

Zdrowie seksualne i reprodukcyjne młodzieży

Zbigniew Izdebski¹, Krzysztof Wąż²

¹ Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski

² Katedra Seksuologii, Poradnictwa i Resocjalizacji, Wydział Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski

Adres do korespondencji: Krzysztof Wąż, Katedra Seksuologii, Poradnictwa i Resocjalizacji, Wydział Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski, ul. Energetyków 2, 65-729 Zielona Góra, wazkrzysztof@gmail.com

Abstract

Sexual and reproductive health of young people

The authors of the article discuss the terms of sexual health, reproductive health and sexual rights with reference to young people. They describe the health problems connected with psychosexual adolescence. Then the authors, on the base of their own research, present risky (anti-health) sexual behaviors of young people both in the real world and in the Internet as well as the consequences such as sexually transmitted diseases and unwanted pregnancies. The authors emphasize importance of support from professionals, especially doctors, for young people in solving problems connected with their sexual and reproductive health.

Słowa kluczowe: rozwój psychoseksualny, ryzykowne zachowania seksualne, seksualność, zdrowie reprodukcyjne, zdrowie seksualne

Key words: psychosexual development, reproductive health, risky sexual behaviors, sexuality, sexual health

Wstęp

Podejmując analizę różnych składowych zdrowia publicznego w odniesieniu do młodzieży, rzadko uwzględnia się zdrowie seksualne i reprodukcyjne. Tymczasem, biorąc pod uwagę prawidłowości rozwoju człowieka, adolescencja jest tym okresem, w którym rozwój psychoseksualny jest najbardziej dynamiczny [1]. W okresie adolescencji nastolatki poddawani są intensywnym oddziaływaniom socjalizacyjnym. Socjalizacja seksualna ma na celu przyswojenie im wartości, norm i wzorów zachowań, które ich otoczenie społeczne uznaje za ważne elementy przepisu roli kobiety i mężczyzny, zwłaszcza w odniesieniu do podejmowania aktywności seksualnej oraz relacji z partnerem [2]. Dojrzewanie oraz konfrontacja rodzących się potrzeb seksualnych z wymaganiami kulturowymi jest sytuacją trudną dla młodych ludzi, a sposób radzenia sobie z tą sytuacją warunkuje ich samopoczucie, jest ważnym wyznacznikiem zdrowia subiektywnego [3]. Niniejsze opracowanie ma na celu zaprezentowanie podstawowych problemów związanych ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym adolescentów.

Zdrowie seksualne i reprodukcyjne

Złożoność omawianej problematyki wynika m.in. ze sposobu ujmowania ludzkiej seksualności. Seksualność, w najszerszym tego słowa znaczeniu, jest sposobem, w jaki człowiek, z perspektywy swojej płciowości, doświadcza i wyraża siebie jako ludzką istotę. Świadomość siebie jako kobiety czy mężczyzny jest częścią seksualności, tak samo jak możliwość erotycznego doświadczenia i reagowania. „Seksualność stanowi kluczowy aspekt istnienia człowieka w trakcie jego życia i dotyczy płci, tożsamości i ról płciowych, orientacji seksualnej, erotyzmu, przyjemności, intymności oraz prokreacji. Seksualność jest odczuwana i wyrażana w myślach, fantazjach, pragnieniach, wierzeniach, postawach, wartościach, zachowaniach, praktykach, rolach i związkach. Podczas gdy seksualność może obejmować wszystkie te aspekty, nie wszystkie one są doświadczone bądź wyrażane. Na seksualność wpływają interakcje pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, ekonomicznymi, politycznymi, etycznymi, prawnymi, historycznymi religijnymi i duchowymi”[4].

Sposób traktowania zdrowia seksualnego zmienił się radykalnie w ostatnich stuleciach. W kulturze Zachodu zdrowie seksualne utożsamiano przez długi czas z prokreacją, sprawnością seksualną i ascezą. Jeszcze w XIX i na początku XX wieku uznawano, że kryteriami zdrowia seksualnego kobiet są: płodność, czystość moralna, brak odczuwania pożądania, fantazjowania erotycznego oraz brak orgazmu. U kobiet, które ujawniały zainteresowanie seksem, fantazjowały, odczuwały swędzenie sromu, a także nawilżenie pochwy, rozpoznawano histerię. W pierwszych klasyfikacjach chorób za patologię uznawano m.in.: masturbację, niewierność, kontakty przedmażeńskie i homoseksualizm [5]. Dopiero w drugiej połowie XX wieku, w wyniku zmian obyczajowych, zwłaszcza coraz większej akceptacji aktywności seksualnej niemającej na celu prokreacji oraz postępów w nauce, także realizacji pionierskich badań nad seksualnością człowieka, nastąpiła zmiana w podejściu do określania zdrowia seksualnego.

Współcześnie obowiązują definicje zdrowia seksualnego zaproponowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), w których uwzględnia się rolę czynników biopsychospołecznych. Zdrowie seksualne jest według WHO zespołem biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego koniecznych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości człowieka. Zdrowie seksualne, tak rozumiane, warunkuje nie tylko dobrostan fizyczny, lecz także psychiczny i społeczny w funkcjonowaniu człowieka [6]. W kolejnej modyfikacji tej definicji przyjęto, że „zdrowie seksualne jest dobrostanem fizycznym, emocjonalnym i społecznym w odniesieniu do seksualności; nie jest jedynie brakiem choroby, zaburzeń funkcji bądź ułomności. Zdrowie seksualne wymaga pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności oraz związków seksualnych, jak również do możliwości posiadania dających przyjemność i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, powinno być wolne od przymusu, dyskryminacji i przemocy. Aby osiągnąć i utrzymać zdrowie seksualne, prawa seksualne powinny być respektowane, chronione i spełniane” [7]. Osoba zdrowa seksualnie to jednostka, która akceptuje swoją płć, przyjmuje rolę z nią związane, bez lęku wyraża swoją seksualność w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, ma poczucie odpowiedzialności za skutki swojej seksualności dotyczące siebie, partnera i społeczeństwa. To także taka, która posiada zdolność do zdobywania satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, co wynika z jej umiejętności nawiązania równych i odpowiedzialnych relacji partnerskich oraz zdolności rozwiązywania problemów w tym obszarze [8]. Deficyty zdrowia seksualnego mogą prowadzić do różnorodnych zaburzeń, kompleksów i obniżonej samooceny. Mogą wówczas występować: zaburzenia zdrowia psychicznego (psychosomatyczne, depresyjne, nerwicowe itp.), poczucie niskiej wartości, konflikty i napięcia w relacjach partnerskich, drażliwość w kontaktach międzyludzkich.

Zdrowie seksualne jest ściśle związane ze zdrowiem reprodukcyjnym człowieka [9]. Jest to fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan we wszystkich sprawach związanych z systemem reprodukcji. Zdrowie reprodukcyjne

oznacza, że ludzie są w stanie prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, płodzić dzieci oraz w sposób swobodny decydować czy, kiedy i ile ich posiadać [10].

Uznaje się, że zdrowie seksualnego nie można analizować bez odwołania się do norm medycznych oraz kulturowych. Normy medyczne odnoszące się do zdrowia seksualnego opierają się na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO (ICD-10) oraz Deklaracji Praw Seksualnych z 2002 roku, rekomendowanej przez WHO. Prawa seksualne obejmują „prawa wszystkich osób, wolnych od przymusu, dyskryminacji i przemocy do: dostępu do najlepszych istniejących standardów zdrowia seksualnego, łącznie z dostępem do opieki zdrowotnej dotyczącej zdrowia seksualnego i prokreacji; szukania, otrzymywania i rozpowszechniania informacji związanych z seksualnością; edukacji seksualnej; respektowania integralności cielesnej; wyboru partnera; decydowania o tym, czy być aktywnym seksualnie, czy nie; związków seksualnych opartych na obopólnej zgodzie; małżeństw zawartych za obopólną zgodą; decydowania o tym, czy chce się posiadać dzieci, czy nie, a jeśli tak, to kiedy; oraz do prowadzenia satysfakcjonującego, bezpiecznego i sprawiającego przyjemność życia seksualnego. Odpowiedzialne korzystanie z praw człowieka wymaga, aby wszystkie osoby respektowały prawa innych” [4].

