διδακτικές τους δεξιότητες σε αντικείμενα που άπτονται του διαλόγου μέσα στην τάξη, το παιχνίδι ρόλων, την ομαδοσυνεργατική διδασκαλία και την συμμετοχή του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στα πλαίσια της αγωγής υγείας και της εκπαίδευσης.
- Να έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίσουν ευαίσθητα ζητήματα, όπως είναι για παράδειγμα η παροχή φροντίδας σε άτομα με ειδικές ανάγκες.

Ταυτόχρονα, μέσα σε αυτό το πλαίσιο, διαφαίνεται πως η εξασφάλιση της εκπαιδευτικής ποιότητας θα πρέπει να σχετίζεται με τα εξής κριτήρια (Breiting, Mayer&Mogensen, 2005):

- Η εκπαιδευτική ποιότητα θα πρέπει να ταυτίζεται με την εκπαιδευτική και μαθησιακή διεργασία, με τις διδακτικές στρατηγικές και μεθόδους, την εστίαση σε δεξιότητες που αφορούν στην κοινωνική συμμετοχή και με την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης.
- Η εκπαιδευτική ποιότητα θα πρέπει να συνδέεται με την εκπαιδευτική πολιτική και νοοτροπία, τον στρατηγικό σχεδιασμό και τον γενικότερο τρόπο οργάνωσης του εκάστοτε εκπαιδευτικού ιδρύματος.
- Η εκπαιδευτική ποιότητα θα πρέπει να σχετίζεται με τις σχέσεις και με τα δίκτυα συνεργασίας που εντοπίζονται ανάμεσα στο σχολείο και στην κοινωνία.

Ωστόσο, όλα αυτά προϋποθέτουν και ορίζουν και την κατάλληλη διαμόρφωση των υπάρχοντων αναλυτικών προγραμμάτων, όλων

των βαθμίδων, και κυρίως της τριτοβάθμιας, που αφορούν στις ειδικότητες που σχετίζονται με την εκπαίδευση των εκπαιδευτικών, με την διάχυση της γνώσης και της υλοποίησης προγραμμάτων. Επιπλέον, ανάλογη διαμόρφωση θα πρέπει να υπάρξει και στα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την καταγραφή και την κωδικοποίηση των αποτελεσμάτων, όπως αυτά προκύπτουν από τα προαναφερόμενα προγράμματα, με σκοπό την προαγωγή της αγωγής υγείας και της εναρμόνισης το ρόλου του εκπαιδευτικού με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας.

- Την δημιουργία, σε όλες τις σχολικές μονάδες, ομάδων επαγγελματιών υγείας και εκπαιδευτικών που θα παρατηρούν, θα ελέγχουν και θα αξιολογούν την υγεία όλων των εμπλεκομένων στην εκπαίδευση, μαθητών και εκπαιδευτικών, και που θα συμμετέχουν ενεργά σε δραστηριότητες που οργανώνονται για την εφαρμογή της αγωγής υγείας στην εκπαίδευση. Αυτή η κίνηση κρίνεται ως επιθυμητή και συστήνεται, έτσι ώστε να γίνει εφικτή πληρέστερη παρακολούθηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η ουσιαστικότερη εφαρμογή αυτών, που μπορεί να ωθήσει την ένταξη της αγωγής υγείας και της επίτευξης των στόχων της στα πλαίσια της εκπαίδευσης.
- Την σημασία της τοποθέτησης στα σχολεία της χώρας, σχολικών νοσηλευτών, όπως συμβαίνει στα εκπαιδευτικά ιδρύματα του εξωτερικού, καθώς κρίνεται ότι ο ρόλος αυτών είναι καταλυτικός, εξαιτίας των υπηρεσιών υγείας που μπορούν να προσφέρουν στον μαθητικό και εκπαιδευτικό πληθυσμό. Οι σχετικές αυτές υπηρεσίες μπορούν να παραχθούν στους εκπαιδευτικούς, στην διοίκηση της σχολικής μονάδας και στους γονείς μέσα από την νοσηλευτική μονάδα, που το σχολείου βρίσκεται σε στενή και τακτική επαφή (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2005). Ο σχολικός νοσηλευτής δύναται να σχεδιάσει, να υλοποιήσει και να εκτιμήσει όλα τα προγράμματα της αγωγής υγείας, αλλά και της συμβουλευτικής που αφορά στην υγείας, τόσο σε ατομικό και

ομαδικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο σχολικής κοινότητας. Οι σχολικές υπηρεσίες υγείας, συνεπώς, μπορούν να έχουν τα βέλτιστα δυνατά αποτελέσματα όταν καταφέρουν να αναπτύξουν συντονισμένες σχέσεις συνεργασίας με φορείς, έτσι ώστε να λειτουργούν υπό ένα διεπιστημονικό και διαθεματικό πρίσμα (Αλεξανδροπούλου, Καλοκαιρινού & Σούρτζη, 2006).

Στο παρελθόν, συνεπώς, όντως η αγωγή υγείας είχε τη μορφή της «υγειονομικής διαφώτισης» και αποσκοπούσε στην μείωση των προκαταλήψεων και της άγνοιας των πληθυσμών, αλλά, εν συνεχεία, ως διαδικασία παρατηρήθηκε να έχει παθητικό χαρακτήρα, και η γνώση να μεταδίδεται από τον πομπό στον δέκτη, χωρίς την ενεργό συμμετοχή του και την «ηθική» να κατέχει σημαντική θέση στις παρεμβάσεις αυτές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού μπορεί να θεωρηθεί το ζήτημα της σεξουαλικής επαφής που αφορούσε καθαρά την αναπαραγωγή, κατά τον 19^ο αιώνα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, όπου τα κορίτσια όφειλαν να απέχουν από την σεξουαλική δραστηριότητα μέχρι την ημέρα του γάμου τους, ενώ οι εμπειρίες των αγοριών ξεκινούσαν από μικρή ηλικία, κυρίως σε οίκους ανοχής. Το όλο ζήτημα της σεξουαλικής αγωγής αφορούσε στη διανομή φυλλαδίων και στην παράθεση ομιλιών της εκκλησίας, που εστίαζαν στην αποχή από τις επαφές αυτού του τύπου μέχρι τον γάμο, ενώ, τον 20^ο αιώνα, η σεξουαλική αγωγή, σταδιακά έλαβε την μορφή «τρομοκρατίας», με σκοπό την αντιμετώπιση της μεγάλης έξαρσης των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων στις πόλεις, και μέσω αυτής της προσέγγιση, εισήχθη και στα σχολεία. Οι αντιδράσεις απέναντι σε αυτές τις προσπάθειες, ωστόσο, έγκειτο στο ότι κάθε είδους πληροφορία για το σεξ, ακόμα και βασισμένη σε επιστημονικά δεδομένα, διέφθειρε τους εφήβους και τους ωθούσε την ανηθικότητα. Τις δεκαετίες 1960 και 1970 με την απελευθέρωση της σεξουαλικότητας, οι προγαμιαίες σχέσεις, οι ανεπιθύμητες κυήσεις και τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα άρχισαν να αυξάνονται δραματικά. Αποτέλεσμα των ανεπαρκών πολιτικών, το ποσοστό εφηβικών κυήσεων στις Η.Π.Α. είναι περίπου έξι φορές μεγαλύτερο συγκριτικά με την Ολλανδία, τέσσερις φορές μεγαλύτερο από την Γερμανία και τρεις από την Γαλλία. Παρόμοια, όμως, είναι και η κατάσταση με τα περιστατικά HIV, γεγονός που οδήγησε τις Η.Π.Α. να ιδρύσουν το Εκπαιδευτικό Συμβούλιο για την σεξουαλική ενημέρωση – SexualityInformationEducationCouncil, το οποίο, ωστόσο, περιορίστηκε σε

εκπαίδευση για την αποχή από τη σεξουαλική δραστηριότητα μέχρι τον γάμο. Το 2010, παρόλα αυτά, ξεκινάει μια έντονη κίνηση προς μια αγωγή υγείας βασισμένη στην επιστήμη και όχι σε ιδεολογίες, προκειμένου να μεταδοθούν οι απαραίτητες γνώσεις που θα οδηγήσουν στην αλλαγή των στάσεων, με επεξεργασία θεμάτων που πραγματικά απασχολούν τους νέους και είναι πιο κοντά στην καθημερινότητα τους (Willey, 2012).

Στη σύγχρονη εποχή, τα άτομα, δεν είναι αρκετό να αποκτήσουν μόνο γνώσεις, αλλά θα πρέπει να αναπτύξουν και επικοινωνιακές, γνωστικές και πρακτικές δεξιότητες με σκοπό να μπορούν μόνοι τους να βελτιώσουν το επίπεδο της υγείας τους και την ποιότητα ζωής τους. Επιπρόσθετα, έχει αποδειχθεί ότι οι παραδοσιακές μορφές διδασκαλίας δεν επιτυγχάνουν ικανοποιητικά τους στόχους της εκπαίδευσης, και συνεπώς, η σύγχρονη αγωγή υγείας θέτει ευρύτερους στόχους, που ξεπερνούν την απλή μετάδοση τεκμηριωμένων επιστημονικά γνώσεων, καθώς στοχεύει πλέον στην ανάπτυξη του δυναμικού της προσωπικότητας των ατόμων, στην θετική δόμηση της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης, στην καλλιέργεια κοινωνικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων και στην λήψη αποφάσεων με θετική έκβαση για την υγεία τους (Αθανασίου, 2007). Ειδικά εστιάζοντας στα παιδιά και στους εφήβους, παρατηρείται ότι η αγωγή υγείας που εστιάζει στην αναπαραγωγική διαδικασία αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της εκπαίδευσης τους, καθώς αυτά τα άτομα βρίσκονται σε εκείνο το στάδιο της ζωής τους που εξελίσσονται βιολογικά, γνωστικά και συναισθηματικά, με αποτέλεσμα να είναι σε θέση να μαθαίνουν και να υιοθετούν κανόνες που είναι προς όφελος της υγείας τους, ενώ ταυτόχρονα είναι και ιδιαίτερα ευάλωτα σε βλάβες που προκαλούνται από ορισμένες ασθένειες.

Οι βασικοί φορείς αγωγής και κοινωνικοποίησης για τα παιδιά είναι η οικογένεια, το σχολείο, οι παρέες συνομηλίκων, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνουν, και συνεπώς, είναι αυτοί που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων και των στάσεων των παιδιών, ως προς το θέμα της υγείας. Μια πολιτική για την υγεία μπορεί να παρέμβει σε όλα τα πεδία που αναφέρθηκαν παραπάνω, ωστόσο, στην παρούσα εργασία εστιάζουμε σε ότι αφορά στην αγωγή υγείας που ασκείται στα πλαίσια της εκπαίδευσης, καθώς ήταν από τους πρώτους χώρους εμφάνισης της αγωγής υγείας και εξακολουθεί να παραμένει το ίδιο σημαντικός (Αθανασίου, 2007). Εν κατακλείδι, ο σχεδιασμός για την πρόληψη μέσω της αγωγής υγείας, θα πρέπει:

- Η αγωγή υγείας να αντιμετωπίζεται ως ανθρώπινο δικαίωμα και προαπαιτούμενο για την ανάπτυξη υγιών προσωπικοτήτων και για την μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων
- Να απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού, δίνοντας έμφαση στις ευαίσθητες και ευάλωτες κοινωνικά ομάδες
- Να ξεκινά στα πρώιμα στάδια της ζωής του ανθρώπου
- Να ασκείται μέσα από σύγχρονες παιδαγωγικές προσεγγίσεις που βασίζονται στην ενεργό συμμετοχική μάθηση και στη βιωματική και επικοινωνιακή διδασκαλία
- Να βασίζεται στην επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση.

1.6 Θεωρητικές προσεγγίσεις – Μέθοδοι και τεχνικές υγείας

Η αγωγή υγείας στο σχολείο δεν μπορεί να περιγραφεί ως μια απλή διεργασία ούτε και ως ζήτημα που μπορεί να άπτεται της επιθυμίας και της διάθεσης του εκπαιδευτικού ως προς το αν και τι θα διδάξει σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία, και συνεπώς, εγείρει πολλών ερωτημάτων και προβληματισμών. Ένα από αυτά τα ζητήματα που απασχολεί ιδιαίτερα πολλά κράτη, ανάμεσα τους και την Ελλάδα, είναι το κατά πόσο οι εκπαιδευτικοί είναι σε θέση να διαδραματίσουν αποτελεσματικά το ρόλο τους επιτυγχάνοντας τους στόχους της αγωγής υγείας. Η επίλυση του προβλήματος αυτού, δύναται να επιλυθεί μέσω της εισαγωγής της αγωγής υγείας στο πρόγραμμα σπουδών των σχολείων και με τη συνεχή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σε νέες προσεγγίσεις και παιδαγωγικά εργαλεία, αλλά και μέσω της ενημέρωσης αυτών για τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα στην υγεία. Επιπλέον, ένας ακόμα προβληματισμός συνδέεται και με το αναπτυξιακό στάδιο των παιδιών και το τι είναι σε θέση να διδαχθούν αυτά, ανάλογα με την ηλικία. Σε αυτό το πρόβλημα χρειάζεται να γίνει εκτενής μελέτη και προσεκτικός σχεδιασμός, έτσι ώστε να μην μεταδοθούν τα μηνύματα της αγωγής υγείας πολύ νωρίς ενθαρρύνοντας τα παιδιά να πειραματιστούν ή πολύ αργά, όταν αυτά έχουν ήδη διαμορφώσει λάθος αντιλήψεις και στάσεις, και έχουν αρχίσει ήδη τις σεξουαλικές τους δραστηριότητες. Σε κάθε περίπτωση, ο φορέας που σχεδιάζει και υλοποιεί την αγωγή υγείας καλείται να λαμβάνει υπόψη του ότι κάθε παρέμβαση πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις

ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε σχολείου, ενώ οι εκπαιδευτικοί που διδάσκουν το εν λόγω αντικείμενο θα πρέπει να προσαρμόζουν την διδασκαλία τους σύμφωνα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της κάθε τάξης και του κάθε παιδιού μεμονωμένα (Αθανασίου, 2007). Σε αυτά τα προβλήματα, επιπλέον, δεν θα πρέπει να παραληφθεί να αναφερθεί και ο παράγοντας των παιδιών, των οποίων η αντίδραση δεν μπορεί να προβλεφθεί, ειδικά στην περίπτωση που μια παρέμβαση επιχειρεί την αλλαγή των αντιλήψεων και των στάσεων τους για την προσωπική τους ζωή, και που μπορεί να οδηγήσει σε αντίθετα αποτελέσματα. Την απόκλιση αυτή είναι δυνατόν να περιορίσει η κατάλληλα, ανάλογα με την περίπτωση, η παιδαγωγική προσέγγιση, με τον εκπαιδευτικό και τους επαγγελματίες αγωγής ή υγείας που ανήκουν στο προσωπικό του σχολείου να νοούνται ως οι γνώστες της κατάστασης και των ιδιαιτεροτήτων της κάθε τάξης και του κάθε μαθητή.

Με σκοπό, συνεπώς, την παρέμβαση για τη διαμόρφωση των αντιλήψεων, των στάσεων και των συμπεριφορών, απαιτείται η κατανόηση τους μέσα από το πρίσμα της επιστήμης της κοινωνικής ψυχολογίας, η οποία επιχειρεί να ερμηνεύσει τα αίτια των συμπεριφορών των ανθρώπων γενικά, και όσον αφορά στην υγεία πιο ειδικά, όπως επίσης και εκείνους τους παράγοντες που δύνανται να μεταβάλλουν τις συμπεριφορές αυτές. Τα κυρίαρχα μοντέλα που αφορούν στη συμπεριφορά των ατόμων, αναφορικά με την υγεία, είναι:

- Το μοντέλο της «Υγιεινής Άποψης» των Rosenstock και Becker (Αθανασίου, 2007), το οποίο υποστηρίζει ότι για να αλλάξει ένα άτομο τη στάση και τη συμπεριφορά του απέναντι σε ένα ζήτημα υγείας, προβαίνει σε μια είδους αξιολόγηση του κέρδους και των ζημιών, λαμβάνοντας, παράλληλα υπόψη του, και τις πιθανότητες που έχει να προσβληθεί από μια ασθένεια και από τη σοβαρότητα της βλάβης από αυτή. Ο Bandura (1986), επεκτείνει την άποψη αυτή, αναφέροντας ότι για να προχωρήσει το άτομο σε μια αλλαγή στάσης, αρχικά, θα πρέπει να πιστέψει ότι μπορεί να την υλοποιήσει με επιτυχία, και συνεπώς, θα πρέπει:
 - Να αποκτήσει την επιθυμία για αλλαγή
 - Να αισθανθεί ότι η παρούσα συμπεριφορά απειλεί πραγματικά την υγεία του
 - Να αισθανθεί ότι η αλλαγή θα επιφέρει άμεσα οφέλη

- Να αισθανθεί ότι μπορεί να ανταπεξέλθει στην αλλαγή αυτή.
Ειδικά αναφορικά με τους εφήβους και τους νέους, η αντίληψη του κινδύνου παρουσιάζεται να είναι ιδιαίτερα ιδιόμορφη, καθώς σε αυτές τις ηλικίες δυσκολεύονται να αξιολογήσουν τους μακρόχρονους κινδύνους, έναντι της άμεσης ευχαρίστησης από μια συμπεριφορά. Για τους εφήβους το «ρίσκο» είναι μέρος της διεργασίας ανεξαρτητοποίησης, ενώ οι συνέπειες που έχει μια επικίνδυνη συμπεριφορά για το μέλλον τους είναι δύσκολο να γίνουν αντιληπτές, με αποτέλεσμα οι εκστρατείες να τείνουν να προκαλέσουν τον φόβο, με σκοπό να επιφέρουν την επιθυμητή αλλαγή στη συμπεριφορά τους (Αθανασίου, 2007).
- Το μοντέλο της «Δράσης για την Υγεία», το οποίο στηρίζεται στις έννοιες της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης, όπου τα άτομα που διέπονται από υψηλή αυτοεκτίμηση και θετική αυτοαντίληψη τείνουν να έχουν περισσότερες κοινωνικές και ατομικές δεξιότητες και θετικά συναισθήματα για την προσωπική τους αποτελεσματικότητα. Επιπρόσθετα, σε αρκετές μελέτες έχει εντοπιστεί ότι η θετική αυτοαντίληψη και η υψηλή αυτοεκτίμηση συνδέονται με λιγότερο αρνητικές για την υγεία στάσεις και συμπεριφορές (Αθανασίου, 2007), και συνεπώς, για να επιτευχθούν οι στόχοι της αγωγής υγείας θα πρέπει οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε εφήβους και νέους να:
 - Επικοινωνούν τα μηνύματα και τις αξίες της υγείας
 - Να βοηθούν τα άτομα στην αυτοαντίληψη και να ενισχύουν την αυτοεκτίμηση
 - Να καλλιεργούν στα άτομα δεξιότητες λήψης αποφάσεων και ικανότητες αυτοεπιβεβαίωσης και αποτελεσματικότητας
 - Να ενισχύουν την ενεργό συμμετοχή, τη συνεργατικότητα και τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με σκοπό αυτά να συμμετέχουν ενεργά, τόσο σε ότι αφορά στην προσωπική αλλαγή, αλλά και σε ότι αφορά στις αλλαγές στην κοινότητα και στην κοινωνία ευρύτερα.

Ως προς τις μεθόδους διδασκαλίας της αγωγής υγείας, αυτές τείνουν να κατηγοριοποιούνται σε γνωστικές ή παθητικές, ενεργητικής μάθησης, βιωματικές και αλληλοδιδασκτικές, και πιο συγκεκριμένα:

- Οι γνωστικές ή παθητικές μέθοδοι είναι εκείνες όπου ο έφηβος καθίσταται δέκτης μηνυμάτων, μέσα από διαλέξεις, βίντεο, αφίσες, φυλλάδια, αλλά δεν παρατηρούνται να συμβάλουν ιδιαίτερα στην αλλαγή συμπεριφοράς.
- Η αλληλοδιδασκτική προσέγγιση, η οποία στηρίζεται στην αξιοποίηση της επιρροής των συνομηλίκων, όπου σύμφωνα με έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι δύναται να αλλάξει τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές, καθώς τα άτομα αισθάνονται ότι ανήκουν σε μια ομάδα που αντιμετωπίζει ίδιες ή παρόμοιες καταστάσεις (Χιόνη, 2011).
- Οι μέθοδοι ενεργητικής μάθησης, κατά τις οποίες οι νέοι συμμετέχουν οι ίδιοι ενεργά στις διεργασίες δόμησης των γνώσεων τους μέσα από την μεθοδολογία της έρευνας τύπου σχεδίου εργασίας – project.
- Οι βιωματικές επικοινωνιακές μέθοδοι, οι οποίες εστιάζουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, των προσωπικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων, της λήψης αποφάσεων και των ατομικών επιλογών, μέσα από την επαφή με τα συναισθήματα του εκάστοτε ατόμου και μέσα από τα βιώματα αυτού. Ειδικά αναφορικά με αυτές τις μεθόδους, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή μπορεί να συνδυαστεί πολύ εύκολα και αποτελεσματικά με την ενεργητική μάθηση και τα σχέδια εργασίας – project (Αθανασίου, 2007), τα οποία περιλαμβάνουν τα εξής στάδια (Χρυσ αφίδης, 1994):
 - Συζήτηση – αφόρμηση για να δημιουργηθούν ερεθίσματα και να αναδειχθούν τα ενδιαφέροντα των παιδιών για το θέμα της υγείας που θα διαπραγματευτεί το σχέδιο εργασίας
 - Νοητικός καταγισμός και καταγραφή των ιδεών των μαθητών για το θέμα
 - Συγκρότηση ομάδων εργασίας για την απάντηση των ερωτημάτων που έχουν τεθεί
 - Έρευνα – συλλογή δεδομένων από τις ομάδες εργασίας

- Παιχνίδια ρόλων με σκοπό οι συμμετέχοντες να επεξεργαστούν τα συναισθήματα τους και να καλλιεργήσουν την ενσυναίσθηση
- Συμμετοχή επισκεπτών
- Διεξαγωγή δημοσκοπήσεων για γνώσεις, απόψεις και στάσεις για το θέμα στην κοινότητα
- Αξιολόγηση του project και ανατροφοδότηση.

