ΕΛΕΥΘΩ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

2012

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗ
Αριθμός Άδειας 19

PRESS POST X+7 PRESS POST

ΕΛΤΑ Hellenic Post

ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ Αρ Αδείας 01170
Αρ Παππά 2 115 21 Αθήνα, τηλ 210 6465691

Β΄ Περίοδος / Τόμος 17ος / Τεύχος 3ο

EURO RSCG
Στον κόσμο του
όλα είναι δυνατά!
Like us on Facebook
www.facebook.com/liberoclub.gr
Τηλεφωνήστε χωρίς χρέωση στο 800 11 542376
ή μπείτε στο site www.liberoclub.gr
και γίνετε μέλος του πιο τρυφερού club
LIBERO
Libero Comfort Fit και Libero UP & GO.
Πιο λεπτές, για καλύτερη εφαρμογή και απόλυτη
ελευθερία κινήσεων, με τέλεια απορροφητικότητα.
Libero
Libero UP&GO
Soft
Libero
Comfort Fit
SLIM FIT

Εορτασμός της εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού το 2012

Φανή Πεχλιβάνη
Μαία, MSc, PhD,
Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής ΤΕΙ Αθηνών,
Αντιπρόεδρος Συλλόγου Μαιών Αθηνών

Κάθε χρόνο η εβδομάδα μητρικού θηλασμού γιορτάζεται στον κόσμο 1-7 Αυγούστου (Waba, 1992) και μόνο στην Ελλάδα 1-7 Νοεμβρίου (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 1996). Διεθνείς Οργανισμοί όπως WHO, UNICEF, WABA και συγκεκριμένα η WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) καθορίζουν το ετήσιο θέμα του εορτασμού και συμβάλλουν στο να επικεντρωθούν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς προώθησης του μητρικού θηλασμού στο συγκεκριμένο θέμα. Το θέμα που επιλέχθηκε για το 2012 είναι "Κατανοώντας το Παρελθόν Προγραμματίζουμε το Μέλλον" με τον κάτωθι λογότυπο

(worldbreastfeedingweek.org).

Επιλέχθηκε αυτό το θέμα γιατί:

α) έχουν συμπληρωθεί 10 χρόνια από τη σύσταση για τη βέλτιστη διατροφή του βρέφους και του μικρού παιδιού που ψήφισε η WHO και η UNICEF δηλαδή έξι μήνες αποκλειστικό μητρικό θηλασμό και συνέχισή του παράλληλα με τις συμπληρωματικές στερεές τροφές μέχρι το δεύτερο χρόνο ή και περισσότερο (WHO, 2002) και

β) έχουν συμπληρωθεί 20 χρόνια από τότε που η WABA- Παγκόσμια Συμμαχία για την προώθηση του Μητρικού Θηλασμού- θέσπισε τον εορτασμό της εβδομάδας μητρικού θηλασμού με θέμα: "Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία" (Waba, 1992).

Η Waba αναφέρει πως έχουν επιτευχτεί πολλά τα τελευταία 20 χρόνια και είναι καιρός να γιορτάσουμε αυτά που έγιναν αλλά ταυτόχρονα είναι καιρός να γυρίσουμε πίσω και να καταλάβουμε τι έγινε και γιατί έγινε. Προσθέτει δε ότι στα μελλοντικά σχέδια πρέπει να περιλαμβάνεται η υποστήριξη στις γυναίκες για να είναι ικανές να θρέψουν και να φροντίσουν τα βρέφη τους.

Γενικώς προτρέπει την κάθε χώρα να:

α) καταγράψει τι έχει γίνει τα τελευταία χρόνια στη βρεφική διατροφή

β) να γιορτάσει τις επιτυχίες και τα επιτεύγματα είτε σε εθνικό επίπεδο είτε σε μια ευρεία περιοχή ή και στον κόσμο όλο και να επισημάνει τη συμβολή της εθνικής δουλειάς σε παγκόσμιο επίπεδο

Αναλυτικότερα προτρέπει η κάθε χώρα να:

α) εκτιμήσει- αξιολογήσει την εφαρμογή της βέλτιστης σίτισης των βρεφών

β) περιορίσει τα κενά που εμποδίζουν την εφαρμογή της βέλτιστης σίτισης και

γ) να τραβήξει την προσοχή του κοινού όσον αφορά το μητρικό θηλασμό σε επίπεδο πολιτικής και προγραμμάτων της χώρας σε σχέση με την παγκόσμια στρατηγική (worldbreastfeedingweek.org).

Ξαναθυμίζει στην παγκόσμια κοινότητα ότι:

α) Η WHO και η UNICEF μαζί επεξεργάστηκαν τη βέλτιστη σίτιση των βρεφών και των νηπίων διασφαλίζοντας τους 4 στόχους του 1995 και προσθέτοντας και άλλους

β) Η παγκόσμια στρατηγική σίτισης των βρεφών διαπίστωσε την καθαρή ανάγκη για τη βέλτιστη διατροφή παράλληλα με τον περιορισμό του υποσιτισμού και της φτώχειας

γ) Η παγκόσμια στρατηγική σίτισης βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα και καλεί τα κράτη να προωθήσουν εθνικά προγράμματα για τη σίτιση των βρεφών

δ) Η παγκόσμια στρατηγική σίτισης παρέχει οδηγίες για το πως να προστατευθεί, να προωθηθεί και να υποστηριχθεί ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός και

ε) Η IBFAN (International Baby Food Action Network), ένας από τους βασικούς συνεργάτες της Waba, το 2004-2005 εκπόνησε και έδωσε στο κοινό τις τάσεις της πρωτοβουλίας για το μητρικό θηλασμό με σκοπό να παρακολουθήσει, εκτιμήσει, αξιολογήσει την εφαρμογή της παγκόσμιας σύστασης για τη βέλτιστη σίτιση των βρεφών (Ibfan, 2007).

Επισημαίνει δε ότι, σύμφωνα με την αναφορά της UNICEF για την κατάσταση των παιδιών το 2011, 136,7 εκατομμύρια βρέφη έχουν γεννηθεί, από τα οποία μόνο το 32,6% έχουν θηλάσει αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες και αυτό γιατί:

α) οι περισσότερες χώρες δεν έχουν αποτελεσματική πολιτική για τη σίτιση των βρεφών και

β) δεν διατίθενται ανάλογα χρήματα για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής (Unicef, 2011).

Για να αυξηθούν τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού είναι απαραίτητα να αξιολογηθούν πολιτικές, προγράμματα και να ληφθούν ανάλογα μέτρα.

Έχοντας αυτό σαν προϋπόθεση θα πρέπει να:

- Μάθουμε την παρούσα κατάσταση από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2012
- Κινητοποιήσουμε το κοινό και τους χρηματοδότες για να κάνουμε εθνική αποτίμηση του μητρικού θηλασμού στη χώρα
- Την εβδομάδα μητρικού θηλασμού να μοιραστούμε τα ευρήματα μας και την εικόνα της χώρας μας με την κυβέρνηση, τα ΜΜΕ και με άλλους συλλόγους και τέλος
- Να πάρουμε μέρος στο Διεθνές Συνέδριο για το Μητρικό Θηλασμό στις 6-9 Δεκεμβρίου του 2012 στο Νέο Δελχί (The World Breastfeeding Conference, 2012).

Συνεπώς, αναμένεται τον προσεχή Νοέμβριο να ακούσουμε τι έχει γίνει στη χώρα μας για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό.

Βιβλιογραφία:

http://worldbreastfeedingweek.org/

IBFAN, *The state of the world's breastfeeding, Tracking implementation of the global strategy for infant and young child feeding, Ibfan Asia, 2007*

The World Breastfeeding Conference, New Delhi, India, 2012

UNISEF, *exclusive breastfeeding, global database, 2011*

World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) 1992. *www.waba.org.br*

World Health Organization, *Global Strategy on Infant and Young Child Feeding, 2002*

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, *Αρ. Πρωτ. Υ3Γ/ οικ. 3756; 28-8-1996*

ΕΛΕΥΘΩ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Διευθύνεται από το Δ.Σ του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών με τη συνεργασία των λοιπών Σ.Ε.Μ.

Β Περίοδος - Τόμος 17ος, Τεύχος 3ο, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012

ISSN 1106 - 6822 Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 011701

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Πρόεδρος:	**ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ**
Αντιπρόεδρος:	**ΦΑΝΗ ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ**
Γεν. Γραμματέας:	**ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΟΒΑΝΗ**
Αναπληρ. Γεν. Γραμματέας:	**ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ ΜΠΑΡΟΥΤΑ**
Ταμίας:	**ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ**
Αναπλ. Ταμίας:	**ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΛΑΖΟΠΟΥΛΟΣ**
Μέλη:	**ΜΑΡΙΑ ΤΙΓΚΑ**
	ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΑΡΕΛΛΑ
Αναπληρ. Μέλη:	**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΒΑΤΙΣΤΑΣ**
	ΟΥΡΑΝΙΑ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ
	ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Μέλη:	**ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ**
	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΚΑΒΑΣ
Αναπληρ. Μέλος:	**ΣΟΦΙΑ ΓΕΩΡΓΑΝΤΖΗ**

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Αριστ. Παππά 2 - 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691, (Fax): 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr
Website: www.semma.gr • www.smme.gr

Υπεύθυνη σύμφωνα με το νόμο:
ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.ΜΑ
Αριστ. Παππά 2 - 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691, (Fax): 210.6429675

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΣΑΡΗ
Γραφικές Τέχνες
Θήρας 102 - 16451 Αργυρούπολη

Τηλ.: 210.9965656 - Fax: 210.9958328
e-mail: info@ekdoseispassari.gr
www.ekdoseispassari.gr

Η SCA Hygiene Products A.E. (Libero) ΕΙΝΑΙ ΚΥΡΙΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΛΕΥΘΩ

ELEFTHO

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

Β Περίοδος - Τόμος 17ος, Τεύχος 2ο,
ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

2nd Period - Volume 17, Number 2
APRIL - MAY - JUNE 2012

Επιστημονικοί Σύμβουλοι
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Διευθύντρια Σύνταξης
ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ ΦΑΝΗ

Συντακτική Επιτροπή
Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.ΜΑ
ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΛΥΜΠΕΡΗ ΡΑΛΛΟΥ
ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ
ΜΩΡΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ
ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ
ΧΑΔΛΑ ΒΙΒΗ

Scientific Advisors
PAPANIKOLAOY NIKOLAOS
IATRAKIS GEORGE

Editor in Chief
PECHLIVANI FANI

Editorial Board
E.C. of Hellenic Midwives Association
ANTONAKOU ANGELIKI
KARAMITROS DIMITRIOS
LYMPERI RALLOU
MANIATELLI ELISAVET
MOROS MICHALIS
TOUFIDOU ANTONIA
CHADLA VIVI

Επιστημονικές εργασίες - Αλληλογραφία
Σ.Ε.Μ.ΜΑ: Αριστ. Παππά 2 - 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691 (Fax): 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

Scientific papers - Corespondence
H.M.A.: 2 Arist. Pappa str. - 11521 Athens
Tel.: 210.6465691 (Fax) - 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

ΕΛΕΥΘΩ

Β Περίοδος - Τόμος 17ος, Τεύχος 3ο,
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012

ELEFTHO

2nd Period - Volume 17, Number 3
JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εορτασμός της Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού 91
Φανή Πεχλιβάνη

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία: Ζήτημα υψίστης σημασίας για τη δημόσια υγεία και κοινωνική μέριμνα 95
Αντωνία Τουφίδου

Μητρικό στρες και οι επιπτώσεις στην κύηση 111
Δημήτριος Χάρος
Μαρία Ν. Ανδριοπούλου

Διακοπή εγκυμοσύνης μετά από διάγνωση εμβρυϊκών ανωμαλιών στο 1ο και 2ο τρίμηνο 116
Ερικέτη Κοκκόση
Ελισάβετ Μανιατέλλη

Γνώσεις και απόψεις των ελληνίδων γυναικών για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας και τη συσχέτισή του με τον ιό HPV 121
Αλεξάνδρα Τζώρτζη
Καλλιόπη Δριτσάκου

Ανακοινώσεις 129

3ο Θεωρητικό & πρακτικό σεμινάριο: Κακώσεις περινέου 130

CONTENTS

Celebration of World Breastfeeding Week 91
Fani Pechlivani

Sexual and reproductive health: Issues of the greatest public health and social concern 95
Antonia Toufidou

Maternity anxiety and impacts on pregnancy 111
Dimitrios Charos
Maria N.Andriopoulou

Termination of pregnancy due to fetal anomalies during the 1st and 2nd trimester of gestation 116
Eriketi Kokkosi
Elisavet Maniatelli

Investigation of knowledge and attitudes of Greek women regarding Ca of cervix (uterus) and its correlation with HPV infection 121
Alexandra Tzortzi
Kalliopi Dritsakou

Announcements 129

3rd theoretical and practical seminar: Perineum injuries 130

"ΕΛΕΥΘΩ", 3: 95-110, 2012

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία: Ζήτημα υψίστης σημασίας για τη δημόσια υγεία και κοινωνική μέριμνα

Τουφίδου Αντωνία
Μαία, Γ.Ν.Α Παράρτημα Πολυκλινικής,
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΜΣ
«Προαγωγής & Αγωγής Υγείας»
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Sexual and reproductive health: Issues of the greatest public health and social concern

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ολιστική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού αποτελεί αντικείμενο της Δημόσιας Υγείας με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία να αποτελούν από τους πιο σημαντικούς τομείς ενδιαφεροντός της. Ένα πλαίσιο σεξουαλικής υγείας υπό το πρίσμα της Δημόσιας Υγείας, αναγνωρίζει αφενός τις αρνητικές συνέπειες και επιπτώσεις που προκύπτουν για την υγεία των ατόμων από τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα και λοιμώξεις του αναπαραγωγικού συστήματος, τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και μη ασφαλείς εκτρώσεις, επιζήμιες πρακτικές, την σεξουαλική βία και μορφές σεξουαλικής δυσλειτουργίας και αφετέρου τους κοινωνικούς παράγοντες που συντελούν στην ευαλωτότητα ατόμων και ομάδων πληθυσμού. Ο Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η ανάλυση των αρνητικών καταστάσεων που σχετίζονται με τη σεξουαλική υγεία και την επιπτωσή τους στην υγεία των ατόμων. Παράλληλα να καταστεί σαφές ότι οι δράσεις Δημόσιας Υγείας σε διεθνές, εθνικό ή τοπικό επίπεδο αποτιμούνται με ουσιαστικά οφέλη για τα άτομα, τα συστήματα υγείας και την κοινωνία γενικότερα.