Powyższe ustalenia w odniesieniu do młodzieży wymagają doprecyzowania i uwzględnienia specyfiki wynikającej z prawidłowości rozwoju, w tym rozwoju psychoseksualnego oraz emocjonalnego, społecznego i moralnego, a także sytuacji prawnej nastolatków. Według autorów „Karty Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych Międzynarodowej Federacji Planowania Rodziny” IPPF zdrowie seksualne i reprodukcyjne młodzieży (osób poniżej 25. roku życia) oznacza fizyczny i emocjonalny dobrostan, polegający na byciu zdrowym i wolnym od zbyt wczesnej i niepożądanego ciąży, niebezpiecznej aborcji, infekcji przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS, jak również przemocy seksualnej i przymusu [11]. Wśród praw człowieka, ustalonych i zaakceptowanych przez społeczność światową, są takie, które szczególnie odnoszą się do okresu dojrzewania i młodości oraz do możliwości i zagrożeń tego okresu. Obejmują one równouprawnienie płci oraz prawo do edukacji i opieki zdrowotnej, a w szczególności prawo do informacji na temat zdrowotnych aspektów rozrodczości i seksu oraz prawo do usług zdrowotnych w tym zakresie, odpowiednich dla wieku, możliwości i warunków, a także wolność od wszelkich form przemocy seksualnej. Konwencja ONZ o Prawach Dziecka przyjęta w 1989 roku i ratyfikowana przez większość państw zapewnia dzieciom prawo do poszukiwania, otrzymywania i upowszechniania informacji i idei (Artykuł 13) oraz nakłada na państwo obowiązek zapewnienia dzieciom wiedzy umożliwiającej ochronę, m.in. przed wykorzystaniem seksualnym (Artykuł 19) [12].

Mówiąc o aktywności nastolatków w kontekście zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, należy także pamiętać o tym, co może być uznane za mieszczące się w granicach normy rozwojowej, a co należy uznać za niepokojące, a nawet wymagające interwencji, pomocy

pedagogicznej, psychologicznej czy wręcz lekarskiej. Za aktywność seksualną młodzieży, która mieści się w granicach normy, uznaje się taką, która: nie utrudnia realizacji zadań rozwojowych przewidzianych dla tego okresu; mieści się w repertuarze zachowań seksualnych charakterystycznych dla danego wieku; dokonuje się między osobami będącymi w zbliżonym wieku; oparta jest na zasadzie dobrowolności; prowadzi do realizacji celów seksualnych; nie narusza zdrowia; nie narusza rażąco przyjętego porządku społecznego [13].

Zdrowie seksualne a dojrzewanie psychoseksualne

Kilka powodów składa się na to, że szczególnie duże natężenie problemów związanych ze zdrowiem seksualnym przypada na fazę adolescencji. Seksualność kilkunastoletnich dziewcząt i chłopców w sposób znaczący różni się od seksualności osób dorosłych i jest związana z prawidłowościami okresu dojrzewania. Dojrzewanie seksualne dziewcząt rozpoczyna się wcześniej niż u chłopców i trwa dłużej, co powoduje, że ma wolniejszy i bardziej stabilny przebieg. Dojrzewanie chłopców następuje później, jest zdecydowanie szybsze i zarazem burzliwsze. U nastolatków obserwuje się zróżnicowanie czasu dojrzewania. Fakt wcześniejszego bądź późniejszego dojrzewania w sposób bardzo istotny (zwłaszcza u chłopców) determinuje ich funkcjonowanie społeczne. Ponadto obserwujemy bardzo duże różnice w osiągnięciu dojrzałości w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej [14]. Zarówno w przypadku chłopców, jak i dziewcząt wcześniejsze dojrzewanie seksualne współwystępuje z wcześniejszym rozpoczęciem współżycia seksualnego. Badania osiemnastolatków przeprowadzone przez Zbigniewa Izdebskiego na reprezentatywnej próbie ogólnopolskiej pozwalają stwierdzić, że w przypadku chłopców ta zależność jest silniejsza niż w przypadku dziewcząt (r Pearsona odpowiednio 0,189 i 0,140) [15].

Jednym z uznawanych objawów dojrzewania fizycznego są pierwsze polucje u chłopców oraz miesiączkowanie u dziewcząt. Wśród dziewcząt u ponad co drugiej respondentki (55%) pierwsza miesiączka wystąpiła w wieku 13–14 lat. Wcześniejsze pierwsze miesiączkowanie – do 12. roku życia – miała niemal co trzecia uczennica szkoły ponadgimnazjalnej (29%). Wśród chłopców pierwsze oznaki dojrzewania fizycznego w postaci polucji pojawiają się później niż miesiączka u dziewcząt (deklaracje badanych potwierdzają powszechne spostrzeżenia seksuologów dotyczące różnic w dojrzewaniu dziewcząt i chłopców). Co piąty chłopiec (20%) deklaruje, że pierwszy wytrysk nasienia wystąpił u niego po 16. roku życia. W tym wieku niemal wszystkie dziewczęta mają już za sobą pierwsze miesiączkowanie. Niemniej jednak różnica, o której tu mówimy, nie jest zbyt duża. Średni wiek wystąpienia pierwszej miesiączki dla badanych dziewcząt wyniósł 13,14 roku, natomiast średni wiek wystąpienia polucji u chłopców to – według ich deklaracji – 13,65 roku [15]. Inne badania wskazują na jeszcze niższy średni wiek *menarche* (12,82 roku) i dużą różnicę w tym wskaźniku w zależności od poziomu urbanizacji (dla dziewcząt z dużych miast – 12,55 roku; ze wsi – 12,99 roku) [16].

Reakcja dziewcząt na ich pierwszy cykl menstruacyjny może być zróżnicowana. *Menarche* może być postrzegana jako oczekiwany sygnał stawania się kobietą, jako kolejne wydarzenie związane z rozwojem albo jako zdarzenie budzące lęk i odrażające. Negatywne doświadczenia z pierwszymi symptomami dojrzewania mogą mieć również chłopcy – często się tego wstydzą, ukrywają ślady lub nawet są tym faktem przerażeni.

Napięcie seksualne pojawia się w okresie dojrzewania wraz ze wzrostem wydzielania androgenów i staje się, zwłaszcza u chłopców, bardzo silne i często odczuwane. Pojawiają się u nich częste, niekontrolowane wzwody prącia, nie tylko pod wpływem bodźców jednoznacznie seksualnych. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych wśród młodzieży osiemnastoletniej. Odsetek chłopców odczuwających napięcie często lub prawie cały czas był dwukrotnie większy niż dziewcząt (odpowiednio 43,8% i 20,8%) [15].

Wiele problemów w okresie dojrzewania wiąże się także z rozdziwieniem między uczuciowością (czułość, miłość, troska) a podnieceniem i pożądaniem, to jest z dezintegracją seksualną (emocjono-popędową) okresu dorastania. W literaturze podkreśla się, że chłopcy, z powodu niedojrzałości psychicznej, często demonstrują zachowania seksualne pozbawione emocjonalnego zaangażowania, natomiast u dziewcząt dezintegracja seksualna wyraża się demonstracyjnym zaprzeczaniem seksualności, deklarowaniem ascezy [17]. Przytoczone w dalszej części opracowania wyniki badań skłaniają do podania w wątpliwość aktualności tych stwierdzeń.

