



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΠΜΣ
ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ &
ΔΟΙΗΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παρεμβάσεις στην Αντισύλληψη και η Αποτελεσματικότητά τους

της

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ

ΚΟΖΑΝΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2024

Δήλωση Πνευματικών Δικαιωμάτων

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα Διπλωματική Εργασία με τίτλο

“Παρεμβάσεις στην Αντισύλληψη και η Αποτελεσματικότητά τους ”

καθώς και τα ηλεκτρονικά αρχεία και πηγαίοι κώδικες που αναπτύχθηκαν ή τροποποιήθηκαν στα πλαίσια αυτής της εργασίας και αναφέρονται ρητώς μέσα στο κείμενο που συνοδεύουν, και η οποία έχει εκπονηθεί στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψηφιακή Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» των Τμημάτων Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών και Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, υπό την επίβλεψη του/της κ.

Δημήτριου Παπουτσή

αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο, αρχεία ή / και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Copyright (C) Γραμματικού Χριστίνα , Παπουτσή Δημήτριος , 2024 , Κοζάνη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η παρούσα ανασκόπηση διεξήχθη με σκοπό να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στην χρήση αντισύλληψης και την αλλαγή συμπεριφοράς σχετικά με την σεξουαλική και την αναπαραγωγική υγεία.

Μέθοδοι Αναζήτησης: Η βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας στη βάση δεδομένων PubMed. Εφαρμόστηκαν περιορισμοί στην ημερομηνία (2019 – 2024) και στον τύπο των μελετών (Clinical Study και Clinical trial). Δεν εφαρμόστηκαν περιορισμοί γλώσσας. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε από την αρχή και η ημερομηνία της τελευταίας αναζήτησης ήταν 17 Ιουλίου 2024. Η βιβλιογραφική αναζήτηση βασίστηκε στους ακόλουθους όρους: "Interventions" και "Contraceptive Education".

Κριτήρια Επιλογής: Τα κριτήρια επιλογής για τη συμπερίληψη των μελετών αφορούσαν στην ελάττωση των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών και στην χρήση αντισύλληψης ή/ και τη βελτίωσή της, μέσω παρεμβάσεων. Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Δοκιμές (Randomized Controlled Trials). Ο πληθυσμός – στόχος των παρεμβάσεων ήταν οι έφηβοι και οι νέοι ενήλικες έως 22 ετών.

Συλλογή Δεδομένων: Οι τίτλοι και οι περιλήψεις όλων των ηλεκτρονικών άρθρων αξιολογήθηκαν ως προς την καταλληλότητά τους βάσει των κριτηρίων από δύο συγγραφείς. Τα δεδομένα που εξήχθησαν από καθεμία από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν σχετίζονταν με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, την διεξαγωγή των μελετών, τις παρεμβάσεις και τα αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Συνολικά, συμπεριελήφθησαν 8 τυχαιοποιημένες δοκιμές (RCTs) με 17.151 συμμετέχοντες. Οι αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις ήταν των Wondimagege et al. σε σχολεία της Αιθιοπίας έπειτα από 6μηνη διαπαιδαγώγηση (95% χρήση προφυλακτικού στην ομάδα παρέμβασης) και των Philiber et al. στις ΗΠΑ με ένα 3ωρο εργαστήριο στοχευμένο στους νέους LGBTQ+ (85% χρήση προφυλακτικού στην ομάδα παρέμβασης).

Συμπεράσματα: Η ανασκόπηση έδειξε ότι το σχολικό και κλινικό πλαίσιο, όπως και η χρήση της τεχνολογίας, μπορούν να αποδώσουν αποτελεσματικά στην αλλαγή στάσεων σχετικά με την αντισύλληψη και την σεξουαλική συμπεριφορά. Η αλληλεπίδραση με τους συνομήλικους, τους γονείς και την κοινότητα επηρεάζει σημαντικά τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές του ατόμου γύρω από την αναπαραγωγική υγεία. Προσαρμοσμένα προγράμματα σε LGBTQ+ νέους συνδράμουν θετικά στην βελτίωση της σεξουαλικής υγείας. Τέλος, εφαρμογές, όπως το mHealth, παρουσιάζουν θετική έκβαση στην εξατομικευμένη και εξ αποστάσεως σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Λέξεις – κλειδιά: σεξουαλική υγεία, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αντισύλληψη, έφηβοι παρεμβάσεις.

ABSTRACT

Objective: This review was conducted with the aim of understanding the effectiveness of interventions in contraceptive use and behavior change regarding sexual and reproductive health.

Search Methods: The literature search was conducted using the PubMed database. Restrictions were applied on date (2019–2024) and study type (Clinical Study and Clinical Trial). No language restrictions were applied. The search was conducted from the beginning, and the date of the last search was July 17, 2024. The literature search was based on the following terms: "Interventions" and "Contraceptive Education."

Selection Criteria: The inclusion criteria focused on reducing risky sexual behaviors and improving contraceptive use via interventions. Randomized Controlled Trials (RCTs) were included in the study. The target population for the interventions was adolescents and young adults up to 22 years of age.

Data Collection: The titles and abstracts of all electronic articles were evaluated for eligibility based on the criteria by two authors. Data extracted from each study were participant characteristics, study conduct, interventions, and outcomes.

Main Results: A total of 8 randomized controlled trials (RCTs) were included, with 17,151 participants. The most effective interventions were those by Wondimagegene et al. in schools in Ethiopia after 6 months of education (95% condom use in the intervention group) and by Philiber et al. in the USA with a 3-hour workshop targeted at LGBTQ+ youth (85% condom use in the intervention group).