Οι θεωρητικές αυτές προσεγγίσεις και τα μεθοδολογικά εργαλεία, όπως είναι εύλογο, βρίσκονται στη διάθεση των εμπλεκομένων στην αγωγή υγείας, και ειδικά σε εκείνους που διδάσκουν το κομμάτι της σεξουαλικής αγωγής. Ωστόσο, ποια από αυτά χρησιμοποιούνται και κατά πόσο είναι αποτελεσματικά, είναι μεταβλητές που συνδέονται με διάφορους παράγοντες, όπως είναι για παράδειγμα οι εκπαιδευτικές πολιτικές, οι πολιτικές προαγωγής υγείας, η εκπαίδευση, η εξειδίκευση, οι αντιλήψεις και οι στάσεις των συμμετεχόντων και οι αντιλήψεις και οι στάσεις των μαθητών, των γονέων και της ευρύτερης κοινότητα.

Κεφάλαιο 2

Κοινωνικό και εκπαιδευτικό πλαίσιο της σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο

2.1 Κοινωνικό πλαίσιο –Γνώσεις, στάσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των νέων

Τα περισσότερα παιδιά, ήδη από την ηλικία των έντεκα ετών, έχουν ήδη αποκτήσει ορισμένες γνώσεις αναφορικά με την αναπαραγωγή (Driveretal., 1994), αν και εντοπίζονται να υπάρχουν αρκετές έρευνες που να φέρει στο φως αποτελέσματα που καταδεικνύουν χαμηλά επίπεδα γνώσης (σχετικά με την αναπαραγωγή και άλλα συναφή ζητήματα, καθώς και μια σειρά από παρανοήσεις) μεταξύ των εφήβων (Donatietal., 2000 ;Sydsjo et al., 2006) και για αυτό ένα σημαντικό ποσοστό εφήβων έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα όπως ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, αμβλώσεις και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Blumetal., 2004).

Ενδεικτικά θα αναφέρουμε μερικές περιπτώσεις ερευνών που δείχνουν τα παραπάνω, όπως αυτή των McManus και Dhar (2008) σχετικά με τις αντιλήψεις και στάσεις των εφήβων για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, την ασφαλή σεξουαλική επαφή και την σεξουαλική αγωγή στην Ινδία, όπου φάνηκε ότι πάνω από το 35% των μαθητών-τριών δεν μπορούσε να αναγνωρίσει τα συμπτώματα των ΣΜΝ πέραν από το AIDS. Το 30% των ερωτώμενων πίστευαν ότι το AIDS θεραπεύεται και το 49% πίστευε ότι τα προφυλακτικά δεν είναι απαραίτητα στους νέους. Το 41% πίστευε ή δεν ήταν σίγουρο ότι τα αντισυλληπτικά προστατεύουν από το AIDS και το 32% πίστευε ότι τα χάπια απευθύνονται σε παντρεμένες γυναίκες. Σε έρευνα των Mattedo και άλλων (2015) σχετικά με τις γνώσεις και αντιλήψεις των μαθητών για τη σεξουαλική αγωγή στο Νεπάλ φάνηκε ότι αν το 60% των αγοριών και το 66% των κοριτσιών πίστευαν ότι είναι πιθανό να μολυνθούν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατά τη σεξουαλική επαφή, και παραπάνω από το 50% των μαθητριών ήξεραν πότε συμβαίνει η σύλληψη στον καταμήνιο κύκλο, ωστόσο το 34% πίστευε ότι δεν μένει έγκυο με μία μόνο επαφή. Τα δε αγόρια φάνηκε να έχουν λιγότερες γνώσεις από τα κορίτσια σχετικά με την αναπαραγωγή και τη σεξουαλική επαφή. Για την πλειοψηφία των μαθητών και μαθητριών ήταν πιο σημαντικό η αποφυγή της εγκυμοσύνης από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατά την επαφή. Σε

έρευνα του 2006 που έγινε από τον Χρυσάνθου για το Ινστιτούτο Αναπαραγωγική Ιατρικής Κύπρου όπου διερευνήθηκαν οι γνώσεις και η ικανότητα των εφήβων μαθητών-τριών Γυμνασίου και Λυκείου να αναγνωρίζουν προβλήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική υγεία και συμπεριφορά καθώς και να προστατεύονται, φάνηκε ότι:

- οι γνώσεις τους για στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τη χρήση του προφυλακτικού, τις γόνιμες μέρες και το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης ήταν περιορισμένες
- ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού ξεκινά τις επαφές από τα 14- 16 έτη
- το 25% των ερωτώμενων ήταν ήδη σεξουαλικά ενεργά (σε σύγκριση με το 2000 αναφέρεται ότι το ποσοστό είχε διπλασιαστεί)
- οι περισσότεροι μαθητές και μαθήτριες ανέφεραν ότι άλλαζαν συχνά συντρόφους
- το 10% αναφέρει ότι είχε τουλάχιστον μια ομοφυλοφιλική επαφή
- ένας μεγάλος αριθμός παιδιών αντλούν πληροφόρηση από φίλους και το διαδίκτυο
- τα $\frac{3}{4}$ των αγοριών και το $\frac{1}{4}$ των κοριτσιών βλέπουν συχνά πορνογραφικό υλικό
- υστερούν στην φροντίδα του γεννητικού συστήματος
- το $\frac{1}{5}$ των σεξουαλικά ενεργών δεν χρησιμοποιεί προφυλακτικό ενώ μόνο το $\frac{1}{2}$ το χρησιμοποιούν πάντα
- το $\frac{1}{4}$ του πληθυσμού της έρευνας αντιμετώπιζε ψυχολογικά προβλήματα που αφορούσαν στις σχέσεις
- αρκετά παιδιά είχαν προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και αρκετά κορίτσια είχαν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληξε σε έκτρωση
- αρκετά παιδιά έκαναν χρήση αλκοόλ και ουσιών ενώ ένα μεγάλο ποσοστό κάπνιζε για λόγους «ψυχολογικούς» όπως ανέφεραν και μεταξύ αυτών ήταν και τα προβλήματα στην ερωτική ζωή.

Όσο αφορά στις αντιλήψεις και τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων στην Ελλάδα, σε μελέτη που έγινε σε δείγμα 523 μαθητών-τριών στη Θεσσαλονίκη για τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων βρέθηκε ότι:

- Το 20% των εφήβων ήταν σεξουαλικά ενεργό
- Η σεξουαλική δραστηριότητα είχε αρχίσει για το 44.3% των εφήβων στα 14έτη και το 33% γύρω στα 15 έτη
- Από του σεξουαλικά ενεργούς εφήβους το 76% δήλωσε ότι στην τελευταία πρόσφατη επαφή χρησιμοποίησαν προφυλακτικό ενώ το 21% δεν χρησιμοποίησε καμία αντισυλληπτική μέθοδο
- Επίσης φάνηκε ότι πιο πιθανό να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα ήταν τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, οι έφηβοι που καπνίζουν και όσοι φοιτούσαν σε επαγγελματικό λύκειο, καταδεικνύοντας τη σχέση του φύλου, και άλλων κοινωνικών χαρακτηριστικών με επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές.

Η μελέτη καταλήγει ότι χρειάζεται περισσότερο έρευνα στο τι γνώσεις τελικά χρειάζονται οι έφηβοι και με ποιο τρόπο τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής θα καταφέρουν να επηρεάσουν τους έφηβους σε ικανοποιητικό βαθμό (Πατσεάδου, 2008). Σε ανασκόπηση της Ηλιάδου και Παλάσκα (2008) για τη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη διαπιστώθηκε ότι:

- σε αντίθεση με τους Ευρωπαίους εφήβους που έχουν ως κύρια πηγή ενημέρωσης το σχολείο οι Έλληνες έχουν τους φίλους τους
- οι Έλληνες έφηβοι φαίνονται ως λιγότερο ενημερωμένοι σε σχέση με τα άλλα κράτη
- τα αγόρια των μεσογειακών χωρών όπως η Ελλάδα ήταν πιο έμπειρα σεξουαλικά και ενεργά σε σχέση με τα κορίτσια, ενώ το αντίστροφο συμβαίνει στις Β. Ευρωπαϊκές χώρες
- οι πλειοψηφία των εφήβων προτιμά τις «φυσικές» και «παραδοσιακές» μεθόδους αντισύλληψης όπως η διακεκομμένη επαφή

Σε έρευνα της Tsitsika και άλλων το 2009 σε 1538 μαθητές γυμνάσια και λύκεια της Αθήνας φάνηκε ότι:

- ο μέσος όρος έναρξης των σεξουαλικών επαφών είναι τα 14-15 έτη,

- αν και το 90,6% των εφήβων ανέφερε ότι χρησιμοποιεί προφυλακτικό μόνο το 32% το χρησιμοποιεί συστηματικά σε κάθε επαφή
- από τα κορίτσια το 8,2% είχε κάνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης.

Σε άλλη έρευνα της Tsistika και άλλων που δημοσιεύτηκε το 2014 σε δείγμα 1074 μαθητών και μαθητριών από 14-16 ετών αναφέρεται ότι:

- το 21,8% ήταν σεξουαλικά ενεργό
- η μέση ηλικία έναρξης ήταν τα 14 έτη
- η πιο δημοφιλής μέθοδος αντισύλληψης ήταν το προφυλακτικό κατά 79,9% και η διακεκομμένη επαφή κατά 38,9%
- χρήση της επείγουσας αντισύλληψης έγινε από το 9,6%
- οι σεξουαλικά ενεργοί έφηβοι είχαν προβλήματα με επιθετικότητα, αποκλίνουσα συμπεριφορά και δυσκολίες στην επικοινωνία, στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους και γενικότερα συναισθηματικά προβλήματα.

Όσο αφορά στις πιο δημοφιλείς μεθόδους αντισύλληψης όπως είδαμε και παραπάνω είναι η διακεκομμένη επαφή, το προφυλακτικό και η έκτρωση (Ioannidi-Karolou, 2004). Όσο αφορά στις εκτρώσεις έρευνα της Μαντοφορου και άλλων αναφέρει ότι το 2004 ότι το 65% των εγκύων εφήβων οδηγήθηκε σε έκτρωση. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε την ανάγκη για καλά σχεδιασμένες παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τους τις ανάγκες των εφήβων. Σχετικά με τη στάση των μαθητών απέναντι στην σεξουαλική αγωγή στα σχολεία ενδεικτικά θα αναφέρουμε κάποιες έρευνες που έχουν γίνει σε μαθητές σε διάφορα κράτη οι οποίες καταδεικνύουν γνώσεις, αντιλήψεις και στάσεις των μαθητών σε σχέση με την ανάγκη σε σχεδιασμό παρεμβάσεων αγωγής υγείας. Σε ποιοτική έρευνα (Javadnoori, 2012) που έγινε σε εφήβους στο Ιράν διαπιστώθηκε ότι οι μαθητές και μαθήτριες⁴:

- ένιωθαν ότι η σεξουαλική αγωγή με το περιεχόμενο και τον τρόπο που γίνονταν δεν ανταποκρίνονταν στις ανάγκες τους

⁴<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730460/>

- ένιωθαν ότι οι ενήλικες είχαν μια τάση να τους τρομοκρατούν σχετικά με τις συνέπειες της σεξουαλικής επαφής και δεν μπορούσαν να τους εμπιστευτούν
- είχαν αρνητική εικόνα για τη σεξουαλική αγωγή στα σχολεία που όπως δήλωσαν οφειλόταν στην ανεπάρκεια των γνώσεων των ενήλικων που έκαναν αγωγή υγείας, στην επικριτική τους στάση των ενήλικων και στον επιφανειακό και αποσπασματικό χαρακτήρα των παρεμβάσεων στα σχολεία.

Στην Αγγλία σε έρευνα του Bourton (2006) φάνηκε επίσης ότι οι έφηβοι θεωρούσαν πως:

- η σεξουαλική αγωγή στα σχολεία ήταν ανεπαρκής
- θα έπρεπε να ξεκινάει νωρίτερα
- και να γίνεται από κάποιον άλλο επαγγελματία και όχι από εκπαιδευτικούς.

Σε άλλη έρευνα (Byers et al., 2003) σε μαθητές γυμνασίου φάνηκε να έχουν θετική στάση απέναντι στην σεξουαλική αγωγή αλλά και σε αυτή την περίπτωση:

- θεωρούσαν ανεπαρκή τα όσα γίνονταν στο σχολείο
- επιθυμούσαν να δοθεί περισσότερη έμφαση σε πρακτικές δεξιότητες, να προσφέρονται πιο ρεαλιστικές πληροφορίες που να συνάδουν με την πραγματική ζωή και τις ανάγκες τους

Σε έρευνα με συνδυασμό μεθόδων ποιοτικών και ποσοτικών (συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια κ.α) που έγινε από το Πανεπιστήμιο του Wageningen την περίοδο 2013-2014 για την αγωγή υγείας στα σχολεία, οι μαθητές που ρωτήθηκαν στα πλαίσια της μελέτης δήλωσαν:

- ότι δεν χρειάζονται εκπαίδευση σχετικά με θέματα που έχουν ήδη ακούσει πολλά
- ότι επιθυμούν τα μαθήματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης να είναι περισσότερο ενσωματωμένα στο πρόγραμμα του σχολείου και να εξαρτώνται λιγότερο από την προθυμία των μεμονωμένων εκπαιδευτικών να τα διδάξουν.

Στην ίδια έρευνα του Χρυσάνθου (2006) που αναφέραμε παραπάνω η πλειοψηφία των μαθητών δήλωσε:

- ότι μάθημα της σεξουαλικής αγωγής πρέπει να αρχίζει από το γυμνάσιο
- ότι επιθυμεί καλύτερη ενημέρωση και υποστήριξη από το σχολείο και την οικογένεια για θέματα σεξουαλική αγωγής.

Τα παραπάνω είναι ενδεικτικά στοιχεία ότι αφενός οι μαθητές έχουν άποψη σχετικά με την σεξουαλική αγωγή, αφετέρου ενδιαφέρονται να μάθουν για θέματα που τους απασχολούν αλλά η σεξουαλική αγωγή που τους προσφέρεται δεν καλύπτει τις ανάγκες τους. Με δεδομένο τα όσα είδαμε παραπάνω συνάγουμε συμπεράσματα για τις ανάγκες των εφήβων τις οποίες πρέπει να καλύψει η σεξουαλική αγωγή στα σχολεία. Στη συνέχεια θα δούμε ποιο είναι το πλαίσιο και το περιεχόμενο της προσφερόμενης σεξουαλικής αγωγής στο ελληνικό σχολείο.

2.2 Εκπαιδευτικό και θεσμικό πλαίσιο- Αναλυτικά προγράμματα στην Ελλάδα και την Ευρώπη

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει διαμορφώσει για τα κράτη μέλη της ένα πλαίσιο για την αγωγή υγείας, ωστόσο υπάρχει πολυμορφία και διαφορές στα εκπαιδευτικά συστήματα και στα συστήματα υγείας κάθε κράτους μέλους. Το 1988 τα 12 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας ψηφίζουν την εισαγωγή της Αγωγής Υγείας στα σχολεία (Αθανασίου, 2007). Το πρώτο Ευρωπαϊκό συνέδριο για την αγωγή υγείας το 1990 στο Δουβλίνο καθόρισε κάποιες βασικές αρχές για το σχεδιασμό και την αποτελεσματικότητα των εθνικών προγραμμάτων αγωγής υγείας όπως:

- Συμμετοχή όλης της κοινότητας στα προγράμματα (μαθητές, εκπαιδευτικοί, γονείς, κα.)
- Εκπαίδευση των εκπαιδευτικών

Η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών με βάση το ψήφισμα πρέπει να περιλαμβάνει την έννοια της υγείας, παράγοντες που επιδρούν στην υγεία, συνιστώσες του υγιεινού τρόπου ζωής, αναγνώριση ζητημάτων υγείας που πρέπει να συμπεριληφθούν στη διδασκαλία, αντίληψη του ρόλου τους στην προαγωγή υγείας

των μαθητών, κατανόηση- αναγνώριση των γνώσεων, αντιλήψεων και στάσεων των μαθητών για ζητήματα υγείας (υιοθέτηση αναπτυξιακά κατάλληλων πρακτικών), χρήση σύγχρονων διδακτικών προσεγγίσεων-εκπαιδευτικού υλικού και άλλων μέσων, σχεδιασμός και παραγωγή υλικών αγωγής υγείας και αξιολόγηση του έργου τους) (Αθανασίου, 2007). Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 1567/2003 (άρθ. 2) οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα σε «επαρκή πρόσβαση στις πληροφορίες, την εκπαίδευση και τις υπηρεσίες σε θέματα που αφορούν την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία και τα δικαιώματά τους ως προς αυτή» (Ioannidi- Karolou&Agrafiotis, 2005). Σήμερα στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες η σεξουαλική αγωγή έχει ενσωματωθεί στα αναλυτικά προγράμματα των σχολείων είτε ως υποχρεωτικό είτε ως προαιρετικό μάθημα. Στην Ολλανδία και τη Σουηδία διδάσκεται από το νηπιαγωγείο μέσα από Διαθεματική προσέγγιση της γνώσης (Κρουσταλάκης, 2005). Στην Αγγλία ωστόσο δεν ακολουθείται μια συστηματική ολιστική προσέγγιση για αυτό και τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο ικανοποιητικά. Το ίδιο συμβαίνει και σε άλλες χώρες όπου η σεξουαλική αγωγή περιορίζεται σε αποσπασματικές παρεμβάσεις ή μη ολοκληρωμένες (περιορίζονται σε συγκριμένα μόνο θέματα). Συνήθως σε χώρες όπως Πολωνία, Ιρλανδία κοινωνικές και θρησκευτικές παράμετροι εμποδίζουν μια ολοκληρωμένη και συστηματική σεξουαλική αγωγή (Κούτα & Αθανασοπούλου, 2010). Στην Ελλάδα η σεξουαλική αγωγή είναι μέρος της Αγωγής Υγείας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας αποτελούν τμήμα των ωρολογίων και αναλυτικών προγραμμάτων των σχολείων με την ανάλογη διδασκόμενη ύλη και τις σχετικές δραστηριότητες (άρθρο 7, ν. 2817/ΦΕΚ78/14-3- 2000).

Για τη διδασκαλία της αγωγής υγείας Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Πολιτισμού και Αθλητισμού έχει καθιερωθεί η μεθοδολογία της Ερευνητικής Εργασίας- project ως «διακριτή ενότητα του Προγράμματος Σπουδών η οποία περιέχει *«...κυρίαρχα τα στοιχεία της ενεργού εμπλοκής των μαθητών, της επιλογής, της κριτικής και δημιουργικής σκέψης και της σύνδεσης των προσωπικών βιωμάτων με τη σχολική γνώση και αυτών με τις πραγματικές καταστάσεις ζωής...»* (Ματσαγγούρας και άλλοι., 2011).

Πιο αναλυτικά, στο Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών και στα Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αναφέρεται ότι *«Η Αγωγή Υγείας στα σχολεία είναι μία κατεξοχήν*

διαθεματική δραστηριότητα, η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη σύνδεση του σχολείου με την κοινωνική πραγματικότητα. Σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών, αφενός με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων της και της κριτικής της σκέψης, αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός της. Γενικοί στόχοι της Αγωγής Υγείας είναι η προάσπιση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας. Η πρόληψη του αποκλεισμού των νεαρών ατόμων από την κοινωνία και την αγορά εργασίας. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η διαμόρφωση ατόμων με κριτική στάση. Η μείωση της σχολικής αποτυχίας και της πρόωρης εγκατάλειψης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης».

Εν προκειμένω ένας βασικός άξονας της αγωγής υγείας είναι η «σεξουαλική αγωγή-διαφυλικές σχέσεις» με περιεχόμενο τα «σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (AIDS, Ηπατίτιδα Β), πρόληψη παιδικής κακοποίησης». Αυτή η θεματική ενότητα αναφέρεται ότι «μπορεί να ερευνηθεί διαθεματικά (διεπιστημονική προσέγγιση της γνώσης μέσα από την επεξεργασία ποικίλων θεματικών ενοτήτων) με προεκτάσεις στο μάθημα της Χημείας, Ιστορίας, Γεωγραφίας, Βιολογίας (Α΄ γυμνασίου: αναπαραγωγή στον άνθρωπο- καταμμήνιος κύκλος, κύηση, τοκετός, υπογονιμότητα, Βιολογία Γ΄ γυμνασίου: ανακαλύπτοντας τον κόσμο των μικροβίων- σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, Βιολογία Α΄ λυκείου: αναπαραγωγικό σύστημα, γονιμοποίηση, ανάπτυξη εμβρύου, τοκετός, ΣΜΝ, αντισύλληψη, Β΄ λυκείου (κατεύθυνσης): αναπαραγωγή, αναπαραγωγικό σύστημα, καταμμήνιος κύκλος, γονιμοποίηση, κύηση, τοκετός, ΣΜΝ, Γ΄ λυκείου: παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου, ΣΜΝ, καρκίνος, AIDS, εμβόλια και φάρμακα) Πολιτικής και Κοινωνικής Αγωγής, Οικιακής Οικονομίας (αγωγή υγείας, σεξουαλική αγωγή, σύνδεση συμπεριφοράς και υγείας, ΣΜΝ, οικογενειακός προγραμματισμός, σεξουαλική βία), Φυσικής Αγωγής, των Θρησκευτικών, Μαθηματικών κ.λ.π.».