Λέξεις κλειδιά: *Δημόσια Υγεία, σεξουαλική υγεία, αναπαραγωγική υγεία, λοιμώξεις αναπαραγωγικού συστήματος, σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, σεξουαλική βία, μη ασφαλής έκτρωση, σεξουαλική δυσλειτουργία, ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων*

Abstract

The main subject of Public Health is the holistic improvement of population health status, with sexual and reproductive health being issues of greatest concern. Applying a framework for sexual health under the approach of public health involves recognizing either the negative consequences or conditions to the individual health from sexually transmitted and reproductive tract infections,

unwanted pregnancies and unsafe abortions, harmful practices, sexual violence and forms of sexual dysfunction but also the social factors that contribute to the vulnerability of specific individuals and groups. The aim of this review is to analyze the negative conditions as well as their impact on the individual's health and well being and to provide clear cut evidence that the evaluation of international, national or in local level public health actions are cost-effective for the individuals, the health systems and the society in general.
Key words: Public Health, sexual health, reproductive health, reproductive tract infections, sexually transmitted infections, sexual violence, unsafe abortion, sexual dysfunction, female genital mutilation

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ολιστική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού αποτελεί αντικείμενο της Δημόσιας Υγείας, όπως συμπερασματικά προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των σημαντικότερων ορισμών της διαχρονικά (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης -ΥΥΚΑ, 2008). Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία αποτελούν σημαντικούς τομείς της Δημόσιας Υγείας ενός έθνους, ενώ ουσιαστικά οφέλη προκύπτουν από την συμπεριληψή τους στα πλαίσια δράσεων σε εθνικό και τοπικό επίπεδο (British HIV Association -BHIVA, 2012). Αναλυτικότερα, αποτιμούνται οικονομικά οφέλη, όπως ενδεικτικά υπολογίστηκε ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας εξοικονομεί πάνω από £350,000 κάθε φορά που αποτρέπεται η μόλυνση ενός ατόμου από τον ιό HIV, καθώς η χώρα παρουσιάζει μερικά από τα υψηλότερα ποσοστά κακής σεξουαλικής υγείας στην Ευρώπη (Faculty of Sexual and Reproductive Health -FSRH, 2012). Οφέλη για την υγεία προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Sexually transmitted infection -STIs) που μειώνουν τόσο τον κίνδυνο δαπανηρών επιπλοκών όσο και της περαιτέρω μεταδοσής τους. Ειδικά η έγκαιρη διάγνωση στους HIV φορείς εξασφαλίζει οφέλη για την υγεία τους από την κατάλληλη χρονικά έναρξη της θεραπείας. Επίσης, οδηγεί σε μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία[1], λαμβάνοντας υπόψη ότι πληθυσμιακές ομάδες που βιώνουν έλλειψη ισότητας λόγω ηλικίας, φύλου, εθνικότητας, σεξουαλικής συμπεριφοράς ή οικονομικής κατάστασης είναι περισσότερο πιθανό να έχουν προβλήματα υγείας (BHIVA, 2012, Wilkinson R. & Pickett K., 2010),καθώς έχει αποδειχτεί ότι το στρες που βιώνουν αυξάνει τον κίνδυνο για φτωχή υγεία (Wilkinson R. & Pickett K., 2010). Σύμφωνα με τους Vitteta L., Anton B, Cortizo F. και Sali A. (2005), τόσο οι δυσμενείς στρεσογόνοι παράγοντες στη ζωή του ατόμου όσο και η συναισθηματική του κατάσταση μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική του λειτουργία και κατά συνέπεια στην υγεία, όπως καρδιαγγειακές νόσους, λοιμώξεις, γαστρεντερικές διαταραχές και πρώιμη γήρανση. Είναι πλέον καλά αποδεδειγμένο ότι η λειτουργία του ενδοκρινικού, νευρικού και ανοσοποιητικού συστήματος επηρεάζεται από την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου παρεμβαίνοντας στην ομοιόσταση (Vitteta L., Anton B., Cortizo F. & Sali A., 2005). Επιπρόσθετα, οι ανισότητες επιδεινώνονται από το στιγματισμό που εξακολουθεί να υφίσταται στους HIV φορείς (Alonzo A.A. & Reynolds N.R., 1996, BHIVA, 2012), στους νέους με την εκτός γάμου εγκυμοσύνη, τα STIs, κλπ (Wood K. & Aggleton P., 2004). Ακόμη, η φτωχή σεξουαλική υγεία χαρακτηρίζει ένα σημαντικό αριθμό ομάδων πληθυσμού με άλλες ανάγκες δημόσιας υγείας, όπως είναι χρήστες ουσιών και αλκοόλ, θύματα βίας κλπ (BHIVA, 2012). Επίσης, ωφελείται η γενικότερη κοινωνική και οικονομική ευημερία, λαμβάνοντας υπόψη το σημαντικό κοινωνικό κόστος του αντίκτυπου της φτωχής σεξουαλικής υγείας. Συγκεκριμένα, κάποια αδιάγνωστα STIs μπορεί να προκαλέσουν μακροπρόθεσμα απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένων των καρκίνων του γεννητικού συστήματος, ενώ αποτυχία έγκαιρης διάγνωσης της λοίμωξης από τον ιό HIV οδηγεί σε αναπόφευκτες σοβαρές νόσους και πρόωρους θανάτους. Ο HIV/AIDS άλλωστε, αποτελεί πλέον μια χρόνια κατάσταση χάρη σε αποτελεσματικές θεραπείες, ωστόσο οι φορείς βιώνουν τις επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού νωρίτερα και έχουν υψηλότερα επίπεδα κακής υγείας και εξάρτησης από τις κοινωνικές παροχές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (BHIVA, 2012). Τέλος, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τα STIs και το HIV/AIDS μπορούν να αποφευχθούν με την αλλαγή σεξουαλικής συμπεριφοράς. Σε αντίθεση με πολλούς άλλους τομείς της δημόσιας υγείας, μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω παροχής καλής ποιότητας πρόληψης, είτε σε οργανωμένες και εύκολα προσβάσιμες υπηρεσίες υγείας είτε με προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας, που συντελούν σε: ι) αύξηση γνώσεων, ιι) εκμάθηση δεξιοτήτων, ιιι) αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων, με συνεπαγόμενα οφέλη για το σύστημα υγείας, το άτομο και την κοινωνία γενικά (BHIVA, 2012,WHO,2009).

Πρόσφατα, εκδόθηκε η πράσινη βίβλος «Προσέγγιση Δημόσιας Υγείας για την προώθηση της Σεξουαλικής Υγείας στις ΗΠΑ» (Centers for Disease Control and Prevention -CDC ,2010). Πρόκειται για ένα έγγραφο συζήτησης όπου η σεξουαλική συμπεριφορά σε όλη την διάρκεια της ζωής προσεγγίζεται πιο θετικά και με βάση την υγεία του ατόμου ώστε να χρησιμεύσει ως δυναμικό πλαίσιο για δράση της δημόσιας υγείας. Αποτελεί επίσης την συνέχεια στο «Κάλεσμα Δράσης για την Προαγωγή της Σεξουαλικής Υγείας και

1. Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αφορούν συστηματικές διαφορές στο επίπεδο της υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων (Whitehead & Dahlgren, 2006)

Υπεύθυνης Σεξουαλικής Συμπεριφοράς» του US Surgeon General (2001), την πρώτη επίσημη κυβερνητική αναγνώριση για τη σημασία του πλαισίου σεξουαλικής υγείας στις ΗΠΑ με στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, τη δεκαετία που μεσολάβησε, η εμφανής επιδείνωση αρνητικών καταστάσεων στην υγεία από τη σεξουαλική συμπεριφορά, προέβαλλε την ανάγκη επανεστίασης της εθνικής προσοχής σε θέματα σεξουαλικής υγείας, κυρίως στην πρόληψη του HIV, της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των STIs στους εφήβους. Υπό αυτές τις συνθήκες και των δεδομένων ευκαιριών για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού με τη νέα εθνική νομοθετική μεταρρύθμιση[2], το CDC επισημαίνει και τη σημαντικότητα μιας ευρείας προσέγγισης για την εξερεύνηση των δυνητικών ωφελειών πρόληψης στον τομέα της σεξουαλικής υγείας (CDC, 2010).

Η Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία υπό το πρίσμα της Δημόσιας Υγείας

Στην Αγγλία, στην έκδοση του Acheson Report (1998), η Δημόσια Υγεία ορίστηκε ως «η επιστήμη και η τέχνη του να προλαμβάνεται η νόσος, να προάγεται η υγεία και να επιμηκύνεται η ζωή, μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας» (Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, 1998).

Ενδεικτική είναι η αποτύπωση του παραπάνω ορισμού σε εκθέσεις του CDC των ΗΠΑ για την αξιολόγηση της προόδου στη Δημόσια Υγεία της χώρας κατά την τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα και τα δέκα πρώτα χρόνια του 21ου αιώνα.

Συγκεκριμένα, για την δεκαετία 1990-2000, μεταξύ των 10 αξιόλογων επιτευγμάτων Δημόσιας Υγείας αναφορικά με τη σεξουαλική υγεία συμπεριλαμβάνονταν: α) ο έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών λόγω της ανακάλυψης της αντιμικροβιακής θεραπείας για τα STIs, β)η πρόσβαση σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης που συντέλεσε σε μεταβολή του κοινωνικοοικονομικού ρόλου των γυναικών, μείωση του μεγέθους της οικογένειας, αύξηση του διαστήματος ανάμεσα στους τοκετούς, βελτίωση της μητρικής και νεογνικής υγείας, αυξημένες ευκαιρίες για παροχή συμβουλευτικής και ελέγχου πριν την εγκυμοσύνη, ενώ οι αντισυλληπτικές μέθοδοι συντέλεσαν στην πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων και μετάδοσης του ιού HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, γ) υγιέστερες μητέρες και νεογνά λόγω βελτίωσης της υγιεινής και της διατροφής, της διαθεσιμότητας αντιβιοτικών, της μεγαλύτερης πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη και των τεχνολογικών εξελίξεων στους αντίστοιχους κλάδους ιατρικής, που οδήγησε στη μείωση της νεογνικής θνησιμότητας κατά 90% και της μητρικής κατά 99%, συγκριτικά με τις αρχές του 20ου αιώνα (CDC, 1999).

Στην ανάλογη έκθεση για την δεκαετία 2000-2010, αναφέρονται για τη σεξουαλική υγεία: α) η πρόληψη και ο έλεγχος μολυσματικών ασθενειών, όπως η επίτευξη της έγκαιρης διάγνωσης του ιού HIV, λόγω επέκτασης της δοκιμασίας ελέγχου (HIV test) στον πληθυσμό, που επιτρέπει την πρώιμη πρόσβαση των φορέων σε σωτήρια θεραπεία και φροντίδα καθώς και της παροχής απαραίτητης πληροφόρησης για την προστασία των συντρόφων τους β) i) η βελτίωση της μητρικής και νεογνικής υγείας με τη μείωση στις γεννήσεις νεογνών με δισχιδή ράχη και άλλων συγγενών ανωμαλιών, λόγω του υποχρεωτικού εμπλουτισμού των τυποποιημένων δημητριακών προϊόντων με φυλλικό οξύ, που θεσπίστηκε από το 1998 σε όλη τη χώρα ii) των τεχνολογικών επιτευγμάτων και υιοθέτησης ενός ενιαίου, προκαθορισμένου, προσυμπτωματικού ελέγχου νεογνών για επιλεγμένες γενετικές και ενδοκρινικές διαταραχές, ώστε να διασφαλιστεί πρώιμη αντιμετώπιση και θεραπεία για την προστασία της ζωής τους γ) η πρόληψη για τον καρκίνο, όπως η υιοθέτηση τεκμηριωμένων συστάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου για μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο παχέως εντέρου, στήθους και τραχήλου μήτρας. Η εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Πρώιμης Ανίχνευσης Καρκίνου Στήθους και Τραχήλου (The National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program) μείωσε τις κοινωνικές ανισότητες με την παροχή προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του στήθους και του τραχήλου της μήτρας σε ανασφάλιστες γυναίκες (CDC, 2011).