Inne problemy, które mogą wystąpić w rozwoju psychoseksualnym, mają związek z identyfikacją płciową, orientacją psychoseksualną oraz obrazem własnego ciała. Problemy dotyczące identyfikacji płciowej mogą być warunkowane zarówno hormonalnie, jak i genetycznie (np. obojactwo, wady rozwojowe narządów płciowych, zespół Turnera, a także niezgodność budowy anatomicznej z tożsamością płciową, czyli transseksualizm). W okresie adolescencji mogą wystąpić także problemy związane z orientacją psychoseksualną. Dotyczą one – w różnym zakresie – zarówno osób, które z różnych względów podejmują incydentalne kontakty homoseksualne, jak i osób, które odkrywają u siebie orientację homoseksualną. Bardzo wiele nastoletnich dziewcząt i chłopców ma problemy związane z obrazem własnego ciała. Porównywanie własnego wyglądu z wyglądem rówieśników, a zwłaszcza aktorów filmów pornograficznych, wypada często niekorzystnie i staje się źródłem kompleksów. U chłopców najczęściej dotyczy to wielkości penisa, u dziewcząt problemem bywa wielkość piersi, ich nierówne rozmiary. Niepokój chłopców mogą wywoływać także ginekomastia oraz odkształcenia penisa. Zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt dużym problemem bywają zmiany skórne (np. trądzik młodzieńczy). Dbałość o sylwetkę, chęć sprostania wymogom mody, zwłaszcza u dziewcząt, prowadzi nierzadko do podejmowania nieracjonalnych kuracji odchudzających, które miewają groźne zdrowotne skutki. Oprócz zagrożenia anoreksją i bulimią może to powodować zaburzenia dojrzewania biologicznego, w tym seksualnego.

Aktywność seksualna młodzieży a zdrowie seksualne i reprodukcyjne

Kontakty seksualne podejmowane przez nastoletnie dziewczęta i chłopców mają swoje doniosłe znaczenie rozwojowe. Służą przygotowaniu do podjęcia w przyszłości ważnych ról płciowych: małżonka, partnera seksualnego, rodzica. Należy pamiętać, że ważnymi umiejętnościami, które muszą opanować nastolatki w tym okresie, są te stanowiące kulturowe wyznaczniki zachowań seksualnych człowieka dorosłego, co wymaga treningu społecznego, realizacji różnych przedsięwzięć, często związanych z ryzykiem, nabywania specyficznych doświadczeń, które nastolatki mogą zdobyć tylko w kontakcie z rówieśnikami. W pewnym zakresie zyskuje to akceptację osób dorosłych, co trafnie ujmuje Erikson w swojej koncepcji moratorium psychospołecznego [18]. Należy jednak zauważyć, że obniżenie wieku inicjacji seksualnej i rozpoczęcia współżycia seksualnego oraz angażowania się w związki następuje dzisiaj na długo przed wstąpieniem w związek małżeński czy kohabitacyjny oraz zakładaniem rodziny. Coraz później odkładane są też plany prokreacyjne. „W tym okresie – przed wejściem w stałe związki – ryzyko zajścia w nieplanowaną ciążę oraz narażenie na choroby przenoszone drogą płciową budzi niepokój nie tylko w odniesieniu do poszczególnych członków społeczeństwa, ale również w odniesieniu do zdrowia publicznego” [19].

W analizie zachowań seksualnych w kontekście zdrowia seksualnego istotnym elementem są zachowania ryzykowne, które z większym niż w innych okresach życia człowieka nasileniem występują w toku adolescencji [20]. To nasilenie wynika ze specyficznej dla młodych ludzi tendencji do lekceważenia ryzyka, do bezrefleksyjnego naśladowania rówieśników czy idolów. W ostatnich dziesięcioleciach wystąpiło wiele nowych zjawisk, które sprawiły, że – z jednej strony – zwiększyła się skala zagrożeń w omawianym zakresie, takich, jak: pojawienie się epidemii HIV/AIDS oraz poziom świadomości społecznej co do skali takich zagrożeń, np. w odniesieniu do przemocy seksualnej, z drugiej zaś nastąpiły znaczące przemiany w zakresie obyczajowości seksualnej, które – w odniesieniu do młodzieży – łączą się m.in. z: odejściem od tradycyjnych, opartych na normach religijnych wzorów postępowania, instrumentalizacją i uprzedmiotowieniem partnera relacji seksualnych, liberalizacją i osłabieniem kontroli społecznej, w tym kontroli rodziców [21, 22].

Jako ryzykowne (problemowe, antyzdrowotne) zachowania seksualne młodzieży można więc określić takie, które będąc zachowaniami antynormatywnymi, pozostającymi w opozycji do porządku społecznego i prawnego, stanowią jednocześnie zagrożenie dla zdrowia, zwłaszcza zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz rozwoju jednostki [23, 24].

Wyniki badań potwierdzają, że można wyróżnić trzy odmienne nastawienia młodych ludzi do seksu: hedonistyczne, wulgarne oraz świadomie powściągliwe, przy tym to trzecie może wynikać z oczekiwaniami na wielkie uczucie, na większą własną dojrzałość i/lub na zawarcie związku małżeńskiego [25]. Dwóm pierwszym z wyróż-

nionych postaw można przypisać relatywnie częste podejmowanie zachowań ryzykownych. Do najczęstszych zachowań ryzykownych młodzieży w sferze seksualnej należą: inicjowanie aktywności seksualnej w bardzo wczesnym wieku, częsta zmiana partnerów seksualnych, niewystarczające stosowanie metod antykoncepcyjnych, kontakt z pornografią (zwłaszcza prezentującą przemoc), intymne kontakty wirtualne z nieznanymi. Młodzi ludzie relatywnie często stają się ofiarami, czasem także sprawcami przemocy seksualnej. W tym kontekście nie sposób także nie dostrzegać zagrożeń, które z sobą niesie prostytutka dziecięca.

Przyjmuje się, że najważniejszym wskaźnikiem w omawianym zakresie jest odbycie inicjacji seksualnej. W badaniach zrealizowanych w 2010 roku w przypadku 15–16-latków 20,0% chłopców i 13,7% dziewcząt miało ją już za sobą. U 17–18-latków było to już 45,3% chłopców oraz 38,5% dziewcząt [26]. Wyniki badań pozwalają także stwierdzić, że wartość tego wskaźnika stopniowo się zwiększa. W okresie minionych 20 lat (1990–2010) odsetek młodzieży po inicjacji seksualnej w przypadku chłopców zwiększył się o kilka (2–9) punktów procentowych (większy wzrost w starszej grupie), natomiast u dziewcząt zwiększył się aż 2–3-krotnie (większy wzrost w grupie wiekowej 15–16 lat) [15, 27–30].

Aktywność seksualna nastolatków nie rozpoczyna się ani nie kończy na inicjacji seksualnej. Wielu z nich ma doświadczenia związane z masturbacją oraz podejmowaniem przedinicjacyjnych form aktywności seksualnej (pocałunki, netting, petting), niektórzy podejmują mniej czy bardziej regularne współżycie seksualne. W badaniach osiemnastolatków doświadczenia związane z masturbacją potwierdziło 70% chłopców i 26% dziewcząt. Średni wiek, kiedy po raz pierwszy respondenci mieli doświadczenia związane z masturbacją, wynosi odpowiednio dla chłopców 13,83, a dla dziewcząt 14,34 roku. Wśród chłopców, którzy kiedykolwiek masturbowali się, trzech z czterech deklaruowało, że nadal to robi, a pozostali twierdzili, iż przestali się masturbować. Wśród dziewcząt 47% nadal się masturbowało, podczas gdy 50% zaprzestało tego typu zachowań [15]. Problemem jest brak wystarczającej wiedzy na temat masturbacji. Pomimo że większość nastolatków (zwłaszcza chłopców) masturbuje się, prawie połowa uczestników innych badań z udziałem adolescentów odczuwa, że masturbacja to coś złego, szkodliwego i grzesznego. Budzi to u nich poczucie winy [31, 32].

Zdecydowana większość (83%) osiemnastoletnich chłopców całowała się już kiedyś z kobietą/dziewczyną. Również większość dziewcząt (88%) przyznała, że całowała się już kiedyś z mężczyzną/chłopakiem. Ponad połowa chłopców (59,0%) i niemal co druga dziewczyna (47,8%) przynajmniej raz była w sytuacji, kiedy druga osoba namiętnie ją pieściła (to znaczy uprawiali petting). Wśród chłopców niemal co trzeci (32,1%) deklaruje, że przynajmniej raz miał kontakt oralny, a 23% ma za sobą kontakt analny. Wśród dziewcząt odpowiednio 23% miało kontakt oralny z mężczyzną, a 12% odbyło z partnerem kontakt analny. W kontekście podejmowania zachowań ryzykownych ważną kwestią jest liczba

partnerów seksualnych i ich wiek. Wśród osób osiemnastoletnich, które mają za sobą inicjację seksualną, dziewczęta istotnie częściej niż chłopcy deklarowały, że do tej pory miały jednego partnera seksualnego (odpowiednio 75% dziewcząt i 46% chłopców). Sytuacja, w której badany zdarzyło się mieć kontakt seksualny z osobą co najmniej 5 lat starszą, zanim sami ukończyli 15 lat, zdarzyła się u 8,7% badanych spośród tych, którzy mają za sobą inicjację seksualną (odpowiednio 8,3% dziewcząt i 9,1% chłopców). Wśród osób, które mają za sobą inicjację seksualną, 23% przyznaje, że przynajmniej raz miała kontakty seksualne poza stałym partnerem seksualnym (zdradziła swojego chłopaka/dziewczynę, odbywając stosunek seksualny z kimś innym) [15].