Πιο αναλυτικά στο ΑΠΣ αγωγής υγείας του νηπιαγωγείου αναφέρονται τα εξής:

- Στόχοι: Οι μαθητές να αντιληφθούν ορισμένες αξίες που αφορούν τα ζητήματα υγείας και να εφαρμόσουν τις σχετικές αρχές, να αναπτύξουν αυτοεκτίμηση. Να καλλιεργήσουν τις σχέσεις τους με

τους άλλους και να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να ακολουθούν τους βασικούς κανόνες υγιεινής.

- Θεματικές ενότητες: Ο εαυτός μου Α) Φροντίδα του εαυτού μου Παρατηρώ τον εαυτό μου. Πώς είμαι. Πώς ξέρω τι συμβαίνει γύρω μου. Περιποιούμαι και φροντίζω το σώμα μου (πώς πλένομαι, πώς ντύνομαι, πώς τρώω). Πώς ήρθα στον κόσμο. Τα μωρά μεγαλώνουν μέσα στη μητέρα πριν γεννηθούν. Πώς δημιουργούνται τα παιδιά. Πώς φροντίζουμε τα μωρά. Σύνδεση με ειδικότερα θέματα όπως: διατροφή, φυσική άσκηση και υγεία, υγιεινή σώματος, στοματική υγιεινή, σεξουαλική αγωγή.
- Δραστηριότητες: Παιχνίδια ρόλων (δραματοποίηση, κουκλοθέατρο, θέατρο σκιών) Καλλιτεχνική δημιουργία (ζωγραφική, πλαστελίνη, επικόλληση εικόνων (κολλάτζ), πλαστική, κατασκευές) Δουλειά σε μικρές ομάδες Μιμητικά παιχνίδια Ασκήσεις ελεύθερου συνειρμού: Τα παιδιά ζωγραφίζουν τον εαυτό τους, τους φίλους τους, την οικογένειά τους.

Στο ΑΠΣ του δημοτικού σχολείου αναφέρονται τα εξής:

- Στόχοι για την Α΄ και Β΄ τάξη: Οι μαθητές να αντιληφθούν ορισμένες αξίες που αφορούν τα ζητήματα υγείας και να εφαρμόσουν τις σχετικές αρχές, να αναπτύξουν αυτοεκτίμηση. Να καλλιεργήσουν τις σχέσεις τους με τους άλλους και να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να ακολουθούν τους βασικούς κανόνες υγιεινής.
- Θεματικές ενότητες Α΄ και Β΄ τάξη: Α) Ο εαυτός μου Τι σημαίνει «μεγαλώνω». Πώς αλλάζει η σωματική μου διάπλαση. Τι χρειαζόμαστε για την ανάπτυξη. Πώς φροντίζω τον εαυτό μου, οι ευθύνες μου. Σύνδεση με ειδικότερα θέματα όπως: διατροφή, υγιεινή, άσκηση, αγάπη και φροντίδα, Σεξουαλική Αγωγή.
- Στόχοι για την Γ΄ και Δ΄ τάξη: Οι μαθητές να αντιληφθούν ορισμένες αξίες που αφορούν τα ζητήματα υγείας και να εφαρμόσουν τις σχετικές αρχές. Να αναπτύξουν αυτοεκτίμηση. Να καλλιεργήσουν τις σχέσεις τους με τους άλλους και να αποκτήσουν γνώσεις και

δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να ακολουθούν τους βασικούς κανόνες υγιεινής.

- Θεματικές ενότητες Γ΄ και Δ΄ τάξη: Α) Ο εαυτός μου Φροντίδα εαυτού μου Ψυχική Υγεία Πώς αντιμετωπίζω τη ζήλια, τους φόβους, τις συγκρούσεις. Η σχέση μου με τους άλλους Κοινωνική Υγεία. Σύνδεση με ειδικότερα θέματα όπως: Σεξουαλική Αγωγή, διαφυλικές σχέσεις, ανθρώπινες σχέσεις.
- Στόχοι για την Ε΄ τάξη: Να γνωρίσουν τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα τους, να μιλήσουν για τα ανάμεικτα πιθανόν συναισθήματα που συνοδεύουν τις αλλαγές αυτές και να τις εντάξουν στη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Να κατανοήσουν τη διαφορετικότητα αλλά και την ομοιότητα τους με τους άλλους: Ο καθένας είναι μοναδικός ως προσωπικότητα αλλά και όμοιος με τους άλλους ως μέλος μιας ομάδας (π.χ. οικογένεια, ομάδα συνομηλίκων, σχολική τάξη).
- Θεματικές ενότητες για την Ε΄ τάξη: Α) Ποιος είμαι Η εξωτερική μου εμφάνιση Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς μου Τα ενδιαφέροντα και οι συνήθειές μου. Σύνδεση με ειδικότερα θέματα όπως: η φροντίδα του σώματος (διατροφή, άσκηση, υγιεινή σώματος). Β) Πώς αλλάζω Οι αλλαγές στο σώμα μου. Συναισθήματα που συνοδεύουν αυτές τις αλλαγές. Σύνδεση με ειδικότερα θέματα όπως: η εμφάνιση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, η λειτουργία της αναπαραγωγής.
- Δραστηριότητες για όλες τις τάξεις προτείνονται: Ανάπτυξη της δυναμικής της ομάδας Παιχνίδια Ρόλων Ερωτηματολόγια Έρευνα Καλλιτεχνική δημιουργία Δουλειά σε μικρές ομάδες Μιμητικά Παιχνίδια Ασκήσεις ελεύθερου Συνειρμού.

Για την Στ΄ τάξη δεν προβλέπεται κάτι σχετικά με την σεξουαλική αγωγή, η αγωγή υγείας επικεντρώνεται στις σχέσεις με την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον.

Στο ΑΠΣ του γυμνασίου αναφέρονται τα εξής:

- Στόχοι για την Α΄τάξη: Να αναζητήσουν και να προβληματιστούν σχετικά με τους παράγοντες που συντελούν στη μέχρι τώρα διαμόρφωση της ατομικής τους ταυτότητας. Γνωρίζοντας καλύτερα τον εαυτό μας έχουμε τη δυνατότητα να κατανοήσουμε καλύτερα τον τρόπο που σχετιζόμαστε με τους άλλους. Να συνειδητοποιήσουν τη σημασία των συναισθημάτων τους και πώς ο τρόπος με τον οποίο τα διαχειρίζονται επηρεάζει τη σχέση τους με τους άλλους αλλά και το πώς νιώθουν για τον εαυτό τους.
- Θεματικές ενότητες για την Α΄τάξη: Οι αλλαγές στην εφηβεία. Ομοιότητες και διαφορές στο βαθμό και το ρυθμό αλλαγής σε σχέση με τους άλλους. Πώς αισθάνομαι γι' αυτές τις αλλαγές. Οι προσωπικές μου ανάγκες, οι επιθυμίες μου, τα ενδιαφέροντά μου, οι προσωπικές μου φιλοδοξίες. Σύνδεση με ειδικότερα θέματα όπως: παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη του καπνίσματος στην εφηβεία, εικόνα εαυτού και διατροφή, οι σωματικές αλλαγές στην εφηβεία και η αφύπνιση της σεξουαλικότητας. Συναισθήματα Αναγνωρίζω τα συναισθήματα μου. Εκφράζω τα συναισθήματα μου. Αντιμετωπίζω καταστάσεις που προκαλούν "δύσκολα" συναισθήματα (απώλεια, σύγκρουση). Σύνδεση με ειδικότερα θέματα όπως: τι κάνουν συνήθως οι άνθρωποι για να αλλάξουν τη διάθεσή τους και να νιώσουν καλύτερα (διατροφή, χρήση καπνού)
- Στόχοι για την Β΄τάξη: Να αναδειχθούν οι τρόποι επικοινωνίας ανάμεσα στον έφηβο και στους "σημαντικούς άλλους" στη ζωή του, η αλληλεπίδραση μεταξύ τους και πώς αυτή επηρεάζει και διαμορφώνει στάσεις, συμπεριφορές, συναισθήματα, ανάγκες και επιθυμίες.
- Θεματικές ενότητες Β΄τάξη: Η σχέση μου με τους άλλους. Πώς επηρεάζουν οι άλλοι τη συναισθηματική κατάσταση και τις επιλογές μου. Ο ρόλος μου στην οικογένεια, οι σχέσεις μου με τα μέλη της. Η σχέση μου με τους συνομηλίκους (επιλογή, προσέγγιση, προσδοκίες). Η σχέση μου με το άλλο φύλο (επιλογή, προσέγγιση, προσδοκίες). Προβλήματα επικοινωνίας στην οικογένεια, το σχολικό και το φιλικό περιβάλλον. Αντιμετώπιση των συγκρούσεων, της άρνησης, της κριτικής (φυγή, επίλυση). Σύνδεση με ειδικότερα θέματα

όπως: πώς επηρεάζομαι από τους άλλους σε θέματα διατροφής, σεξουαλικής συμπεριφοράς, ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς, χρήσης ουσιών, πώς αντιμετωπίζω περιπτώσεις πίεσης από τους άλλους για θέματα που αφορούν στην προσωπική μου ασφάλεια, τη χρήση ουσιών, τις σχέσεις μου με το άλλο φύλο.

- Στην Γ΄ τάξη δεν προβλέπεται κάτι σχετικά με τη σεξουαλική αγωγή. Η αγωγή υγείας επικεντρώνεται στην κατανόηση της κοινωνική αλληλεπίδρασης με τους «άλλους».
- Για όλες τις τάξεις προτείνονται δραστηριότητες: Ανάπτυξη της δυναμικής της ομάδας Παιχνίδια Ρόλων Ερωτηματολόγια Έρευνα Καλλιτεχνική δημιουργία Δουλειά σε μικρέςομάδεςΜιμητικά Παιχνίδια Ασκήσεις ελεύθερου Συνειρμού.

Στα εισαγωγικά κείμενα των ΔΕΠΠΣ και ΑΠΣ Τονίζεται δε ότι: «*Η σύγχρονη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας, δεν στηρίζεται πλέον στην απλή ενημέρωση και μεταφορά γνώσεων σε εξειδικευμένα θέματα υγείας. Αντίθετα, αφορά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για επιλογές που προασπίζουν και προάγουν την ψυχική και σωματική υγεία και την κοινωνική ευεξία, μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση. Η ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων βασίζεται στη βελτίωση της αυτοπεποίθησης του ατόμου, και της δυνατότητας ως συνέπεια της ενδυνάμωσης των ικανοτήτων του να διαπραγματεύεται και να προβαίνει σε σωστές επιλογές. Στη μεθοδολογία αυτή προτείνεται, η προσέγγιση της σχολικής τάξης ως ομάδας η εστίαση στην παιδαγωγική σχέση η ενεργητική ακρόαση ως τρόπος επικοινωνίας. Ως καταλληλότερο μοντέλο προσέγγισης προτείνεται το Ψυχοκοινωνικό, το οποίο εισάγει την έννοια των κοινωνικών δεξιοτήτων και αναπτύσσει: τρόπους επικοινωνίας τρόπους επίλυσης συγκρούσεων τρόπους λήψης αποφάσεων τρόπους συνειδητής επιλογής κ.ά. (...) Η βασική θεματολογία αναπτύσσεται με μεθόδους ενεργητικής μάθησης όπως: ασκήσεις ελεύθερου συνειρμού, παίξιμο ρόλων, δουλειά σε μικρέςομάδες, καλλιτεχνική δημιουργία κ.λ.π.».*

Οδηγίες σχετικά με την υλοποίηση των τν προγραμμάτων αγωγής υγείας αναφέρουν ότι «*οι εκπαιδευτικοί που αναλαμβάνουν προγράμματα Αγωγής Υγείας συνεργάζονται με τους Υπεύθυνους Αγωγής Υγείας της Δ/σης Π/θμιας και Δ/θμιας Εκπαίδευσης. Οι Υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας έχουν τακτικές μηνιαίες συναντήσεις με τους εκπαιδευτικούς (συντονιστές των προγραμμάτων) όπου γίνεται συζήτηση και*

αξιολόγηση της εφαρμογής καθώς και διορθωτικές παρεμβάσεις για την επίλυση προβλημάτων. Οι Υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας στηρίζουν τους εκπαιδευτικούς με εταχύρρυθμα επιμορφωτικά σεμινάρια και προωθούν συνεργασίες των σχολείων με φορείς εξειδικευμένους σε θέματα Αγωγής Υγείας. Οι Υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας στο τέλος της σχολικής χρονιάς αποστέλλουν τις εκθέσεις τους εκτός από την Δ/ση Σπουδών Π/θμιας και Δ/θμιας του ΥΠΕΠΘ και στο Π.Ι. Για τα προγράμματα «Αγωγής Υγείας», μέχρι 15 μαθητές αναλαμβάνει ένας (1) εκπαιδευτικός. Πάνω από 15 μαθητές αναλαμβάνουν δύο (2) εκπαιδευτικοί»

Η αξιολόγηση των προγραμμάτων γίνεται «με ερωτηματολόγια τα οποία απευθύνονται στους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς, γονείς κ.ά. (όπου ελέγχονται ποσοτικούς δείκτες (π.χ. πόσοι μαθητές συμμετείχαν αρχικά στο πρόγραμμα και πόσοι παρέμειναν ως το τέλος) και ποιοτικούς δείκτες (π.χ. στάσεις, συμπεριφορές), σε επίπεδο τάξης – ομάδας και σχολικής μονάδας, συλλέγουμε πληροφορίες από αυτούς που συμμετέχουν ή δέχονται επιδράσεις από το πρόγραμμα). Επίσης γίνεται με καταγραφή σχεδίων ή ημερολογίων εργασίας των ατόμων που παίρνουν μέρος στο πρόγραμμα και η αξιολόγηση των παραγόμενων προϊόντων του προγράμματος, τόσο κατά τις επί μέρους συναντήσεις όσο και κατά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Στο τέλος της σχολικής χρονιάς οι ίδιοι οι μαθητές παρουσιάζουν το πρόγραμμά τους σε ολόκληρη την σχολική μονάδα».

Όσο αφορά στο διδακτικό υλικό προτείνεται το υλικό του ΥΠΕΠΘ που αποτελείται από επτά πακέτα για τις επτά θεματικές ενότητες που περιλαμβάνουν έντυπο υλικό βιντεοκασέτες, (CD-ROM) και Slides για την Ψυχική Υγεία, τις Διαπροσωπικές Σχέσεις, την Πρόληψη Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών, την Διατροφή και τις Διατροφικές Συνήθειες, τη Σεξουαλική Αγωγή και τις Διαφυλικές Σχέσεις, Κυκλοφοριακή Αγωγή- Ατυχήματα, Στοματική Υγιεινή, Καρδιαγγειακά Νοσήματα-Φυσική Άσκηση.

2.3 Δράσεις και παρεμβάσεις αγωγής υγείας στην Ελλάδα

Πέραν από την αγωγή υγείας που υπάρχει η δυνατότητα να ασκηθεί στα πλαίσια των μαθημάτων του ΑΠΣ των σχολείων σημαντική συμβολή στην αγωγή των παιδιών έχουν και οι παρεμβάσεις και τα προγράμματα αγωγής υγείας που γίνονται

από επαγγελματίες υγείας και άλλους φορείς του συστήματος υγείας. Το νομοθετικό πλαίσιο για παρεμβάσεις προαγωγής και αγωγής υγείας στην Ελλάδα δημιουργείται μόλις το 1990 με τη συγκρότηση και λειτουργία των Συμβουλευτικών Σταθμών Νέων στις Διευθύνσεις και στα Γραφεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης για την προαγωγή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στους μαθητές και η θεματολογία αφορά σε ναρκωτικά, αλκοόλ, κάπνισμα, πρόληψη καρκίνου, AIDS, πρόληψη ατυχημάτων. Το Υπουργείο παιδείας έχει σχεδιάσει για θέματα που αφορούν στην υγεία και στην ασφάλεια των μαθητών/τριών την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία με στόχο την Πρόληψη και Προαγωγή της Υγείας οργανωμένα από το 1996 στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και από το 2001 και στην Πρωτοβάθμια. Σύμφωνα με το κείμενο του Υπουργείου για την αγωγή υγείας: *«Η Αγωγή Υγείας στα σχολεία είναι μια καινοτόμος δράση η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης και στη σύνδεσή της με την κοινωνική πραγματικότητα. Αποτελεί την πρώτη προσέγγιση για τον περιορισμό των φαινομένων εκείνων που απειλούν τη σωματική και ψυχική υγεία των νέων ατόμων και συντελούν στον κοινωνικό τους αποκλεισμό και στον αποκλεισμό από την αγορά εργασίας. Η ενίσχυση των προγραμμάτων αγωγής υγείας μέσα στο τυπικό σύστημα εκπαίδευσης αποτελεί αναγκαιότητα για την αποτελεσματική πρόληψη σε επίπεδο προαγωγής της υγείας. Μέχρι πρόσφατα τα προγράμματα ήταν ενταγμένα στο πλαίσιο της ευέλικτης ζώνης είτε για συμπλήρωση ωραρίου στο Λύκειο, ενώ πρόσφατα με τα νέα προγράμματα σπουδών ενσωματώνονται κανονικά μέσα στο αναλυτικό πρόγραμμα του γυμνασίου αποκτώντας μεγαλύτερη βαρύτητα. Η εισαγωγή των ερευνητικών εργασιών ως αυτόνομο πεδίο στο λύκειο δίνει την δυνατότητα εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας και μέσα στο πλαίσιο των σχεδίων εργασίας (project). Πρόκειται για βιωματική και επικοινωνιακή μορφή διδασκαλίας ενώ, οι παιδαγωγικοί στόχοι που τίθενται είναι πολλοί δεν αφορούν στην κατανόηση ενός μόνο γνωστικού αντικειμένου αλλά επεκτείνονται σε διδακτικές ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους. Η προοπτική η αγωγή υγείας να αποτελέσει αυτόνομο μάθημα στο πλαίσιο του αναλυτικού προγράμματος σε όλη την διάρκεια της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ίσως τελικά να είναι το ζητούμενο ώστε, να μπορούν τα όλα τα παιδιά να έχουν ισότιμη πρόσβαση στο πεδίο των ζητημάτων που επεξεργάζεται η αγωγή υγείας διατηρώντας τη μεθοδολογία και τις τεχνικές μάθησης που εφαρμόζονται στα προγράμματα αγωγής υγείας λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο με τον οποίο οι ατομικές αντιλήψεις και οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων συνδέονται με το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον».*

Σύμφωνα με το κείμενο του ΕΣΠΑ για την υγεία την περίοδο 2014- 2020 προκειμένου για την ενίσχυση της προαγωγής της υγείας προβλέπονται μεταξύ άλλων τα παρακάτω:

- Προγράμματα ευαισθητοποίησης - επιμόρφωσης εκπαιδευτικών σε θέματα Δημόσιας Υγείας
- Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας σε ειδικούς πληθυσμούς
- Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας στο μαθητικό πληθυσμό
- Ενίσχυση της Αγωγής Υγείας στα σχολεία.

Τα προγράμματα αγωγής υγείας είναι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε ομαδικό πλαίσιο που έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Στηρίζονται σε βιωματικές δραστηριότητες και στοχευμένες εκπαιδευτικές τεχνικές
- Προάγουν την ενεργό συμμετοχή των μαθητών
- Προάγουν τη δυνατότητα των μαθητών να ανακαλύψουν τη γνώση μέσα από έρευνα και κριτικό στοχασμό
- Δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων και στη διαμόρφωση στάσεων με στόχο την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν τη σωματική και ψυχική υγεία (Δαρβίρη, 2007).

Μέσα από καθορισμένες διαδικασίες αίτησης και έγκρισης οι εκπαιδευτικοί ζητούν άδεια από τις κατά τόπους διευθύνσεις Εκπαίδευσης των Περιφερειών για να υλοποιήσουν στις τάξεις τους προγράμματα αγωγής υγείας που κατά περίπτωση ζητούν τη συνδρομή επαγγελματιών υγείας (μαιών, επισκεπτριών υγείας κ.α). Οι παρεμβάσεις τονίζεται ότι θα πρέπει να πραγματοποιούνται χωρίς να παρακωλύεται η ομαλή λειτουργία των σχολείων και γίνονται κατόπιν συνεννόησης με τους Διευθυντές/ντριες και τον Σύλλογο Διδασκόντων αυτών. Για τη συμμετοχή των μαθητών απαιτείται η έγγραφη σύμφωνη γνώμη των γονέων ή κηδεμόνων. Η διάρκεια ενός προγράμματος αγωγής υγείας μπορεί να είναι κατά μέσον όρο 5 μήνες. Υλοποιείται εκτός ωρολογίου προγράμματος, προαιρετικά, από ένα ή δύο εκπαιδευτικούς και ομάδα 15-30 μαθητών. Διατίθεται γι αυτό το σκοπό ένα δίωρο

εβδομαδιαίως και εποπτεύεται από τον Υπεύθυνο αγωγής υγείας της οικείας Διεύθυνσης, αφού έχει εγκριθεί από την επιτροπή σχολικών δραστηριοτήτων της αντίστοιχης Διεύθυνσης. Τα προγράμματα χρηματοδοτούνται από εθνικούς πόρους και από τα Κοινωνικά Πλαίσια Στήριξης. Στην περίοδο 1997-2000 εφαρμόστηκαν 2100 προγράμματα σε εθνικό επίπεδο και 37 πιλοτικά προγράμματα με συνεργασία σχολείων και φορέων ενώ παράλληλα παράγεται και εκπαιδευτικό υλικό για την στήριξη των προγραμμάτων. Εκτός από τα προγράμματα που υλοποιούνται κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους τρέχουν και άλλες παρόμοιες παρεμβάσεις δίωρης διάρκειας καθώς και δράσεις, με κοινοτική χρηματοδότηση όπως λχ τη δράση για την πρόληψη του AIDS με τη μέθοδο *peereducation*. Σήμερα τα προγράμματα εξακολουθούν να υλοποιούνται εκτός ωρολογίου προγράμματος, προαιρετικά και χωρίς χρηματοδότηση.