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία αφορούν ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων υγείας και ανθρώπινων δικαιωμάτων. Η σεξουαλική υγεία είναι ένας ευρύτερος τομέας που περιλαμβάνει πολλές αλληλένδετες προκλήσεις και προβλήματα. Ευρείας κλίμακας τομείς ενδιαφέροντος για τη σεξουαλική υγεία, αποτελούν η σεξουαλική και κοινωνική ταυτότητα του φύλου, η σεξουαλική έκφραση, οι σεξουαλικές σχέσεις και η απόλαυση, ενώ περιλαμβάνονται και αρνητικές συνέπειες ή καταστάσεις, όπως:

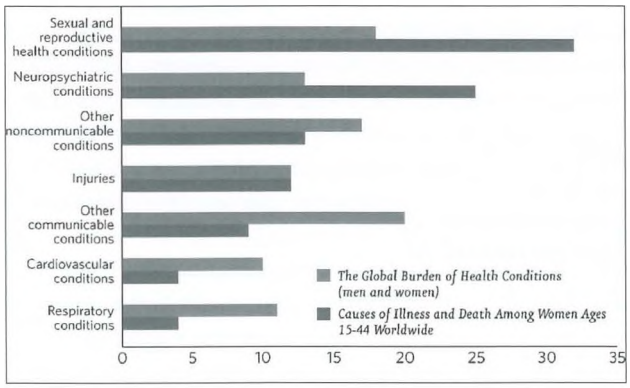
- Λοιμώξεις από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα (Sexually transmitted infection-STIs) και λοιμώξεις του αναπαραγωγικού συστήματος (Reproductive tract infection-RTIs) και των αρνητικών αποτελεσμάτων τους (όπως καρκίνος και υπογονιμότητα)
- Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και έκτρωση
- Σεξουαλική δυσλειτουργία
- Σεξουαλική βία

2. Ο Νόμος Φροντίδας και Οικονομικής Προστασίας Ασθενών (Patient Protection and Affordable Care Act [PPACA]) ή Obamacare, του προέδρου των ΗΠΑ, Μπαράκ Ομπάμα, που υπογράφτηκε τον Μάρτιο του 2010. Ο νόμος επεκτείνει την ασφάλιση υγείας σε ανασφάλιστους Αμερικανούς, απαγορεύει διάφορες πρακτικές των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, όπως να αρνούνται κάλυψη σε άτομα με προϋπάρχοντα ιατρικά προβλήματα ή να διακόπτουν τα συμβόλαια για άτομα που στην πορεία αναπτύσσουν σοβαρά προβλήματα, επεκτείνει το κρατικό ασφαλιστικό πρόγραμμα Medicaid για τους φτωχούς, κλπ. (ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ, 2012α)

- Επιζήμιες πρακτικές (όπως ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων[Female genital mutilation -FGM) (WHO, 2010α).

Επίσης, η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν αυξητικά τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως (YYKA, 2008). Συγκεκριμένα, τα αναπαραγωγικά προβλήματα αποτελούν την κυρίαρχη αιτία κακής υγείας και θανάτων των γυναικών, ενώ οι καταστάσεις αναπαραγωγικής υγείας και για τα δυο φύλα συνολικά, τη δεύτερη μεγαλύτερη αιτία κακής υγείας παγκοσμίως μετά τις μεταδοτικές ασθένειες (Σχήμα 1) (United Nations Population Fund -UNFPA-, 2005).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΠΟΥ για το 2001 (όπως παρατίθεται στην UNFPA, 2003) τα προβλήματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας αποδίδονταν στο 18% της συνολικής παγκόσμιας επιβάρυνσης νοσημάτων και στο 32% της επιβάρυνσης μεταξύ των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας (UNFPA, 2003). Οι αρνητικές συνέπειες ή καταστάσεις της σεξουαλικής υγείας όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, κρίνεται αναγκαίο να αναλυθούν στην συνέχεια, προκειμένου να κατανοηθεί η πολυεπίπεδη συσχέτιση τους με τη Δημόσια Υγεία .



Σχήμα 1

Κατάταξη της παγκόσμιας επιβάρυνσης καταστάσεων υγείας (για άνδρες και γυναίκες). Πηγή: WHO, 2002, όπως παρατίθεται στο Alan Guttmacher Institute/ UNFPA, 2003, Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Healthcare.

Λοιμώξεις Αναπαραγωγικού Συστήματος (RTIs) και Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα (STIs), συμπεριλαμβανομένου του HIV

Τα STIs είναι λοιμώξεις που μεταδίδονται πρωτίστως μέσω της σεξουαλικής επαφής. Υπάρχουν περισσότερα από 30 διαφορετικά μεταδιδόμενα βακτήρια, ιοί και παράσιτα. Αρκετά, και συγκεκριμένα ο ιός HIV και η σύφιλη μπορούν να μεταδοθούν από τη μητέρα στο νεογνό της στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και γενικότερα μέσω μετάγγισης προϊόντων αίματος και ιστών (WHO,2011α). Μεταξύ των RTIs και STIs συγκαταλέγονται οι ιατρογενείς λοιμώξεις που σχετίζονται με μη ασφαλείς ιατρικές διαδικασίες του αναπαραγωγικού συστήματος (π.χ. μη ασφαλής έκτρωση) και οι ενδογενείς λοιμώξεις όπως η μη ειδική βακτηριακή κολπίτιδα (bacterial vaginosis) και η καντιντίαση, που προκύπτουν ως αποτέλεσμα μεταβολής της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου (WHO,2010α).

Τα STIs είναι ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, συμβάλλοντας σημαντικά στην παγκόσμια επιβάρυνση της υγείας από τα νοσήματα ενηλίκων, τόσο για την οξεία φάση των νοσημάτων όσο και των μακροχρόνιων επιπτώσεων τους, όπως ο χρόνιος πόνος, η υπογονιμότητα, η δυσμενής έκβαση της εγκυμοσύνης (που περιλαμβάνει τη γέννηση θνησιγενών και χαμηλού βάρους νεογνών) αλλά και καρκίνων του αναπαραγωγικού συστήματος (όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας) (WHO, 2010α). Τα ποσοστά STIs είναι πολύ υψηλά παγκοσμίως. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν περισσότερες από 448 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο από τα τέσσερα πιο συνηθισμένα και θεραπεύσιμα STIs, τα οποία είναι τα χλαμύδια, η σύφιλη, η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (γονόροια) και η τριχομονίαση (WHO, 2011α).

Ο αντίκτυπος του HIV/AIDS στα άτομα, τις οικογένειες, τις κοινότητες και εθνικούς οργανισμούς, περιλαμβάνοντας τους τομείς της υγείας και της εκπαίδευσης, είναι τεράστιος σε πολλές περιοχές του κόσμου (WHO,2010α). Το 2008 υπολογίστηκε ότι παγκοσμίως ο μέσος όρος ατόμων που ζουν με τον ιό HIV/AIDS είναι 33.4 εκατομμύρια (31.1 εκατ. -35.8 εκατ.), με αύξησή του πάνω από 20% σε σχέση με το 2000. Πιο συγκεκριμένα, 2.1 εκατομμύρια (1.2 εκατ. -2.9 εκατ.) αφορούν παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών, και 15.7 εκατομμύρια (14.2 εκατ.-17.2 εκατ.) γυναίκες. Τα νέα περιστατικά λοίμωξης για το ίδιο έτος υπολογίστηκαν σε 2.7 εκατομμύρια (2.4 εκατ.-3.0 εκατ.), με την Υπό-Σαχάρια Αφρική να έχει πληγεί πιο σοβαρά (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS- UNAIDS & WHO, 2009). Σχεδόν 10% της παιδικής θνησιμότητας σχετίζεται με τον ιό HIV, ακυρώνοντας ουσιαστικά την πρόοδο που σημειώθηκε στα ποσοστά παιδικής επιβίωσης τις τελευταίες δεκαετίες. Μεταξύ 11.5 και 17.1 εκατομμυρίων Αφρικανών παιδιών κάτω των 15 ετών έχουν χάσει τον έναν ή και τους δυο γονείς τους από HIV/AIDS. Αν και τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι η επιδημία έχει σταθεροποιηθεί σε πολλές περιοχές, τα ποσοστά λοίμωξης από τον ιό HIV συνεχίζουν να αυξάνονται στην Ανατολική Ευρώπη και Κεντρική Ασία (UNAIDS

3. ***Κίνδυνος:*** *πιθανότητα απόκτησης νόσου ή λοίμωξης .Συγκεκριμένες ατομικές συμπεριφορές (όπως το μη ασφαλές σεξ) αυξάνουν τον κίνδυνο. Επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων είναι η ατομική σωματική και ψυχολογική ανάπτυξη ,το σεξουαλικό ιστορικό, πιθανή έκθεση σε κακοποίηση, η ικανότητα διαπραγμάτευσης στις σχέσεις , συνειδητοποίηση θεμάτων σχετιζόμενων με την σεξουαλικότητα , δυνατότητα πρόσβασης σε υποστήριξη, συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα (Mann J., Tarantola D., & Netter T.W., 1992, Tarantola D., 1995, Shaw C. & Aggleton A., 2002, UNAIDS, 1998).*

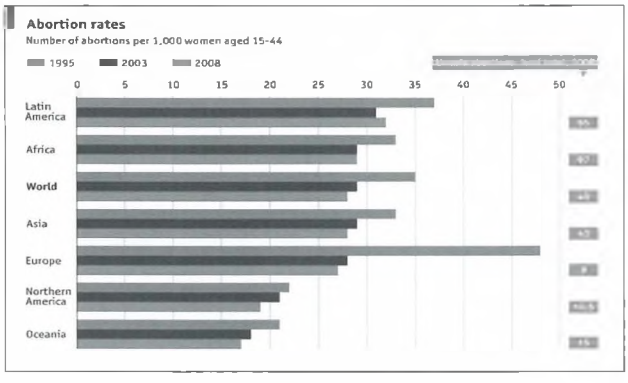
& WHO, 2009). Οι περισσότερες περιπτώσεις λοίμωξης είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενες αλλά γενικώς υπάρχει μια απροθυμία να αντιμετωπιστούν ευαίσθητα θέματα σχετιζόμενα με τη σεξουαλικότητα, η οποία συνέβαλε σε μια αργή ανταπόκριση στο πρόβλημα σε πολλά μέρη του κόσμου (WHO,2010α).

Οι αθεράπευτες RTIs και STIs σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης του ιού HIV. Συνεπώς, σε κάποιους πληθυσμούς, η αποτελεσματική διαχειρισή τους για τον έλεγχο της μετάδοσης του HIV είναι ζωτικής σημασίας (Grosskurth H., Gray R., Hayes R., Mabey D., Wawer M., 2000). Ο έλεγχος, ιδίως των STIs, απαιτεί δέσμευση της σεξουαλικής υγείας με την ευρύτερη έννοια του όρου. Μια στενή εστίαση στον έλεγχο των λοιμώξεων είναι απίθανο να είναι επιτυχημένη, εάν δεν ληφθούν υπόψη οι πολλαπλοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο[3] και την ευαλωτότητα[4] των ατόμων και ομάδων πληθυσμού για νόσηση. Ένα πλαίσιο δράσης που τοποθετεί τον έλεγχο των STIs ευρύτερα, είναι πιο πιθανό να έχει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, γιατί αναγνωρίζονται αφενός οι συμπαράγοντες της μετάδοσης και αφετέρου οι κοινωνικοί παράγοντες που αυξάνουν την ευπάθεια των ατόμων. Επίσης, συνεπάγεται την αναγνώριση ορισμένων ομάδων πληθυσμού ως ιδιαίτερα ευάλωτες για μετάδοση STIs. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι νέοι, άτομα που συμμετέχουν σε εμπόριο ή συναλλαγή σεξ, άτομα που κακοποιούνται σεξουαλικά ή είναι σε κίνδυνο λόγω βίας στα πλαίσια των σεξουαλικών τους σχέσεων. Οι ανάγκες σεξουαλικής υγείας αυτών των ατόμων υπερβαίνουν κατά πολύ την απλή παροχή κατάλληλης κλινικής φροντίδας. Εν κατακλείδι, απαιτείται επέκταση τους ώστε να συμπεριλαμβάνει Συμβουλευτική για τη σεξουαλικότητα, παραπομπή για την αντιμετώπιση της βίας, τις συνέπειές της ή τον κίνδυνο από τη βία και βοήθεια στις διαπραγματεύσεις τους σχετικά με τη χρήση αντισύλληψης (WHO,2010α).

Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και έκτρωση

Μη ασφαλής έκτρωση (unsafe abortion) σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) «είναι η διαδικασία διακοπής μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης είτε από πρόσωπα που στερούνται τις απαραίτητες δεξιότητες ή σε ένα περιβάλλον που στερείται στοιχειωδών ιατρικών προδιαγραφών ή και τα δυο» (WHO, 1993). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο αγγλικός όρος "unsafe" (μη ασφαλής ή επικίνδυνη) δεν είναι συνώνυμο της παράνομης (illegal) ή λαθραίας (clandestine) έκτρωσης, σύμφωνα με τον Grimes (2003). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι μια νόμιμη έκτρωση μπορεί να είναι μη ασφαλής λόγω ανεπαρκώς εκπαιδευμένων γιατρών, ανεπάρκειας εγκαταστάσεων ή και των δυο (Grimes, 2003).

Πρόσφατη έρευνα υπολόγισε ότι το 2008, πραγματοποιήθηκαν 43.8 εκατομμύρια εκτρώσεις παγκοσμίως, με σχεδόν τις μισές από αυτές (49%) να είναι μη ασφαλείς (Sedgh G., Singh S., Shah I., Ehman E., Henshaw SK., & Bankole A., 2012). Οι Sedgh et al. (2012) απέδωσαν το 97% των εκτρώσεων σε χώρες της Αφρικής (Διάγραμμα 1). Παρότι ο



Διάγραμμα 1

Τάσεις σε ποσοστά εκτρώσεων ανά γεωγραφική περιοχή από το 1995-2008. Πηγή : Sedgh et al., 2012 .