Conclusions: The review demonstrated that school and clinical settings, as well as the use of technology, can effectively change attitudes toward contraception and sexual behavior. Interaction with peers, parents, and the community significantly influences individuals' perceptions and behaviors regarding reproductive health. Tailored programs for LGBTQ+ youth positively contribute to improving sexual health. Finally, applications such as mHealth show positive outcomes in personalized and remote sexual education.

Keywords: sexual health, sexual education, contraception, adolescents, interventions.

Περιεχόμενα

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
<i>Εισαγωγή</i>	8
<i>Σεξουαλική Συμπεριφορά & Εφηβεία</i>	8
<i>Διαδίκτυο & Σεξουαλικοί Σύντροφοι</i>	12
<i>Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις</i>	13
<i>Ομάδες σε Κίνδυνο</i>	18
<i>Εγκυμοσύνη & Εφηβεία</i>	21
<i>Τεχνητή Διακοπή Κήσης</i>	23
<i>Μέθοδοι Αντισύλληψης & η Αποτελεσματικότητά τους</i>	24
<i>Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση</i>	26
<i>mHealth – Η εξ’ αποστάσεως Ιατρική</i>	30
<i>Χρήση Τηλε-ιατρικής στην Αντισύλληψη</i>	31
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	33
<i>Μέθοδος</i>	33
<i>Αποτελέσματα</i>	34
<i>Σύγκριση Ερευνών Βάσει Χρήσης Αντισυλληπτικών Μεθόδων</i>	50
<i>Σύγκριση Αποτελεσμάτων Βάσει Πλαισίου</i>	53
<i>Συζήτηση</i>	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	57

Πίνακας Εικόνων

Εικόνα 1 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις & ο τρόπος μετάδοσής τους. _____	15
Εικόνα 2 Αριθμός διαγνώσεων Γονόρροιας ανά ηλικιακή ομάδα, 2014 – 2023. _____	17
Εικόνα 3 Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι & η αποτελεσματικότητά τους. _____	25

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Θεματικές Ενότητες Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης _____	29
Πίνακας 2. Διάγραμμα Ροής Prisma _____	34
Πίνακας 3 Τα χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση _____	35
Πίνακας 4 Οι παρεμβάσεις των μελετών της ανασκόπησης _____	50
Πίνακας 5 Τα αποτελέσματα των μελετών κατά ποσοστό χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων στην ομάδα παρέμβασης _____	51

Θεωρητικό Μέρος

Εισαγωγή

Η σεξουαλική υγεία είναι θεμελιώδους σημασίας για τη συνολική υγεία και ευημερία των ατόμων, των ζευγαριών και των οικογενειών, καθώς και για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των κοινοτήτων και των χωρών. Η σεξουαλική υγεία απαιτεί μια θετική και σεβαστή προσέγγιση της σεξουαλικότητας και των σεξουαλικών σχέσεων, καθώς και τη δυνατότητα να έχουμε ευχάριστες και ασφαλείς σεξουαλικές εμπειρίες, χωρίς εξαναγκασμό, διακρίσεις και βία.

Η ικανότητα των ανδρών και των γυναικών να επιτύχουν σεξουαλική υγεία και ευεξία εξαρτάται από την πρόσβαση σε ολοκληρωμένες και έγκυρες πληροφορίες σχετικά, γνώση των κινδύνων που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν και της ευπάθειας τους στις δυσμενείς συνέπειες της σεξουαλικής δραστηριότητας χωρίς προφυλάξεις, στην ικανότητα πρόσβασης στη σεξουαλική υγειονομική περίθαλψη και την επαφή με ένα περιβάλλον που επιβεβαιώνει και προάγει τη σεξουαλική υγεία.

Τα θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική υγεία είναι ευρέως φάσματος και περιλαμβάνουν τον σεξουαλικό προσανατολισμό και την ταυτότητα φύλου, τη σεξουαλική έκφραση, τις σχέσεις και την ευχαρίστηση. Περιλαμβάνουν επίσης αρνητικές συνέπειες ή συνθήκες όπως λοιμώξεις από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (ΣΜΝ) και τις λοιμώξεις του αναπαραγωγικού συστήματος (RTIs) και τις δυσμενείς εκβάσεις τους (όπως ο καρκίνος και η στειρότητα), μη προγραμματισμένη κύηση και τεχνητή διακοπή της, σεξουαλική δυσλειτουργία, σεξουαλική βία και επιβλαβείς πρακτικές (όπως ακρωτηριασμός των γυναικείων γεννητικών οργάνων) (WHO, 2024c).

Στην παρούσα εργασία αναλύεται στο α' μέρος η έννοια της σεξουαλικής υγείας και οι επικίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές που την επηρεάζουν, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση με σκοπό την εύστοχη προσέγγιση των εφήβων και των νέων, η αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών μεθόδων, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και οι κηύσεις στην εφηβεία. Στο β' μέρος εξετάζεται και αναλύεται ανασκοπικά και συγκριτικά η αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων σχετικά με την αντισύλληψη, σύμφωνα με τα ευρήματα των επιλεχθέντων μελετών.

Σεξουαλική Συμπεριφορά & Εφηβεία

Η σεξουαλική συμπεριφορά του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες έχει αλλάξει δραματικά κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα. Η αλλαγή αυτή χαρακτηρίζεται κυρίως από την έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας σε νεαρή ηλικία και την αύξηση του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων (Yang et al., 2023). Η σεξουαλική δραστηριότητα από μόνη της δεν αποτελεί επικίνδυνη συμπεριφορά, αλλά αναγνωρίζεται ευρέως ως απειλή για την ευημερία όταν εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία και χωρίς κατάλληλες γνώσεις και ικανότητες (Borraccino et al., 2020).