Πληθώρα προγραμμάτων σχετικά με την αγωγή υγείας και τη σεξουαλική αγωγή έχουν υλοποιηθεί σε σχολεία υπό την επίβλεψη των αρμόδιων γραφείων Εκπαίδευσης. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε κάποιες δράσεις όπως αυτές που γίνονται στα πλαίσια του προγράμματος του «Κοινωνικού Σχολείου». Στο πρόγραμμα αυτό κάθε σχολείο μπορεί να δηλώσει συμμετοχή και να λάβει μέρος σε δράσεις που προϋποθέτουν την ενεργό συμμετοχή εκπαιδευτικών, μαθητών και γονέων. Σκοπός του προγράμματος είναι να προσφέρει στους μαθητές και μαθήτριες «γνώσεις, εμπειρίες και δεξιότητες απαραίτητες για την εξέλιξη τους σε υγιής και ενεργούς πολίτες». Περιλαμβάνει μια ποικιλία δραστηριοτήτων μεταξύ αυτών δράσεις για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών κ.α. Στο πρόγραμμα συμπεριλαμβάνονται και σχολές γονέων όπου συνεργάζονται με τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να προσφερθεί υποστήριξη και γνώσεις στους γονείς σχετικά με την πρόληψη των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, τη σεξουαλική αγωγή. Προγράμματα σεξουαλικής αγωγής επίσης προσφέρονται και από διάφορους φορείς όπως το Κέντρο Ειδικών Λοιμώξεων, την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Fakinos, 2010).

2.5 Προγράμματα-παρεμβάσεις σεξουαλικής αγωγής και αποτελεσματικότητα

Όσο αφορά τον προσανατολισμό των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής υπάρχουν δυο βασικά ρεύματα, της αποχής (abstinence) και της πολύπλευρης (comprehensive) σεξουαλικής αγωγής. Οι θεωρητικοί της αποχής υποστηρίζουν ότι:

- Οι νέοι λειτουργούν με το συναίσθημα και όχι με τη λογική
- Πρέπει να παρέχονται στους νέους λογικά και συνεπή μηνύματα για τη σεξουαλικότητα
- Ο μόνος τρόπος πρόληψης των ΣΜΝ και της ανεπιθύμητης κύησης είναι η αποχή και η εγκράτεια
- Η σεξουαλική επαφή είναι κάτι όμορφο αλλά μόνο στο πλαίσιο του γάμου ως εκ τούτου οι επαφές θα πρέπει να καθυστερήσουν μέχρι το γάμο
- Πρέπει να τονίζονται τα ψυχολογικά, κοινωνικά και βιολογικά οφέλη της αποχής και οι ψυχολογικές, κοινωνικές και βιολογικές βλάβες της επαφής
- Πρέπει να γίνεται αναφορά στα άλλα μέσα προφύλαξης όσο αφορά τα ποσοστά αποτυχίας τους
- Η αμοιβαία, πιστή και μονογαμική σχέση στα πλαίσια του γάμου είναι η ιδανική σεξουαλική συμπεριφορά
- Η γέννηση παιδιών εκτός γάμου έχει αρνητικές συνέπειες για τα παιδιά, τους γονείς και την κοινωνία
- Πρέπει να διδάσκεται η αποφυγή της σεξουαλικής παρενόχλησης και ότι τα ναρκωτικά και το αλκοόλ αυξάνουν κάνουν τους εφήβους ευάλωτους στη σεξουαλική παρενόχληση
- Πρέπει να διδάσκεται η σημασία της καλλιέργειας αυτοελέγχου πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας (Chin, etall., 2012).

Οι θεωρητικοί της πολύπλευρης αγωγής υποστηρίζουν ότι:

- Οι νέοι είναι ικανοί να λαμβάνουν αποφάσεις ή η ικανότητά τους βελτιώνεται όταν έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες
- Η αποχή ή η καθυστέρηση έναρξης των επαφών είναι επιθυμητή αλλά οι γνώσεις πρέπει να παρέχονται και για αυτούς αλλά και για όσους είναι σεξουαλικά ενεργοί. Προτείνεται η αποχή ως εναλλακτική επιλογή χωρίς να αντιπαραβάλεται με την ασφαλή επαφή

- Τα μηνύματα της σεξουαλικής αγωγής πρέπει να ανταποκρίνονται σε όλους τους νέους ακόμα και αυτούς που ανήκουν σε σεξουαλικές μειονότητες
- Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι εμπειρίες και οι απόψεις των νέων στη σεξουαλική αγωγή και παρέμβαση (Γερούκη, 2011).

Οι παρεμβάσεις στοχεύουν σε 6 επίπεδα με αντίστοιχες πρακτικές:

- Στο επίπεδο των γνώσεων και των πληροφοριών, με προώθηση της κατανόησης της αναγκαιότητας για ασφαλείς σεξουαλικές επαφές μέσα από στοιχεία και πραγματικά δεδομένα, διορθώνοντας μύθους και παρερμηνείες σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Στο γνωστικό επίπεδο με προώθηση θετικών στάσεων και πεποιθήσεων σχετικά με την ασφάλεια, διαμόρφωση αντιλήψεων για τους ατομικούς κινδύνους, το κόστος του κινδύνου, τα οφέλη από την ασφαλή συμπεριφορά, ενίσχυση κινήτρων, ενδυνάμωση της αυτό αποτελεσματικότητας, των προθέσεων και της δέσμευσης για αλλαγή συμπεριφορά και μείωση του κινδύνου
- Στο Συναισθηματικό επίπεδο με έλεγχο της αρνητική διάθεσης και των ευάλωτων συναισθηματικών καταστάσεων, αύξηση της αυτοεκτίμησης και της υπερηφάνειας
- Στο Κοινωνικό επίπεδο με υποστήριξη των ατόμων για δράση και καθιέρωση κοινωνικών νορμών που μειώνουν τους κινδύνους, κοινωνική υποστήριξη, ενθάρρυνση, ενδυνάμωση των θετικών στάσεων και αλλαγών
- Στο επίπεδο της καλλιέργειας δεξιοτήτων τεχνικών, προσωπικών και διαπροσωπικών για τη μείωση του κινδύνου
- Στο επίπεδο της χρήσης των υπηρεσιών με ενθάρρυνση για χρήση των υπηρεσιών πρόληψης ή παροχή υλικού για την πρόληψη(Chin, etal., 2012).

Στόχοι των πολύπλευρων παρεμβάσεων είναι:

- Η μείωση της επικίνδυνης συμπεριφοράς (σεξουαλική δραστηριότητα, συχνότητα επαφών, αριθμός συντρόφων και συχνότητα επαφών χωρίς προφυλάξεις

- Αύξηση των μέτρων προστασίας (αντισύλληψη, προφυλακτικό)
- Αύξηση της αυτό- αναφοράς περιστατικών κλινικά διαγνωσμένων σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Μείωση των νέων διαγνωσθέντων περιστατικών HIV
- Μείωση του ποσοστού μετάδοσης
- Μείωση των νέων περιστατικών
- Μείωση των εφηβικών κυήσεων
- Αύξηση της χρήσης προφυλακτικών και αντισυλληπτικών μεθόδων φραγμού αλλά και ορμονικών μεθόδων μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών εφήβων 15-19 ετών (Chin, etal., 2012).

Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη σεξουαλική αγωγή στα σχολεία αναφέρουν ότι οι καλά ενημερωμένοι έφηβοι καθυστερούν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης σε υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με αυτούς που δεν είναι ενημερωμένοι, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες των ανεπιθύμητων κυήσεων και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών (Ioannidi- Karolou&Agrafiotis, 2005). Ωστόσο όλων των ειδών οι παρεμβάσεις δεν έχουν το ίδιο καλά αποτελέσματα κι αυτό σημαίνει ότι η αποτελεσματικότητα συνδέεται με ορισμένες προϋποθέσεις, για το λόγο αυτό ενδιαφέρον έχει να δούμε τα αποτελέσματα διαφορετικών ειδών παρεμβάσεων που έχουν γίνει στις Η.Π.Α. Μετα-ανάλυση που αφορούσε δυο βασικές στρατηγικές πρόληψης αυτής της πολύπλευρης παρέμβασης για τη μείωση των κινδύνων στη σεξουαλική συμπεριφορά και αυτής της αποχής από τη σεξουαλική δραστηριότητα, σε ετερογενή προγράμματα ως προς τα εργαλεία, τις παιδαγωγικές μεθόδους και τους χώρους παρέμβασης (σχολεία, κέντρα νεών, κοινότητα κλπ) έδειξε ότι:

- Τα προγράμματα στην κοινότητα υπερτερούσαν ελαφρώς έναντι των προγραμμάτων σε σχολεία
- Οι πολύπλευρες παρεμβάσεις υπερτερούσαν έναντι των παρέμβασης υπέρ της αποχής
- Οι πολύπλευρες παρεμβάσεις πέτυχαν τους στόχους τους και όσο αφορά την αύξηση της χρήσης προφυλακτικών σε όσους επιθυμούσαν να έχουν επαφές και την αύξηση της επιλογής της αποχής και της

καθυστέρησης της έναρξης των επαφών σε όσους δεν είχαν επαφές (Weed, 2012).

Συστηματική ανασκόπηση 66 μελετών έδειξε ότι:

- Οι παρεμβάσεις είχαν μεγαλύτερη επίδραση στα αγόρια
- Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ του χώρου διεξαγωγής της παρέμβασης λχ σχολείο ή κοινοτική δομή
- Οι παρεμβάσεις δεν οδήγησαν σε αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας και επηρέασαν προς πιο θετικές συμπεριφορές.

Άλλη μετανάλυση έδειξε ότι μετά τις παρεμβάσεις:

- μειώθηκε η σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων που συμμετείχαν κατά 12%
- μειώθηκε ο αριθμός συντρόφων κατά 14%
- μειώθηκαν οι χωρίς προφυλάξεις επαφές κατά 25%
- μειώθηκαν τα ΣΜΝ κατά 31%
- μειώθηκαν οι κηύσεις κατά 11%
- αυξήθηκε κατά 13% η χρήση προφυλακτικών μέσων (Community Preventive Task Force, 2012).

Άλλη ανασκόπηση αναφέρει ότι:

- Κάποιες παρεμβάσεις είχαν καλύτερα αποτελέσματα σε σχολικές τάξεις και κάποιες στην κοινότητα
- Υπήρχαν συγκριτικά καλύτερα αποτελέσματα σε μακροπρόθεσμα προγράμματα με συνεχή παρακολούθηση επί διετία (Chin, et al., 2012).

Οι παρεμβάσεις στην κοινότητα σε κάποιες περιπτώσεις έχουν καλύτερα αποτελέσματα διότι λαμβάνουν χώρα άλλες διεργασίες. Πιο αναλυτικά αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης έδειξαν ότι υπερτερούσαν διότι λειτούργησαν στη βάση των νορμών και των δεσμών της κοινότητας. Σε κάποιες από αυτές τις παρεμβάσεις λειτούργησαν θετικά και κάποια δημοφιλή άτομα που μπορούσαν χάρη στη δημοτικότητα και τις επαφές τους να επηρεάσουν την κοινή γνώμη και να υπάρξει μια διάχυση του μηνύματος και στα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας. Σε αυτές τις περιπτώσεις χτίστηκαν νέες νόρμες και αξίες για την κοινότητα και έγινε διάχυση των

πληροφοριών (Herbstetal., 2007). Τα διαφορετικά αποτελέσματα φαίνονται και σε μεμονωμένες παρεμβάσεις. Σε πειραματική μελέτη με στόχο τη βελτίωση με στόχο τη βελτίωση των γνώσεων του, στάση απέναντι στην, και πρακτικές σχετικά με τα προφυλακτικά και την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης σε Σουηδούς μαθητές γυμνασίου η οποία περιελάμβανε μαθήματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από μια νοσοκόμα-μαία και φοιτήτριες, διανομή δωρεάν προφυλακτικών και πρόσβαση σε τηλεφωνικές συμβουλές, φάνηκαν θετικά αποτελέσματα ως προς την παρέμβαση. Συγκριμένα αν και μαθητές είχαν ήδη καλή γνώση των προφυλακτικών και δεν φάνηκε κάποια αλλαγή μετά την επέμβαση, ωστόσο οι στάσεις βελτιώθηκαν και η χρήση προφυλακτικού αυξήθηκε. Επίσης γνώσεις και στάσεις απέναντι στη χρήση της επείγουσα αντισύλληψης βελτιώθηκε, αλλά τα ποσοστά χρήσης παρέμεινε σταθερά. Επίσης η πιο σημαντική πηγή πληροφοριών άλλαξε από "φίλους" στο "σχολείο" μετά την παρέμβαση (Larssonetal., 2006). Σε πειραματική μελέτη στην Τανζανία σε μαθητές και μαθήτριες η παρέμβαση (με συζήτηση, οπτικό υλικό και βίντεο) για την προαγωγή της αναπαραγωγικής υγείας και της μείωσης του ποσοστού των εφηβικών κυήσεων έδειξε ότι επηρεάστηκαν οι γνώσεις των εφήβων για τη σεξουαλικότητα και τη λήψη αποφάσεων αλλά όχι οι στάσεις τους (Madenietal., 2011). Σε ποιοτική μελέτη σε εφήβους, γονείς, εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη σεξουαλική αγωγή και ιθύνοντες σχετικά με τις κοινωνικές προκλήσεις της σεξουαλικής αγωγής των εφήβων με τη μέθοδο focusgroup συνεντεύξεων (σε ομάδες εστίασης), φάνηκε ότι τα κοινωνικά-πολιτιστικά-θρησκευτικά και πολιτικά ζητήματα περιπλέκουν επιπλέον τη σεξουαλική αγωγή των νέων και υπάρχει διάχυτη η ανησυχία για τις αρνητικές επιπτώσεις της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, και αποφυγή της δημόσιας συζήτησης για θέματα ταμπού. Διαπιστώθηκε επίσης ότι άλλα δυο εμπόδια που περιπλέκει το θολό αυτό τοπίο είναι το αξιακό χάσμα των γενεών που έχει επιπτώσεις στην υλοποίηση της σεξουαλικής αγωγής και η έλλειψη κοινωνικής και θεσμικής υποστήριξης της (LatifnejadRoudsarietal., 2013).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε αφενός ότι οι πολύπλευρες παρεμβάσεις έχουν καλύτερα αποτελέσματα, αφετέρου ότι τα αποτελέσματα διαφέρουν ανάλογα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων, τα περιβάλλοντα, τις μεθόδους και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο εφαρμόζονται.

Κεφάλαιο 3

Νομοθεσία και ο ρόλος της μαίας στη σεξουαλική αγωγή

3.1 Σεξουαλικά δικαιώματα και νομοθεσία

Θεωρείται ως γενικά αποδεκτό το γεγονός ότι η σεξουαλική υγεία είναι δυνατόν να επιτευχθεί και διατηρηθεί μέσα από την ανάπτυξη του σεβασμού και της προστασίας ορισμένων ανθρωπίνων δικαιωμάτων, και ειδικά όταν εστιάζουμε στα παιδιά, που αποτελούν μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα, και που η γνώση των σεξουαλικών τους δικαιωμάτων κρίνεται αναγκαία για την περαιτέρω εξέλιξη τους. Τα σεξουαλικά δικαιώματα, πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνουν και ορισμένα θεμελιώδη δικαιώματα που είναι ήδη αναγνωρισμένα (WHO, 2010), και σύμφωνα με τον χάρτη των Σεξουαλικών και Αναπαραγωγικών Δικαιωμάτων της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού, (Δ.Ο.Ο.Π./ IPPF) αυτά θεωρούνται ότι είναι:

1. Το δικαίωμα στη ζωή, που σημαίνει, μεταξύ άλλων, ότι η ζωή καμίας γυναίκας δεν πρέπει να τεθεί σε κίνδυνο λόγω μιας εγκυμοσύνης.

2. Το δικαίωμα στην ελευθερία και ασφάλεια του ατόμου, που αναγνωρίζει ότι κανένα άτομο δεν πρέπει να υποστεί ακρωτηριασμό των γυναικείων αναπαραγωγικών οργάνων, αναγκαστική εγκυμοσύνη, στείρωση ή έκτρωση.

3. Το δικαίωμα στην ισότητα και στην απελευθέρωση από κάθε μορφής διάκριση, που συμπεριλαμβάνει και τη διάκριση σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική ζωή του ατόμου.

4. Το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή, που σημαίνει ότι όλες οι ιατρικές υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας οφείλουν να είναι εμπιστευτικές και ότι όλες οι γυναίκες έχουν δικαίωμα να αποφασίζουν αυτόνομα για τις αναπαραγωγικές τους επιλογές.

5. Το δικαίωμα στην ελευθερία σκέψης, που συμπεριλαμβάνει την ελευθερία από την περιοριστική ερμηνεία θρησκευτικών κειμένων, πιστεύω, φιλοσοφιών και εθίμων, ως μέσων υποτίμησης την ελευθερία της σκέψης σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική ιατρική φροντίδα και άλλα θέματα.

6. Το δικαίωμα στην πληροφόρηση και στην εκπαίδευση σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία για όλα τα άτομα, συμπεριλαμβανομένης και της πρόσβασης σε ολοκληρωμένη πληροφόρηση για τα οφέλη, τους κινδύνους και την αποτελεσματικότητα όλων των μεθόδων ρύθμισης της γονιμότητας, ώστε όλες οι αποφάσεις να λαμβάνονται με βάση την ολοκληρωμένη, ελεύθερη και πληροφορημένη συγκατάθεση του ατόμου.

7. Το δικαίωμα επιλογής γάμου ή όχι και της δημιουργίας προγραμματισμένης οικογένειας.

8. Το δικαίωμα απόφασης εάν ή ποτέ μπορεί να αποκτήσει κάποιο παιδί.

9. Το δικαίωμα στη φροντίδα και στην προστασία της υγείας, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα στην καλύτερης δυνατής ποιότητας ιατρική φροντίδα των πελατών, και το δικαίωμα να είναι ελεύθεροι από παραδοσιακές συνήθειες που είναι επιζήμιες για την υγεία.

10. Το δικαίωμα στα οφέλη της επιστημονικής προόδου, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα στους χρήστες των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση σε νέες τεχνολογίες που αφορούν στην αναπαραγωγική υγεία, οι οποίες να είναι ασφαλείς, αποτελεσματικές και αποδεκτές.

11. Το δικαίωμα στην ελευθερία συνάθροισης και πολιτικής συμμετοχής, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα όλων των ατόμων να ζητήσουν να επηρεάσουν τις κοινότητες και τις κυβερνήσεις να θέσουν ως προτεραιότητα τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και δικαιώματα.

12. Το δικαίωμα να είσαι απαλλαγμένος/η από βασανιστήρια και κακομεταχείριση, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα όλων των γυναικών, ανδρών και νέων να είναι προστατευμένοι από τη βία, τη σεξουαλική εκμετάλλευση και την κακοποίηση.

Με βάση, συνεπώς, την προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η Ο.Σ.Α. προωθεί και υποστηρίζει την προστασία και την υπεράσπιση των καθολικών θεμελιωδών δικαιωμάτων, στα οποία εμπεριέχονται τα δικαιώματα των παιδιών και των νέων (UNESCO, 2018). Η παροχή πρόσβασης ισότιμα στην Ο.Σ.Α. στους νέους άπτεται του δικαιώματος τους για υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, όπως επίσης και του δικαιώματος τους να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες και δεδομένα που νοούνται ως απαραίτητα για την αποτελεσματική τους αυτοεξυπηρέτηση. Η εφαρμογή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην σεξουαλική υγεία και στην αναπαραγωγή, αποτελούν τα σεξουαλικά δικαιώματα, τα οποία προστατεύουν τα δικαιώματα του συνόλου του πληθυσμού που συνδέονται με την έκφραση και την εκπλήρωση της σεξουαλικότητας τους, απολαμβάνοντας παράλληλα και την σεξουαλική τους υγεία. Προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο δυνατό επιθυμητό αποτέλεσμα, θα πρέπει οι διεθνείς στόχοι για τα ανθρώπινα δικαιώματα να συγχωνευτούν και να προσαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο, όπου οι σχετικοί νόμοι για την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν με σκοπό την προώθηση ορισμένων πολιτικών που άπτονται του εν λόγω ζητήματος (WHO, 2010).