αριθμός τους αυξήθηκε συγκριτικά με τα 19.7 εκατομμύρια που καταγράφτηκαν το 2003, ωστόσο το συνολικό ποσοστό τους παραμένει αμετάβλητο, σε περίπου 14 μη ασφαλείς εκτρώσεις ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 χρόνων. Αυτή η αύξηση του αριθμού τους χωρίς αντίστοιχη αύξηση του ποσοστού ανά γυναίκα αποδίδεται κυρίως στον αυξανόμενο πληθυσμό των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας (WHO,2011β).

Η μη ασφαλής έκτρωση αποτελεί μια από τις πέντε κύριες αιτίες μητρικών θανάτων παγκοσμίως, που προκύπτουν είτε ως αποτέλεσμα σοβαρών λοιμώξεων, αιμορραγιών, είτε από βλάβες σε όργανα (WHO,2011β). Επίσης, σε πολλές γυναίκες μπορεί να προκύψουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις όπως υπογονιμότητα, ενώ σε άλλες βραχυπρόθεσμες επιπλοκές που απαιτούν άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη (Singh S.,2006, WHO,2008α). Σχεδόν 47.000 γυναίκες κάθε χρόνο υπολογίζεται ότι χάνουν την ζωή τους από επιπλοκές μη ασφαλών εκτρώσεων που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί μέσω καλύτερης πρόσβασης σε σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, ευαισθητοποίηση για την γονιμότητα και αντισύλληψη και κυρίως με την παροχή υπηρεσιών για διεξαγωγή εκτρώσεων με ασφάλεια (Shah I & Åhman E, 2010).

*4. **Ευαλωτότητα-Ευπάθεια:** υπόβαθρο του κινδύνου- απορρέει από τους ευρύτερους κοινωνικούς, πολιτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που συνθέτουν το πλαίσιο στο οποίο οι άνθρωποι δραστηριοποιούνται και επηρεάζουν το είδος του κινδύνου. Περιλαμβάνουν : πολιτικές , οικονομικές και νομοθετικές ρυθμίσεις (και τις ανισότητες και αποκλεισμούς σχετικά με το φύλο, την εθνικότητα και τη σεξουαλικότητα),την ύπαρξη ή απουσία προγραμμάτων υγείας και εκπαίδευσης, την προσβασιμότητα τους, την ποιότητα, το περιεχόμενο και την επίδοση τους (Mann J., Tarantola D., & Netter T.W., 1992, Tarantola D., 1995, Shaw C. & Aggleton A., 2002, UNAIDS, 1998).*

Το 2003 οι μη ασφαλείς εκτρώσεις συντέλεσαν στο 13% όλων των μητρικών θανάτων παγκοσμίως, ποσοστό που παρέμεινε αμετάβλητο το 2008, σύμφωνα με την έκθεση του Π.Ο.Υ (2011β) αν και η έρευνα των Sedgh et al.(2012) δείχνει να έχει επέλθει μείωση τα τελευταία χρόνια . Αποτελεί έτσι ένα σημαντικό εμπόδιο για την επίτευξη του πέμπτου παγκόσμιου στόχου (G5) της χιλιετίας (Millenium Development Goals-MDGs) που στοχεύει σε μείωση του ποσοστού της μητρικής θνησιμότητας κατά 75% μέχρι το έτος 2015 (United Nations, 2010).

Ένα πλαίσιο σεξουαλικής υγείας σχετικά με τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και τις μη ασφαλείς εκτρώσεις, αποβλέπει στο να εξηγήσει γιατί συνεχίζονται τέτοια ζητήματα, ενώ είναι διαθέσιμες εδώ και χρόνια αποτελεσματικές και ασφαλείς μέθοδοι αντισύλληψης και τεχνητής έκτρωσης. Ένα σύνολο παραγόντων επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης των ανεπιθύμητων κυήσεων και μη ασφαλών εκτρώσεων, οι οποίοι περιλαμβάνουν:

- Πρόσβαση των νέων γυναικών και ανδρών σε πληροφόρηση για την αντισύλληψη
- Νομιμότητα της παροχής αντισυλληπτικών σε ανύπαντρα νέα άτομα
- Νομιμότητα της έκτρωσης
- Κοινωνικο-πολιτιστικοί κανόνες σχετικά με το σεξ εκτός γάμου
- Ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και παροχή ασφαλούς έκτρωσης
- Επίδραση της εξουσιαστικής σχέσης του κοινωνικού φύλου σχετικά με την ικανότητα των κοριτσιών και των γυναικών να χρησιμοποιήσουν αντισυλληπτικές μεθόδους ή να απορρίψουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες
- Ετοιμότητα των υπηρεσιών υγείας να παρέχουν ασφαλείς εκτρώσεις με πλήρη νομική κάλυψη (WHO, 2010α)

Ένα πλαίσιο σεξουαλικής υγείας για τις μη ασφαλείς εκτρώσεις αποβλέπει στο να δράσει γενικά σε ένα ευρύ φάσμα τομέων, με πρόθεση όχι μόνο να διασφαλίσει ότι οι εκτρώσεις θα διεξάγονται με ασφάλεια, αλλά να μειώσει την ανάγκη τους εξ αρχής. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η νομιμοποίηση των εκτρώσεων σε χώρες όπως η Ρουμανία, το Νεπάλ, το Βιετνάμ, κλπ έχει συντελέσει στην επιτυχή μειωσή τους (WHO, 2010α).

Στη Ρουμανία, χαρακτηριστικά, αποδείχθηκαν δραματικές οι επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών, όταν η νομική άρνηση της έκτρωσης υπό ασφαλείς συνθήκες, προέκυψε από τη σοβαρή κατασταλτική νομοθεσία του 1966[5],γεγονός που ανατράπηκε μετά το 1989. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, η χώρα κατείχε το υψηλότερα καταγεγραμμένο ποσοστό μητρικής θνησιμότητας-159 θανάτους ανά 100. 000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών-περίπου 10 φορές υψηλότερο συγκριτικά με τις άλλες χώρες της Ευρώπης. Όπως υπολογίστηκε, το 87% των μητρικών θανάτων αποδίδονταν σε παράνομες και μη ασφαλείς εκτρώσεις .

Κατά την 25ετία, από το 1965, που οι σχετιζόμενοι με την έκτρωση μητρικοί θάνατοι ήταν λιγότεροι από 20, αυξήθηκαν σε 120 και 150 το 1982 και το 1989, αντίστοιχα. Η δραματικότητα της κατάστασης γίνεται περισσότερο φανερή διαπιστώνοντας ότι από το συνολικό ποσοστό μητρικών θανάτων που αφορούσαν όλες τις αιτίες, το ποσοστό που συνδέονταν με έκτρωση αυξήθηκε από περίπου 20% σε σχεδόν 90%, ενώ το 1966 ήταν συγκρίσιμο με εκείνο των περισσότερων χωρών της Ανατολικής Ευρώπης. Αντιθέτως, το 1990, μετά τις νομοθετικές αλλαγές, διαπιστώνεται βελτίωση στη μητρική θνησιμότητα, με μείωση του ποσοστού σχεδόν 50% συγκριτικά με το προηγούμενο έτος-83 θανάτους ανά 100. 000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών (Cook R.J., Dickens B.M., & Bliss L.E.,1999, Hord C., David H.P., Donnay F., & Wolf M., 1991).

Άλλες χώρες, κατέβαλλαν προσπάθειες για να μειώσουν τις ανεπιθύμητες κυήσεις. Η Ολλανδία, για παράδειγμα, έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά εκτρώσεων παγκοσμίως (9 εκτρώσεις ανά 1000 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας) που αποδίδεται στην οργανωμένη προσπάθεια σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και οικογενειακού προγραμματισμού (Dailard C., 2005). Συγκεκριμένα, εφαρμόστηκαν πολυεπίπεδες συνεργασίες μεταξύ κυβερνήσεων, κοινωνικών οργανώσεων, Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) και υπηρεσιών υγείας, με στόχο την ανάπτυξη του αισθήματος υπευθυνότητας ιδιαίτερα των νέων, για την πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων και STIs. Η κύρια συνιστώσα της Ολλανδικής προσέγγισης για την σεξουαλική υγεία ήταν οι ενημερωτικές εκστρατείες στα ΜΜΕ. Σύμφωνα με τους Berne και Huberman (1999), οι εκστρατείες βοήθησαν να διατηρηθεί η σεξουαλική υγεία ως δημόσιο θέμα, στη μείωση του στιγματισμού δίνοντας έμφαση στη κοινοτική υπευθυνότητα για τα προβλήματα υγείας, υπηρέτησε την εκπαίδευση των νέων παρέχοντας καταλυτική επίδραση για τη συζήτηση τέτοιων θεμάτων και ενισχύοντας μηνύματα, προσεγγίστηκαν ομάδες υψηλού κινδύνου που γενικά δεν είναι προσβάσιμες μέσω παραδοσιακών οδών, ενθαρρύνθηκαν οι μεσολαβητές (όπως εκπαιδευτικοί, φαρμακοποιοί) να τραβήξουν την προσοχή στο ασφαλές σεξ και

5. Το 1966, ο ηγέτης της χώρας, Νικολάε Τσαουσέσκου, απαγόρευσε την αντισύλληψη, έθεσε πολύ αυστηρές προϋποθέσεις για τις αμβλώσεις και επιβάρυνε φορολογικά όσους πολίτες παρέμεναν χωρίς παιδιά σε ηλικία άνω των 25 ετών. Αντίστοιχα, έδωσε σημαντική βοήθεια σε μητέρες με πέντε παιδιά, ενώ ανακήρυξε τις μητέρες με δέκα παιδιά ως «ηρωίδες» και τις παρασημοφορούσε. Το πρόγραμμα αυτό αύξησε σημαντικά το ρουμανικό πληθυσμό, αλλά δημιούργησε προβλήματα οικονομικής εξαθλίωσης στις πολυμελείς οικογένειες, περιπτώσεις αστέγων, αλλά σήμανε και την εμφάνιση ενός νέου φαινομένου: της εγκατάλειψης παιδιών στους δρόμους, τα οποία μεγάλωναν ως ορφανά (ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ, 2012β)

ενεργοποιήθηκαν οργανισμοί που τους παρείχαν κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση για αυτόν το ρόλο. Μάλιστα, από μια τέτοια εκστρατεία προέκυψε ένα δημοφιλές σλόγκαν, το «Double Dutch» (Διπλός Ολλανδός), που σημαίνει τη χρήση της διπλής προστασίας που παρέχεται από το προφυλακτικό (για μείωση κινδύνου STIs) και του αντισυλληπτικού χαπιού (για τη πρόληψη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης). Τα ΜΜΕ συνεργάστηκαν με το χώρο της εκπαίδευσης και τον τομέα των υπηρεσιών υγείας για να διασφαλιστεί η συνέπεια και η ακρίβεια των μηνυμάτων στους νέους. Ανάλογες στρατηγικές σε υπηρεσίες υγείας και κλινικές περιλάμβαναν: α) αποδοχή της εφηβικής σεξουαλικότητας και συμπεριφοράς, β) εξασφάλιση της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας των προσωπικών τους στοιχείων, γ) μη κριτική παροχή υπηρεσιών, δ) Ελαχιστοποίηση γραφειοκρατίας, χωρίς γονική συναίνεση, κλπ. Επιπρόσθετα, εξασφαλίστηκε εύκολη πρόσβαση στους εφήβους (κλινικές κοντά σε σχολεία, ανοιχτές το απόγευμα), 24ωρη τηλεφωνική υποστήριξη, δωρεάν προφυλακτικά σε μηχάνημα, μεγάλες αναρτημένες ανακοινώσεις για το χάπι της επόμενης ημέρας, δωρεάν άμεσες εξετάσεις για σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα και Συμβουλευτική εφήβων πριν και μετά τις εξετάσεις (Berne L & Huberman B, 1999; Dailard C, 2005).

Σεξουαλική δυσλειτουργία

Η Σεξουαλική δυσλειτουργία ορίζεται ως «ελάττωση της σεξουαλικής επιθυμίας /ενδιαφέροντος ή η απώλεια αισθήματος σεξουαλικού ενδιαφέροντος /επιθυμίας, η απουσία σεξουαλικών σκέψεων ή φαντασιώσεων και η απαιτούμενη επιθυμία προκειμένου να επιτευχθεί σεξουαλική διέγερση είναι σπάνια ή απουσιάζουν οι λόγοι /κίνητρα». Ο ορισμός αφορά και τα δυο φύλα και γενικά δε διαχωρίζει την οργανική από την ψυχογενή δυσλειτουργία (Lewis RW et al., 2010).

Το ενδιαφέρον για τη σεξουαλική λειτουργικότητα είναι παγκόσμιο αλλά έχει πολιτιστικά ειδικές μορφές. Η σεξουαλική λειτουργία σχετίζεται στενά με τις κυρίαρχες κοινωνικές προσδοκίες σε κάθε δεδομένη χρονική περίοδο (σχετικά με το τι θεωρείται να είσαι άνδρας ή γυναίκα) όπως επίσης με τις τοπικές πολιτιστικές αξίες και πεποιθήσεις. Γενικά, υπολογίζεται ότι μεταξύ 8% και 33% του ενήλικου πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες βιώνουν κάποιο είδος σεξουαλικής δυσλειτουργίας στην διάρκεια της ζωής τους, αν και σε κάποιες μελέτες υποστηρίζεται ότι το ποσοστό είναι μεγαλύτερο (WHO, 2010α).

Οι Laumann, Paik, και Rosen (1999) σε έρευνα τους στις ΗΠΑ, κατέδειξαν ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι πιο διαδεδομένη στις γυναίκες, με ποσοστό 43% σε σχέση με το 31% στους άνδρες και σχετίζεται με ποικίλους ψυχο-δημογραφικούς παράγοντες και χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, η φτωχή σωματική και συναισθηματική υγεία. Πιο σημαντικά, η γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία σχετίζεται με αρνητικές εμπειρίες σεξουαλικών σχέσεων (Laumann E.O., Paik A., & Rosen R.C.,1999).