Η εφηβεία είναι ένα σημαντικό στάδιο ζωής κατά το οποίο η σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και βιολογική ανάπτυξη επηρεάζει τόσο τη φυσιολογία όσο και τη συμπεριφορική μετάβαση στην ενήλικη ζωή. Αυτή η περίοδος θα πρέπει να θεωρείται μια στιγμή μεγάλης ευπάθειας, καθώς, εκτός από τις φυσιολογικές αλλαγές, οι έφηβοι βιώνουν αντικρουόμενα συναισθήματα, προσωπικές συγκρούσεις και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Όλοι αυτοί οι παράγοντες, σε συνδυασμό με την έκθεσή τους σε ένα ολοένα και πιο απαιτητικό περιβάλλον, αυξάνουν τις πιθανότητες των νέων να αντιμετωπίσουν κινδύνους για την υγεία (Borraccino et al., 2020).

Κατά τη διάρκεια αυτής της μεταβατικής περιόδου που πολλοί έφηβοι βιώνουν, για πρώτη φορά, αγάπη, ρομαντικές σχέσεις και σωματική οικειότητα και σεξουαλική επαφή, καθιστώντας την κρίσιμη περίοδο για την κατανόηση των ρομαντικών / σεξουαλικών σχέσεων. Η σεξουαλικότητα είναι μια φυσιολογική και αναμενόμενη πτυχή της ανάπτυξης των εφήβων και η σεξουαλική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου δεν συνδέεται με φτωχότερη ψυχολογική λειτουργία (WHO, 2024d).

Η εφηβική σεξουαλικότητα είναι μια μεταβατική αναπτυξιακή διαδικασία που επηρεάζεται από τη βιολογική σεξουαλική ωρίμανση, τους γονείς και τους συνομηλίκους και τις περιβαλλοντικές ευκαιρίες για σεξουαλικό ντεμπούτο. Η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, όπως η πρώιμη

σεξουαλική έναρξη, το σεξ χωρίς προφυλάξεις και το σεξ με πολλούς συντρόφους, είναι ένα σχετικά συχνό φαινόμενο μεταξύ των εφήβων (Yang et al., 2023).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη σεξουαλική υγεία ως κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα. Δεν είναι απλώς η απουσία ασθένειας, δυσλειτουργίας ή αναπηρίας. Η σεξουαλική υγεία απαιτεί μια θετική και σεβαστή προσέγγιση της σεξουαλικότητας και των σεξουαλικών σχέσεων, καθώς και τη δυνατότητα ευχάριστων και ασφαλών σεξουαλικών εμπειριών, χωρίς εξαναγκασμό, διακρίσεις και βία. Για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί η σεξουαλική υγεία, τα σεξουαλικά δικαιώματα όλων των ατόμων πρέπει να γίνονται σεβαστά, να προστατεύονται και να εκπληρώνονται (WHO, 2024d).

Το άτομο, σε αυτή την περίοδο της ζωής του, μπορεί να εκτεθεί σε αυξημένο κίνδυνο τόσο ψυχικής όσο και σωματικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόωρης συμμετοχής σε σεξουαλικές δραστηριότητες, των ανεπιθύμητων κυήσεων, της βίαιης συμπεριφοράς από άλλους, και της κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών. Οι περιστάσεις (χρόνος, αντισύλληψη, παρουσία εξαναγκασμού κ.λπ.) που περιβάλλουν το σεξουαλικό ντεμπούτο των εφήβων έχουν ισχυρή επίδραση στην ψυχολογική και κοινωνική τους ζωή και στην αναπαραγωγική υγεία ενός ατόμου. Σύμφωνα με τους Křepelka et al. η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά συχνά παρουσιάζεται ως συνδυασμός πρώιμου σεξουαλικού ντεμπούτου, μεγάλου αριθμού σεξουαλικών συντρόφων και κατάχρησης ουσιών (Křepelka et al., 2020). Οι εφηβικές εγκυμοσύνες μπορούν να οδηγήσουν σε δυσμενείς συνέπειες, όπως η εγκατάλειψη του σχολείου, ο στιγματισμός και η διακινδύνευση των μελλοντικών ευκαιριών εκπαίδευσης και απασχόλησης των νέων. Οι συναισθηματικές συνέπειες περιλαμβάνουν την αλλοιωμένη αυτοεκτίμηση, την αυτοκτονική συμπεριφορά, τη κατάθλιψη και τη αδυναμία δημιουργίας υγιών σχέσεων (Yang et al., 2023). Ο κίνδυνος των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αυξάνεται επίσης αισθητά (Křepelka et al., 2020).

Το πρώιμο σεξουαλικό ντεμπούτο ορίζεται γενικά σύμφωνα με την κατανομή της ηλικίας κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή εντός της κοινότητας. Ως εκ τούτου, ο ορισμός του μετατοπίζεται με την πάροδο του χρόνου και μεταξύ των χωρών σύμφωνα με τα πολιτιστικά πρότυπα της κοινότητας. Το πρώιμο σεξουαλικό ντεμπούτο μπορεί επίσης να οριστεί σύμφωνα με τη σωματική ή / και συναισθηματική ανωριμότητα, ως προϋπόθεση που αυξάνει τον κίνδυνο σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, ακούσιας εγκυμοσύνης και άμβλωσης και επηρεάζει την κοινωνική και ψυχολογική σφαίρα. Με βάση και τους δύο αυτούς ορισμούς, το πρώιμο σεξουαλικό ντεμπούτο στις ΗΠΑ αναγνωρίστηκε ως πρώτη σεξουαλική επαφή πριν από την ηλικία των 16 ετών. Ο ίδιος ορισμός έχει επίσης χρησιμοποιηθεί στις ευρωπαϊκές έρευνες (Borraccino et al., 2020).