Επιπρόσθετα, υπάρχουν και τα δικαιώματα του εμβρύου, με το άρθρο 35 του Αστικού Κώδικα (ΑΚ) να μην αφήνει περιθώρια για ασάφειες. Το πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει μόλις γεννηθεί ζωντανό και παύει να υπάρχει με το θάνατό του. Με άλλα

λόγια, αν δεν αποχωριστεί το παιδί από το μητρικό σώμα με τον τοκετό, θεωρείται ανύπαρκτο από το νόμο. Έτσι, για να αποκτήσει το έμβρυο προσωπικότητα, πρέπει να βγει ολόκληρο από το σώμα της μητέρας του, άσχετα αν έχει κοπεί ο ομφάλιος λώρος ή αν είναι βιώσιμο ή όχι. Επιπλέον, πρέπει να έχει ανθρώπινη μορφή, δηλαδή να είναι σχηματισμένο, ανεξάρτητα από τυχόν σωματικά ελαττώματα. Αυτό ισχύει ως γενική αρχή, γιατί το άρθρο 36 του ΑΚ ορίζει ότι «ως προς τα δικαιώματα που επάγονται, το κυοφορούμενο θεωρείται γεννημένο, αν γεννηθεί ζωντανό». Αυτό σημαίνει ότι ο νόμος αναγνωρίζει δικαιώματα στο έμβρυο «υπό αίρεσιν», δηλαδή με την προϋπόθεση ότι θα γεννηθεί ζωντανό. Ποια είναι όμως αυτά τα δικαιώματα;

- Κληρονομικό: Όπως ορίζει το άρθρο 1711, κληρονόμος μπορεί να γίνει μόνο όποιος βρίσκεται στη ζωή ή έχει τουλάχιστον συλληφθεί όταν πεθάνει εκείνος τον οποίο δικαιούται να κληρονομήσει. Με άλλα λόγια, το μωρό που θα γεννηθεί ζωντανό έχει κληρονομικό δικαίωμα.
- Προστασία της περιουσίας και διατροφή: Αναγνωρίζεται στο έμβρυο το δικαίωμα προστασίας της περιουσίας του όπως και αυτό της διατροφής, σε περίπτωση που θανατωθεί με υπαιτιότητά του αυτός που είχε απέναντί του υποχρέωση διατροφής.
- Αποζημίωση: Έχει το δικαίωμα να αποζημιωθεί από εκείνον που του προκάλεσε με υπαιτιότητά του βλάβες κατά την κύηση.
- Συνταξιοδότηση: Τα ασφαλιστικά ταμεία αναγνωρίζουν το δικαίωμα συνταξιοδότησης και στο έμβρυο που θα γεννηθεί ζωντανό.

Επιπλέον, τα δικαιώματα του εμβρύου στο Ποινικό Δίκαιο άπτονται διατάξεων που ισχύουν σήμερα έχουν θεσπιστεί από το νόμο 1609/1986, ο οποίος έφερε μια καινούργια αντίληψη στο θέμα της τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης. Έτσι, και αν ακόμα υποτεθεί ότι ο νόμος έγινε πιο ανεκτικός στην άμβλωση, ο νομοθέτης βρήκε την ευκαιρία να δώσει μεγαλύτερη προσοχή στο έμβρυο, το οποίο αντιμετωπίζεται ως άνθρωπος. Όποιος προκαλέσει ζημιά στο πλασματάκι, το οποίο είναι ακόμα στην κοιλιά της μητέρας του, τιμωρείται ανάλογα με το βαθμό της ευθύνης του. Επιπλέον, η διακοπή της κύησης θεωρείται ποινικό αδίκημα, εκτός και αν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι που την επιβάλλουν και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί -ανάλογα με την περίπτωση- δώδεκα ή είκοσι τέσσερις εβδομάδες κύησης.

- Προστασία της σωματικής και διανοητικής ακεραιότητας του εμβρύου: Η κύρια αναφορά γίνεται στο άρθρο 304Α του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ), το οποίο ορίζει ότι «όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο, με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διανοίας, τιμωρείται, σύμφωνα με το άρθρο 310 του ΠΚ». Με άλλα λόγια, αν ο δράστης έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή του εμβρύου ή προξένησε βαριά και μακροχρόνια ασθένεια ή σοβαρό ακρωτηριασμό, τιμωρείται με τουλάχιστον δύο ετών φυλάκιση. Αν ο υπαίτιος επιδίωξε τη βλάβη την οποία προκάλεσε, η ποινή του μπορεί να είναι μέχρι δέκα ετών κάθειρξη.
- Προστασία της ζωής του εμβρύου: Η επικρατούσα αντίληψη για την προστασία του εμβρύου φαίνεται και από τη διάταξη του άρθρου 304 του ΠΚ για την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης (άμβλωση κατά την παλαιότερη διατύπωση του νόμου), η οποία περιλαμβάνει τις ακόλουθες περιπτώσεις: Όποιος διακόπτει την εγκυμοσύνη χωρίς τη συναίνεση της εγκύου τιμωρείται με κάθειρξη πέντε έως είκοσι ετών. Πρόκειται, δηλαδή, για κακούργημα. Ο νόμος δεν ανέχεται την απώλεια του εμβρύου χωρίς δικαιολογία. Έτσι, όποιος διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της εγκύου ή προμηθεύει σε αυτή μέσα για τη διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών μέχρι πέντε ετών. Αν αυτός όμως ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές (για παράδειγμα ένας μαιευτήρας ή μια μαία, οι οποίοι «βοηθούν» στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες) τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών, που μπορεί να φτάσει τα πέντε χρόνια. Αν όμως από την πράξη αυτή (δηλαδή την ηθελημένη από την έγκυο διακοπή της κύησης) προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή της διανοίας της εγκύου, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών. Και η έγκυος όμως η οποία διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους. Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις, ο νόμος κρίνει ότι δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης:
 - α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.
 - β) Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που

επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

- ο γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής της υγείας. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.
- ο δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης. Αν η έγκυος είναι ανήλικη, για τη διακοπή της κύησης απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης.

Στις διατάξεις που αναφέραμε γίνεται φανερό ότι:

- Το αντικείμενο της ποινικής προστασίας είναι απευθείας το έμβρυο και όχι η μητέρα.
- Ο νόμος δεν κάνει καμιά απολύτως διάκριση αν το έμβρυο προέρχεται από νόμιμο γάμο ή αν είναι αποτέλεσμα εξωσυζυγικών ή ελεύθερων σχέσεων. Αν όμως το έμβρυο είναι νεκρό, από τα δικαστήρια έχει κριθεί ότι φυσικά δεν υπάρχει αδίκημα.
- Ο νομοθέτης δεν δέχεται την άποψη -η οποία προβάλλεται πολλές φορές- ότι δηλαδή η μητέρα έχει απόλυτο δικαίωμα στο σώμα της και λίγο πολύ δικαίωμα ζωής και θανάτου στο έμβρυο.
- Το έμβρυο διατηρεί τα δικαιώματά του και ιδιαίτερα το δικαίωμα στην επιβίωση.
- Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης: Με το νόμο 1609/86 νομιμοποιήθηκε η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από τη συμπλήρωση δώδεκα εβδομάδων κύησης, εκτός από ειδικές περιπτώσεις, στις οποίες η επέμβαση μπορεί να γίνει και μετά τη δωδέκατη εβδομάδα (περίπτωση βιασμού, αιμομιξίας, γενετικής ανωμαλίας του εμβρύου κ.λπ.). Οι δαπάνες νοσηλείας βαρύνουν τον ασφαλιστικό σας φορέα, Δημοσίου ή Ιδιωτικού τομέα, εφόσον η άμβλωση γίνει σε κρατικό νοσοκομείο.

- Όχι στη διαφήμιση: Αξιομνημόνευτη είναι η διάταξη του άρθρου 305Π.Κ. για τη διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης, που προβλέπει τα ακόλουθα:
 - Όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο έτη. Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων, που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά.
 - Οι διακηρύξεις και τα προγράμματα δράσης της Διεθνούς Διάσκεψης των Ηνωμένων Εθνών για τον πληθυσμό και την ανάπτυξη (Κάιρο 1994) και της Τέταρτης Παγκόσμιας Διάσκεψης των Ηνωμένων Εθνών για τη Γυναίκα (Πεκίνο 1995), αποτελούν σταθμό για τον τρόπο αντιμετώπισης της σεξουαλικότητας και των ζητημάτων αναπαραγωγής. Πριν από αυτές τις συναντήσεις, τα ζητήματα αυτά εξετάζονταν αποκλειστικά ως προς την ανάπτυξη του πληθυσμού και τις δημογραφικές πολιτικές, ενώ κατά τη διάρκεια αυτών των διασκέψεων, η σεξουαλικότητα και η αναπαραγωγική υγεία εξετάστηκαν για πρώτη φορά υπό το πρίσμα των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Η ιδέα της εξέτασης των δικαιωμάτων των γυναικών ως ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κρίθηκε απολύτως απαραίτητη για τη χειραφέτηση των γυναικών και ιδιαίτερα σημαντική για την εν γένει πρόοδο της κοινωνίας. Η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού παραχώρησε τη θέση της στην ευρύτερη έννοια της αναπαραγωγικής υγείας, η οποία περιλαμβάνει τόσο τις γυναίκες, όσο και τους άνδρες και

περιγράφει μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας σε όλα τα θέματα που συνδέονται με το αναπαραγωγικό σύστημα. Η Σύμβαση για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών (UN 1979) ορίζει ότι τα κράτη διασφαλίζουν ότι άνδρες και γυναίκες έχουν «...τα ίδια δικαιώματα να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα για τον αριθμό και τα χρονικά διαστήματα που θα φέρουν στον κόσμο τα παιδιά τους...», εγγυάται την πρόσβαση στην αναγκαία πληροφόρηση και εκπαίδευση και αναγνωρίζει σε άνδρες και γυναίκες τη δυνατότητα να ελέγχουν το μέγεθος της οικογένειάς τους.

Σύμφωνα με τη σύσταση 21 της CEDAW (UN 1979), ως οικογενειακός προγραμματισμός νοούνται: η εξασφαλισμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, η διαθεσιμότητα ασφαλών και αξιόπιστων μεθόδων αντισύλληψης, η ελεύθερη διάθεση των κατάλληλων μέσων για την εθελούσια ρύθμιση της γονιμότητας με γνώμονα την υγεία και την ευημερία όλων των μελών της οικογένειας. Στο γενικό σχόλιό της (αριθ.14 2000) σχετικά με το άρθρο 12 του Διεθνούς Συμφώνου για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών που αφορά στο δικαίωμα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, η επιτροπή για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα αναγνωρίζει το δικαίωμα στη σεξουαλική και αναπαραγωγική ελευθερία, το δικαίωμα πρόσβασης σε εκπαίδευση και πληροφόρηση σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, καθώς και την παροχή προσιτών, αποδεκτών και ποιοτικών εγκαταστάσεων, προϊόντων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Η ανάγνωση των στατιστικών που αφορούν στην αναπαραγωγική υγεία δείχνει ότι κάθε χρόνο:

- περίπου 210.000.000 γυναίκες υφίστανται απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές της εγκυμοσύνης, που συχνά οδηγούν σε σοβαρές αναπηρίες

- 500.000 γυναίκες πεθαίνουν κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία (περισσότερο από το 99% αυτών των θανάτων συμβαίνει στις αναπτυσσόμενες χώρες) (WHO 2000)
- 3.000.000 μωρά πεθαίνουν την πρώτη εβδομάδα της ζωής τους και περίπου 3.300.000 ακόμα παιδιά γεννιούνται με προβλήματα (Lawn 2005)
- Περισσότερα από 120.000.000 ζευγάρια αντιμετωπίζουν προβλήματα στην υιοθέτηση μεθόδων αντισύλληψης (Ross 2002)
- 80.000.000 γυναίκες κάθε χρόνο έχουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, από τις οποίες 45.000.000 τερματίζονται (AlanGutmacherInstitute 1999). Από αυτές τις 45.000.000 αμβλώσεις, οι 19.000.000 γίνονται σε μη ασφαλές περιβάλλον, ενώ το 40% από αυτές γίνεται σε γυναίκες κάτω των 25 ετών, και περίπου 68.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο από επιπλοκές που αφορούν σε μη ασφαλείς αμβλώσεις (WHO 2004)
- Ένας υπολογιζόμενος αριθμός 340.000.000 νέων περιπτώσεων των τεσσάρων συχνότερων σεξουαλικά μεταδιδόμενων βακτηριακών και πρωτοζωικών λοιμώξεων εμφανίζονται κάθε χρόνο, με το ένα τρίτο από αυτές να αφορά σε άτομα ηλικίας κάτω των 25 (WHO 2001). Τέτοιες λοιμώξεις συμβάλλουν στο παγκόσμιο πρόβλημα της υπογονιμότητας και στειρότητας -λόγω της παθοφυσιολογίας τους που αφορά σε περισσότερα από 180.000.000 ζευγάρια σε παγκόσμιο επίπεδο στις αναπτυσσόμενες χώρες (Rutstein, Shah 2004)
- Κάθε χρόνο εμφανίζονται περίπου 5.000.000 νέα κρούσματα λοίμωξης από τον ιό HIV (UNAIDS 2005) και 257.000 θανάτους από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Mathers 2005), που συμπληρώνουν με το χειρότερο και πιο οδυνηρό τρόπο τα προβλήματα που αφορούν στην αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία. Σε όλα αυτά πρέπει να προστεθούν και τα φαινόμενα της φυσικής και σεξουαλικής βίας, που αναφέρονται σε 1 στις 2 έως και 1 στις 6 γυναίκες -ανάλογα με τις διάφορες μελέτες- και που είναι ένας υποκείμενος παράγοντας κινδύνου για πολλά από αυτά τα προβλήματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (Garcia-Moreno 2005).

- Η Στρατηγική του Π.Ο.Υ.: Οι Πέντε Πυλώνες της Αναπαραγωγικής Υγείας
- 1ος Πυλώνας Αναπαραγωγικής Υγείας: Υπηρεσίες Υγείας που Αφορούν στην Προγεννητική, Περιγεννητική και Επιλόχεια Φροντίδα
 Παρ' ότι υπάρχει σαφής βελτίωση και επίτευξη προόδου, τα επίπεδα μητρικής θνησιμότητας σε πολλές χώρες παρέμειναν το ίδιο ή λιγότερο στατικά κατά τα τελευταία 15 χρόνια, με πάνω από μισό εκατομμύριο μητρικούς θανάτους να σημειώνονται κάθε χρόνο. Στον 21ο αιώνα, δεν μπορεί να υπάρχουν δικαιολογίες για την πρόκληση τόσων πολλών μητρικών θανάτων κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Η συχνότητα της μητρικής θνητότητας και θνησιμότητας παραμένει μια από τις μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των πλουσίων και φτωχών χωρών παγκοσμίως (UN 2006). Η συστηματική ανασκόπηση από τον Π.Ο.Υ. (Khan 2006) των αιτιών μητρικής θνητότητας και θνησιμότητας, επισημαίνει πολύ σημαντικές διαφορές στην πρόκληση και αντιμετώπιση αντίστοιχων αιτιών μητρικών θανάτων, ανάλογα με την περιοχή εκδήλωσής τους. Η διεθνής έμφαση που δίνεται στην αντιμετώπιση και θεραπεία της αιμορραγίας μετά τον τοκετό παραμένει καλά δικαιολογημένη σε ανασκόπηση των δεδομένων από την Αφρική και την Ασία, όπου το 33,1% και το 30,8% των μητρικών θανάτων, αντίστοιχα, οφείλονται σε αυτή την επιπλοκή. Επιπλέον, η αναιμία, οι λοιμώξεις, η σήψη και ο «παρεμποδιζόμενος» τοκετός, ευθύνονται για πολύ σημαντικά ποσοστά των μητρικών θανάτων στην Ασία. Οι υπερτασικές διαταραχές συνεχίζουν να είναι μια πολύ σημαντική αιτία θνητότητας, ειδικά στη Λατινική Αμερική. Και τέλος, κάτι που δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη, η λοίμωξη από τον ιό HIV εμφανίζεται πλέον σαν πολύ σημαντικός παράγοντας μητρικής θνητότητας στην Αφρική.

Οι μητρικοί θάνατοι από «παρεμβατικό τοκετό» ανήκουν στην ιστορία στον ανεπτυγμένο κόσμο, όπου χαμηλού κόστους αποτελεσματικές παρεμβάσεις έχουν υιοθετηθεί για την πρόληψη και θεραπεία της αιμορραγίας μετά τον τοκετό, των λοιμώξεων και των υπερτασικών διαταραχών στην εγκυμοσύνη (WHO 2006). Πάντως, στον αναπτυσσόμενο κόσμο, το ένα τρίτο από όλες τις εγκύους δε λαμβάνει

καμία υπηρεσία υγείας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ πάνω από το 60% των τοκετών γίνονται εκτός νοσοκομείων ή άλλων ειδικών χώρων, και μόνο στο 60% όλων των τοκετών παρευρίσκεται εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό. Αυτό το «σκάνδαλο» που συνιστά αιτία εκατομμυρίων θανάτων παιδιών και γυναικών στον αναπτυσσόμενο κόσμο, είναι πολύ γνωστό στους υπευθύνους των υπηρεσιών υγείας του ανεπτυγμένου κόσμου και στους διαμορφωτές της πολιτικής. Πιο σύνθετα, όμως, είναι τα ζητήματα που αφορούν στη σεξουαλική επαφή που δε γίνεται για διασκέδαση ή μόνο μέσα στο γάμο, καθώς αγγίζουν τομείς με κοινωνικές και εθνολογικές προεκτάσεις.

2 πυλώνας Αναπαραγωγικής Υγείας: Ασφαλείς Αμβλώσεις Πολλές κυβερνήσεις δείχνουν ενδιαφέρον για τα αυξανόμενα ποσοστά ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης -και κατ' επέκταση αμβλώσεων- που συμβαίνουν ιδιαίτερος στις ανεπτυγμένες χώρες. Τουλάχιστον, η διαδικασία της έκτρωσης τελείται σε ασφαλές πλαίσιο σε αυτές τις χώρες. Πάντως, σε πολλές χώρες, η δυνατότητα τέλεσης ασφαλούς έκτρωσης είναι περιορισμένη και σε μερικές από αυτές η μη ασφαλής έκτρωση ευθύνεται για περισσότερους από το 30% των μητρικών θανάτων. Το 97% από τις 19.000.000 μη ασφαλείς αμβλώσεις που γίνονται κάθε χρόνο, υπολογίζεται ότι αφορά στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η συχνότητα μη ασφαλούς έκτρωσης σε κάθε χώρα επηρεάζεται από την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού (ώστε να αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες), την εφαρμογή των νόμων για την έκτρωση, τη διαθεσιμότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με την τέλεση νομίμων και ασφαλών αμβλώσεων. Νομικά ζητήματα και προβλήματα που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ώστε να επιτυγχάνονται ασφαλείς αμβλώσεις, αναγκάζουν τις γυναίκες να οδηγούνται σε τέλεση μη ασφαλών αμβλώσεων όταν αντιμετωπίζουν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Διαρκώς προστιθέμενα στοιχεία υποδεικνύουν ότι, ειδικά στις έφηβες γυναίκες, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και η μη ασφαλής έκτρωση σχετίζονται με τη βία και τη σεξουαλική εκμετάλλευση (WHO 2005). Στην αρχή του 21ου αιώνα, από τις 145 αναπτυσσόμενες χώρες, η έκτρωση δεν επιτρεπόταν ούτε κατόπιν βιασμού στις 101 χώρες, ενώ σε ύπαρξη επιβεβαιωμένης βλάβης του εμβρύου στις 108, και για οικονομικούς ή κοινωνικούς λόγους στις 118. Σε 65 χώρες η έκτρωση δεν επιτρεπόταν ούτε ακόμα για την αντιμετώπιση και την προάσπιση της φυσικής υγείας της μητέρας από επιβεβαιωμένα προβλήματα (WHO 2004). Επιπρόσθετα, η

περιοριστική των αμβλώσεων νομοθεσία -σε όσες χώρες υφίσταται- σχετίζεται με υψηλό ποσοστό μη ασφαλών αμβλώσεων για προφανείς λόγους. Στη Ρουμανία, παραδείγματος χάρη, η εφαρμογή νόμων που εμποδίζουν την πρόσβαση σε νοσοκομειακά ιδρύματα για τέλεση ασφαλών αμβλώσεων από το 1966, οδήγησε σε πενταπλάσια αύξηση των μητρικών θανάτων, καθώς και στη σταδιακή αύξηση των γεννήσεων ζωντανών εμβρύων (από 20 στις 100.000 γεννήσεις ζωντανών σε περίπου 100 στις 100.000 γεννήσεις ζωντανών το 1974 και σε 150 στις 100.000 γεννήσεις ζωντανών το 1983).