Οι κυριότερες διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας στις γυναίκες περιλαμβάνουν τη μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, τη μειωμένη ή απουσία γενετήσιας σεξουαλικής διέγερσης, την ανικανότητα επίτευξης οργασμού, τον πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή (δυσπαρευνία) και τον κολεόσπασμο (Basson R., 2005), ενώ στους άνδρες κυριότερες διαταραχές είναι η στυτική δυσλειτουργία και η πρόωρη εκσπερμάτιση (Lewis R.W. et al., 2010). Παρότι αποτελούν σχετικά κοινές καταστάσεις, εξερευνήθηκαν πρόσφατα σε βάθος οι αιτιολογικοί και επιδημιολογικοί τους παράγοντες, με το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας να εστιάζεται στη στυτική δυσλειτουργία, που αφορά όλες τις κοινωνίες στις οποίες έχουν διεξαχθεί έρευνες (Prins J., Blanker M.H., Bohnen A.M., Thomas S., & Bosch J.L., 2002). Έτσι, τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα επιπολασμού αφορούν τη στυτική δυσλειτουργία που βρέθηκε να σχετίζεται με ποικίλα χαρακτηριστικά, με πιο κοινό μεταξύ τους την αύξηση του ποσοστού της σε συνάρτηση με την αύξηση της ηλικίας, κυρίως για τις δεκαετίες μετά τα 60 και 70 έτη (Lewis R.W. et al., 2010).

Σε ένα πλαίσιο σεξουαλικής υγείας είναι σαφής η σημαντικότητα της αντιμετώπισης της ανδρικής και γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Μελέτες από όλο τον κόσμο κατέδειξαν ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία σχετίζεται με κοινές ψυχικές νόσους όπως η κατάθλιψη ενώ συνοδεύεται και με χαμηλή βαθμολογία ποιότητας ζωής (QoL)[6] (WHO, 2010α). Εάν τα προβλήματα δεν αντιμετωπιστούν η δυσφορία λόγω της σεξουαλικής δυσλειτουργίας αποτελεί παράγοντα που μπορεί να βλάψει ή να μειώσει την ικανότητα ενός ατόμου να σχηματίσει ή να παραμείνει σε μια στενή σεξουαλική σχέση (Robinson B.E., Bockting W.D. ,Roser B.R.S., Miner M., & Coleman E., 2002). Το πλαίσιο της σεξουαλικής υγείας αναγνωρίζει τον κρίσιμο ρόλο που η σεξουαλική λειτουργία παίζει στη διατήρηση θετικών σεξουαλικών σχέσεων, τη μεγάλη αξία της σεξουαλικής απόλαυσης και ικανοποίησης. Οι περισσότεροι δε άνδρες και γυναίκες με σεξουαλική δυσλειτουργία που αναζητούν φροντίδα, στρέφονται κυρίως στον ιδιωτικό τομέα και αυτό γιατί οι δημόσιες δομές και υπηρεσίες για αντιμετώπιση σεξουαλικών δυσλειτουργιών είναι σχετικά σπάνιες (WHO, 2010α).

Σεξουαλική βία:
βία σχετιζόμενη με το κοινωνικό φύλο
και την σεξουαλικότητα

Η σεξουαλική βία αποτελεί τόσο μια παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όσο και θέμα ενδιαφέροντος της

6. QoL (Quality of life) Ποιότητα ζωής : μια μέτρηση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργήσει σωματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά μέσα στο περιβάλλον του, σε ένα επίπεδο που είναι σε αρμονία με τις προσδοκίες του.

Δημόσιας Υγείας (WHO, 2010α). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2002), ως σεξουαλική βία ορίζεται η «οποιαδήποτε σεξουαλική ενέργεια /προσπάθεια για επίτευξη σεξουαλικής πράξης, μη επιθυμητά σεξουαλικά σχόλια ή ερωτικές προτάσεις ή ενέργειες για επιβολή πορνείας και διακίνησης (Trafficking) ή διαφορετικά η απευθείας άσκηση εξαναγκασμού ενάντια στην σεξουαλικότητα ενός ατόμου από οποιοδήποτε άτομο, ανεξάρτητα από την σχέση του με το θύμα, σε οποιαδήποτε περιβάλλον, περιλαμβάνοντας, αλλά χωρίς να περιορίζεται κατ΄ οίκον και σε χώρους εργασίας». Στη σεξουαλική βία περιλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα βίαιων ενεργειών που μπορεί να λάβει χώρα σε διαφορετικές περιπτώσεις και περιβάλλοντα, όπως ο βιασμός, η παιδική σεξουαλική κακοποίηση, βίαιες ενέργειες κατά της σεξουαλικής ακεραιότητας των γυναικών (ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων, υποχρεωτική εξέταση για εξακρίβωση παρθενίας), επιβεβλημένη πορνεία, κα. Η σεξουαλική βία μπορεί να απευθύνεται σε γυναίκες και άνδρες, κορίτσια ή αγόρια, σε οποιαδήποτε ευπαθή ομάδα ενώ η πιο κοινή θεωρείται η βία κατά των γυναικών από άνδρες που τους είναι οικείοι κυρίως οι σύζυγοι –σύντροφοι, καθώς και από μέλη της οικογένειας τους (WHO,2002α, 2010α).

Σε 48 περιγραφικές μελέτες από όλο τον κόσμο, ο επιπολασμός των γυναικών που ανέφεραν να έχουν κακοποιηθεί συστηματικά από τον άρρενα σύντροφο τους σε κάποια στιγμή της ζωής τους κυμαίνεται μεταξύ 10%-69% (Krug E.G. et al., 2002, WHO, 2002β), ενώ μελέτη σε 10 χώρες κατέδειξε 6%-59% των γυναικών 15-49 ετών να έχουν βιώσει σεξουαλική βία από τον σύντροφο και 1%-12% από μη σύντροφο, μέχρι την ηλικία των 15 ετών (WHO, 2005). Επίσης, σε άλλες μελέτες πάνω από 40% των ανδρών αναφέρουν οι ίδιοι άσκηση βίας σε συντρόφους τους (Dunkle K.L. et al.,2004, Jewkes R, et al., 2006, 2008). Σε μερικές χώρες, σχεδόν 1 στις 4 γυναίκες βιώνει σεξουαλική βία από το σύντροφο της (Krug E.G. et al., 2002). Στις ΗΠΑ, στην Εθνική Μελέτη Σεξουαλικής Βίας από το Σύντροφο (The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey) (2010) προέκυψε ότι σχεδόν 1 γυναίκα στις 10 έχει βιαστεί από το σύντροφο της κάποια στιγμή στη ζωή της. Η βία από τον σύντροφο (intimate partner violence) περιλαμβάνει σωματική, σεξουαλική, απειλές σωματικής ή σεξουαλικής βίας, επίμονη και εκφοβιστική παρακολούθηση (stalking) και ψυχολογική επιθετικότητα (περιλαμβάνοντας εκφοβιστικές τακτικές) από τον νυν και πρώην σύντροφο (Black M.C. et al., 2011, WHO, 2005, 2010β). Αυτή η μορφή βίας μπορεί να προκύψει σε συγκατοίκηση ή χωρίς συγκατοίκηση, μεταξύ ρομαντικών ή σεξουαλικών συντρόφων, σε ετερόφυλα ή ομοφυλόφιλα ζευγάρια και συνήθως λαμβάνουν χώρα στην ίδια σχέση ανά διαστήματα (Black M.C. et al.,2011).

Υπάρχει τόσο άμεση όσο και έμμεση σύνδεση μεταξύ βίας και σεξουαλικής υγείας. Άμεσα, η βία μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, στη μετάδοση STIs περιλαμβάνοντας τον HIV και στη σεξουαλική δυσλειτουργία. Το επιβεβλημένο σεξ, κολπικό ή πρωκτικό, μπορεί δυνητικά να αυξήσει τον κίνδυνο HIV μετάδοσης εξαιτίας της δημιουργίας εκδορών και τραυματισμών στα επιθήλια (WHO, 2010α). Συνδέεται επίσης, με την αναπαραγωγική υγεία και την φτωχή σεξουαλική υγεία. Η κακοποίηση στην διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με ένα εύρος αρνητικών αναπαραγωγικών αποτελεσμάτων για τη μητέρα και το νεογνό της, περιλαμβάνοντας αυτόματες αποβολές, πρόωρο τοκετό, χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών και αιμορραγία της λοχείας (Mezey G., 1997). Ωστόσο, καθώς δεν είναι ξεκάθαρο από τη βιβλιογραφία αν οι γυναίκες στην εγκυμοσύνη τους είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης συγκριτικά με τις μη έγκυες (Jasinski J.L., 2004), οφείλεται να λαμβάνεται υπόψη η σύσταση του Surgeon's General (1986) «όλες οι έγκυες να ελέγχονται για σημάδια κακοποίησης στα πλαίσια της συνήθους παρακολούθησης τους» (όπως παρατίθεται στους Helton A.S., Mcfarlane J. & Anderson E.T., 1987) καθώς αποτελεί πιο κοινά απαντούμενο πρόβλημα από το διαβήτη κυήσεως, τις ανωμαλίες νευρικού σωλήνα και την προεκλαμψία (American College of Obstetrics and Gynecologists & CDC, 2000). Ακόμη, μελέτες έχουν δείξει ότι σεξουαλική κακοποίηση τα πρώτα χρόνια ζωής μπορεί να οδηγήσει σε φτωχή σεξουαλική υγεία στην εφηβεία (Putnam F.W., 2003). Αυτό οφείλεται στην αύξηση του κινδύνου που σχετίζεται ομοίως με την πρόωρη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων, τους πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους και την συμμετοχή σε ποικίλες μορφές εμπορευματοποιημένου σεξ (Klein H. & Chao B.S., 1995, Krug E.G. et al., 2002). Πιο ευρέως, η έμφυλη βία μπορεί να έχει μοιραία αποτελέσματα. Οι απώλειες προκύπτουν με τα αποκαλούμενα «εγκλήματα τιμής», γυναικών δηλαδή που έχουν βιαστεί, προκειμένου να αποκατασταθεί η τιμή της οικογένειας-όπως επίσης στην HIV λοίμωξη από αυτοκτονίες και μητρική θνησιμότητα (Krug E.G. et al., 2002).

Η βία μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην επίτευξη σεξουαλικής υγείας με περισσότερο έμμεσους τρόπους. Συγκεκριμένα, όταν μια γυναίκα έχει μειωμένη αυτονομία σε μια καταναγκαστική σεξουαλική σχέση περιορίζεται η ικανότητα της να διαπραγματευτεί τις συνθήκες γενετήσιας συνουσίας, περιλαμβάνοντας την πρόληψη για STIs και μεθόδων αντισύλληψης για αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (WHO, 2010α).

Για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν τόσο οι καθοριστικοί παράγοντες σεξουαλικής βίας που υποβόσκουν, όσο και οι άμεσα επείγουσες σωματικές, ψυχολογικές και οικονομικές ανάγκες των θυμάτων. Η αντιμετώπιση των έμμεσων αιτιών

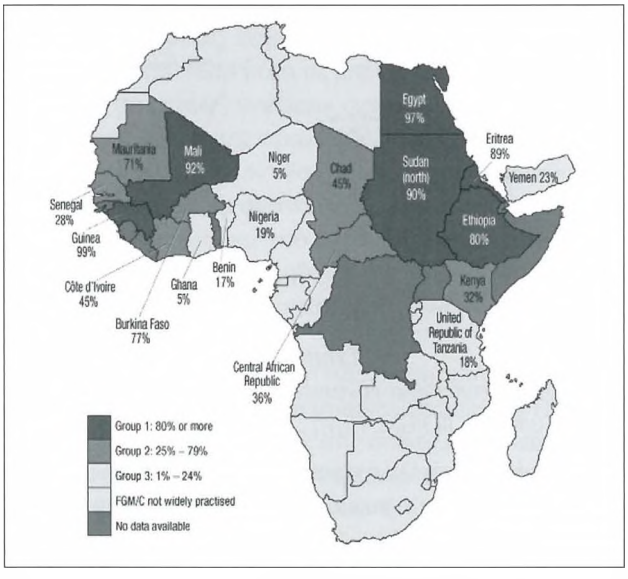
περιλαμβάνει την υψηλής ποιότητας εκπαίδευση των νέων για τις υγιείς σεξουαλικές σχέσεις και την συντροφικότητα και την ψυχολογική προστασία παιδιών που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά για να μειωθεί ο κίνδυνος εμπλοκής τους με τη βία στην ενήλικο ζωή. Ένα πλαίσιο σεξουαλικής υγείας περιλαμβάνει την εκπαίδευση της ευρύτερης κοινότητας σχετικά με τον αντίκτυπο της σεξουαλικής βίας καθώς επίσης και την κοινοτική δέσμευση για δημόσια συζήτηση και μείωση του στιγματισμού τόσο στα ΜΜΕ αλλά και από θρησκευτικούς ηγέτες. Μπορεί επίσης να εστιαστεί στην μετακίνηση νομοθετικών και πολιτικών εμποδίων για θέσπιση καταγγελιών στους δράστες βίας ή την προστασία της αξιοπρέπειας και εμπιστευτικότητας των θυμάτων που καταφεύγουν νομικά ενάντια στους θύτες. Αυτό απαιτεί την εκπαίδευση των δικαστικών, αστυνομικών και επαγγελματιών κοινωνικής πρόνοιας, έτσι ώστε να κατανοούν και να υποστηρίζουν καλύτερα τα θύματα (WHO, 2010α).