Młodzież prezentuje zróżnicowane postawy wobec aktywności seksualnej, ale jest to stosunek coraz bardziej liberalny. Widać to bardzo wyraźnie w badaniach szesnastolatków. Niemal jedna czwarta osób badanych (24%) była zdania, że współżycie płciowe w ich wieku jest czymś normalnym. Ponad połowa (53%) respondentów podzielała pogląd, że osoby w ich wieku mogą podejmować pewne formy aktywności seksualnej, ale z całkowitym wyłączeniem stosunków płciowych. Tylko 13% respondentów opowiedziało się za najbardziej restryktywnym stanowiskiem, twierdząc, że osoby w ich wieku zdecydowanie nie powinny jeszcze podejmować żadnej formy aktywności seksualnej (nawet pieszczot). Chłopcy prezentowali poglądy bardziej przyzwalające, tj. nieco rzadziej, w porównaniu z dziewczętami, opowiadali się za normą „osoby w moim wieku zdecydowanie nie powinny jeszcze podejmować aktywności seksualnej” oraz znacznie częściej wyrażali aprobatę dla normy „współżycie płciowe osób w moim wieku jest czymś normalnym” (zależność między zmiennymi istotna statystycznie). Więcej niż połowa respondentów (54,8%) zgodziła się z twierdzeniem, iż „to presja rówieśników powoduje, że wielu nastolatków rozpoczyna życie seksualne”. Płeć nie różnicowała poglądów badanych w znaczący sposób. Większość szesnastolatków (54%) uważała, że rozpoczęcie życia seksualnego może nastąpić przed ukończeniem 20. roku życia, przy czym niemal jedna czwarta (24%) sytuowała ten moment jeszcze wcześniej, przed osiągnięciem dorosłości. Chłopcy niemal dwa razy częściej niż dziewczęta uznawali, iż aktywność seksualną mogą podejmować osoby, które nie ukończyły jeszcze 18. roku życia. Nastolatki wyraźnie rozdzielają aktywność seksualną od prokreacji, a małżeństwo łączą z planowaniem potomstwa. Możemy mówić przy tym o dwóch zjawiskach. Po pierwsze, inicjacja seksualna, zdaniem badanych, może o kilka lat wyprzedzać moment zawarcia małżeństwa. Po drugie, ślub, zdaniem nastolatków, powinien wyprzedzać prokreację o około 1,5 roku [33].

W kontekście zdrowia seksualnego bardzo niepokojące jest zjawisko seksualizacji agresji i występowanie patologicznych zachowań seksualnych, które są związane z wykorzystywaniem seksualnym dzieci przez nastoletnich sprawców i seksualnej przemocy rówieśniczej. Co trzeci badany osiemnastolatek (33,8%) podał, że przynajmniej raz zdarzyła mu się sytuacja, kiedy był namawiany, naciskany, zmuszany do któregoś z zachowań

seksualnych wbrew swojej woli, a 12% z nich podało, że występowali w roli sprawcy przemocy seksualnej [15].

Skala zachowań ryzykownych podejmowanych przez młodzież znacząco wzrasta w przypadku osób niedostosowanych społecznie. W wyniku badań wychowanków OHP ustalono m.in., że: niski wiek inicjacji seksualnej dotyczy zarówno chłopców (16,1 roku), jak i dziewcząt (16,4 roku); znaczny odsetek badanych (11,3%) inicjował przed ukończeniem 14 lat, niemal 20% osób (czterokrotnie częściej chłopcy niż dziewczęta) zadeklarowało doświadczenia seksualne z liczbą partnerów przekraczającą 5; 40% badanych zawsze stosuje w czasie kontaktów seksualnych antykoncepcję, 17% nigdy lub bardzo rzadko (przy tym są to częściej dziewczęta); blisko 8% osób stosowało antykoncepcję postkoitalną; ponad 15% badanych odbyło dobrowolny kontakt seksualny, 4,5% zaś kontakt wbrew własnej woli przed ukończeniem 15. roku życia z osobą co najmniej 5 lat starszą; niemal 33% doświadczyło w jakiegokolwiek formie przemocy seksualnej, przy tym częściej były to kontakty seksualne (najczęściej waginalne, doświadczyło ich aż 17,3% wszystkich badanych) niż kontakty wzrokowe i dotykowe; 7,4% było zmuszanych do stosowania przemocy seksualnej wobec osób trzecich; stosowanie przemocy seksualnej wobec innych ujawniło prawie 18% badanych (chłopcy dwukrotnie częściej niż dziewczęta), przy tym najczęściej były to kontakty o charakterze dotykowym; 5,4% ujawniło fakt przymuszania innych osób do stosowania przemocy seksualnej wobec osób trzecich; 9,6% (znacznie częściej chłopcy niż dziewczęta) ujawniło świadczenie usług seksualnych; gotowość do świadczenia usług seksualnych w przyszłości zgłosiło 7,2% osób, które nigdy wcześniej tego nie robiły i ponad 60% z osób świadczących dotychczas tego typu usługi [34].

Niekorzystne tendencje, z punktu widzenia zdrowia seksualnego, obserwujemy w obrazie aktywności seksualnej nastolatków w ostatnich latach. Największą grupą korzystającą z płatnych usług seksualnych jest młodzież szkolna w wieku 15–17 lat – wynika z badania Zbigniewa Izdebskiego i Polpharmy „Seksualność Polaków 2011”. Na pytanie „Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/Pani z usług agencji towarzyskiej lub innych osób świadczących usługi seksualne za wynagrodzenie (pieniądze, mieszkanie, towary)?” twierdząco odpowiedziało 14% respondentów w wieku 15–49 lat. Najczęściej odpowiedzi twierdzącej udzielali nastolatki (20% w grupie 15–17 lat). Badania pokazują także, że dziewczęta w tym wieku częściej niż ich rówieśnicy eksperymentują seksualnie. Do odbycia stosunku dopochwowego przyznało się 28% dziewcząt i 22% chłopców, analnie współżyło 10% dziewcząt i 2% chłopców, 12% nastolatek doświadczyło stosunku oralnego, a 10% chłopców przyznało, że pieściło w ten sposób swoje partnerki [15]. Przytoczone wyniki są wskaźnikiem znaczących przemian w obyczajowości seksualnej młodzieży. Obserwujemy tu zjawisko związane z seksualizacją młodzieży, zwłaszcza dziewcząt. Coraz więcej z nich, pod wpływem przekazów medialnych, jest aktywną stroną w intymnych relacjach z rówieśnikami oraz starszymi od siebie chłopcami i mężczyznami.

Omawiając zachowania ryzykowne młodzieży związane z seksualnością, nie sposób pominąć aktywności podejmowane przez nią w internecie, zwłaszcza że dla nastolatków aktywność w sieci ma obecnie równie duże znaczenie jak ta, którą podejmują w świecie realnym. Jak wynika z badań (World Internet Project – edycja polska 2013), 62% mieszkańców Polski powyżej 15. roku życia korzysta z internetu, przy czym w grupie wiekowej 15–24 lata korzysta z sieci prawie 100% osób [35]. Ponadto badania [36] wskazują niepokojącą tendencję co do miejsca, w którym dzieci łączą się z internetem. Aż 63% polskich dzieci łączy się z siecią w zaciszu własnego pokoju, co może wskazywać na brak kontroli rodzicielskiej nad treściami, z jakimi spotykają się najmłodszy na stronach internetowych [36]. Obecnie w Polsce w przedziale wiekowym użytkowników 15–19 lat w ciągu tygodnia średni czas korzystania z internetu to 23 godziny, co w dziennym bilansie stanowi prawie 3,5 godziny [35].