3ος Πυλώνας Αναπαραγωγικής Υγείας: Λοιμώξεις του Αναπαραγωγικού Συστήματος της Γυναίκας και Θνητότητα από αυτές Μετά από τις αιτίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι η 2η συχνότερη αιτία απώλειας υγιούς ζωής, όπως αυτή μετριέται με τους σύγχρονους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, στις γυναίκες. Το 1990 η Παγκόσμια Τράπεζα υπολόγισε ότι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα -με εξαίρεση τον ιό HIV- ευθύνονταν για το 8,9% όλων των νόσων σε γυναίκες μεταξύ 15 και 45 ετών και για το 1,5% σε άνδρες ίδιας ηλικίας (Greene 2005). Τον ίδιο χρόνο, άλλη μελέτη υπολόγισε ότι 18.600.000 DALY's (DisabilityAdjustedLife - Years) χάθηκαν εξαιτίας λοιμώξεων από σύφιλη, γονόρροια και χλαμύδια δηλαδή το 1,5% του ετήσιου συνόλου των απωλειών παγκοσμίως που αφορά σε απώλειες DALY's από τραυματισμούς και λοιμώδεις νόσους (Over 1993). Πάντως, εάν κάποιος συμπεριλάβει στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον ιό HIV, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα γίνονται η κεντρική αιτία απώλειας «καλού επιπέδου ζωής», όπως αυτή μετριέται με κοινωνικοοικονομικούς δείκτες (DALY's) σε πολλές χώρες. Το 1999, από μελέτες του Π.Ο.Υ. (Gerbase 1998), είχε υπολογισθεί ότι 340.000.000 περιστατικά των 4 ιάσιμων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (γονόρροια, σύφιλη, χλαμύδια, τριχομονάδα) συμβαίνουν ετησίως. Τα επίπεδα των λοιμώξεων δεν είναι κοινά παγκοσμίως και ποικίλλουν από μια ετήσια επίπτωση της τάξης του 2,2% στην Ανατολική Ασία και στον Ειρηνικό, σε 25,7% στην Υποσαχάρεια Αφρική, μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας μεταξύ 15 και 49 ετών. Επιπλέον, υπάρχουν τουλάχιστον 30 ακόμα άλλες βακτηριακές ιογενείς και παρασιτικές σεξουαλικές μεταδιδόμενες λοιμώξεις, που ανεβάζουν αυτά τα νούμερα σε πολύ σημαντικό βαθμό (Holmes 1996). Μερικές λοιμώξεις, όπως π.χ. η ερυθρά, είναι πολύ χαμηλής φυσικής θνητότητας, αλλά παρ' όλα αυτά προκαλούν πολλά

προβλήματα στο προσβεβλημένο άτομο. Αυτές κι άλλες περισσότερο σοβαρές λοιμώξεις, όπως η λοίμωξη με τον ιό HIV, τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV), τον ιό του απλού έρπητα (HSV) και η σεξουαλικά μεταδιδόμενη ηπατίτιδα Β, είναι πολύ πιο συχνές στον πληθυσμό απ' ό τι τα 4 νοσήματα που περιγράψαμε παραπάνω. Παγκοσμίως, περίπου το 20% των γυναικών με ηλικία κάτω από τα 24 χρόνια έχουν λοίμωξη από τον ιό HPV και πάνω από το 25% του πληθυσμού πάνω από 40 ετών έχει μολυνθεί με τον ιό HSV-2 (De Sanjoseetal. 2005, Smith 2005). Με αντίστοιχους υπολογισμούς, ο ετήσιος αριθμός των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων εύκολα υπερβαίνει το 1.000.000.000 (δηλ. συμβαίνει περισσότερο από μια λοίμωξη για κάθε 3 ενήλικους μεταξύ 15 και 49 ετών), ενώ είναι βέβαιο ότι και με την εκτίμηση των δεδομένων σε αυτά το πλαίσιο υποεκτιμάμε το πρόβλημα (Smith 2005). Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σε πολύ μεγάλο βαθμό αφορούν σε λοιμώξεις της νεαρής ηλικίας, μερικές φορές σαν αποτέλεσμα πίεσης ή άσκησης βίας, και τυπικά συμβαίνουν πριν οι νέοι αποκτήσουν την εμπειρία και την ικανότητα να προστατεύουν τον εαυτό τους. Στις βιομηχανικές χώρες, όπου το επίπεδο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αρχίζει να ανεβαίνει αρκετά, πλησιάζοντας αυτό του αναπτυσσόμενου κόσμου σήμερα, παρουσιάζεται πολύ μικρότερο ποσοστό βακτηριακών και παρασιτικών σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, αν και η σεξουαλική συμπεριφορά είναι παρόμοια με αυτή στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Πάντως, τα επίπεδα των συχνά ασυμπτωματικών σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων παραμένουν υψηλά στο γενικό πληθυσμό, π.χ. το 22% των Αμερικανών ενηλίκων έχουν έρπητα των γεννητικών οργάνων (Fleming 1997), και τα επίπεδα των βακτηριακών και παρασιτικών σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων παραμένουν υψηλά σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για μεγαλύτερη πρόοδο στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης τέτοιων νοσημάτων και στον ανεπτυγμένο κόσμο. Η προσήλωση στην Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία αύξηση και βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της ποιότητάς τους και η υιοθέτηση προληπτικών μέτρων, τόσο για τις γυναίκες, όσο και για τους άντρες, θα μπορούσε να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα. Σε όλες τις χώρες, αυξανόμενες προσπάθειες ώστε να μπορούν να παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε ασυμπτωματικές ή ελάχιστα συμπτωματικές γυναίκες -μειώνοντας έτσι τη μετάδοση αντίστοιχων λοιμώξεων- είναι σημαντικές για την επίτευξη ενός τέτοιου σκοπού (Garnett 2000). Στην πραγματικότητα, έχουμε μόνο 2 μεθόδους και να μπορέσουμε να πετύχουμε τους

παραπάνω σκοπούς: το μαζικό προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) και την ενημέρωση του συντρόφου. Το πρώτο συμβαίνει σε πολύ μικρά επίπεδα στις αναπτυσσόμενες χώρες και το δεύτερο συμβαίνει σε πολύ μικρά επίπεδα παντού.

4ος Πυλώνας Αναπαραγωγικής Υγείας: Οικογενειακός Προγραμματισμός Η επένδυση σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, μαζί με την εξέλιξη μοντέρνων μεθόδων αντισύλληψης κατά το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, οδήγησαν σε ραγδαία αύξηση των αντισυλληπτικών μεθόδων σε πολλές χώρες (PopulationReferenceBureau 2005). Κατά τη δεκαετία του 1960 λιγότερο από το 10% των παντρεμένων γυναικών χρησιμοποιούσαν κάποια μορφή αντισύλληψης, ενώ το 2003 αυτό το νούμερο ανερχόταν στα 60%. Ακόμη και στον ανεπτυγμένο κόσμο, στον οποίο η χρήση αντισυλληπτικών είναι κοινή και διαδεδομένη, οι κυβερνήσεις απασχολούνται με τους αυξανόμενους αριθμούς εφηβικής εγκυμοσύνης. Σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες η εφηβική μητρότητα σημαίνει τελικά μητρότητα με ένα γονέα, διακοπή της εκπαιδευτικής διαδικασίας, κοινωνική απομόνωση και επαναλαμβανόμενους κύκλους ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Σε αυτές τις χώρες η χρήση μεθόδων αντισύλληψης δεν είναι το πρόβλημα, αλλά το πρόβλημα είναι η ανεπάρκεια στη χρήση νέων μεθόδων επαρκούς αντισύλληψης που παράλληλα θα λαμβάνονται σωστά. Ακόμα και σε χώρες όπως η Αγγλία, όπου η αντισύλληψη παρέχεται δωρεάν, περίπου το 1/4 των κυήσεων καταλήγουν σε έκτρωση. Αφορούν δε σε περιπτώσεις όπου οι κυήσεις επιτευχθήκαν χωρίς τη χρήση μεθόδων αντισύλληψης. Το μεγαλύτερο μέρος από τις υπόλοιπες περιπτώσεις είναι το αποτέλεσμα λάθους ή μη επιμονής χρήσης ή της χρήσης της λιγότερο αποτελεσματικής μεθόδου. Η επιδημία του ιού HIV επέφερε ακόμα μεγαλύτερη πολυπλοκότητα στο ζήτημα του οικογενειακού προγραμματισμού και της ανάπτυξης και χρήσης μεθόδων αντισύλληψης. Το ανδρικό προφυλακτικό μειώνει την πιθανότητα της λοίμωξης από τον ιό και πρωτοβουλίες για την ενθάρρυνση της χρήσης προφυλακτικού έχουν ληφθεί εδώ και πολλά χρόνια σε πολλές χώρες. Τα προφυλακτικά, εκτός εάν χρησιμοποιούνται σωστά και μεθοδικά, έχουν πολύ υψηλά επίπεδα αποτυχίας στην παρεμπόδιση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας που επιθυμούν να εμποδίσουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, είναι διστακτικοί στο να καθιερώσουν το προφυλακτικό ως την κύρια μέθοδο αντισύλληψης, ακόμα και σε μερικές χώρες όπου το προφυλακτικό είναι η πιο κοινή μέθοδος. Η διπλή προστασία -δηλαδή η χρήση ενός προφυλακτικού για την

αντιμετώπιση μιας σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξης με την παράλληλη χρήση μιας πιο αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης είναι ακόμη πιο δύσκολο να προωθηθεί από τη χρήση προφυλακτικού από μόνη της. Αν και η επιδημία του ιού έχει ήδη οδηγήσει σε νέο ενδιαφέρον και αυξανόμενη ανάγκη για την ανάπτυξη μεθόδων αντισύλληψης, όλες οι προτεινόμενες μέθοδοι βασίζονται στην καθημερινή προληπτική χρήση ή ακόμα και στη χρήση κάθε φορά που το ζευγάρι έρχεται σε σεξουαλική επαφή. Αυτή η σκέψη, μαζί με την ευρεία άποψη ότι το πρόβλημα του ελέγχου του πληθυσμού -τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες- επιλύθηκε και ότι η χρήση αντισυλληπτικών έχει γίνει ευρεία, οδήγησε τελικά στην ανάγκη ανάπτυξης του οικογενειακού προγραμματισμού. Αν και η πρόληψη του ιού HIV πρέπει να παραμείνει μια παγκόσμια προτεραιότητα για τη Δημόσια Υγεία, και η προώθηση της ασφαλούς μητρότητας πρέπει να λαμβάνει σημαντική χρηματοδότηση, ο οικογενειακός προγραμματισμός που αφορά και επηρεάζει και τις δύο προαναφερθείσες στρατηγικές δεν πρέπει να παραλείπεται. Η προώθηση της αποτελεσματικής αντισύλληψης για 201.000.000 γυναίκες που δεν έχουν κάνει τίποτα για να εμποδίσουν τις 23.000.000 ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, τις 22.000.000 αμβλώσεις που γίνονται κάθε χρόνο και τους 14.000 θανάτους που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη κάθε χρόνο, μπορεί να είναι πολύ πιο αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης ακόμα και με όρους κόστους - οφέλους, απ' ότι η θεραπεία για την παρεμπόδιση της κάθετης μετάδοσης της νόσου από τη μητέρα στο παιδί (Cleland&Sinding 2005).

5ος Πυλώνας Αναπαραγωγικής Υγείας: Άσκηση Βίας σε Γυναίκες και Κορίτσια Η άσκηση βίας σε γυναίκες και κορίτσια είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος που μειώνει τα επίπεδα υγείας των γυναικών, ειδικά σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Αντίστοιχη βία στην ουσία αποτελεί καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και επακόλουθο της ανισότητας μεταξύ των φύλων. Το πιο συχνό και καλύτερα τεκμηριωμένο είδος βίας (που μπορεί να είναι φυσική, σεξουαλική, συναισθηματική), είναι η βία από ασκείται στο πλαίσιο της οικογένειας (οικογενειακή βία), καθώς και η σεξουαλική βία (βιασμός, σεξουαλική εκμετάλλευση, παιδική σεξουαλική εκμετάλλευση). Η άσκηση βίας από το σύντροφο είναι παγκόσμια διαδεδομένη και συμβαίνει τόσο σε ανεπτυγμένες όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες. Η επίπτωση ποικίλλει μεταξύ των διάφορων χωρών και ακόμα και μεταξύ περιοχών στην ίδια χώρα. Τέτοια βία γίνεται δυστυχώς αποδεκτή

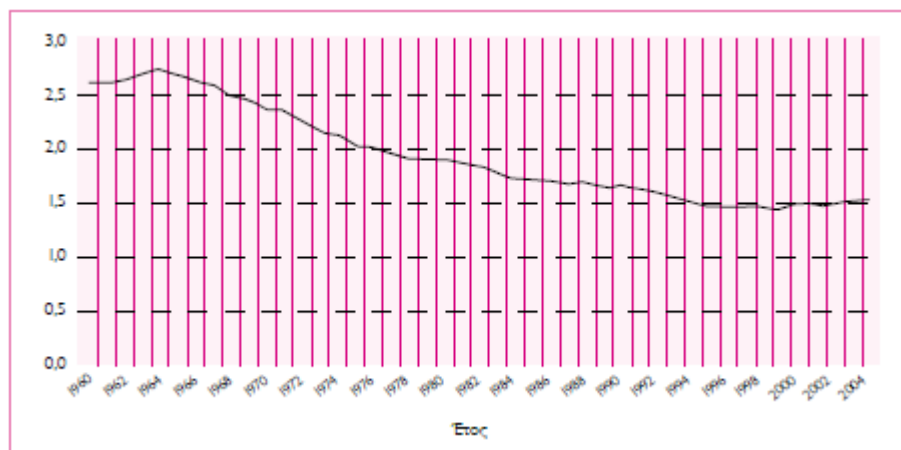
σαν φυσιολογική σε πολλά μέρη του κόσμου, με τις πράξεις βίας συχνά να θεωρούνται από μέλη των οικογενειών σαν φυσιολογικές. Σε μελέτη του Π.Ο.Υ. (Garcia-Moreno 2005) στην οποία ειδικά εκπαιδευμένοι ερευνητές συνέλλεξαν πληροφορίες από 24.000 γυναίκες σε 10 χώρες, αναφέρθηκε ότι περίπου το 13% με 61% των γυναικών που ήταν παντρεμένες ανέφεραν σωματική βία από το σύντροφό τους σε κάποια στιγμή στη ζωή τους, και περίπου το 6% με 59% ανέφερε σεξουαλική βία. Σε μερικές χώρες, οι νεαροί άντρες έχουν την αίσθηση ότι πρέπει να έχουν πλεονέκτημα στο σεξ. Σε πολλές χώρες, ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες, το προγαμιαίο ή εξωσυζυγικό σεξ είναι τίτλος τιμής για τους άνδρες, αλλά στιγματίζει τις γυναίκες που έτσι δεν μπορούν να ζητήσουν βοήθεια από πουθενά. Σε μερικές άλλες, η ανταλλαγή υλικών αγαθών με αντάλλαγμα το σεξ έχει καταστεί συνήθης πρακτική για νέα κορίτσια και είναι η κύρια πηγή εισοδήματός τους, ενώ συχνά είναι ο τρόπος για να καλύψουν τα έξοδα για την εκπαίδευσή τους (WellesleyCenters for Research 1999). Η σεξουαλική βία αναφέρεται ακόμα και σε σχολεία και αφορά τόσο σε μαθητές όσο και σε δασκάλους, συμπεριλαμβανομένων καταστάσεων όπου οι άνδρες δάσκαλοι χρησιμοποιούν τη δύναμη και την εξουσία τους για να εξαναγκάσουν τις νέες κοπέλες σε σεξουαλικές πράξεις (WellesleyCenters for Research 1999). Η βία και η απειλή βίας επηρεάζει πολλούς τομείς γυναικείας υγείας, ειδικά σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία. Οι γυναίκες που ζουν μέσα σε βίαιες σχέσεις είναι συχνά ανίκανες να κάνουν από μόνες τους σεξουαλικές και αναπαραγωγικές επιλογές, μπαίνουν δε σε μεγάλο κίνδυνο πρώιμης και ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Αυτή η απουσία επιλογής αφορά είτε σε ανεπιθύμητη σεξουαλική πράξη είτε στο ότι δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν ή να κάνουν σωστή χρήση αντισύλληψης και προφυλακτικών (Campbell 2002). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία 26 Δυστυχώς οι περισσότερες γυναίκες παραμένουν σιωπηλές όταν η συζήτηση αφορά σε ζητήματα βίας και δεν αναζητούν βοήθεια, σκέφτονται συχνά ότι αυτή η βία είναι φυσιολογική ή ακόμα και δικαιολογημένη. Περισσότερο από 20% των γυναικών σε μελέτη σε 7 διαφορετικά σημεία παγκοσμίως (Garcia-Moreno 2005), θεώρησαν ότι η άσκηση βίας από το σύζυγο ήταν δικαιολογημένη αν η γυναίκα δεν υπακούει στο σύζυγό της και η ανεπάρκεια και αδυναμία της γυναίκας να φέρει επαρκώς σε πέρας τις οικιακές δουλειές θεωρείται ότι ήταν επαρκής αιτία για άσκηση βίας.

Το Συμβούλιο της Ευρώπης έχει εξετάσει διεξοδικά το ζήτημα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και των συναφών δικαιωμάτων και δράσεων σε διάφορα επίπεδα. Η πολιτική καθορίζεται κυρίως από συστάσεις προς τα κράτη-μέλη και τις υποψήφιες για ένταξη χώρες να επανεξετάσουν την εφαρμογή της πλατφόρμας της διάσκεψης του Πεκίνου και την τήρηση των διεθνών εγγράφων για την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Η έννοια της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και των συναφών δικαιωμάτων πρέπει ωστόσο να ενισχυθεί, τόσο στην Ε.Ε. όσο και στις υποψήφιες για ένταξη χώρες. Οι βασικές αρχές της ευρωπαϊκής πολιτικής δε διαφέρουν από αυτές που αφορούν στη χώρα μας. Ζητήματα όπως η μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, η διάδοση των μεθόδων αντισύλληψης (προφυλακτικό, αντισυλληπτικά χάπια), η ευρύτερη εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού, η μείωση της μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητας, η μείωση του αριθμού των τεχνητών αμβλώσεων, είναι τα θέματα αιχμής στην Ευρώπη σε σχέση με την προαγωγή της αναπαραγωγικής υγείας. Σε στενή συνάρτηση με αυτά, βρίσκονται άλλα ζητήματα όπως η μείωση των επιπέδων της εφηβικής εγκυμοσύνης, η αντιμετώπιση προβλημάτων σεξουαλικότητας και σεξουαλικής ικανοποίησης, η θεραπεία διαταραχών της ούρησης -που οφείλονται σε προηγούμενους τοκετούς- αλλά και θέματα όπως η άσκηση βίας κατά την εγκυμοσύνη ή η ποιότητα ζωής κατά την εμμηνόπαυση, είναι θέματα ολοένα και αυξανόμενου ενδιαφέροντος. Από τα υπάρχοντα στοιχεία προκύπτει ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε. και των υποψηφίων για ένταξη χωρών. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπ' όψη το γεγονός ότι τα δεδομένα δεν είναι πλήρη και είναι πιθανό να μην αντικατοπτρίζουν επακριβώς την πραγματικότητα, λόγω έλλειψης επίσημων στοιχείων και ελλιπούς αναφοράς περιστατικών. Επομένως, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη περισσότερων ερευνητικών εργαλείων για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα, η οποία θα βασίζεται σε εναρμονισμένους δείκτες αναπαραγωγικής υγείας. Ήδη σημαντικές ερευνητικές πρωτοβουλίες έχουν πραγματοποιηθεί στην Ευρώπη, οι οποίες έχουν αποτελέσματα άμεσα εφαρμόσιμα στο σχεδιασμό πολιτικών και δράσεων. Τέτοιες ερευνητικές πρωτοβουλίες είναι το σχέδιο Reprostat, που στοχεύει στην ανάπτυξη δεικτών και καθοριστικών παραγόντων για την αναπαραγωγική υγεία για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της αναπαραγωγικής υγείας στην Ε.Ε., και το σχέδιο ECHI που κατατάσσει τη σεξουαλική συμπεριφορά στους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία στη στρατηγική για την υγεία της Ε.Ε. Η

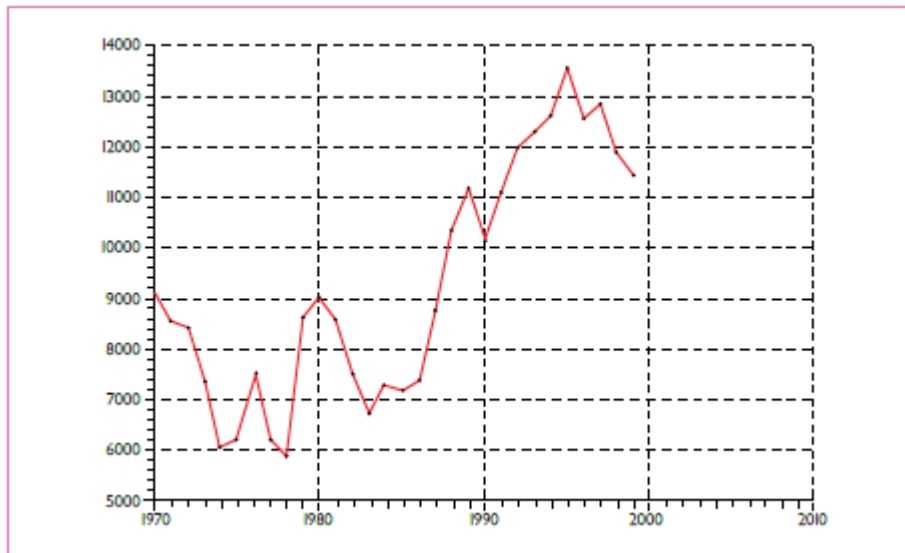
«ποσοτικοποίηση» του επιπέδου αναπαραγωγικής υγείας με τη χρήση των δεικτών αυτών ή αντίστοιχων, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, αφού έτσι καθίσταται εφικτή όχι μόνο η παρακολούθηση του τρέχοντος επιπέδου αναπαραγωγικής υγείας, αλλά και η επίδραση τυχόν παρεμβάσεων σε κάθε επίπεδο δράσης.