Η κριτική θεώρηση της σεξουαλικής υγείας οφείλει να λαμβάνει υπόψη την βία που μπορεί να ασκείται λόγω πραγματικών ή υποθετικών ατομικών σεξουαλικών χαρακτηριστικών ακόμα και εάν μπορεί να επιδίδεται μέσω μη σεξουαλικών μορφών (μη σεξουαλικής επίθεσης ή τραυματισμού). Συγκεκριμένα, τα ατομικά πραγματικά ή υποτιθέμενα σεξουαλικά χαρακτηριστικά ή γνωρίσματα μπορεί να σχετίζονται με σεξουαλική συμπεριφορά ή πρακτικές όπως π.χ. ομόφυλος σεξουαλικός σύντροφος, απώλεια παρθενίας, σεξ εκτός γάμου, σεξουαλική σχέση με κοινωνικά «κατώτερους» ή εχθρικής ομάδας άτομα, «κακή φήμη», ατίμωση οικογενειακού περιβάλλοντος και σεξουαλική ανυπακοή. Αν και η επίδοση της βίας μπορεί να μην περιλαμβάνει βιασμό ή σεξουαλικό τραυματισμό, οι ψυχολογικές επιπτώσεις -τραυματισμοί είναι παρόμοιες με τις σωματικές όπως επίσης και η μειωμένη ικανότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας, συντελούν σε αυξημένη επιβάρυνση του ατόμου για νόσηση. Επιπρόσθετα, η σεξουαλική βία μπορεί να είναι ταυτόχρονα σημάδι και συνέπεια σεξισμού, πέρα από την παραβίαση του θεμελιώδους δικαιώματος του ατόμου στην ζωή και την σωματική του ακεραιότητα. Η έμφυλη βία κατά γυναικών και κοριτσιών μειώνει την ελευθερία της μετακίνησης, της συναναστροφής και της έκφρασης του λόγου. Επίσης, μειώνει την πρόσβασή τους σε εκπαίδευση, εργασία και κοινωνικές δραστηριότητες εκτός οικίας. Η σεξουαλική βία ενισχύει (ή απορρέει από) άλλες μορφές ανισοτήτων, εξυπηρετώντας ενισχυτικά την ιεραρχική επιβολή ισχύος, με βάση την τάξη, φυλή, εθνικότητα ή «κάστα» ή άλλων σημαντικών κοινωνικών διαχωρισμών. Τότε η σεξουαλική βία λειτουργεί ως μια εκτός νόμου μορφή τιμωρίας και ελέγχου, που συχνά σκοπεύει να προκαλέσει την ντροπή και την μείωση της υπόληψης του θύματος (WHO, 2010α).

Επιζήμιες πρακτικές:

Ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων (FGM)

Ο FGM περιλαμβάνει όλες τις διαδικασίες που αφορούν μερική ή ολική αφαίρεση των έξω γυναικείων γεννητικών οργάνων, ή άλλες βλάβες τους για μη-ιατρικούς (θεραπευτικούς) λόγους (WHO, 1997). Η πρακτική είναι πιο κοινά απαντούμενη στις δυτικές, ανατολικές και νότιο-ανατολικές χώρες της Αφρικής (Σχήμα 2), σε μερικές χώρες της Ασίας και Μέ-



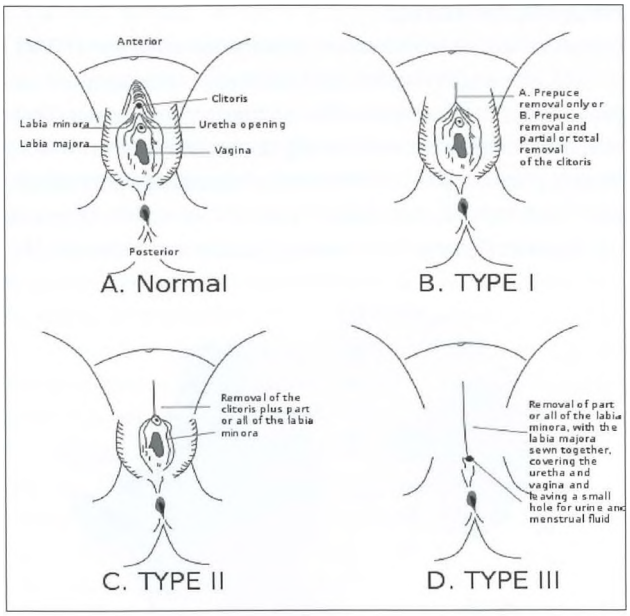
Σχήμα 2

Επιπολασμός FGM/C(Female genital mutilation /Cutting) μεταξύ γυναικών 15-49 ετών στην Αφρική(UNICEF 2005).(Στο σχήμα δεν περιλαμβάνεται ο επιπολασμός στην Σομαλία και το Τζιμπουτί που εκτιμάται σε 97.9% και 93.1% αντίστοιχα (WHO 2008).Στο Σουδάν είναι πιο επικρατείς στις νότιες περιοχές).

σης Ανατολής. Υπολογίζεται ότι προς το παρόν παγκοσμίως έχουν ακρωτηριαστεί περίπου 140 εκατομμύρια κορίτσια και γυναίκες, όπου τα 92 εκατομμύρια αφορούν κορίτσια στην Αφρική ηλικίας έως 10 ετών (WHO, 2008β). Εξάλλου, οι διαδικασίες συνήθως πραγματοποιούνται σε νεαρά κορίτσια τεσσάρων έως δέκα ετών, ενώ σε μερικές χώρες κατά την νεογνική ηλικία και περιστασιακά σε ενήλικες γυναίκες (Toubia N., 1994). Το πρόβλημα αφορά επίσης και έναν αυξανόμενο αριθμό κοριτσιών και γυναικών στην Ευρώπη, Νότια Αμερική, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία ως αποτέλεσμα διεθνούς μετανάστευσης. Ο ακριβής αριθμός γυναικών και κοριτσιών με FGM στην Ευρώπη είναι άγνωστος, ωστόσο υπολογίζονται σε περίπου 500.000 ενώ 180.000 κορίτσια είναι σε κίνδυνο να υποβληθούν στην διαδικασία (END FGM – European Campaign ,2009).

Ο FGM κατηγοριοποιείται σε τέσσερις βασικούς τύπους:

Τύπος Ι: Μερική ή ολική αφαίρεση κλειτορίδας, και σε μερικές σπάνιες περιπτώσεις αφαίρεση μόνο της πτυχής του δέρματος που την περιβάλλει (Κλειτοριδεκτομή). (βλ. Σχήμα 3)



Σχήμα 3

Φυσιολογική ανατομία γυναικείων γεννητικών οργάνων και Τύποι I,II, III FGM. Πηγή : ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ ,2012γ.

Τύπος II: Μερική ή ολική αφαίρεση της κλειτορίδας και των μικρών χειλέων, με ή χωρίς εκτομή των μεγάλων χειλέων (Εκτομή). (βλ. Σχήμα 3)

Τύπος III: Ολική αφαίρεση κλειτορίδας και μικρών χειλέων με διατομή των μεγάλων χειλέων προκειμένου να δημιουργηθεί δερματικό κάλυμμα που κατόπιν συρραφής καλύπτει την είσοδο του κόλπου και το έξω στόμιο της ουρήθρας, αφήνοντας ένα πολύ μικρό οπίσθιο άνοιγμα για την αποβολή των ούρων και της εμμήνου ρύσεως (Ακρωτηριασμός). (βλ. Σχήμα 3)

Τύπος IV: Άλλες επιζήμιες πρακτικές για μη –ιατρικούς σκοπούς, π.χ. διατρήσεις, γεννητικό piercing (εισαγωγή στολιδιών με διάτρηση ιστών), γδαρσίματα, καυτηριασμοί, κλπ.

Από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας, ο ακρωτηριασμός υγιών και φυσιολογικών γυναικείων ιστών θεωρείται πιο επιζήμια πρακτική σε σχέση με την περιτομή στους άνδρες, με άμεσες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Εξαιτίας της πλούσιας νευροαγγείωσης της περιοχής της κλειτορίδας, ακόμα και η αφαίρεση ενός μικρού τμήματος ιστού είναι επικίνδυνη και μπορεί να προκαλέσει σοβαρές και μη αναστρέψιμες συνέπειες (Toubia N., 1994). Κοινές πρώιμες επιπλοκές είναι αιμορραγία (Dirie M.A. & Lindmark G., 1992, Toubia N., 1994) και σοβαρός πόνος που μπορεί να οδηγήσουν σε shock, ενώ θάνατος επέρχεται από έντονη αιμορραγία και λοιμώξεις (σήψη, τέτανος) (Mohamud O.A.,1991, Dirie M.A. & Lindmark G., 1992, Toubia N., 1994). Επίσης, ανάλογα και με τον τύπο του FGM μπορεί να υπάρξουν μολύνσεις τραύματος (από απουσία συνθηκών ασηψίας, χρήση του ιδίου εργαλείου ταυτόχρονα σε πολλά άτομα) (Dirie M.A. & Lindmark G., 1992), καθυστερημένη επούλωση και κατακράτηση ούρων (Toubia N., 1994). Επιπρόσθετα, περιγράφονται ψυχολογικές επιπτώσεις από τον πόνο (Elise R. & Johansen B., 2002), το σοκ και την χρήση σωματικής δύναμης από τους συμμετέχοντες στην διαδικασία, που μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχιατρικές διαταραχές και κυρίως σε Μετατραυματικό Στρες (Behrendt A. & Moritz S., 2005). Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που μπορεί να παρουσιαστούν σε οποιαδήποτε στιγμή στην ζωή, περιλαμβάνουν: χρόνιο πόνο λόγω παγίδευσης ή εκτεθειμένων νευρικών απολήξεων (Okonofua F.E., Larsen U., Oronsaye F., Snow R.C., Slanger T.E., 2002), παλινδρόμηση ούρων και λοιμώξεις ουροποιητικού (ειδικά χρόνιες λοιμώξεις ουροποιητικού μπορεί να οδηγήσουν σε νεφρολιθίαση και νεφρική ανεπάρκεια) (Almroth L., Bedri H.A., Elmusharaf S., Satti A., Idris T., Hashim M.S., 2005α, Knight R., Hotchin A., Bayly C., Grover S., 1999), ανάπτυξη δερμοειδών κύστεων, χηλοειδών ,αποστημάτων, ελκών στην πορεία της ουλής (Dirie M.A., & Lindmark G., 1992, Okonofua F.E. et al., 2002). Επίσης, υπογονιμότητα λόγω πυελικών φλεγμονών (Almroth L., Elmusharaf S., El Hadi N., Obeid A., El Sheikh MAA., Elfadil S.M., 2005β) αλλά και επιπλοκών στον τοκετό, όπου οι κίνδυνοι αυξάνονται στους πιο εκτεταμένους τύπους FGM. Συγκεκριμένα, διαπιστώνεται αυξημένο ποσοστό Καισαρικών Τομών, αιμορραγία της λοχείας, παρατεταμένη νοσοκομειακή νοσηλεία ενώ δευτερογενή επιπλοκή αποτελεί το μαιευτικό συρίγγιο από παράταση του δευτέρου σταδίου τοκετού (WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, 2006) αλλά και ανάγκη για χειρουργικές αποκαταστάσεις της περιοχής προκειμένου να διευκολυνθεί η συνουσία ή ο κολπικός τοκετός και επαναποκατάσταση ιδιαίτερα μετά από τοκετούς (Toubia N., 1994, WHO, 2008β). Όσον αφορά τα νεογνά, ελλοχεύουν περιγεννητικοί κίνδυνοι όπως εμβρυϊκή υποξία, γεννήσεις θνησιγενών ή πρώιμοι νεογνικοί θάνατοι (Vangen S., Stoltenberg C., Elise R., Johansen B., Sundby J., Stray-Pedersen B., 2002).

Οι αιτίες του FGM περιλαμβάνουν ένα μείγμα πολιτιστικών, θρησκευτικών και κοινωνικών παραγόντων μεταξύ των οικογενειών και κοινοτήτων. Έτσι, συχνά θεωρείται απαραίτητο τμήμα της διαδικασίας ανατροφής ενός κοριτσιού και ένας τρόπος προετοιμασίας του για την ενηλικίωση και τον γάμο. Υποκινείται δε από πεποιθήσεις σχετικά με το τι θεωρείται πρέπουσα σεξουαλική συμπεριφορά συνδέοντας τις διαδικασίες με την προγαμιαία παρθενία και την συζυγική πίστη. Σε μερικές χώρες πιστεύεται ότι μειώνει την γυναικεία λίμπιντο και γι'αυτό θεωρείται ότι βοηθά τη γυναίκα να αντισταθεί σε «παράνομες» σεξουαλικές δραστηριότητες. Ειδικότερα, σε γυναίκες με τύπο III FGM, ο φόβος του πόνου από την διάνοιξη καθώς και της πιθανής αποκάλυψής του, αναμένεται ότι επιπρόσθετα αποθαρρύνει παράνομη σεξουαλική δραστηριότητα. Σχετίζεται επίσης, με πολιτιστικά ιδεώδη θηλυπρέπειας και ευπρέπειας, που αφορούν την αντίληψη ότι τα κορίτσια είναι «καθαρά» και

«όμορφα» αφού αφαιρεθούν από το σώμα τους τμήματα που θεωρούνται «ανδρικά» ή «ακάθαρτα» (WHO, 2011γ, 2012β).