Η πρώιμη εφηβεία μπορεί να οδηγήσει σε πρώιμο πρώτο σεξ, επειδή οι ορμονικές αλλαγές κάνουν τα άτομα να ενδιαφέρονται για σεξουαλική δραστηριότητα σε νεαρότερη ηλικία. Σε ορισμένους τοπικούς πολιτισμούς, η ίδια η εμμηναρχή θεωρείται ως δείκτης της γυναικείας φύσης, μετά την οποία τα κορίτσια αναμένεται να συνάψουν σχέσεις ή γάμο. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η μέση ηλικία της εμμηναρχής μειώνεται, ενώ, ταυτόχρονα, η μέση ηλικία του σεξουαλικού ντεμπούτου αυξάνεται. Παρ' όλα αυτά, μερικά κορίτσια εξακολουθούν να ξεκινούν το σεξ σε πολύ νεαρή ηλικία, ακόμη και πριν από την εφηβεία, και το καταναγκαστικό ή αναγκαστικό σεξ μεταξύ νεαρών κοριτσιών στην υποσαχάρια Αφρική είναι κοινό.

Στην μελέτη των Whitworth et al. σε έφηβα κορίτσια στην Τανζανία υπήρξαν ενδείξεις για αυξημένες πιθανότητες σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου σε κορίτσια που είχαν αναγκαστεί να κάνουν σεξ, ενώ η γενικότερη επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά παρατηρήθηκε σε κορίτσια κάτω των 16 ετών. Μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών κοριτσιών, η νεότερη ηλικία «συναινετικού» σεξ που αναφέρθηκε ήταν μόλις 7 ετών (αν και η ικανότητα ενός 7χρονου να συναινέσει στο σεξ είναι εξαιρετικά αμφισβητήσιμη) και οι επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές ήταν συχνές. Το καταναγκαστικό σεξ ήταν πιο συχνό σε κορίτσια με πρώτη σεξουαλική επαφή στα <16 σε σύγκριση με ≥16 ετών και συσχετίστηκε με σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου.

Η παρατηρούμενη συσχέτιση μεταξύ του πρώιμου πρώτου σεξ και της σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου στη συγκεκριμένη μελέτη μπορεί να αντικατοπτρίζει την έλλειψη ωριμότητας, με τα κορίτσια που ξεκίνησαν το σεξ σε νεαρότερη ηλικία να έχουν λιγότερη επίγνωση των πιθανών συνεπειών, να είναι λιγότερο ικανά να πάρουν λογικές αποφάσεις ή λιγότερο ικανά να

διαπραγματευτούν με τους σεξουαλικούς τους συντρόφους (ιδιαίτερα με μεγαλύτερους συντρόφους) (Whitworth et al., 2023).

Παρόλα αυτά, η σχέση μεταξύ της πρόωρης έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας και των κινδύνων σεξουαλικής συμπεριφοράς κατά την εφηβεία παραμένει ασαφής. Η τάση μείωσης της ηλικίας σεξουαλικών επαφών, φαίνεται να έχει σημαντικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις και συνδέεται με σημαντικούς κινδύνους για την υγεία, όπως η βία, η αναγκαστική σεξουαλική επαφή ή η κατάχρηση ουσιών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας επηρεάζεται σημαντικά από προσωπικούς, οικογενειακούς, συντροφικούς, σχολικούς, κοινοτικούς και πολιτιστικούς καθώς και θρησκευτικούς παράγοντες (Křepelka et al., 2020).

Σε γενικό πλαίσιο, οι επικίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές και συμπεριφορές μπορούν να αναφερθούν ως εξής :

- Σεξουαλικό ντεμπούτο πριν από την ηλικία των 15 ετών
- Απουσία Αντισύλληψης
- Οποιοδήποτε είδος σεξουαλικής πρακτικής (στοματική, κολπική ή πρωκτική) με περισσότερους από 1 συντρόφους χωρίς προφυλακτικό τους τελευταίους 6 μήνες
- Συναλλακτικό σεξ (σεξ χωρίς προφυλάξεις με αντάλλαγμα χρήματα/αγαθά)
- Αριθμός Σεξουαλικών Συντρόφων
- Σεξ υπό την επήρεια αλκοόλ / ψυχαγωγικών ναρκωτικών
- Διάγνωση/θεραπεία για ΣΜΝ
- Οποιοδήποτε είδος σεξουαλικής πρακτικής (στοματική, κολπική ή πρωκτική) με σύντροφο που έχει συμπτώματα ΣΜΝ ή που έχει διαγνωστεί ή υποβληθεί σε θεραπεία για ΣΜΝ τους τελευταίους 6 μήνες
- Μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη (Kitonsa et al., 2023; Petersson et al., 2022; WHO, 2022b)

Η χρήση αλκοόλ πριν από το σεξ μπορεί να οδηγήσει σε κακή κρίση σχετικά με την επιλογή σεξουαλικού συντρόφου (π.χ. περιστασιακός σύντροφος), αυξημένο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων, σεξ χωρίς προφυλακτικό και λύπη για το σεξ. Η συνδυασμένη χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ αναφέρεται ότι αποσκοπεί τη διευκόλυνση της σεξουαλικής επαφής και την ενίσχυση των αισθήσεων (Veličko et al., 2022).