Do zachowań ryzykownych, związanych z korzystaniem z internetu, należy zaliczyć: kontakt z treściami o charakterze pornograficznym; kontakt z materiałami prezentującymi seks połączony z brutalną przemocą, prowadzenie rozmów na temat seksu z nieznanymi osobami; przysyłanie zdjęć i filmów, także zawierających nagie lub wręcz pornograficzne wizerunki osobom poznanym w internecie (*sexting*); zdarza się, że dzieci za pośrednictwem internetowej korespondencji są uwodzone (*grooming*), a fotografia trafia na strony dla pedofilów; umawianie się na spotkania w „realu” z osobą poznaną w internecie; podejmowanie współżycia seksualnego z osobą poznaną w sieci. Zdecydowana większość badanych osiemnastolatków (77,6%) oglądało już kiedyś pornografię, to znaczy magazyny pornograficzne, filmy pornograficzne lub materiały pornograficzne w internecie. Niemal połowa respondentów (45%) deklaruje, że ogląda pornografię przynajmniej raz w miesiącu. Natomiast niemal co piąty badany oglądał materiały pornograficzne tylko jeden raz w życiu. Najbardziej popularnymi materiałami pornograficznymi są te, które przedstawiają akty seksualne kobiety i mężczyzny (96%). Relatywnie często młodzież oglądała także pornografię przedstawiającą seks grupowy (57%) oraz kontakty homoseksualne (41%). Rzadziej respondenci oglądali seks z przemocą (14%), a 6% z nich przyznaje, że oglądało materiały przedstawiające seks między osobą dorosłą a dzieckiem [15]. W ostatnim okresie najbardziej rozwijającą się formą zachowań ryzykownych podejmowanych przez internet jest *sexting* realizowany przy użyciu wideoczatów, czyli portali, na których oprócz tradycyjnej, tekstowej formy komunikacji użytkownicy mogą komunikować się z sobą za pomocą mikrofonu oraz kamery internetowej w czasie realnym i w ten sposób prezentować zachowania seksualne, takie jak striptiz, masturbacja, petting czy stosunek seksualny. Z badań wykonanych w Polsce w 2013 roku przez portal społecznościowy Nasza Klasa oraz Naukową i Akademicką Sieć Komputerową wśród internautów w wieku 13–16 lat wynika, że połowa z nich porozumiewa się w sieci właśnie za pomocą wideoczatów. Z tej grupy 5% szesnastolatków (użytkowników nk.pl) rozbrajało

się w trakcie sesji na wideoczacie. Ponadto 6% piętnastolatków i około 3% trzynastolatków było namawianych do rozbrajania się lub prezentowania zachowań seksualnych on-line [37]. Z aktywnością podejmowaną w internecie łączy się także zjawisko prostytutki dziecięcej (podejmowanej przez osoby do 15. roku życia), która jest jedną z form wykorzystywania seksualnego. Niepełnoletnie osoby świadczące usługi seksualne obecnie często pozyskują klientów przez internet i telefony komórkowe.

Antykoncepcja młodzieżowa

Znacząca skala podejmowania przez młodzież ryzykownych zachowań seksualnych każe ze szczególną uwagą odnieść się do zagadnienia antykoncepcji.

Badania osiemnastolatków, którzy mieli za sobą inicjację seksualną, pozwalają na stwierdzenie, że sytuacja w tym zakresie jest niepokojąca. Tylko 57,3% z nich podało, że zawsze zabezpiecza się podczas stosunków płciowych. Niemal trzech na czterech respondentów (72%) deklaruje, że podczas pierwszego stosunku seksualnego użyło prezerwatywy. Następnie 23% wskazuje na stosunek przerywany, a 10% na tabletki antykoncepcyjne. Podczas ostatniego stosunku najczęściej używali prezerwatywy (56%), znacznie rzadziej pigułki antykoncepcyjne (16%), globulki, żele, pianki i kremy plemnikobójcze (5%), krążki dopochwowe (3%) i spirale domaciczne (2,3%). Znaczny odsetek nastolatków wymienił bardzo zawodne metody – 22% stosunek przerywany, a 13% metody naturalne („kalendarzyk małżeński” i metodę objawowo-termiczną). Tak więc w porównaniu z odpowiedziami na temat metody antykoncepcyjnej zastosowanej podczas inicjacji seksualnej zmniejszył się odsetek respondentów, którzy użyli prezerwatywy, natomiast zwiększył się odsetek badanych deklarujących użycie pigułki antykoncepcyjnej. Respondentów spytano także o to, czy wiedzą, co oznacza pojęcie antykoncepcji po stosunku i czy kiedykolwiek taką metodę stosowali. Wśród dziewcząt, które słyszały kiedykolwiek o antykoncepcji postkoitalnej, 4,3% deklaruje, że zdarzyło im się użyć tej metody przynajmniej raz po niezabezpieczonym stosunku seksualnym. Wśród chłopców, którzy brali udział w badaniu i twierdzą, że słyszeli o tej metodzie, 7,4% deklaruje, że zdarzyła się sytuacja, kiedy ich partnerka seksualna posłużyła się antykoncepcją postkoitalną [15].

Ze stosowaniem antykoncepcji przez młodzież łączy się wiele problemów. Stosowanie lub niestosowanie antykoncepcji podczas pierwszego i kolejnych stosunków może wynikać z oddziaływania różnych czynników, m.in. wiedzy na temat antykoncepcji, dostępu do poradnictwa i edukacji seksualnej, skłonności do podejmowania ryzyka i jego oceny, wcześniejszych doświadczeń w stosowaniu lub niestosowaniu antykoncepcji, rodzaju więzi z partnerem oraz wpływu rówieśników. Jak wyżej wykazano, w Polsce pigułka antykoncepcyjna i prezerwatywa to dwie najczęściej stosowane przez nastolatków metody antykoncepcji. Metody długoterminowej antykoncepcji odwracalnej (tj. metody iniekcyjne i domaciczne) są bardzo rzadko stosowane przez nastolatki, rzadko również są zalecane przez lekarzy. Tymczasem są to metody wyma-

gające rzadszego stosowania i mniejszej uwagi niż preparaty przyjmowane codziennie, co jest kwestią bardzo ważną w przypadku osób młodych. Dużym problemem jest w ich przypadku bowiem nie tylko niestosowanie, ale także niewłaściwe stosowanie lub przerwanie stosowania antykoncepcji. Przerwanie stosowania każdej metody antykoncepcji zwiększa ryzyko niechcianej ciąży. Należy zwrócić uwagę na to, że istnieją specyficzne uwarunkowania medyczne związane ze stosowaniem antykoncepcji, zwłaszcza hormonalnej oraz postkoitalnej przez dziewczęta. Są one, z racji wieku, na ogół mniej narażone na powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego. Mogą ich jednak dotyczyć specyficzne zagrożenia związane z dojrzewaniem płciowym, zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową lub związane z innymi uwarunkowaniami medycznymi [38]. Opisane powyżej uwarunkowania stosowania antykoncepcji przez młodzież wynikają w dużej mierze z tego, że w Polsce osobom niepełnoletnim lekarz nie może przepisać recepty na środki antykoncepcyjne bez zgody rodziców. Coraz powszechniej jest więc formułowany postulat obniżenia granicy tego wieku do lat 16.

Zdrowotne konsekwencje aktywności seksualnej nastolatków

Zakażenia narządów płciowych u dziewcząt, w tym zakażenia przenoszone drogą kontaktu seksualnego oraz infekcje przenoszone drogą płciową (STI), są skutkiem zbyt wczesnej inicjacji seksualnej, częstej zmiany partnerów i nieregularności w stosowaniu prezerwatyw, a także niezadawalającego poziomu wiedzy na temat seksualności, higieny intymnej, profilaktyki zdrowotnej i możliwości zakażenia, także wirusem HIV [39].

