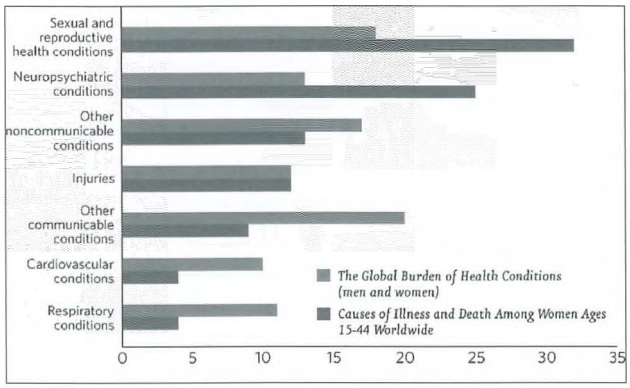

Sexual and reproductive health conditions
Neuropsychiatric conditions
Other noncommunicable conditions
Injuries
Other communicable conditions
Cardiovascular conditions
Respiratory conditions
The Global Burden of Health Conditions (men and women)
Causes of Illness and Death Among Women Ages 15-44 Worldwide
0
5
10
15
20
25
30
35

Σχήμα 1

& 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 διαχείρισή 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 κίνδυνο3 και την ευαλωτότητα4 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

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 . ορισμός αφορά και τα δυο φύλα και γενικό[illegible] διαχωρίζει την οργανική από την ψυχογενή δυσλειτουργ[illegible]is RW et a 201).

ο ενδιαφέρον για τη σεξ[illegible]υκότητα είναι παγκόσμιο αλλά έχει πολιτ[illegible] λειτουργία σχετίζετ[illegible] προσδοκίες σε κά[illegible] το τι εωρείτα[illegible] τις τοπικές [illegible] λογίζετε[illegible] στις [illegible]

κία, 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 προ[illegible]λήματα δε[illegible] αντιμετωπι[illegible]ούν δυ[illegible]ία λόγω [illegible] της σεξουαλικής δυσ[illegible]ργίας α[illegible] πο[illegible] μπορεί να βλάψει ή [illegible] τη[illegible] να σχηματίσει ή να κ[illegible] ση (obinson E.[illegible]

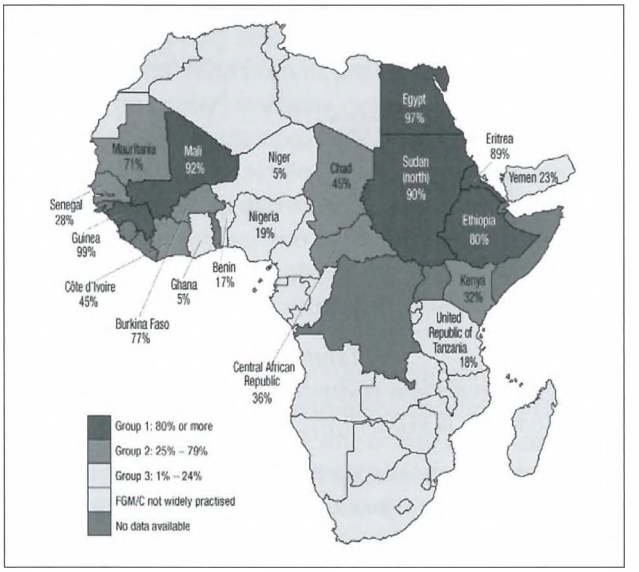
περιλαμβάνει την υψηλής ποιότητας εκπαίδευση των νέων για τις υγιείς σεξουαλικές σχέσεις και την συντροφικότητα και την ψυχολογική προστασία παιδιών που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά για να μειωθεί ο κίνδυνος εμπλοκής τους με τη βία στην ενήλικο ζωή. Ένα πλαίσιο σεξουαλικής υγείας περιλαμβάνει την εκπαίδευση 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 Μέσης 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).

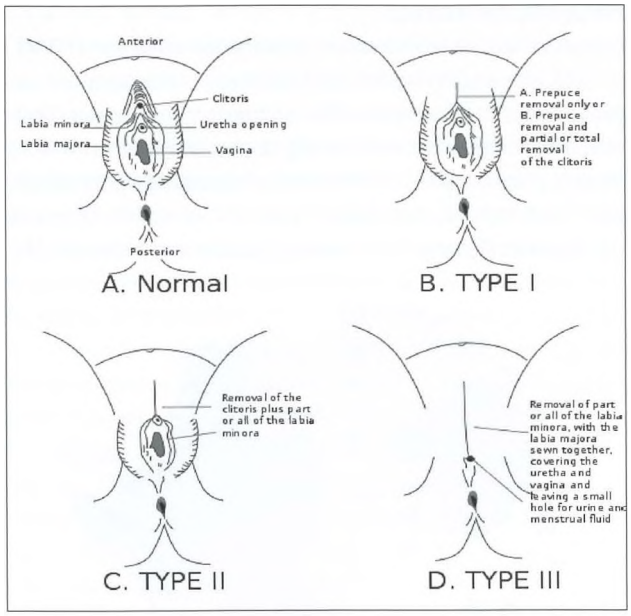


Σχήμα 2

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).

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 ακεραιότητα 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://

www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

WHO: Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement

OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. World Health Organization 2008β. Geneva. Retrieved from:

http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf

WHO: Milestones in Health Promotion.Statements from Global Conferences.

World Health Organization, 2009, Geneva.

Retrieved from: http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf

WHO: Developing sexual health programmes A framework for action,2010α. *Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf*

WHO/London School of Hygiene and Tropical Medicine.: *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010β.*

Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf

World Health Organization: Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation UNAIDS, UNDP,UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, WCPT, WMA, MWIA. Geneva, World Health Organization, 2010γ.

Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_eng.pdf

WHO: Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections. Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis: Methods and results used by WHO to generate 2005 estimates. 2011α. Retrieved from: *http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502450_eng.pdf*

WHO: Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. World Health Organization, 2011β. Sixth edition. Retrieved from: *http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf*

WHO.: An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM) Progress report. 2011γ. Retrieved from: *http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf*

WHO.: Social science methods for research on sexual and reproductive health. 2012α. Collumbien M., Busza J., Cleland J., and Campbell O. World Health Organization. VI.UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Retrieved from: *http://www.who.int/reproductivehealth/publications/social_science/9789241503112/en/index.html*

WHO. Female genital mutilation. Fact sheet N°241 February 2012β.

Retrieved from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/

Whitehead M., & Dahlgren G.: *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health.* WHO Regional Office for Europe. 2006. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. *University of Liverpool. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf*

Δικτυογραφία:

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ,2012α:*http://www.en.wikipedia.org/wiki/Patient_Protection_and_Affordable_Care_Act*

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ,2012β:*http:// www. el.wikipedia.org/wiki/Νικολάε_Τσαουσέσκου*

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ,2012γ : *http://en.wikipedia.org/wiki/File:FGC_Types.jpg*

IN TOUCH, 2012 : *http://www.lcdisability.org/intouch*