Πολλοί ερευνητές έχουν τεκμηριώσει υψηλό επιπολασμό επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς σε συνδυασμό με κατάχρηση ουσιών, καθώς η κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών μπορεί να βλάψει τη λήψη αποφάσεων, να αυξήσει τη διάθεση και να μειώσει τις αναστολές. Όσον αφορά την ενημέρωση των εφήβων σχετικά με αυτή την πρακτική, τα σχολικά εκπαιδευτικά προγράμματα είναι πιο αποτελεσματικά κατά την περίοδο κατά την οποία οι περισσότεροι μαθητές βιώνουν αρχική έκθεση σε ψυχοδραστικές ουσίες (UNICEF, 2023).

Η έκθεση στη βία αυξάνει τον κίνδυνο δυσμενούς σωματικής, ψυχολογικής και σεξουαλικής αναπαραγωγικής υγείας. Το 2020, οι νέοι στη Σουηδία, ηλικίας 20-24 ετών, δήλωσαν τον υψηλότερο επιπολασμό αυτοαναφερόμενης έκθεσης σε διάφορα είδη βίας (37,8 %) και σεξουαλικής βίας (19,2 %). Η μελέτη των Petersson et al. στην Σουηδία έδειξε μια συσχέτιση μεταξύ του σεξ χωρίς προφυλάξεις και όλων των τύπων βίας. Επτά στους δέκα μεταξύ εκείνων που εκτίθενται σε βία δήλωσαν ότι έχουν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις (Petersson et al., 2022).

Για τους άνδρες θύματα σεξουαλικής βίας, υπάρχουν σημαντικό στίγμα στην αναφορά της επίθεσης, συμπεριλαμβανομένης της εσφαλμένης αντίληψης ότι οι άνδρες σε μη ιδρυματοποιημένα περιβάλλοντα σπάνια κακοποιούνται σεξουαλικά, ότι τα αρσενικά θύματα είναι υπεύθυνα για τις επιθέσεις τους, ότι τα αρσενικά θύματα σεξουαλικής επίθεσης βιώνουν λιγότερο τραύμα και ότι η εκσπερμάτιση είναι ένας δείκτης μιας θετικής εμπειρίας. Ως αποτέλεσμα αυτών των εσφαλμένων πεποιθήσεων, υπάρχει ελλιπής αναφορά των σεξουαλικών επιθέσεων από άνδρες θύματα, έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών και λιγότερη νομική αποκατάσταση.

Οι παιδίατροι ενθαρρύνονται να ρωτούν τους έφηβους άνδρες ασθενείς σχετικά με την έκθεση σε σεξουαλική επίθεση (και άλλους τύπους θυματοποίησης). Όπως και κατά τη διερεύνηση της χρήσης

αλκοόλ ή ουσιών, είναι σημαντικό να συζητηθεί τυχόν σεξουαλική βία. Συνιστάται οι έφηβοι που αποκαλύπτουν μια προηγούμενη επίθεση να ερωτηθούν για τη δυναμική των σχέσεών τους (π.χ. εκμεταλλευτική, ελεγκτική, μη συναινετική) (Grubb et al., 2020).

Γενικότερα, η ανάληψη κινδύνων, συμπεριλαμβανομένου του μη ασφαλούς σεξ, μπορεί να αντιπροσωπεύει μια έμμεση έκφραση θυμού ή μια προσπάθεια άσκησης κάποιου ελέγχου στη ζωή κάποιου. Για τα άτομα της ΛΟΑΤΚΙ κοινότητας που δεν διαθέτουν επαρκή συστήματα υποστήριξης, το αίσθημα ότι είναι διαφορετικοί και δεν ταιριάζουν, σε συνδυασμό με την έκθεση σε υψηλότερα ποσοστά βίας, εκφοβισμού και παρενόχλησης, μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως θυμό, κατάθλιψη, θλίψη, άγχος ή ανησυχία (UNICEF, 2023).

Η κοινωνική υποστήριξη, τόσο η επίσημη όσο και η ανεπίσημη, έχει αποδειχθεί ότι έχει θετική σχέση με την ψυχοσωματική υγεία των εφήβων. Η υποστήριξη αυτή εξασφαλίζει μεγαλύτερη αίσθηση σταθερότητας και ασφάλειας και λειτουργεί ως προστατευτικό μέσο έναντι στρεσογόνων γεγονότων και επικίνδυνων συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με τη σεξουαλική υγεία, όπως το πρώιμο σεξουαλικό ντεμπούτο. Για παράδειγμα, οι καλές σχέσεις με την οικογένεια και τους δασκάλους έχουν αναφερθεί ότι οδηγούν σε καλύτερη ψυχική υγεία, καλύτερη υποκειμενική ευημερία και μειωμένη χρήση ουσιών, ενώ οι σχέσεις με τους συνομηλίκους έχουν συσχετιστεί τόσο θετικά όσο και αρνητικά με τα ίδια προβλήματα υγείας.