Zakażenia narządów płciowych u dziewcząt, w tym zakażenia przenoszone drogą kontaktu seksualnego, są istotnym problemem zdrowotnym, gdyż często występują u dorastających dziewcząt.

Zakażenia narządów płciowych u nastolatek występują z częstością około 120 tys. przypadków powyżej 14. roku życia. Zmiany zapalne po *menarcho* występują częściej w okolicy wewnętrznych narządów płciowych niż w okolicy narządów zewnętrznych. Do czynników sprzyjających częstemu występowaniu zapaleń sromu i pochwy u dziewcząt zalicza się czynniki fizjologiczne (niedobór czynności hormonalnej, brak pałeczek kwasotwórczych), bliskie sąsiedztwo ujścia cewki moczowej i odbytu, czynniki zewnętrzne (zła higiena osobista, działanie czynników drażniących i alergizujących), urazy sromu, obecność ciała obcego w pochwie; wady wrodzone (np. przetoki moczowodowe, ektopia moczowodu); choroby skóry; masturbację, wczesne rozpoczęcie aktywności seksualnej, wykorzystywanie seksualne i przemoc oraz czynniki społeczne – ubóstwo, alkohol, substancje psychoaktywne. Zakażenia narządów płciowych u dziewcząt mogą być wywołane przez patogeny bakteryjne, wirusowe, rzęsistkowe, grzybicze, pasożytnicze oraz czynniki niezakaźne [38].

Choroby przenoszone drogą płciową wśród młodzieży od 15. do 19. roku życia nie są zbyt częste, przy

czym obserwuje się stałe zmniejszanie odsetka młodzieży wśród ogółu chorych w przypadku kiły, rzeżączki i kłykcin kończystych. W przypadku nastolatków za szczególne zagrożenie należy uznać zakażenie wirusem HIV, dla którego aktywność seksualna jest jedną z trzech możliwych dróg zakażenia [40], zakażenia *Chlamydia trachomatis* (prowadzące często do zakażeń miednicy mniejszej) oraz zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

Chociaż osoby młode, w wieku do 19 lat, wśród ogółu testowanych, u których rozpoznano zakażenie HIV w 2012 roku, to tylko 2%, ale zakażeni to ogólnie osoby bardzo młode i młode (w wieku 20–29 lat – 34% oraz 30–39 – 37%) [41]. Ponadto zakładając, że wielu młodocianych, zakażonych HIV, nie zostało poddanych testom – stwierdzona liczba przypadków zakażeń może być zaniżona w stosunku do rzeczywistej sytuacji epidemiologicznej w tej grupie wiekowej, zwłaszcza że ryzyko zakażenia wiąże się z zachowaniami relatywnie często podejmowanymi przez młodzież, tj. m.in. z podejmowaniem kontaktów seksualnych bez prezerwatywy, współżyciem seksualnym z wieloma partnerami seksualnymi, w tym z osobami o nieznanym biografii seksualnej, a także ze współżyciem poza stałym związkiem [15, 42]. Na koniec 2013 roku leczeniem ARV było objętych około 7110 pacjentów, w tym 113 dzieci. Leczenie jest prowadzone i finansowane w ramach programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce na lata 2012–2016” [41]. Zachodzi pytanie, czy młodociani, którzy stanowią bardzo specyficzną kategorię pacjentów, otrzymują dostateczne wsparcie, w tej trudnej, mającej wpływ na ich dalsze życie sytuacji.

Zakażenia narządów płciowych wywołane przez *Chlamydia trachomatis* występują często u dziewcząt, które rozpoczęły współżycie płciowe (9–29%) i dotyczą głównie tych w wieku 15–19 lat. Zakażenia narządów płciowych wywołane przez *Trichomonas vaginalis* występują rzadko u dziewcząt, a transmisja tego zakażenia obejmuje głównie drogę seksualną. Zakażenia HPV to najczęstsze infekcje przenoszone drogą płciową u dziewcząt i młodych kobiet. Transmisja zakażenia HPV odbywa się głównie poprzez kontakty seksualne. U dziewcząt i młodych kobiet aktywnych seksualnie w wieku 15–24 lata obserwuje się najwyższy wskaźnik zakażeń HPV (50–80% w okresie 2–3 lat po inicjacji seksualnej), a u około 40% dziewcząt stwierdza się obecność DNA HPV onkogenego (HR HPV). Czynniki ryzyka sprzyjające występowaniu infekcji HPV i zwiększające ryzyko infekcji przetrwałej u dziewcząt i młodych kobiet to takie czynniki behawioralne, jak: wczesny wiek inicjacji seksualnej, większa liczba partnerów seksualnych, wcześniejsza aktywność seksualna obecnego partnera, starszy wiek partnera seksualnego, stosowanie doustnej antykoncepcji oraz palenie papierosów. Wykazano również, że stosowanie prezerwatywy w czasie kontaktów seksualnych nie zmniejsza częstości zakażeń HPV [38].

Najskuteczniejszą ochroną przed chorobami przenoszonymi drogą płciową jest stały, wieloletni, wzajemnie

wiorny związek dwojga partnerów. W przypadku bardzo młodych osób, które podejmują aktywność seksualną, prawdopodobieństwo takiego związku jest małe. Ważne jest, by młodzi ludzie zdawali sobie sprawę, że zabezpieczenie przed chorobami przenoszonymi drogą płciową nie zależy wyłącznie od ich osobistej postawy, lecz także od partnera seksualnego. Zapewne z obawy przed chorobami nastolatki nie zrezygnują ze współżycia seksualnego. Tym ważniejsze jest przekazanie im rzetelnej wiedzy o możliwościach zmniejszenia zagrożeń [43].

Okres adolescencji przynosi także zagrożenia dotyczące zdrowia reprodukcyjnego. Zbyt wczesne i nieodpowiedzialne podejmowanie współżycia seksualnego przez nastolatki oraz brak wiedzy z zakresu antykoncepcji kończy się dla niektórych z nich przedwczesną prokreacją i rodzicielstwem. Prokreacja w tym wieku łączy się z takimi konsekwencjami, jak ciąża u młodej, czasami bardzo młodej dziewczyny, niekiedy aborcja, zmierzenie się z oddaniem własnego dziecka do adopcji, samotne rodzicielstwo. Wszystkie te sytuacje mają swoje znaczące konsekwencje dla zdrowia, zwłaszcza reprodukcyjnego, ale także powodują negatywne skutki psychologiczne, społeczne, edukacyjno-zawodowe, ekonomiczne oraz prawne.

Ciąże nastolatek są najczęściej nieplanowane. Co więcej, ocenia się, że około 40% nastolatek oczekujących dziecka nie wiązało współżycia płciowego z możliwością zajścia w ciążę [44]. Ciąża i narodziny dziecka w przypadku kobiety, a także narodziny własnego dziecka w przypadku wielu mężczyzn należą do znaczących wydarzeń w życiu człowieka, wydarzeń, które mogą być zarówno stymulatorem rozwoju, jak i doświadczeniem kryzysowym czy wręcz zdarzeniem krytycznym [45]. „Rozszczepienie dojrzewania”, brak zgodności pomiędzy tempem rozwoju biologicznego, seksualnego, psychicznego i społecznego, jaki obserwujemy u osób w okresie dorastania [14], uniemożliwia podjęcie w sposób niezakłócony i odpowiedzialny roli matki lub ojca. Wczesne rodzicielstwo stawia przed nastolatkami zadania na miarę możliwości człowieka dorosłego, natomiast blokuje szanse na rozwiązywanie zadań rozwojowych, typowych dla okresu dorastania. Nastolatki nie są przygotowani do podjęcia obowiązków przyszłych rodziców ani pod względem psychicznym, ani społecznym, ani ekonomicznym. Jeżeli nie są pełnoletni, to również, w świetle obowiązującego prawa, nie mogą sprawować opieki nad dzieckiem. Możemy mówić o licznych społecznych konsekwencjach rodzicielstwa nastolatek, zwłaszcza macierzyństwa nastolatek [46]. Ciąża nastolatek są także bardzo niepożądane ze względów medycznych – są postrzegane jako ciąża wysokiego ryzyka [38]. Według WHO nastolatki później niż inne kobiety zgłaszają się do lekarza, mają utrudniony dostęp do nowoczesnych metod antykoncepcji oraz częściej są narażone na powikłania związane z przerwaniem ciąży, szczególnie ciąży zaawansowanej [47]. Opieka nad młodocianą często bywa niedostateczna również z powodu niewykonywania przez nią podstawowych bądź dodatkowych badań laboratoryjnych [48]. Najczęściej występujące problemy związane z ciążą i porodem u nastolatek to: nadciśnienie tętnicze