Ωστόσο, διεθνώς αναγνωρίζεται ως παραβίαση ανθρώπινων δικαιωμάτων των κοριτσιών και γυναικών. Αντανακλά μια βαθιά ριζωμένη ανισότητα μεταξύ των φύλων και συνιστά μια ακραία μορφή διάκρισης εναντίον των γυναικών. Σχεδόν πάντα διεξάγεται σε μειονότητες και αποτελεί παραβίαση των δικαιωμάτων του παιδιού. Η πρακτική επίσης καταστρατηγεί το δικαίωμα του ατόμου στην υγεία, την ασφάλεια και τη σωματική του ακεραιότητα, το δικαίωμα του να είναι ελεύθερο από βαναυσότητα και βασανισμό, απάνθρωπης και ταπεινωτικής μεταχείρισης και του δικαιώματος στην ζωή όταν η διαδικασία έχει ως συνέπεια τον θάνατο (WHO, 2012β).

Καμία ηθική υπεράσπιση δεν μπορεί να δημιουργηθεί για την διατήρηση μιας πολιτισμικής πρακτικής που βλάπτει την υγεία της γυναίκας και παρεμβαίνει στην σεξουαλικότητά της. Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό να αναγνωριστούν οι αιτίες και το νόημα των πολιτιστικών πρακτικών καθώς και την συσχέτιση τους με τον ρόλο του φύλου στις συγκεκριμένες κοινωνίες. Η πολιτιστική ταυτότητα είναι υπέρτατης σημασίας για όλους. Ο FGM αποτελεί μέρος της κοινωνικοποίησης των κοριτσιών προκειμένου να γίνουν αποδεκτές ενήλικες γυναίκες. Στις φτωχές κοινωνίες όπου οι συγγενείς και η οικογένεια αποτελούν την κυρίαρχη πηγή κοινωνικής και οικονομικής ασφάλειας, οι γυναίκες έχουν ελάχιστες επιλογές εκτός του γάμου. Πιο συγκεκριμένα, η κλειτοριδεκτομή αποτελεί το σωματικό σημάδι της υπανδρεύσιμης γυναίκας, γιατί συμβολίζει τον κοινωνικό έλεγχο της σεξουαλικής της απόλαυσης και της αναπαραγωγής της. Η πολιτιστική ταυτότητα είναι συχνά ισχυρότερη από το ατομικό όφελος και απαιτείται αρκετός χρόνος και πληροφόρηση στους ανθρώπους προκειμένου να εγκαταλείψουν παραδοσιακές συνήθειες (Toubia N., 1994).

Από το 1997, έχουν γίνει μεγάλες προσπάθειες κατά της διεξαγωγής της πρακτικής. Η πρόοδος τόσο σε διεθνές όσο και σε τοπικό επίπεδο μεταξύ άλλων περιλαμβάνει: ευρύτερη διεθνή ανάμειξη για την εγκατάλειψη της πρακτικής (όπως π.χ η Ευρωπαϊκή εκστρατεία END FGM, 2009), ανάπτυξη μηχανισμών παρακολούθησης και παρέμβασης για την καταδίκη της, αναθεώρηση νομικών πλαισίων και ανάπτυξη πολιτικής υποστήριξης για τον τερματισμό της (όπως νόμους κατά της πρακτικής σε 22 Αφρικανικές χώρες, αλλά και σε 12 βιομηχανοποιημένες χώρες με μεταναστευτικό πληθυσμό από χώρες με διεξαγωγή FGM), μείωση της επίπτωσής της στις περισσότερες χώρες καθώς και αυξανόμενο αριθμό ανδρών και γυναικών που υποστηρίζουν τον τερματισμό της σε κοινότητες που διεξάγουν την πρακτική. Εξάλλου, η έρευνα δείχνει ότι η πρακτική θα εξαλειφθεί πιο σύντομα αν οι ίδιες οι κοινότητες που την πραγματοποιούν αποφασίσουν την εγκατάλειψη της. Το 2008 οι προσπάθειες του ΠΟΥ έδωσαν έμφαση στην ανάγκη για συντονισμένες δράσεις σε όλους τους τομείς: υγείας, εκπαίδευσης, οικονομίας, δικαιοσύνης και γυναικείων ζητημάτων. Επικεντρώθηκαν συγκεκριμένα, σε:

Υπεράσπιση: ανάπτυξη εκδόσεων και εργαλείων συνηγορίας για διεθνείς, εθνικές και τοπικές προσπάθειες για τερματισμό του FGM μέσα σε μια γενιά.

Έρευνα: παραγωγή γνώσεων σχετικά με τις περιπτώσεις και τις επιπτώσεις της πρακτικής, πώς να περιοριστεί και πώς να παρέχεται φροντίδα σε γυναίκες με FGM

Καθοδήγηση για τα συστήματα υγείας: ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού και κατευθυντήριων οδηγιών για επαγγελματίες υγείας ώστε να βοηθηθούν στην συμβουλευτική και φροντίδα γυναικών που υπέστησαν την διαδικασία (WHO, 2012β).

Παρόλα αυτά, αναδυόμενη πρόκληση και ανησυχία του ΠΟΥ είναι η «ιατρικοποίηση» (medicalization) του FGM, που αναφέρεται σε καταστάσεις στις οποίες ο FGM πραγματοποιείται από οποιαδήποτε κατηγορία[7] επαγγελματιών υγείας είτε σε δημόσια ή ιδιωτική κλινική ή κατ'οίκον ή οπουδήποτε. Περιλαμβάνει επίσης τη διαδικασία επανακρωτηριασμού σε οποιαδήποτε στιγμή και οποιοδήποτε χρόνο στη ζωή της γυναίκας (WHO,1997, 2008β). Πιθανώς λόγω του γεγονότος ότι ο FGM αντιμετωπίστηκε ως θέμα δημόσιας υγείας, υπήρξε μια αυξανόμενη τάση των ατόμων λόγω επίγνωσης των επιπτώσεών του στην υγεία των γυναικών να προσφεύγουν σε επαγγελματίες υγείας για τη διεξαγωγή της πρακτικής με την ελπίδα ότι θα μειωθεί ο κίνδυνος των επιπλοκών. Μια πρόσφατη ανάλυση διαθέσιμων στοιχείων από χώρες που παρακολουθούν τη διαδικασία, έδειξε ότι πάνω από το 18% όλων των κοριτσιών και γυναικών που υπέστησαν FGM, πραγματοποιήθηκαν από επαγγελματίες υγείας. Υπάρχουν ωστόσο μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των χωρών, από λιγότερο από 1% σε αρκετές και μεταξύ 9% και 74 % σε έξι χώρες, και αυτή η τάση είναι προοδευτικά αυξανόμενη (WHO, 2010γ, 2012β).

Το 2010 δημοσιεύτηκε από τον ΠΟΥ η «Παγκόσμια εκστρατεία για τον τερματισμό της εκτέλεσης ακρωτηριασμού γυναικείων γεννητικών οργάνων από επαγγελματίες υγείας» (Global strategy to stop health care providers from performing female genital mutilation) σε συνεργασία με άλλους οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών και διεθνείς οργανώσεις, με την έντονη προτροπή του να μην διεξάγουν την πρακτική (WHO, 2010γ, 2012β).

7. Κατηγορίες επαγγελματιών υγείας που βρέθηκε να διεξάγουν FGM περιλαμβάνουν ιατρούς και βοηθούς ιατρών, πρακτικούς γιατρούς, νοσηλεύτριες, μαίες, παραδοσιακούς φροντιστές τοκετών αλλά και άλλο προσωπικό που παρέχει υπηρεσίες υγείας ιδιωτικού ή δημόσιου τομέα. Κάποιοι μάλιστα παρότι έχουν συνταξιοδοτηθεί, συνεχίζουν να παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες (WHO, 2010γ).

Επιπτώσεις αναπηρίας και χρόνιων νοσημάτων στην σεξουαλική υγεία

Οι αναπηρίες, παθήσεις ή βλάβες της υγείας με μόνιμη ή προσωρινή διάρκεια που προκαλούν μείωση της ικανότητας του ατόμου να αντιμετωπίσει τις ατομικές και κοινωνικές του ανάγκες, μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλική λειτουργικότητα και να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη σεξουαλική ευεξία του ατόμου. Στο ενδοπροσωπικό επίπεδο, αποδίδεται κυρίως στη σημαντική επίδραση τους στην αυτό-εκτίμηση και αντίληψη της εικόνας σώματος που κατά συνέπεια επιδρά στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Στο κοινωνικό επίπεδο, οι σεξουαλικές ανάγκες ατόμων με αναπηρίες συνήθως αγνοούνται διότι υπάρχει η αντίληψη ότι δεν είναι ή δεν πρέπει να είναι σεξουαλικά ενεργοί (WHO, 2010α).

Επίσης, μερικά χρόνια νοσήματα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην σεξουαλική υγεία των ατόμων. Συγκεκριμένοι καρκίνοι, ιδίως όσοι σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα, σε συνδυασμό και με τις επιπτώσεις από την χημειοθεραπεία–ραδιοθεραπεία μπορούν να επιδράσουν αρκετά σοβαρά στην αίσθηση του ατόμου για τη σεξουαλικότητα του και τη λειτουργία της (Kaplan HS, 1992). Άλλα χρόνια νοσήματα, όπως καρδιοαγγειακές νόσοι, ο σακχαρώδης διαβήτης και η κατάθλιψη, όπως επίσης και φαρμακευτικά σκευάσματα (αντιυπερτασικά, αντικαταθλιπτικά, κ.α) εμπλέκονται με προβλήματα σεξουαλικής υγείας. Η συνήθης αντιυπερτασιακή αγωγή σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό στυτικής δυσλειτουργίας, ενώ το λίθιο (δραστική ουσία αντικαταθλιπτικών) με απουσία σεξουαλικής επιθυμίας (Reffelmann T & Kloner RA, 2006).

Ένα πλαίσιο σεξουαλικής υγείας, θα πρέπει να περιλαμβάνει τη δημιουργία στρατηγικών για αύξηση της κοινωνικής αποδοχής στη σεξουαλική έκφραση των ατόμων με αναπηρίες και χρόνιους νόσους. Επίσης, θα πρέπει να παρέχεται στα άτομα αυτά η δυνατότητα ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε θέματα της σεξουαλικής τους υγείας (WHO, 2010α).

Μια προσπάθεια για την γεφύρωση της έλλειψης παροχής υπηρεσιών σεξουαλικής υγείας σε νέους με ειδικές ανάγκες και αναπηρίες, αποτελεί το πρωτοποριακό πρόγραμμα «IN TOUCH» σε Αγγλία και Σκοτία (IN TOUCH, 2012). Πρόκειται για μια βραβευμένη πρωτοβουλία, που ξεκίνησε το 2007 με σκοπό να βοηθηθούν νεαρά άτομα με αναπηρίες να ξεπεράσουν την κοινωνική προκατάληψη και έλλειψη κατανόησης για τις σεξουαλικές τους ανάγκες, να ενθαρρυνθούν για συζήτηση και συμμετοχή σε υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά, να προβάλλουν τις ανάγκες τους για ισότιμη πρόσβαση στις παραδοσιακές υπηρεσίες υγείας, την παροχή πληροφόρησης, συμβουλευτικής και καθοδήγησης σχετικά με τη σεξουαλική υγεία και τις σχέσεις. Το πρόγραμμα λειτουργεί μέσω μιας προσιτής, διαδραστικής ιστοσελίδας (με διαφημιστικό ντοκιμαντέρ, απευθείας διαδικτυακή έρευνα και παιχνίδια πολυμέσων, φιλμ, εκπαιδευτικό υλικό) αλλά και σε ομάδες εργασίας, σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους για εκπαίδευση από ειδικούς σεξουαλικής αγωγής ενώ παρέχονται και δημιουργικά εργαστήρια (ποίηση/ δημιουργική γραφή/ φωτογραφία/ γλυπτική/ κινηματογράφηση, κλπ). Τα αποτελέσματα του In Touch δεν αφορούν μόνο την δυνατότητα να ακουστούν απόψεις νέων ατόμων με αναπηρίες, αλλά να υποστηριχτούν στο να πάρουν αποφάσεις για τις σχέσεις τους και την σεξουαλική τους ευεξία στο μέλλον βασισμένες σε πληροφόρηση, ενόσω επιπρόσθετα η διάχυση του προγράμματος θα αυξάνει την ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και αμφισβήτηση αρνητικών στερεότυπων για τα άτομα με αναπηρίες συμβάλλοντας στη βελτίωση της επίδοσης υπηρεσιών υγείας (Leonard Cheshire Disability, 2012).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επίτευξη της υγείας αποτελεί προτεραιότητα σε όλες τις κοινωνίες.

Ειδικότερα, η προαγωγή και διατήρηση της σεξουαλικής υγείας στοχεύει στην επίτευξη της υγείας αλλά και στην ατομική και κοινωνική ευημερία (Pan American Health Organization-PAHO & WHO,2000). Η σεξουαλική υγεία περιλαμβάνει την αναπαραγωγική υγεία και εξακολουθεί να ισχύει καθόλη τη διάρκεια της ζωής, πέρα από τις ιατρικές καταστάσεις. Τα προβλήματα ή αρνητικές συνέπειες σεξουαλικής υγείας είναι αποτελέσματα καταστάσεων είτε σε ατομικό, διαπροσωπικό ή κοινωνικό επίπεδο, που απαιτούν συγκεκριμένες δράσεις για τον προσδιορισμό των αιτιών τους, την πρόληψη και αντιμετώπιση τους (WHO, 2012α). Ως εκ τούτου, η ένταξη της σεξουαλικής υγείας σε δράσεις Δημόσιας Υγείας σε διεθνές, εθνικό ή τοπικό επίπεδο θα πρέπει να περιλαμβάνει πέρα από τη σεξουαλικότητα και διαστάσεις της σεξουαλικής υγείας που αφορούν τη συναισθηματική πρόσδεση /ανάπτυξη αγάπης, τη συντροφικότητα, την εξέλιξη του ρόλου του κοινωνικού φύλου, τον σεβασμό και την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων που σχετίζονται με την σεξουαλικότητα (PAHO & WHO,2000, WHO, 2010α). Με την εμφάνιση του ιού HIV και του AIDS και την αυξανόμενη συχνότητα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων όπως επίσης και το αναδυόμενο ενδιαφέρον της δημόσιας υγείας σχετικά με την έμφυλη βία και τη σεξουαλική δυσλειτουργία, θέματα σχετιζόμενα με τη σεξουαλικότητα και τις συνέπειες της για την υγεία και την ευεξία έχουν γίνει περισσότερο σημαντικά ώστε να επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα θεματολογίας σχεδιασμού για την υγεία και δραστηριοτήτων που πρέπει να ενεργοποιηθούν.