Σύμφωνα με τους Borraccino et al., η υψηλή οικογενειακή υποστήριξη μειώνει την πιθανότητα πρόωρης σεξουαλικής επαφής και στα δύο φύλα και οδηγεί σε υψηλότερη χρήση προφυλακτικών ή αντισυλληπτικών χαπιών, ιδιαίτερα στα κορίτσια. Αυτό το αποτέλεσμα επιβεβαιώθηκε και από άλλες μελέτες που υπογράμμισαν πώς οι έφηβοι που αντιλαμβάνονταν ότι είχαν μια υποστηρικτική οικογένεια και μια ισχυρή σχέση με τους γονείς τους ήταν πιο πιθανό να καθυστερήσουν τη σεξουαλική δραστηριότητα. Οι γονείς μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνικοποίηση και τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας σχετικά με το σεξ. Αυτό βοηθά τους εφήβους να έχουν μεγαλύτερη αίσθηση σταθερότητας και ασφάλειας, η οποία είναι απαραίτητη για να ευνοηθούν οι κατάλληλες πρακτικές σεξουαλικής υγείας και να διευκολυνθεί η ανάπτυξή τους σε σεξουαλικά υγιείς ενήλικες (Borraccino et al., 2020).

Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση των Kim & Miller το 2020 σχετικά με το στυλ προσκόλλησης των ενηλίκων και τις επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές πρότεινε ότι τα ανασφαλή στυλ προσκόλλησης, ιδιαίτερα η αγχώδης προσκόλληση, σχετίζονται με επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές. Η μετα-ανάλυση περιελάμβανε εμπειρικές μελέτες που εξέτασαν την προσκόλληση στους γονείς, αλλά και μελέτες που εξέτασαν τη ρομαντική προσκόλληση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το η αγχώδης προσκόλληση συνδέεται με την ύπαρξη πολλαπλών συντρόφων και τη συμμετοχή σε σεξ χωρίς προφυλακτικό, ενώ η αποφευκτική προσκόλληση συνδέεται με την ύπαρξη μόνο πολλών συντρόφων. Αυτή η μετα-ανάλυση πρότεινε επίσης ότι η συσχέτιση μεταξύ προσκόλλησης και επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων και η συσχέτιση μεταξύ του άγχους προσκόλλησης και της ύπαρξης πολλαπλών συντρόφων να γίνεται ισχυρότερη καθώς η ηλικία των συμμετεχόντων αυξανόταν.

Η ποιότητα της σχέσης γονικής προσκόλλησης συσχετίστηκε με την παγκόσμια βαθμολογία για το επικίνδυνο σεξ, γεγονός που υποδηλώνει ότι η υψηλής ποιότητας γονική προσκόλληση μπορεί να είναι προστατευτική για τους εφήβους σε σχέση με αυτό το αποτέλεσμα. Φαίνεται να είναι ένας σημαντικός μεσολαβητής της συσχέτισης μεταξύ της εξωτερίκευσης των προβλημάτων συμπεριφοράς και της υιοθέτησης επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών, ειδικά για εφήβους κάτω των 18 ετών. Οι έφηβοι που εμπλέκονται σε παραβατικές και επιθετικές συμπεριφορές μπορεί να έχουν δυσκολία στην ανάπτυξη ή τη διατήρηση ενός στενού και υγιούς δεσμού με τους γονείς τους. Με τη σειρά τους, οι διαταραγμένες σχέσεις προσκόλλησης γονέα-εφήβου θα θέσουν τους εφήβους σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμπλακούν σε επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (Kim & Miller, 2020; Therriault et al., 2024).

Η άποψη των εφήβων για τη σεξουαλική ετοιμότητα επηρεάζεται και από έμφυλες συμπεριφορές που διαμορφώνονται από το συνομήλικο και κοινωνικό πλαίσιο. Σε αντίθεση με την υποστήριξη της οικογένειας και των δασκάλων, στη έρευνα των Borraccino et al. η υποστήριξη από συνομηλίκους ευνόησε μια πρώιμη σεξουαλική μύηση μεταξύ των αγοριών, κάτι που μπορεί να σχετίζεται με την

κοινωνική πίεση που ασκούν οι συνομήλικοι. Έχει βρεθεί ότι η πρόωμη σεξουαλική επαφή δεν είναι μια απρογραμμάτιστη εμπειρία για πολλούς εφήβους και οι αποφάσεις σχετικά με την πρώτη σεξουαλική επαφή σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με το κοινωνικό περιβάλλον, με τους συνομηλικούς να διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην οικοδόμηση μιας κανονιστικής συμπεριφοράς. Πράγματι, οι έφηβοι τείνουν να τροποποιούν τη συμπεριφορά τους όταν αισθάνονται ότι οι συνομήλικοί τους ξεκινούν μια νέα συμπεριφορά. Επιπλέον, η μελέτη έδειξε μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ της υποστήριξης των συνομηλικών και των συμμαθητών στην προώθηση της χρήσης προφυλακτικού, αποδεικνύοντας ότι η επικοινωνία σχετικά με την αντισύλληψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων μεταξύ των εφήβων (Borraccino et al., 2020).

Επιπρόσθετα, στην έρευνα των Borraccino et al., η υψηλή υποστήριξη των εκπαιδευτικών μείωσε τις πιθανότητες πρόωρης σεξουαλικής επαφής και στα δύο φύλα. Επιπλέον, η σχέση μεταξύ σχολείου (φιλοδοξίες και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις) και σεξουαλικού ντεμπούτου έδειξε ότι οι έφηβοι με υψηλές σχολικές φιλοδοξίες και εκείνοι που εκτιμούν την εκπαίδευση ήταν λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν σε πρόωμες σεξουαλικές συμπεριφορές. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο σχολείο έχει αναφερθεί ότι αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα κατά της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Ως εκ τούτου, οι πεποιθήσεις και οι επιλογές των εφήβων φαίνεται να καθορίζονται από τους ενήλικες (Borraccino et al., 2020).