Εδώ και αρκετά χρόνια, μείζον θέμα συζήτησης και κοινός τόπος αναφοράς μεταξύ των ειδικών επιστημόνων είναι η γήρανση του πληθυσμού που παρατηρείται στον ελλαδικό χώρο. Από όλα τα διαθέσιμα στοιχεία, είναι εμφανές ότι υπάρχει δημογραφικό πρόβλημα, οι δύο συνιστώσες του οποίου είναι η υπογεννητικότητα (η ύπαρξη δηλαδή δείκτη γεννήσεων χαμηλότερου από αυτόν που απαιτείται για την ανανέωση του πληθυσμού) και η γήρανση του πληθυσμού (η αύξηση της αναλογίας και του απόλυτου αριθμού γηραιότερων ανθρώπων σε βάρος των νεότερων). Αν και όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2, ο απόλυτος αριθμός του πληθυσμού φαίνεται να αυξάνεται, παράλληλα αυξάνει και η αναλογία του πληθυσμού μεγαλύτερης ηλικίας (65 και άνω, αλλά και της ηλικιακής ομάδας 15 - 64 ετών). Σε στενή σχέση με τα παραπάνω, είναι και η μείωση του συντελεστή ολικής γονιμότητας, δηλαδή του μέσου αριθμού τέκνων ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας. Η τιμή του παρουσιάζει σταδιακή πτώση από 2,4 τη δεκαετία του 1960, σε 2,18 το 1977, 1,58 το 1986, 1,31 το 2001 και 1,28 το 2005 (Ε.Σ.Υ.Ε. 2006). Το μέγεθος του προβλήματος γίνεται εύκολα αντιληπτό, αν συσταθμίσουμε το ότι για την αύξηση του πληθυσμού, ο συντελεστής απαιτείται να είναι μεγαλύτερος του 2,11. Δηλαδή κάθε ζευγάρι πρέπει να γεννά 2,11 παιδιά, αριθμός πολύ μεγαλύτερος του τελευταίου δεδομένου (το 2005) που είναι 1,28 για τη χώρα μας. Μάλιστα και από τα στατιστικά δεδομένα της Eurostat, φαίνεται ότι ο συντελεστής ολικής γονιμότητας της χώρας μας είναι από τους χαμηλότερους πανευρωπαϊκά. Το δεδομένο αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, αν συνυπολογίσουμε και το ότι, όπως φαίνεται και στα Γραφήματα 1, 2 και 3, ο συντελεστής ολικής γονιμότητας πέφτει σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, κάτι που προβληματίζει πολιτικούς και ειδικούς επιστήμονες πανευρωπαϊκά. Το δημογραφικό πρόβλημα, αποτελεί ένα βραδυφλεγές πρόβλημα με πολλές προεκτάσεις και αφορά την ευρωπαϊκή ήπειρο στην ολότητά της, απαιτεί δε άμεσες δράσεις, που θα έχουν μακροπρόθεσμες θετικές επιδράσεις.

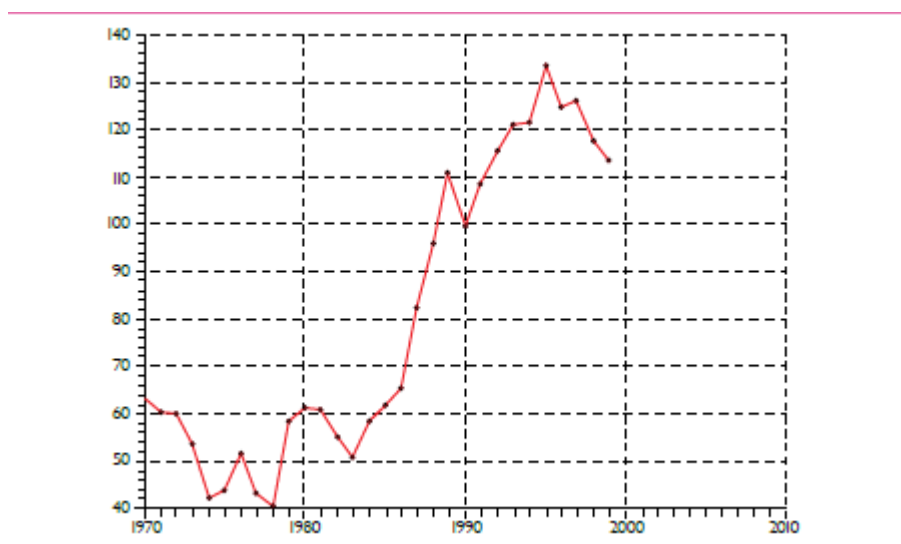
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ* ΑΠΟΓΡΑΦΕΣ				
	1971	1981	1991	2001
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	8.768.372	9.739.589	10.259.900	10.964.020
Άνδρες	4.286.784	4.779.571	5.055.408	5.427.682
Γυναίκες	4.481.624	4.960.018	5.204.492	5.536.338
0 - 14 ετών	2.223.904	2.307.297	1.974.867	1.664.085
15 - 64 ετών	5.587.352	6.192.751	6.880.681	7.468.395
65 ετών και άνω	957.116	1.239.541	1.404.352	1.831.540
ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ %				
Άνδρες	48,89	49,07	49,27	49,5
Γυναίκες	51,11	50,93	50,73	50,5
0 - 14 ετών	25,36	23,69	19,25	15,18
15 - 64 ετών	63,72	63,58	67,09	68,12
65 ετών και άνω	10,92	12,73	13,69	16,71



Εικόνα 3: Συντελεστής ολικής γονιμότητας στην Ευρώπη



Εικόνα 4: Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού των αμβλώσεων στην Ελλάδα



Εικόνα 5: Αναλογία αμβλώσεων/ αριθμού γεννήσεων ζωντανών παιδιών

<https://www.moh.gov.gr/>

Τα αίτια της πτώσης του συντελεστή γονιμότητας (με απλοϊκούς όρους, δηλαδή, του αριθμού των γεννήσεων) στην Ελλάδα είναι σύνθετα και η αναγνώρισή τους θα αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα στην προσπάθεια επίλυσης του φαινομένου. Κύριος παράγοντας που επηρεάζει την πτώση του συντελεστή γονιμότητας αποτελεί η αύξηση ηλικίας γάμου των γυναικών (από την ηλικία των 22,3 ετών τη δεκαετία του 1980 φθάσαμε στα επίπεδα των 25,9 ετών το 1998), η επακόλουθη αύξηση της ηλικίας απόκτησης πρώτου παιδιού (από τα 23,3 έτη το 1980, σε 28,6 έτη το 1998 και στα 29,4 έτη το 2002), η γενικότερα παρατηρούμενη

πτώση του αριθμού γάμων και η παράλληλη αύξηση του αριθμού των διαζυγίων, καθώς και διάφορα στερεότυπα συμπεριφοράς της ελληνικής κοινωνίας, όπως π.χ. το γεγονός ότι δεν γίνονται πολλές γεννήσεις εκτός γάμου. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, οι εκτός γάμου γεννήσεις εκτιμώνται στο 1,5% του συνόλου του πληθυσμού το 1956, στο 3,8% το 1980, στο 5,1% του συνόλου το 1998, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι της τάξης του 33%.

Αν και τα διαθέσιμα στοιχεία για τον ολικό αριθμό των αμβλώσεων είναι αρκετά παλιά χρονολογικά (τα τελευταία διαθέσιμα είναι του έτους 1999), η ποιοτική τους ανάλυση σε σχέση με τη μείωση της ολικής γονιμότητας και της γήρανσης του πληθυσμού που περιγράψαμε παραπάνω, είναι καθοριστικής σημασίας. Μάλιστα, στην ανάλυση των δεδομένων πρέπει να συνεκτιμηθεί και το γεγονός ότι οι περισσότερες αμβλώσεις στη χώρα μας γίνονται στα ιδιωτικά μαιευτήρια, γεγονός που δεν επιτρέπει τη συστηματική καταγραφή τους. Από την αναλογία αριθμού αμβλώσεων/ αριθμού γεννήσεων γίνεται αντιληπτό το μέγεθος του προβλήματος και με μια αδρή μόνο αναγωγή του αριθμού των γεννήσεων στα προαναφερθέντα δεδομένα, που αφορούν στην υπογεννητικότητα, καταλαβαίνουμε εύκολα το πόσο θα συνεισέφερε στη μείωση της έκτασης του φαινομένου ο περιορισμός του αριθμού των αμβλώσεων. Ούτως ή άλλως, τα ποιοτικά δεδομένα είναι γνωστά και μη αμφισβητήσιμα, ενώ και η αναλογία γεννήσεων - αμβλώσεων, αν και σταδιακά μειώνεται, αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα. Στα δεδομένα αυτά, πρέπει να συνεκτιμηθεί και το γεγονός ότι στη χώρα μας η άμβλωση θεωρείται νόμιμη χωρίς περιορισμούς, όπως συμβαίνει και στο σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών και στην πλειονότητα του Δυτικού Κόσμου (Γράφημα 4), κάτι που σίγουρα συντελεί στη μεγέθυνση του προβλήματος. Συνοψίζοντας, πρέπει να υπογραμμιστεί το ότι ο αριθμός των αμβλώσεων είναι μεγάλος και οι συνέπειές του σημαντικές, τόσο στην περαιτέρω επιδείνωση του προβλήματος της γήρανσης του πληθυσμού, όσο και εν γένει της υπογεννητικότητας.

3.2 Ο ρόλος της μαίας στη σεξουαλική αγωγή

Στα προγράμματα που υλοποιούν κατά καιρούς οι κυβερνήσεις, το θέμα της σεξουαλικής αγωγής και της αναπαραγωγικής υγείας αποτέλεσε βασικό ζήτημα στην οργάνωση των υπηρεσιών προαγωγής της υγείας, αν και μέχρι στιγμής δεν έχουν εντοπιστεί να γίνονται ενθαρρυντικά βήματα. Παρόλο που η πλειονότητα του πληθυσμού θεωρούν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να ενταχθεί στην εκπαίδευση, ακόμη αυτό δεν έχει καταστεί εφικτό. Η Ελλάδα έχει πολλά πράγματα να διδαχθεί από άλλα συστήματα, όπως αυτό της Αγγλίας και της Ολλανδίας, που όπως έχει ήδη αναφερθεί φέρουν το μικρότερο ποσοστό ανεπιθύμητων κυήσεων και νοσοσύντων από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς η υπάρχουσα σεξουαλική διαπαιδαγώγηση περιορίζεται συνήθως σε ορισμένες ωριαίες αναφορές των εκπαιδευτικών στα πλαίσια της διδασκαλίας του μαθήματος της βιολογίας ή της ανατομίας. Επιπρόσθετα, δεν είναι λίγες οι φορές που ακόμα και στα θεσμοθετημένα αυτά μαθήματα παραλείπονται εξ' ολοκλήρου τα κεφάλαια που αφορούν στην αναπαραγωγή ή ακόμη και στα γεννητικά συστήματα των δύο φύλων, γεγονός που αποδίδεται στην ελλιπή κατάρτιση των εκπαιδευτικών που καλούνται να διδάξουν τα ζητήματα αυτά (Love, 1999). Το πρόβλημα αυτό μπορεί να επιλυθεί μέσα από την ένταξη στην εκπαίδευση των μαιών, ο ρόλος των οποίων μπορεί να συνοψιστεί ως εξής:

- Οι μαίες νοούνται ως επαγγελματίες ομιλητές, που προέρχονται από χώρους εκτός της εκπαίδευσης, και για αυτό δεν αποπνέουν «φόβο» όταν η συζήτηση περιστρέφεται από τα ευαίσθητα θέματα της σεξουαλικής αγωγής, και συνεπώς, οι μαθητές μπορούν να τις εμπιστευτούν και να «ανοιχτούν» σε αυτές περισσότερο, συγκριτικά με τους εκπαιδευτικούς, με τους οποίους έρχονται σε καθημερινή τριβή (Stray – Pedersen, 1989)
- Οι μαθητές παρατηρούνται να αισθάνονται περισσότερο άνετα να διατυπώσουν τις απορίες τους σε επαγγελματίες ομιλητές, εν συγκρίσει με τους εκπαιδευτικούς, καθώς τείνουν να πιστεύουν ότι οι εκπαιδευτικοί μπορεί να τις αποκαλύψουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον (Nelson, 1996)

- Οι μαίες μπορούν να δώσουν υπεύθυνα συμβουλές που αφορούν στην αντισύλληψη, όπως επίσης και να ενημερώσουν τους μαθητές περί την ύπαρξη και τη λειτουργία των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού
- Οι μαίες είναι σε θέση να οργανώσουν παράλληλα και εκστρατείες που στοχεύουν στην ενημέρωση των γονέων και των μαθητών, έτσι ώστε αυτοί να μπορούν να υποστηρίξουν και να συμπαρασταθούν στα παιδιά τους με έγκυρο και αποτελεσματικό τρόπο (Little, 1997)
- Τέτοιου είδους προγράμματα, εν κατακλείδι, είναι σε θέση να στεφθούν με επιτυχία (Measor, 1999).

Οι μαίες, κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, έχουν διδαχθεί τα ζητήματα της σεξουαλικής αγωγής και έχουν αποκτήσει γνώσεις και ικανότητες που μπορούν να τους προσφέρουν την κατάλληλη επάρκεια για να παρέχουν συμβουλές και καθοδήγηση στους νέους και στα παιδιά. Περαιτέρω, οι μαίες:

- Εξειδικεύονται στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης
- Ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών, όπως είναι για παράδειγμα η συμβουλευτική, η ενημέρωση, η πρόληψη, η εφαρμογή και η έρευνα
- Συμμετέχουν σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης και στο σύνολο των προγραμμάτων επιμόρφωσης, ως εκπαιδευτές αγωγής υγείας, σύμφωνα με τα προσόντα που απαιτεί η εκάστοτε θέση και η ισχύουσα νομοθεσία.

Κεφάλαιο 4

Έρευνα

4.1 Μεθοδολογία έρευνας

Σε προηγούμενο κεφάλαιο έχουν αναλυθεί μεθοδολογικές προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί στην εκπαιδευτική διαδικασία, και κρίνεται αναγκαίο, σε αυτή την περίπτωση, για την εφαρμογή του σχεδίου διδασκαλίας, το οποίο προορίζεται να εφαρμοστεί σε ενήλικες μαθητές, να επιλεγθεί ένας συνδυασμός μεθόδων που θα δώσει μια μεγαλύτερη ευελιξία και ελευθερία στο ρόλο της ερευνήτριας μέσα στην ερευνητική κοινότητα. Η Haynes (2008) υποστηρίζει ότι οι εκπαιδευτικοί εφαρμόζοντας ποικίλες μεθόδους διδασκαλίας μέσα στην τάξη βελτιώνουν την ανταπόκριση και την ευελιξία τους απέναντι στους μαθητές και ενθαρρύνουν τη συμμετοχή τους. Συνεπώς, ο συνδυασμός των μεθόδων θεωρείται πιο

αποτελεσματική μεθοδολογική προσέγγιση για την εκπόνηση του συγκεκριμένου σχεδίου διδασκαλίας.

Στο σχέδιο διδασκαλίας έχουν συμπεριληφθεί μεθοδολογικές αρχές και μεθοδολογικά βήματα, τα οποία, ωστόσο, διέπονται από μια δασκαλοκεντρική προσέγγιση, αφού η παρέμβαση γίνεται, κατά κύριο λόγο, με την μέθοδο της διάλεξης. Πιο συγκεκριμένα, η διερεύνηση υπό αυτό το πρίσμα προτείνεται ως κατάλληλη μέθοδος διδασκαλίας προκειμένου οι μαθητές να αναπτύξουν κριτική σκέψη και δεξιότητες στοχασμού (Lipman, 1998). Ο Lipman (2006) αναγνωρίζει τη διερεύνηση ως διαδικασία επέκτασης της γνώσης μέσω της εξαγωγής λογικών συμπερασμάτων, ως διαδικασία υπεράσπισης της γνώσης μέσω της αιτιολόγησης και της επιχειρηματολόγησης και ως διαδικασία συντονισμού της γνώσης μέσω της κριτικής ανάλυσης. Ωστόσο, υιοθετείται κυρίως ο ρόλος του εκπαιδευτικού σύμφωνα με τη μέθοδο του Μπρενιφιέ (Brenifier). Ειδικότερα, έχει επιλεγεί η σωκρατική μέθοδος του Μπρενιφιέ, η οποία στηρίζεται στη μαιευτική μορφή διδασκαλίας του Σωκράτη, όπου ο εκπαιδευτικός καθοδηγεί με ερωτήσεις την ομάδα με σκοπό την προοδευτική ανακάλυψη της γνώσης και τον λογικό στοχασμό. Οι μαθητές από μόνοι τους αναζητούν, ανακαλύπτουν και κατανοούν τη γνώση, ενώ ο εκπαιδευτικός συντονίζει την πορεία των ερωτήσεων, ενστάσεων και επαναδιατυπώσεων (Μητρόπουλος & Μπαβέλη, 2016). Επομένως, η μέθοδος του Μπρενιφιέ υπαγορεύει έναν πιο ενεργητικό και καθοδηγητικό ρόλο στον εκπαιδευτικό μέσω της εκμείευσης ερωτήσεων, απαντήσεων και αντιρρήσεων (Tozzi, 2013). Τέλος, ο μαιευτικός διάλογος, ως μεθοδολογική επιλογή, βασισμένος στην αρχή της ισοτιμίας και του σεβασμού των απόψεων των συνομιλητών, αναμένεται να επιφέρει επιτυχία στην επίτευξη των στόχων της κοινότητας των ενήλικων μαθητών που θα διερευνήσει το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης (Βεντούρης, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διαδικασία της έρευνας δράσης σε πρώτη φάση (pre-test) εκείνο που επιχειρείται κυρίως από την ερευνήτρια είναι οι μαθητές να ανακαλέσουν πληροφορίες που έχουν ήδη αποθηκευθεί στη μνήμη τους. η ερευνήτρια μοιράζει ερωτηματολόγια που στοχεύουν στον έλεγχο της γνώσης που κατέχουν ήδη οι συμμετέχοντες σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία και τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση (Elliot, Kratochwill, Littlefield & Travers, 2008). Στη συνέχεια, πραγματοποιείται μια εκπαιδευτική παρέμβαση, και μοιράζονται πάλι τα ίδια ερωτηματολόγια, με την μορφή post-test. Στη φάση αυτή επιδιώκεται να

διαπιστωθεί ένας υψηλότερος βαθμός κατανόησης, εμπέδωσης της νέας γνώσης, αλλά και εμπάθυνσης στην έννοια και την αναγκαιότητα της αναπαραγωγικής υγείας και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από την παρέμβαση του σχεδίου διδασκαλίας. Ωστόσο, θα πρέπει να ειπωθεί ότι στην εκπαιδευτική παρέμβαση, αναφέρθηκαν από την ερευνήτρια σημαντικά ζητήματα που αφορούν στην αναπαραγωγική υγεία, όπως επίσης και στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η οποία θα πρέπει να ξεκινάει από την σύλληψη και την αποδοχή της κύησης. Ένα επιθυμητό παιδί στην οικογένεια με απόλυτη αποδοχή της προσωπικότητάς του βοηθάει στο να γίνει ένα παιδί και αργότερα ένας ενήλικας με αυτοσεβασμό αυτοπεποίθηση και ενσυναίσθηση. Μεταξύ 2 έως 4 έτων πρέπει να υπάρχει η αναγνώριση των μελών του σώματος, έτσι ώστε το παιδί να γνωρίζει τον κανόνα του εσώρουχου και να αποφευχθεί η όποια κακοποίηση. Άλλωστε στα πλαίσια της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, καλύπτεται και το ζήτημα της σεξουαλικής κακοποίησης, η οποία τείνει να γίνει ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο στη σύγχρονη κοινωνία, και μπορεί να περιοριστεί μέσα από την καταπολέμηση της άγνοιας και την ενημέρωση και εκπαίδευση του συνόλου του πληθυσμού. Η ερευνήτρια τόνισε πως επιτυγχάνεται η πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και η προστασία από τον κίνδυνο των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. Αναπτύχθηκαν οι μέθοδοι αντισύλληψης και τα ποσοστά επιτυχίας τους. Δόθηκε μεγάλη έμφαση στις δεξιότητες επικοινωνίας γονέα παιδιού (διότι οι μαθητές – ενήλικες ήταν και γονείς) ανά ηλικιακό στάδιο και οι ανάγκες του παιδιού ανα ηλικιακό στάδιο, η εξέλιξη της σεξουαλικότητας του παιδιού, η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης, η διαμόρφωση αξιών μέσα από το παράδειγμά μας, ο σεβασμός στα δικαιώματα του παιδιού σχέση εμπιστοσύνης με την αποδοχή του παιδιού μας χωρίς κατάκριση ή θυμό αλλά με την καθημερινή φροντίδα και αλληλεπίδραση από τον γονιό προς το παιδί πως πραγματοποιείται η συναισθηματική ανάπτυξη του και η δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων ώστε να προστρέχουν στους γονείς για πληροφόρηση ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και όχι στα ΜΜΕ και δικτύωσης για πληροφόρηση σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία και τη σεξουαλική αγωγή. Τέλος, η εκπαιδευτική παρέμβαση έλαβε χώρα στο Δυτικό Τομέα της Αθήνας. Το δείγμα αποτελούνταν από 100 ενήλικες μαθητές-γονείς Εσπερινού Σχολείου. Αναλύθηκαν δεδομένα πριν από την παρέμβαση και μετά την παρέμβαση

4.2 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Αρχικά διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που συνδέονταν με τις γνώσεις τους πάνω σε πρακτικές γνώσεις που αφορούν στην αναπαραγωγική υγεία και την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, όπου τα αποτελέσματα ήταν αποθαρρυντικά. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι ο μέσος όρος των απαντήσεων, με άριστα το 10 ήταν 4, και συνεπώς, το 60% έφερε βαθμολογία κάτω από την βάση.

Μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση, ωστόσο, τα ποσοστά βελτιώθηκαν αισθητά, ο μέσος όρος ανήλθε στο 8,5 στα 10 που σημαίνει ότι πλησίασε στο Άριστα! Στα διαγράμματα που ακολουθούν δίνονται οι βαθμολογίες που συγκέντρωσαν οι συμμετέχοντες στο ερωτηματολόγιο που αφορούσε στις πρακτικές γνώσεις.





Εν συνεχεία, διανεμήθηκε ένα ερωτηματολόγιο όπου διερευνούσε τις ποιοτικές γνώσεις των συμμετεχόντων, όπου η βαθμολογία ήταν με άριστα το 20. Στο Pre – Test, οι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν τις εξής βαθμολογίες:

Πίνακας 2: Βαθμολογίες ποιοτικών γνώσεων Pre - Test

Βαθμός	Ποσοστό
5	14%
10	44%
15	34%
20	8%



Τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά. Ωστόσο, μετά την παρέμβαση που πραγματοποίησε η ερευνήτρια, μοιράστηκαν ξανά τα ίδια ερωτηματολόγια, και οι απαντήσεις είχαν βελτιωθεί πολύ σημαντικά, με τις βαθμολογίες να παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3: Βαθμολογίες ποιοτικών γνώσεων Post - Test

Βαθμός	Ποσοστό
5	2%
10	8%
15	42%
20	48%



Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί πως στην ερώτηση αναφορικά με την παρέμβαση –ενημέρωση που έγινε για την αναπαραγωγική υγεία και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε ότι αυτή είναι πολύ ικανοποιητική, ενώ το σύνολο αυτών υποστηρίζουν ότι θα ήθελαν πιο συχνά αυτή να υλοποιείται. Επιπλέον, πολλοί από αυτούς ζήτησαν η παρέμβαση-ενημέρωση να γίνεται μέσα από διαλέξεις, ενώ δεν έλειψαν και εκείνοι που ζήτησαν και τη διανομή έντυπου υλικού.

Συμπεράσματα

Η σύγχρονη τάση και το ενδιαφέρον που παρατηρείται στα νέα δεδομένα και στην αναδιαμόρφωση και σχεδιασμό των αναλυτικών προγραμμάτων σχετίζεται έντονα με την παροχή από αυτά δυνατότητες που να σχετίζονται με την ανάπτυξη και διατήρησης μιας υγιούς και ευέλικτης προσωπικότητας και σεξουαλικότητας των παιδιών και των εφήβων. Αιτία αυτού του γεγονότος αποτέλεσε η επιθυμία και η απαίτηση των πολιτών να ενταχθούν, να ζήσουν, να εργαστούν και να αλληλεπιδράσουν μέσα σε ένα πολυπολιτισμικό και πολυεθνικό πλαίσιο, υπό συνθήκες που διαρκώς μεταβάλλονται. Αποτελεί κοινή αναφορά ότι οι ανάγκες και οι απαιτήσεις της κοινωνίας και της αγοράς εργασίας θα αυξηθούν, και οι πολίτες θα καλούνται να εντοπίσουν και να αναπτύξουν τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς, οι οποίοι θα δύνανται να εφαρμοστούν μέσα από μια πολυεπίπεδη επινοητικότητα και καινοτομική διάθεση δημιουργίας. Η εκπαίδευση σε αυτό το σημείο, διαφαίνεται ότι θα διαδραματίσει ένα σημαντικό και καταλυτικό ρόλο στην διαμόρφωση της νέας αυτής πραγματικότητας, καθώς μέσα στο σχολικό πλαίσιο μπορεί να υλοποιηθεί η μεταφορά από την πρόθεση για εφαρμογή στην εφαρμογή, μέσα από την ταυτόχρονη σύνδεση του δημιουργικού και μαθησιακού αποτελέσματος της κατάκτησης κοινωνικών δεξιοτήτων (Τούντας, 2006).

Οι εν λόγω δραστηριότητες δεν θεωρούνται ως ένα μεμονωμένο αντικείμενο, αλλά, αντιθέτως, η ανάπτυξη τους χαρακτηρίζεται ως αποτέλεσμα μιας ολιστικής προσέγγισης και ενός συνόλου στάσεων και λειτουργιών των εκπαιδευτικών και των μαθητών. Η αγωγή υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης αποτελεί μια δραστηριότητα που θέτει ανάλογους στόχους και επιχειρεί την αναδιαμόρφωση του εν λόγω πλαισίου. Η νοοτροπία που η αγωγή υγείας φέρει είναι η διαμόρφωση ενός συνόλου που θα εμπεριέχει το περιεχόμενο, τους στόχους και την μεθοδολογία της ικανοποίησης των εκπαιδευτικών και υγειονομικών στόχων, υπό την οπτική γωνία των πρακτικών που προάγουν και προασπίζουν την υγεία. Η ουσιαστική και αυξημένη σε έκταση διάχυση της αγωγής υγείας θεωρείται πλέον ως σημαντική ανάγκη, και ταυτόχρονα ως ιδιαίτερη πρόκληση για το εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας μας, που καλείται να ανταποκριθεί και να εναρμονιστεί με τις διεθνείς οδηγίες.

Ένα τέτοιο αίτημα, φαίνεται, άλλωστε, να συνάδει και με τις πολιτικές υγείας, όπως αυτές προκύπτουν μέσα από την διατήρηση και την φροντίδα της υγείας και μέσα από την αλληλεγγύη και την ισότητα (Δημολιάτης, 2002).

Στα πλαίσια, συνεπώς, της νέας αυτής πραγματικότητας καθίσταται σαφής η μετακίνηση από την σημαντικότητα της ολιστικής θεώρησης του ανθρώπου γενικά, αλλά και εξειδικεύοντας σε έναν ασθενή, στην σπουδαιότητα της παροχής κοινοτικής φροντίδας, εν αντιθέσει με την ιδρυματική φροντίδα που παρέχεται. Επιπρόσθετα, κρίνεται σημαντική η εστίαση και η έμφαση στις απόψεις του πληθυσμού αναφορικά με την υγεία, μια προσέγγιση που συνδέεται άρρηκτα με την αγωγή υγείας, τόσο ως μια εκπαιδευτική παράμετρος και δράση, όσο και ως συνιστώσα της δημόσιας υγείας.

Ειδικά εστιάζοντας στην αναπαραγωγική υγεία και στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, παρατηρείται ότι αυτή είναι ιδιαίτερος υποαναπτυγμένη στην χώρα μας, με αποτέλεσμα πληθώρα νέων να μην κατέχει βασικές γνώσεις, πρακτικές και ποιοτικές, αναφορικά με την σεξουαλικότητα και την αναπαραγωγική υγεία. Ωστόσο, μέσα από την εκπαιδευτική παρέμβαση που υλοποιήθηκε, διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις των συμμετεχόντων αυξήθηκαν σημαντικά, και τα αποτελέσματα τους βελτιώθηκαν σημαντικά. Κρίνεται συνεπώς, απαραίτητη η ένταξη της αναπαραγωγικής υγείας και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, με σκοπό την παροχή γνώσεων, αλλά από πλήρως καταρτισμένους ανθρώπους, όπως είναι οι μαίες, ώστε να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Ως μελλοντική έρευνα, εν κατακλείδι, προτείνεται η διερεύνηση του ρόλου της μαίας μέσα από εκπαιδευτική παρέμβαση σε ένα ευρύτερο πεδίο συμμετεχόντων, αναφορικά με την αναπαραγωγική υγεία και τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, και σε μια μεγαλύτερη γεωγραφική έκταση.

Βιβλιογραφία

- Astbury- Ward, E. (2011). A questionnaire survey of the provision of training in human sexuality in schools of nursing in the UK. *Sexual and Relationship Therapy, August, Vol. 26, No. 3*, pp. 254–270.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Barbot, O. (2012). Getting our heads out of the sand: using evidence to make system wide changes. *American Journal of Preventive Medicine, Vol.42, No.3*, pp.311–312.
- Blum, R.W. and Nelson-Mmari, K. (2004). The health of young people in a global context. *Journal of Adolescent Health, Vol.35, No. 5*, pp. 402–418.
- Bourton, V. (2006). Sex education in school: Young people’s views. *Nursing Children and Young People. Vol.18*, pp. 20–22.
- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods (2nd edition)*. Oxford: Oxford University Press.
- Buckley, S., McDonald, J., Mason, D., Gerring, Z., Churchward, M., Cumming, J. (2009). *Nursing services in New Zealand secondary schools*. Health Services Research Centre, School of Government, Victoria University of Wellington.
- Byers, E. S. Sears, H. A. Voyer, S.D. Thurlow, J. L. Cohen, J.N. Weaver, A.D. (2003). An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: I. High school students. *Canadian Journal of Human Sexuality, Vol. 12, No.1*, pp.1-17.
- Chin, H. et all (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus and sexual transmitted infections. *American Journal of Preventive Medicine, Vol.42, No.3*, pp. 272-294.

- Community Preventive Services Task Force. (2012). Recommendations for group-based behavioral interventions to prevent adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and other sexually transmitted infections. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol.42, No.3, pp. 304-307.
- Dehghani, K. et al. (2015). Teachers' Attitudes Regarding Sex Education to Adolescent. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*, Vol.4, No.1, pp. 73-78.
- Donati, S., Medda, E., Spinelli, A. and Grandolfo, M. (2000). Sex education in secondary schools: an Italian experience. *Journal of Adolescent Health*, Vol.26, No.4, pp. 303-308.
- Driver, R., Squires, A., Rushworth, P. and Wood-Robinson, V. (1994). *Making Sense of Secondary Science*. London: Routledge.
- Fakinos, M. (2010). Sexuality education in Greek schools: student experience and recommendations. *Electronic Journal of Human Sexuality*, Vol.13. Available at <http://www.ippf.org/regions/europe/choices/v28n1/greek.htm>
- Herbst, J.H. et al. (2007). The effectiveness of individual-, group-, and community-level HIV behavioral risk- reduction interventions for adult men who have sex with men: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol.32, No.4, pp. 38-67.
- Herr, S.W. (2011). *High school health education teachers' attitudes and perceptions related to teaching HIV prevention*. University of Toledo.
- Ioannidi- Kapolou, E. &Agrafiotis, D. (2005). *Sexuality (ies) in the year of uncertainty and AIDS. The new sexual encounter of Greeks and Europeans. A comparative approach*. Athens: Porlytropon.
- Ioannidi- Kapolou, E. (1997). *Attitudes of greek parents towards sex education*. SEXTANT 1997. Available at <http://www.ippf.org/regions/europe/choices/v28n1/greek.htm>
- Ioannidi-Kapolou, E., (2004). Use of Contraception and Abortion in Greece: A Review. *Reproductive Health Matters*, Vol.12, No.4, pp.174-83.

- Javadnoori, M. et al. (2016). Competence of Healthcare Workers in Sexual Health Education for Female Adolescents at Schools. *Journal of Midwifery and Reproductive Health, Vol. 4, No.2*, pp.605-612.
- Javeau, C. (1996). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο: το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή*, Αθήνα: Τυπωθήτω – Δαρδανός.
- Jejeebhoy, S. (2016). *State of wolrdopulation 2016: how our future depends on a girl at this decisive age, 10*.UNFPA. Available at <http://www.unfpa.org/swop>
- Larsson, M., Westerling, R., Tydén, T. (2006). Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 34, No.2*, pp. 124-131.
- Latifnejad- Roodsari R, et al. (2013). Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iranian Journal of Reproductive Medicine, Vol. 11, No.2*, pp.101-110.
- Madeni, F., Horiuchi, S. and Iida, M. (2011). Evaluation of a reproductive health awareness program for adolescence in urban Tanzania-A quasi-experimental pre-test post-test research. *Reproductive Health, Vol. 8, No.21*. Available at <http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/21>)
- Mattebo, M. et all (2015). Knowledge and Perceptions regarding Sexual and Reproductive Health among high school students in Kathmandu, Nepal. *Journal of Asian Midwives, Vol. 2, No. 2*, pp.20-35.
- Matza, M. (2012). *California school nurses knowledge, attitude and intention to participate in sexuality education*. [Doctoral Dissertation]. San Diego: University of San Diego.
- Mavroforou, A., Koumantakis, E. & Michalodimitrakis, E. (2004). Adolescence and abortion in Greece: women's profile and perceptions. *Journal of pediatric adolescent gynecology, Elsevier, Vol.15, No. 5*, pp.321-327.
- Mc Manus, A. & Dhar, L. (2008). Study of knowledge, perception and attitude of adolescent girls towards STIs/HIV, safer sex and sex education: a cross sectional survey of urban adolescent school girls in south Delhi, India. *BMC Women's Health, 23 July, Vol.8, No.12*.

- Mkumbo, KA. (2012). Teachers' attitudes towards and comfort about teaching school-based sexuality education in urban and rural Tanzania. *Global Journal of Health Science, Vol.4, No.4, pp.149-158.*
- Nqoloba, T. (2008). *Attitudes of teachers towards sexuality education and HIV and AIDS education.* [Master Thesis]. University of Zululand.
- Oostrekramp, E. et al. (2014). *Eennieuwerolvoor de verloskundige.* Wageningen University.
- Peltzer, K. (2001). *Knowledge and attitudes of primary care nurses and midwives towards health promotion in rural South Africa.* November, Vo. 24, No.4, pp.46-51. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11993263/>
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engstrom, M. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses' and beliefs. *Journal of Advanced Nursing, Vol.66, No. 6, pp. 1308-1316*
- Shirpak, K.R. et al. (2007). Developing and testing a sex education program for the female clients of health centers in Iran. *Sex Education, Vol.7, No.4, pp.333-349.*
- Sipe, T.A. (2012), Methods of conducting community guide systematic reviews of evidence on effectiveness and economic efficiency of group- based behavioral interventions to prevent adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and other sexually transmitted infections. *American Journal of Preventive Medicine, Vol. 42, No.3, pp. 295-303.*
- Sydsjö, G., Ekholm Selling, K., Nyström, K., Cecilia Oscarsson, C. and Kjellberg, S. (2006). Knowledge of reproduction in teenagers and young adults in Sweden. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, Vol.11, No. 2, pp. 117–125.*
- Sydsjo, G., Ekholm- Selling, K., Nystrom, K., Oscarsson, C., Kjellberg, S. (2006). Knowledge of reproduction in teenagers and young adults in Sweden. *The European journal of contraception and reproductive health care, Vol. 11, No.2, pp.117-125.*

- Tsitsika, A., Andrie E, Deligeoroglou E, Tzavara C, Sakou I, Greydanus D, Papaevangelou V, Tsolia M, Creatsas G, Bakoula C. (2014). Experiencing sexuality in youth living in Greece: contraceptive practices, risk taking, and psychosocial status. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, Vol.27, No.4, pp.232-241
- Tsitsika, A., Critselis, E., Kormas, G., Filippopoulou, A., Tounissidou, D., Freskou, A. et al., (2009). Internet use and misuse: a multivariate regression analysis of the predictive factors of internet use among Greek adolescents. *European Journal of Pediatrics*, No.168, pp. 655-65.
- UNESCO (2004). *Tools for effective school health. Active methods for teaching and learning*, UNESCO.
- Vassilikou, K. et al. (2014). Sex education and sex behavior in Greek adolescents: a research review. *Social Cohesion and Development*, Vol. 9, No.2, pp.143-154.
- Walker, S., Davis, G.(2013). Learning at work and university: Midwifery students and sexual health advice. *University of Cumbria*, Vol. 7, No.1, pp.63-77.
- Warenius, L.U., Faxelid, E.A., Chishimba, P.N., Musandu, J.O., Ong'any, A.A., Nissen, E.B. (2006). Nurse-midwives' attitudes towards adolescent sexual and reproductive health needs in Kenya and Zambia. *Reproductive Health Matters*, Vol. 14, No.27, pp. 119–128. Available at <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808006272422>
- Weed, S.E. (2012). Sex education Programs for schools- still in question: a commentary on meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol.42, No.3, pp.313-315.
- Westwood, J. & Mullan, B. (2006). Knowledge of school nurses in the UK regarding sexual health education. *The Journal of School Nursing*, Vol. 22, No.6, pp.352-357.
- Westwood, J. & Mullan, B. (2009) 'Teachers' and pupils' perceptions of the school nurse in relation to sexual health education', *Sex Education*, 9: 3, 293 — 306
- WHO. (2001). *Infections and infectious diseases: A manual for nurses and midwives in the WHO European Region*. Available at

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2001/infections-and-infectious-diseases.-a-manual-for-nurses-and-midwives-in-the-who-european-region>

WHO. (2004). *Adolescent health and development in nursing and midwifery education*. Available at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/fch_cah_04_4/en/

WHO. (2011). *Sexual and reproductive health- core competencies in primary care: The role of primary health- care providers in sexual and reproductive health – results from an intercountry survey*. Available at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/en/

Willey, D.C. (2012). Using science to improve the sexual health of America's youth. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol.42, No.3, pp.308-310.

Α.Π.Σ. (2003). *Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών*. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων & Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Αθανασίου, Κ. (2007). *Αγωγή Υγείας*. Αθήνα: Γρηγόρης.

Βιβιλάκη Β. Σα πρώτα χρόνια: Η σημασία του ρόλου της μαιίας για τη δημόσια υγεία. Η εξέλιξη της μαιευτικής επιστήμης, *10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών, Πάτρα*, 23-26 Νοεμβρίου 2006, σελ. 3.

Γερούκη, Μ. (2011). *Η Σεξουαλική Αγωγή στο Σχολείο: Θεωρία και πράξη - Οι απόψεις των εκπαιδευτικών*. Αθήνα: Εκδόσεις Μαραθιά.

Δ.Π.Π.Ε.Σ. (2003). *Διαθεματικό ενιαίο πλαίσιο σπουδών*. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων & Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Δαρβίρη, Χ. (2007). *Προαγωγή Υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Δημολιάτης, Γ. (2002). *Υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα*, Αθήνα: Τυπωθήτω – Δαρδανός Γ.

- Διακίδη- Κώστα, Α. (2013). Υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, δυνατότητες και προοπτικές. *2ο Πανελλήνιο συνέδριο «Η βιολογία στην εκπαίδευση*. Αθήνα.
- Ηλιάδου, Μ. & Παλάσκα, Ε. (2008). Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι. *Νοσηλευτική*, τχ:47, αρ:4, σς. 497-506.
- Θεοδωράκης, Γ. (2017). *Εισαγωγή στην Αγωγή υγείας*, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Καλοκαιριού – Αναγνωστοπούλου, Α. & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινωνική νοσηλευτική*, Αθήνα: Βήτα.
- Κατσίλλης, Ι. (1997). *Περιγραφική στατιστική- Εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες και την εκπαίδευσης*. Αθήνα: Gutenberg.
- Κούτα, Χ. & Αθανασοπούλου, Μ. (2010). *Η εκπαίδευση για την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία στα πλαίσια της ευρωπαϊκής πολιτικής: βιβλιογραφική ανασκόπηση*. Διαθέσιμο στο http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2010/11/Tomos02_teychos02-dragged4.pdf
- Κρουσταλάκης Σ. Γ. (2005). *ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ Πορεία ζωής* . Αθήνα.
- Κυριαζή, Ν. (1999). *Η κοινωνική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λανιάντο, Ν. (2006). *Νηπιακή και παιδική σεξουαλικότητα: όλα όσα αναρωτιόμαστε*. Αθήνα: Lector.
- Λυκερίδου, Α., Βιβιλάκη, Β. Γ., Γουρουντή, Κ., Δάγλα, Μ. Ι., & Σαραντάκη, Α. (2015). *Τεκμηριωμένη λήψη απόφασης στη μαιευτική*. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Μαιευτικής.
- Λυκερίδου, Α. (2015). *Κανόνες ηθικής & δεοντολογίας*. Ιλίσια: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Ματσαγγούρας, Η., Ευθυμίου, Δ., Μπαζίγου, Κ., Μπαράτση, Α., Πετρέσκου, Θ. και Σχίζα, Κ. (2011). *Η Καινοτομία των Ερευνητικών Εργασιών στο Νέο Λύκειο – Βιβλίο Εκπαιδευτικού*, Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων.

- Μετοχιανάκης, Η. (2002). *Εισαγωγή στην παιδαγωγική*, Τόμος Α΄. Ηράκλειο: Ιδιωτική έκδοση.
- Πατσεάδου, Μ. (2008). *Σεξουαλική συμπεριφορά σε μαθητικό πληθυσμό Λυκείων του νομού Θεσσαλονίκης*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Τούντας, Γ. (1998). *Κοινωνία και υγεία*, Αθήνα: Οδυσσέας / Νέα Υγεία.
- Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη, Β. & Πετρίδου, Ε. (2000). *Προληπτική ιατρική και δημόσια υγεία*, Αθήνα: Ζήτα.
- Φίλιας, Β. (επιμ.) (2007). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*. Αθήνα: Gutenberg.
- Χιόνη, Μ. (2011). *Αγωγή υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Παρέμβαση για την πρόληψη του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού (bullying)*. Αθήνα.
- Χρυσάνθου, Α. (επιμ) (2006). *Έρευνα για την υγεία στις διαφυλικές σχέσεις και τη σεξουαλικότητα*. Λευκωσία: Οργανισμός Νεολαίας Κύπρου- Ινστιτούτο Αναπαραγωγικής Ιατρικής Κύπρου.
- Χρυσάφιδης, Κ. (1994). *Βιωματική –Επικοινωνιακή διδασκαλία: Η εισαγωγή της μεθόδου project στο σχολείο*. Αθήνα: Gutenberg.

<https://www.hc-crete.gr/>

<https://www.moh.gov.gr/>