Παγκοσμίως υπάρχει μια αυξανόμενη συναίνεση ότι η σεξουαλική υγεία δεν μπορεί να επιτευχθεί και να διατηρηθεί παρά μόνο μέσω καθοριστικών παραγόντων επιρροής σε πολλαπλά επίπεδα, που περιλαμβάνουν θέσπιση νόμων και πολιτικών, υπεράσπιση και συνηγορία ανθρώπινων δικαιωμάτων, ανάπτυξη και βελτίωση στα συστήματα εκπαίδευσης, υγείας και οικονομίας, κοινωνικοπολιτιστικές αξίες και πρακτικές. Ωστόσο ο τομέας της δημόσιας υγείας

εξακολουθεί να έχει σημαντικό ρόλο στην εκτίμηση, παροχή συμβουλευτικής και φροντίδας της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, με ενδιαφέροντα που αφορούν τη σωματική ακεραιτότητα και τη σεξουαλική ασφάλεια, τον ερωτισμό, το κοινωνικό φύλο, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τη συναισθηματική πρόσδεση και την αναπαραγωγή (CDC,2010, WHO, 2010α).

Βιβλιογραφία:

Alonzo AA., Reynolds NR.: *Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. Social Science & Medicine 1995; 41: 303-315. doi.: 10.1016/0277-9536(94)00384-6.*

American College of Obstetrics and Gynecologists & CDC.:*Intimate Partner Violence During Pregnancy. A Guide for Clinicians 2000.*

Retrieved from: www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/intimatepartnerviole

Almroth L., Bedri HA., Elmusharaf S., Satti A., Idris T., Hashim MS.: *Urogenital complications among girls with genital mutilation: A hospital based study in Khartoum. African Journal of Reproductive Health 2005α, 9:127–133.*

Almroth L., Elmusharaf S., El Hadi N., Obeid A., El Sheikh MAA., Elfadil SM.:*Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case–control study. Lancet 2005β; 366 (9483):385–391 doi:10.1016/S0140-6736(05)67023-7 .*

Basson R.: *Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions.*

CMAJ 2005; 172 (10):1327-33. doi: *10.1503/cmaj.1020174.*

Behrendt A., Moritz S.: *Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. American Journal of Psychiatry 2005;162:1000–1002.*

Berne L., Huberman B.: *European Approaches to Adolescent Sexual Behavior & Responsibility. Advocates for Youth 1999.Washington, DC. Retrievedfrom:http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/european.pdf*

Black M.C. et al.: *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010. Summary Report 2011.Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from: http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/NISVS_Executive_Summary-a.pdf*

British HIV Assosiation (BHIVA): *The case for including sexual & reproductive health and HIV as a central part of the Public Health. White Paper 2010.*

Retrieved from: *www.bhiva.org/PublicHealthWhitePaper.aspx*

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Ten Great Public Health Achievements-United States, 1900-1999. MMWR 1999; 48(12):241-243.*

Retrieved from: *http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056796.htm*

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Ten Great Public Health Achievements-United States, 2001—2010. MMWR 2011; 60(19):619-623. Retrieved from: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6019a5.htm*

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *A Public Health Approach for Advancing Sexual Health in the United States: Rationale and Options for Implementation, Meeting Report of an External Consultation. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention 2010.*

Retrieved from: *http://www.cdc.gov/sexualhealth/docs/SexualHealthReport-2011-508.pdf*

Cook RJ., Dickens BM., Bliss LE.: *International Developments in Abortion Law from 1988 to 1998. American Journal of Public Health 1999; 89(4):579-586.*

Dailard C.: *Good Policy, Good Politics .The Guttmacher Report on Public Policy May 2005; 8(2).*

Retrieved from:*http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/08/2/gr080201.html*

Dirie M.A., Lindmark G.: *The risk of medical complications after female circumcision. East African Medical Journal 1992; 69:479–482.*

Dunkle K.L., Jewkes R.K., Brown H.C. et al.: *Gender-Based Violence, Relationship Power and Risk of Prevalent HIV Infection among Women Attending Antenatal Clinics in Soweto, South Africa. Lancet 2004; 363: 1415–142*

Elise R, Johansen B.: *Pain as a Counterpoint to Culture: Toward an Analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway. Medical Anthropology Quarterly 2002; 16(3): 312–340. DOI:10.1525/maq.2002.16.3.312.*

Ending Female Genital Mutilation (END FGM). *A Strategy for the European Union Institutions - Executive summary.2009.*

Retrievedfrom:*http://www.endfgm.eu/content/assets/END_FGM_Final_Strategy.pdf*

Grimes D.A.: *Unsafe abortion: the silent scourge. British Medical Bulletin 2003; 67: 99–113. DOI: 10.1093/bmb/ldg002.*

Grosskurth H., Gray R., Hayes R., Mabey D., Wawer M.: *Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. The Lancet 2000; 355: 1981–87.*

Retrieved from:*http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2800%2902336-9/fulltext#article_upsell*

Fauculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH).: *Sexual & Reproductive Health &HIV- Crusial Issues for Health Joint Strategic Needs Assessments & Local Health &Wellbeing strategies 2012*

Retrieved from: *www.fsrh.org/pdfs/SRHHIVpaper.pdf*

Helton A.S., Mcfarlane J., and Anderson E.T.: *Battered and Pregnant: A Prevalence Study. American Journal of Public Health 1987; 77(10):1337-39.*

Hord C., David H.P., Donnay F., Wolf M.: *Reproductive health in Romania: reversing the Ceausescu legacy. Stud Fam Plann.1991; Jul-Aug; 22(4):231-40.*

Independent Inquiry into Inequalities in Health Report - The Acheson Report

1998. London: *The Stationery Office.*

Jasinski J.L.: *Pregnancy and Domestic Violence. A Review of the Literature. Trauma, Violence & Abuse 2004; 5(1):47-64*

DOI: *10.1177/1524838003259322*

Jewkes R., Dunkle K., Koss M.P. et al.: *Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and risk factors. Soc Sci Med 2006; 63: 2949-61.*

Jewkes R., Sikweyiya Y., Morrell R., Dunkle K.: *Understanding men's health and use of violence: interface of rape and HIV in South Africa. Technical Report. Pretoria: Medical Research Council 2008.*

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): *Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action. Reducing risk and vulnerability: definitions, rationale and pathways. 1998.*

Retrieved from: *http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc171-expglobresp_en.pdf*

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO): *AIDS epidemic update .2009.*

Retrieved from: *http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf*

Kaplan H. S.: *A neglected issue: The sexual side effects of current treatments for breast cancer. Journal of Sex & Marital Therapy 1992; 18(1): 3-19.*

DOI: *10.1080/00926239208404354*

Knight R., Hotchin A., Bayly C., Grover S.: *Female genital mutilation—experience of The Royal Women's Hospital, Melbourne. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 1999, 39(1):50-54. DOI:10.1111/j.1479-828X.1999.tb03444.x*

Klein H., Chao B.S.: *Sexual abuse during childhood and adolescence as predictors of HIV-related sexual risk during adulthood among female sexual partners of injection drug users. Violence Against Women 1995 Mar; 1(1):55-76.*

Krug E.G. et al., eds.: *World report on violence and health. World Health Organization 2002. Geneva.*

Retrieved from: *http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf*

Lauman E.O., Paik A., Rosen R.C.: *Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA 1999; 281: 537-44.*

Leonard Cheshire Disability .IN TOUCH Project Report, 2007-2010 .*Retrieved from: http://www.lcdisability.org/?lid=16643.*

Lewis R.W. et al.: *Definitions/ Epidimiology/ Risk Factors for Sexual Dysfunction. J Sex Med 2010; 7:1598-1607.*

Mann J., Tarantola D., Netter T. W: *AIDS in the world 1992: a global report. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1992: 577–602.*

Mezey G.: *Domestic Violence and Pregnancy. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1997; 104:528-53.*

Mohamud O.A. : *Female circumcision and child mortality in urban Somalia.*

Genus 1991; 47:203–223.

Okonofua F.E., Larsen U., Oronsaye F., Snow R.C., Slanger T.E .*The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002, 109(10):1089–1096.*

DOI:*10.1111/j.1471-0528.2002.01550.x*

PAHO &WHO: *Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action. 2000.*

Retrieved from: *http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf*

Prins J., Blanker M.H., Bohnen A.M., Thomas S., Bosch J.L. *Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. Int J Impot Res 2002; 14(6):422-32. doi:10.1038/sj.ijir.3900905.*

Putnam F.W.: *Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. J. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2003; 42(3):269-278.*

DOI: *10.1097/01.CHI.0000037029.04952.72*

Reffelmann T., & Kloner R.A.: *Sexual function in hypertensive patients receiving treatment. Vascular Health and Risk Management 2006; 2(4) :447-455.*

Robinson B.E., Bockting W.O., Roser B.R.S., Miner M., Coleman E.: *The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention. Health Education and Research, Theory & Practice 2002; 17(1)43-57. Retrieved from: http://her.oxfordjournals.org/content/17/1/43.full.pdf*

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ): *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008*

– 2012. ΥΥΚΑ 2008, Αθήνα.
Retrieved from:*www.yyka.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-yg*

Sedgh G., Singh S., Shah I.H., Ehman E., Henshaw S.K., Bankole A.: *Induced abortion: incidence and trend worldwide from 1995 to 2008.*
The Lancet 2012; 379(9816):625 – 632. doi:*10.1016/S0140-6736(11)61786-8.*

Shaw C., Aggleton P.: *Preventing HIV/AIDS and Promoting Sexual Health*
Among Especially Vulnerable Young People. *2002. Safe Passages to Adulthood.*
Retrieved from : *http://www.safepassages.soton.ac.uk/pdfs/vulnerableyp.pdf*

Singh S.: *Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. Lancet 2006, 369(9550):1887-1892. doi:10.1016/S0140-6736(06)69778-X*

Shah I. & Åhman E.: Unsafe abortion in 2008: *global and regional levels and trends Reproductive Health Matters 2010; 18(36): 90-101*

Tarantola D.: *Risk and vulnerability reduction in the HIV / AIDS pandemic. Curr Issues Public Health 1995; 1(4):176-9.*

Toubia N.: *Female circumcision as a public health issue. The New England Journal of Medicine 1994; 331(11):712-716.*

UNICEF: *Female Genital Mutilation/Cutting. A Statistical Exploration 2005.*
The United Nations Children's Fund. 2005.
Retrieved from:*http://www.unicef.org/publications/files/FGM-C_final_10_October.pdf*

United Nations.: *The Millennium Development Goals Report 2010. New York, 2010 Retrieved from: www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG Report 2010 En r15 -low r –*

United Nations Population Fund [UNFPA]. *Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Healthcare .Alan Guttmacher Institute 2003.*
Retrieved from: *http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/addingitup.pdf*

UNFPA. Reproductive Health: *A Measure of Equity. State of world population .2005.*
Retrieved from: *http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch4/index.htm*

Vangen S., Stoltenberg C., Elise R,, Johansen B,, Sundby J,, Stray-Pedersen B.: *Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavicav 2002; 81 (4):317–322. DOI:10.1034/j.1600-0412.2002.810407.x*

Vitetta L., Anton B., Cortizo F., Sali A.: *Mind-body medicine: stress and its impact on overall health and longevity. Ann N Y Acad Sci. 2005; 1057:492-505. DOI:10.1111/j.1749-6632.2005.tb06153.x*

Wilkinson R. and Pickett K., The Spirit Level. *Why equality is better for everyone. Penguin Books Ltd, London, 2010:85-87.*

Wood K., and Aggleton P.: *Promoting Young People's Sexual and Reproductive Health. Stigma, Discrimination and Human Rights. 2004. Safe Passages to Adulthood*
Retrieved from: *http://www.safepassages.soton.ac.uk/pdfs/Stigma.pdf*

WHO/ MSM: The prevention and management of unsafe abortion .Report of a Technical Working Group, Geneva 12-15 April 1992.Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Division of Family Health. World Health Organization, 1993. Geneva.
Retrieved from: *http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf*

WHO : Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. World Health Organization, 1997. Geneva. Retrieved from: http://www.childinfo.org/files/fgmc_WHOUNICEFJointdeclaration1997.pdf

WHO. *Estimates of DALYs by sex, cause and WHO mortality sub-region, estimates for 2001. 2002*
Retrieved from: *http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english*

WHO: Sexual violence (Chapter 6).World report on violence and health. World Health Organization 2002α. Retrieved from:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap6_eng.pdf

WHO : World report on violence and health: *summary. Geneva, World Health Organization, 2002β. Retrieved from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf*

WHO: WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. World Health Organization. 2005, Geneva. Retrieved from: *http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf*

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. : *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. The Lancet 2006; 367(9525):1835 – 1841. doi:10.1016/S0140-6736(06)68805-3*

WHO :. The global burden of disease, 2004 update. World Health
Organization 2008α. Geneva. Retrieved from: http://