Η κοινότητα και το περιβάλλον στο οποίο γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν και εργάζονται τα άτομα επηρεάζουν δυνητικά τη συμπεριφορά τους. Οι έφηβοι περνούν λιγότερο χρόνο στο σπίτι, οι σχέσεις με τους συνομηλικούς έχουν επιρροή πάνω τους και υπάρχει λιγότερη παρακολούθηση από τους γονείς. Οι κοινωνικές διαδικασίες και μηχανισμοί εντός της κοινότητας υποστηρίζουν εν μέρει τον επιπολασμό της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων.

Η υψηλότερη διαταραχή της γειτονιάς, η αυξημένη κοινοτική βία και το αρνητικό περιβάλλον γειτονιάς συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών μεταξύ εφήβων και νεαρών ενηλίκων. Οι νεαρές γυναίκες σε μη ασφαλή περιβάλλοντα μπορεί να προσπαθήσουν να κερδίσουν την προστασία ενός άνδρα μέσω της σεξουαλικής δραστηριότητας. Περίπου το 20% των Αφροαμερικανών εφήβων γυναικών που απάντησαν ανέφεραν τη βία της γειτονιάς ως λόγο για τον οποίο συμμετείχαν σε σεξουαλική δραστηριότητα.

Επειδή οι μορφές κοινωνικής οργάνωσης μπορούν να διευκολύνουν τις αλληλεπιδράσεις των κατοίκων μέσα στην κοινότητα και τις γειτονιές, η συνοχή και η σταθερότητα της κοινότητας μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων. Αυτός μπορεί να είναι ο μηχανισμός μέσω του οποίου η συλλογική αποτελεσματικότητα και ο έλεγχος μπορούν να μειώσουν την πρόωρη σεξουαλική έναρξη (Yang et al., 2023).

Διαδίκτυο & Σεξουαλικοί Σύντροφοι

Οι έφηβοι χρησιμοποιούν μια ποικιλία μέσων για να κοινωνικοποιηθούν, να μάθουν και να συμμετάσχουν σε σεξουαλική δραστηριότητα. Οι χρήσεις των μέσων περιλαμβάνουν τηλεόραση, βιντεοπαιχνίδια, μέσα κοινωνικής δικτύωσης, γραπτά μηνύματα, εφαρμογές smart phone, ιστότοπους και διαδικτυακή πορνογραφία (Grubb et al., 2020).

Οι πληροφορίες και οι εικόνες που σχετίζονται με τη σεξουαλική δραστηριότητα είναι ευρέως διαθέσιμες στο διαδίκτυο και μπορεί να είναι η πρώτη έκθεση στη σεξουαλικότητα ή τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για πολλά παιδιά και νέους. Το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχουν τεράστιες δυνατότητες να αυξήσουν την πρόσβαση σε θετικές, ακριβείς και μη επικριτικές πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλικότητα και τις σχέσεις. Ωστόσο, αυτές οι τεχνολογίες μπορούν επίσης να παρέχουν πρόσβαση σε ανακριβείς και ακατάλληλες πληροφορίες και μπορούν να ενισχύσουν τα επιβλαβή πρότυπα φύλου αυξάνοντας την πρόσβαση σε συχνά βίαιη πορνογραφία.

Σύμφωνα με έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2014), 1 στις 10 γυναίκες ηλικίας άνω των 15 ετών έχει υποστεί παρενόχληση στο διαδίκτυο (συμπεριλαμβανομένης της λήψης ανεπιθύμητων, προσβλητικών ή και σεξουαλικά άσεμνων μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή SMS ή και προσβλητικών και ακατάλληλων προτάσεων σε ιστότοπους κοινωνικής δικτύωσης). Η εμπειρία παρενόχλησης στον κυβερνοχώρο

μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικές διαταραχές. Μελέτες δείχνουν ότι τα υψηλότερα επίπεδα διαδικτυακού εκφοβισμού και θυματοποίησης σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής επίδρασης, με τα θύματα να αναφέρουν συναισθήματα θλίψης, απελπισίας και αδυναμίας.

Sexting – η ιδιωτική ανταλλαγή αυτοπαραγόμενων σεξουαλικών εικόνων μέσω κινητού τηλεφώνου ή διαδικτύου έχει συζητηθεί ευρέως σε δημόσιες και ακαδημαϊκές συζητήσεις ως μια νέα συμπεριφορά υψηλού κινδύνου μεταξύ των νέων. Οι νέοι χρειάζονται υποστήριξη για να εξετάσουν κριτικά τα σεξουαλικά μηνύματα που λαμβάνουν και χρειάζονται επίσης πρόσβαση σε νέους τύπους ψηφιακών περιβαλλόντων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που είναι ρεαλιστικά, συναισθηματικά συντονισμένα και μη επικριτικά. Είναι σημαντικό να παρέχεται καλύτερη ισορροπία μεταξύ της ευπάθειας του εφήβου και της σεξουαλικής αυτενέργειας για ασφαλέστερη πλοήγηση στο διαδίκτυο (WHO, 2024c).

Επιπρόσθετα, ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων αποτελεί σημαντικό επιδημιολογικό παράγοντα μετάδοσης και επιμονής των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων στους πληθυσμούς. Διευκολύνοντας τις σεξουαλικές επαφές, οι διαδικτυακοί χώροι εύρεσης συντρόφων παρέχουν ευκαιρίες για αύξηση του ποσοστού απόκτησης συντρόφων και ενδεχομένως επιτρέπουν σε άτομα από διαφορετικά κοινωνικά και σεξουαλικά δίκτυα, με διαφορετική συμπεριφορά κινδύνου και επιπολασμό ΣΜΝ, να συναντηθούν με τρόπους που διαφορετικά δεν θα συνέβαιναν.