i gestoza, niedokrwistość, nieprawidłowo usadowione łożysko, nieprawidłowe położenia płodu oraz zakażenia dróg moczowych [49, 50]. Młodociane matki 2,5 razy częściej rodzą dzieci z małą urodzeniową masą ciała (poniżej 2500 g). Dzieci bardzo młodych matek (poniżej 15. roku życia) są trzykrotnie częściej narażone na ryzyko zgonu w okresie okołoporodowym [49]. W praktyce te dwa typy problemów (medyczne i społeczno-ekonomiczne) nastolatki, która zaszła w ciążę, pozostają w ścisłej zależności, gdyż problemy natury medycznej mogą wynikać zarówno z niedostatecznej opieki, jak również być następstwem fizjologicznych zaburzeń spowodowanych niedojrzałością organizmu dziewczyny do macierzyństwa.

Ustalenie rzeczywistej skali zjawiska rodzicielstwa nastolatek nie jest łatwe. Wiarygodne dane odnoszą się jedynie do dziewcząt. W roku 2010, w 20 606 przypadkach matkami zostały dziewczęta, które w chwili porodu nie ukończyły 19 lat. Udział młodocianych matek w grupie osób, które w tym roku urodziły żywe dzieci, wynosił 4,96%. Wzrasta liczba dziewcząt, które w chwili porodu miały mniej niż 17 lat, odnotowywana jest także znacząca liczba urodzeń przez dziewczynki w wieku 15 lat i mniej – w 2004 roku było takich osób 288, w 2009 już 363, przy czym 62 dziewczęta miały 14 lat i mniej (dane demograficzne GUS). Przytoczone dane nie do końca oddają skalę problemu. Trudno oszacować, ile zostało wykonanych nielegalnych aborcji w tej grupie wiekowej. Młodzi ludzie mają w internecie łatwy dostęp do informacji na temat antykoncepcji postkoitalnej oraz możliwość pozyskania zarówno takich środków, jak i – nielegalnych w Polsce – środków wczesnoporonnych. Tak więc liczba ciąż niepełnoletnich dziewcząt jest z pewnością wyższa niż liczba urodzeń żywych wykazywana przez GUS. Jeszcze trudniej oszacować skalę zjawiska przedwczesnego ojcostwa, gdyż jedyne wiarygodne źródło danych – GUS opiera się na dobrowolnych deklaracjach matek, które podają dane niepełne i nie zawsze prawdziwe.

Zakończenie

Przedstawione w niniejszym opracowaniu problemy związane ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym, specyfika rozwoju psychoseksualnego w okresie adolescencji, skala ryzykownych zachowań seksualnych podejmowanych przez młodzież, zmiany w obyczajowości seksualnej nastolatek każą stwierdzić, że młodym ludziom w tym okresie ich życia potrzebne jest znaczące wsparcie ze strony osób dorosłych. Dla nastolatek problemy związane z nieodwzajemnioną miłością, rozstaniem z ukochaną osobą, masturbacją, inicjacją seksualną, nieplanowaną ciążą, tożsamością i orientacją seksualną, a nawet ocena własnej urody i atrakcyjności mogą być powodem prawdziwych dramatów, czasami prób samobójczych. Najczęściej wystarcza mądre wsparcie rodziców czy też innych osób bliskich. Do tego są jednak potrzebne: dobre otwarte relacje z nastoletnim dzieckiem, umiejętność stawiania granic, stanowcze reakcje w przypadku ich przekraczania i konsekwencja w tym zakresie. W wielu rodzinach te warunki nie są możliwe do

spełnienia. Ważną rolę może spełnić także poradnictwo młodzieżowe (*peer counseling*), zwłaszcza gdy będzie ono związane ze szkoleniem doradców młodzieżowych i ich współpracą z osobami dorosłymi. Jednak nikt nie może zastąpić w tym zakresie specjalistów: pedagogów, psychologów oraz lekarzy. Potrzebna jest obowiązkowa edukacja seksualna oparta na rzetelnych, naukowych podstawach oraz efektywne programy promocji zdrowia seksualnego i programy profilaktyczne. Tymczasem w Polsce nie można mówić o powszechnej i efektywnej edukacji seksualnej w szkole [51], a programy profilaktyczne dotyczące zagrożeń związanych z aktywnością seksualną są realizowane sporadycznie, najczęściej ograniczają się do zachęcania młodzieży do abstynencji seksualnej i oparte są na najmniej efektywnej, podającej metodzie przekazywania informacji [52, 53]. Problematyka zdrowia seksualnego młodzieży występuje tylko na niewielu uczelniach kształcących pedagogów, jest niemal nieobecna w kształceniu psychologów i lekarzy. Nierzadko też specjaliści nie podejmują się udzielania porad czy wsparcia młodzieży w rozwiązywaniu problemów związanych ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym nie tylko ze względu na brak odpowiednich kompetencji i uprawnień, ale także ze względów światopoglądowych, powołując się na tzw. klauzulę sumienia.

Tymczasem poradnictwo seksualne realizowane na rzecz osób młodych jest zadaniem niezwykle ważnym i odpowiedzialnym. Lekarze mający kontakt z nastoletnim pacjentem powinni pamiętać, że działania podejmowane w tym zakresie powinna cechować szczególna staranność i wrażliwość, zwłaszcza w odniesieniu do osób najmłodszych. Udzielając porady młodej osobie w zakresie antykoncepcji, lekarz powinien ocenić jej możliwości zrozumienia przekazywanych informacji, wziąć pod uwagę ryzyko i korzyści wynikające z zalecanej metody oraz wyrażone przez nią oczekiwania. Ważna jest w tym przypadku zdolność do wyrażenia zgody na stosowanie antykoncepcji, która w Polsce, jak już wspomniano, jest prawnie możliwa tylko w odniesieniu do osób pełnoletnich. Tym trudniejsze jest więc spełnienie kolejnego warunku – podczas udzielania porady szczególnie istotne jest zachowanie poufności wobec młodych osób, które korzystają z usług lekarza w zakresie rozpoczęcia współżycia płciowego oraz antykoncepcji. W kontakcie z nastolatkami lekarze powinni zawsze brać pod uwagę możliwość fizycznej, seksualnej i emocjonalnej przemocy lub wykorzystania. Zdobycie zaufania, ustalenie dobrych relacji z młodym pacjentem i stworzenie bezpiecznej i uspokajającej atmosfery pozwala lekarzowi na właściwą ocenę potrzeb, ryzyka oraz zaplanowania treści porady odpowiednio do oczekiwań danej osoby [38].

Na koniec warto zwrócić uwagę na zjawisko, które może napawać pewnym optymizmem. Problemy zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego młodzieży są coraz częściej przedmiotem zainteresowania samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych. To z ich inicjatywy oraz za gromadzone przez nie środki realizowane są w Polsce takie projekty, jak szczepienia nastoletnich dziewcząt szczepionką czterowalentną przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), który jest uznawany

za główny czynnik odpowiedzialny za rozwój raka szyjki macicy [54], czy też realizacja programów profilaktycznych raka jądra, adresowanych do chłopców, począwszy od 16. roku życia i młodych mężczyzn („ADAM”, „Odważni wygrywają”).

Piśmiennictwo

1. Beisert M., *Trud dorastania seksualnego*, w: Beisert M. (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
2. Wąż K., *Socjalizacja seksualna i przemiany w obyczajowości seksualnej młodzieży*, w: Izdebski Z., Niemiec T., Wąż K., *(Zbyt)młodzi rodzice*, Wydawnictwo TRIO, Warszawa 2011.
3. Oblacińska A., Woynarowska B. (red.), *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006.
4. *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*, WHO, 28–31 January 2002, Geneva, s. 10; http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf, dostęp: 20.03.2014.
5. Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., *Zdrowie seksualne, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej”* 2003; 3(1): 1–6.
6. *Education and treatment in human sexuality. The training of health professionals. Report of a WHO Meeting*, WHO Technical Report Series, No. 572, Geneva 1975; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572, dostęp: 20.03.2014.
7. *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*, WHO, 28–31 January 2002, Geneva, s. 10; http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf, dostęp: 20.03.2014.
8. Sadosky R., Nusbaum, M., *Sexual Health Inquiry and Support Is a Primary Care Priority*, „Journal of Sexual Medicine” 2006; 3: 3.
9. Izdebski Z., Niemiec T., *Zdrowie seksualne i reprodukcyjne*, w: Izdebski Z., Niemiec T., Wąż K., *(Zbyt)młodzi rodzice*, Wydawnictwo TRIO, Warszawa 2011.
10. *Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Reproductive health/pregnancy programme*, WHO, Copenhagen 2001: 7.
11. *Karta Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych Międzynarodowej Federacji Planowanego Rodzicielstwa, Wizja 2000*, IPPF, Towarzystwo Rozwoju Rodziny, Warszawa 2000.
12. *Convention on the Rights of the Child*, United Nations, New York 1989; <http://www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm>, dostęp: 24.03.2014.
13. Beisert M., *Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone” 2006; 16: 1–15.
14. Jacewski A., *Dojrzwianie – szczególny okres rozwoju*, w: Izdebski Z. (red.), *Wychowawcze, etyczne i społeczne problemy zachowań seksualnych młodzieży*, Wydawnictwo TRR, Zielona Góra 1992.
15. Izdebski Z., *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium Badawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

16. Wilczewski A., Dmitruk A., Popławska H., Olszewska D., *Urbanizacja miejsca zamieszkania a wiek menarche dziewcząt z południowego Podlasia*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia” 2005; LX, Suppl. XVI: 225–228.
17. Obuchowska I., Jaczewski A., *Rozwój erotyczny*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2002.
18. Erikson E.H., *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2000.
19. *Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem*, Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy i Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej (BZgA), Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012: 11.
20. Makara-Studzińska M., *Zachowania ryzykowne młodzieży a wiktylizacja w dzieciństwie*, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 2007.
21. Szlendak T., *Supermarketyzacja. Religia i obyczaje seksualne młodzieży w kulturze konsumpcyjnej*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2004.
22. Wąż K., *Wybrane tendencje w przemianach obyczajowości seksualnej młodzieży*, w: M. Kowalski, A. Pawlak, A. Famała-Jurczak (red.), *Przestrzeń edukacyjna – dylematy, doświadczenia i oczekiwania społeczne*, Impuls, Kraków 2010: 213–223.
23. Ostaszewski K., *Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży*, w: Deptuła M. (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005: 12–113.
24. Irwin C.E. Jr., *Adolescence and risk taking: How are they related?*, w: N.J. Bell, R.W. Bell (red.), *Adolescent risk taking*, Sage Publications, Newbury Park, CA 1993: 7–28.
25. Obuchowska I., *Adolescencja*, w: Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. II, Warszawa 2003.
26. Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. (red.), *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
27. Woynarowska B., Szymańska M.M., Mazur J., *Wiedza i przekonania o HIV/AIDS. Zachowania seksualne. Raport z badań wykonanych w 1998 r.*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 1999.
28. Woynarowska B., Mazur J., *Zachowania zdrowotne, Zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 r. Raport techniczny z badań*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW, Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 2002.
29. Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. (red.), *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
30. Oblacińska A., Woynarowska B., *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*, Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2006.
31. Laumann E.O. et al., *The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States*, University of Chicago Press, Chicago 1994.
32. Ryan G., *Childhood sexuality: A decade of study*, „Child Abuse & Neglect” 2000; 24: 33–48.
33. Wąż K. (red.), *Bądź odpowiedzialny. Wychowanie do odpowiedzialności i partnerstwa w rodzinie. Opis programu edukacyjnego i jego realizacji*, Wydawnictwo UZ, Zielona Góra 2008.
34. Łukaszek M., *Szorstka młodość. Socjalizacyjne wyznaczniki zachowań seksualnych młodzieży (na podstawie badań wychowanków Ochotniczych Hufców Pracy)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2013.
35. Cole J., Suman M., Schramm P., Zhou L., Reyes-Sepulveda E., *THE WORLD INTERNET PROJECT, International Report – Fifth Edition*, World Internet Project: Polska 2013, www.worldinternetproject.net, dostęp: 13.04.2014.
36. Kirwil L., *Polskie dzieci w Internecie. Zagrożenia i bezpieczeństwo, Częściowy raport z badań EU Kids Online II przeprowadzonych wśród dzieci w wieku 9–16 lat i ich rodziców*, SWPS – EU Kids Online – PL., Warszawa 2011.
37. *Prezentacja treści seksualnych przez młodzież poprzez wideoczaty, Badania. Dyżurnet, NASK, Research.NK.*, 2013, <http://www.dyzurnet.pl/images/stories/PDF/raporty/młodzież%20a%20wideoczaty.pdf>, dostęp: 13.04.2014.
38. Niemiec T., *Zdrowotne uwarunkowania aktywności seksualnej młodzieży*, w: Izdebski Z., Niemiec T., Wąż K., *(Zbyt) młodzi rodzice*, Wydawnictwo TRIO, Warszawa 2011.
39. Imacka J., Bulsa M., *Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową*, „Hygeia Public Health” 2012; 47(3): 272–276.
40. Izdebski Z., Walenzik A., *Psychospołeczne i medyczne aspekty epidemii HIV*, w: Izdebski Z., (red.), *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyzn homoseksualnych i osób uzależnionych od narkotyków*, Oregon, Zielona Góra 2000: 9–20.
41. *Sytuacja epidemiologiczna HIV w Polsce na koniec 2012 roku*, KC AIDS, 2013; http://aids.gov.pl/files/epidemiologia/epi_pol_2012.pdf, dostęp: 13.04.2014.
42. Lyons A. C., Chamberlain K., *Health psychology. A critical introduction*, Cambridge University Press, Cambridge 2009.
43. Rudnicka I., *Choroby przenoszone drogą płciową*, w: Izdebski Z. (red.), *Zagrożenia okresu dorastania*, Wyd. Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2008.
44. Wróblewska W., *Wybrane aspekty zdrowia reprodukcyjnego w Polsce*, „Studia Demograficzne” 2002; 1(141): 11–41.
45. Skowrońska-Zbierchowska A., *Doświadczenia małoletnich rodziców. Aspekty socjopedagogiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2010.
46. Wąż K., *Zjawisko (przed)wczesnego rodzicielstwa*, w: Izdebski Z., Niemiec T., Wąż K., *(Zbyt) młodzi rodzice*, Wydawnictwo TRIO, Warszawa 2011.
47. *Meeting the Millennium*, Working Group Meeting WHO, Geneva, 5–6 August, 2002
48. Marianowski L., Grzechocińska B., *Prowadzenie ciąży oraz poród i połóg u nieletnich*, „Medipress Ginekologia” 1996; 2: 2–5.
49. Creatsas G., Elsheikh A., *Adolescent pregnancy and its consequences*, „The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care” 2002; 7: 167–172.
50. Zydowicz-Mucha E. et al., *Przebieg ciąży i porodu u młodocianych*, „Ginekologia Polska” 1999; 70(5): 392–395.

51. Izdebski Z., Wąż K., Edukacja seksualna. *Potrzeba, oczekiwania społeczne, realizacja*, „Edukacja. Studia. Badania. Innowacje” 2011; 1: 47–60.
52. Grzelak S., *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań i na świecie i w Polsce*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2006.
53. Wąż K., *Profilaktyka wczesnego rodzicielstwa*, w: Izdebski Z., Niemiec T., Wąż K., *(Zbyt)młodzi rodzice*, Wydawnictwo TRIO, Warszawa 2011.
54. European Centre for Disease Prevention and Control. Introduction of HPV vaccines in EU countries – an update, ECDC, Stockholm 2012, http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20120905_gui_hpv_vaccine_update.pdf, dostęp: 15.04.2014.