Στην έρευνα των Cabecinha et al. αναφέρεται πως το ποσοστό των συμμετεχόντων με υψηλότερους αριθμούς συντρόφων, σεξ χωρίς προφυλακτικό και ταυτόχρονες σεξουαλικές σχέσεις με περισσότερα άτομα, χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για να βρουν σεξουαλικούς συντρόφους. Η χρήση του διαδικτύου για την εύρεση σεξουαλικών συντρόφων συσχετίστηκε με μια σειρά κακών αποτελεσμάτων σεξουαλικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διαγνώσεων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων. Επίσης, η αναφορά υψηλότερου αριθμού συντρόφων και νεότερης ηλικίας είναι και οι δύο ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες του κινδύνου σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, όπως και η αναφορά συντρόφου του ίδιου φύλου για τους άνδρες. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ενημερωμένοι για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την επικινδυνότητά τους. Ιδιαίτερα ισχυρή συσχέτιση υπήρξε, επίσης, μεταξύ της ομόφυλης σχέσης και της εύρεσης συντρόφων στο διαδίκτυο, τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες. Για τους άνδρες, υπήρξε επίσης θετική συσχέτιση με την αναφορά πληρωμής για σεξ και την εύρεση συντρόφων στο διαδίκτυο (Cabecinha et al., 2017).

Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις προκαλούνται από βακτήρια, ιούς και παράσιτα μέσω της σεξουαλικής επαφής. Αυτοί οι οργανισμοί μπορούν να βρεθούν στα κολπικά υγρά και στο σπέρμα, στο δέρμα των γεννητικών οργάνων και στις περιοχές γύρω τους, καθώς και στο στόμα, το λαιμό και το ορθό. Τα περισσότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα δεν προκαλούν συμπτώματα ή προκαλούν συμπτώματα που μπορούν εύκολα να περάσουν απαρατήρητα, ιδιαίτερα στις γυναίκες. Όταν εμφανίζονται συμπτώματα, μπορεί να είναι μη ειδικά. Άλλα μπορεί να προκαλέσουν πόνο και σωματική και ψυχολογική δυσφορία. Εάν δεν αντιμετωπιστούν, ορισμένες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις μπορούν να προκαλέσουν φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, χρόνιο πυελικό πόνο, στειρότητα και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες, ενώ στειρότητα και καρκίνο στην ορθοπρωκτική περιοχή και στον προστάτη στους άνδρες. Ορισμένα ΣΜΝ μπορούν επίσης να αυξήσουν σημαντικά την πιθανότητα μόλυνσης με τον ιό HIV (WHO, 2022a).

Οκτώ παθογόνα συνδέονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ΣΜΛ. Από αυτά, τέσσερα είναι επί του παρόντος ιάσιμα: η σύφιλη, η γονόρροια, τα χλαμύδια και η τριχομονάδα. Οι άλλες 4 είναι ιογενείς λοιμώξεις: ηπατίτιδα Β, ιός απλού έρπητα (HSV), HIV και ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Επιπλέον, αναδυόμενες εστίες νέων λοιμώξεων μπορούν να αποκτηθούν με σεξουαλική επαφή όπως *mpox*, *Shigella sonnei*, *Neisseria meningitidis*, Ebola και Zika.

Περισσότερα από 1 εκατομμύριο ιάσιμα ΣΜΝ αποκτώνται καθημερινά, σε άτομα ηλικίας 15-49 ετών, η πλειοψηφία των οποίων είναι ασυμπτωματικά. Το 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτίμησε 374 εκατομμύρια νέες λοιμώξεις με : χλαμύδια (129 εκατομμύρια), γονόρροια (82

εκατομμύρια), σύφιλη (7,1 εκατομμύρια) και τριχομονάση (156 εκατομμύρια) (WHO, 2024e). Οι νέοι ηλικίας 15 – 24, αντιπροσωπεύουν το 50% των νέων λοιμώξεων με ΣΜΝ, ενώ αντιπροσωπεύουν μόνο το 25% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού (Skaletz-Rorowski et al., 2021).

Οι έφηβοι εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο να αποκτήσουν ΣΜΝ και να μην λάβουν την κατάλληλη φροντίδα λόγω ανεπαρκούς ελέγχου, ανησυχιών εμπιστευτικότητας, έλλειψης πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη και πολλαπλών σεξουαλικών συντρόφων. Οι περισσότερες περιπτώσεις συνεχίζουν να μην διαγιγνώσκονται και να μην αντιμετωπίζονται, θέτοντας τα άτομα σε κίνδυνο για σοβαρές και συχνά μη αναστρέψιμες συνέπειες για την υγεία. Σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC), οι νέοι αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία των νέων περιπτώσεων γονόρροιας, χλαμυδίων, HPV και έρπητα των γεννητικών οργάνων και σχεδόν το ένα τέταρτο των νέων περιπτώσεων HIV και σύφιλης ετησίως (Grubb et al., 2020).

STI	Type	Curable	Sexual spread	Nonsexual spread
Chancroid	Bacterial	Yes	Vaginal, anal, and oral sex	None
Chlamydia	Bacterial	Yes	Vaginal and anal sex, or rarely, from genitals to mouth	From mother to child during delivery
Gonorrhea	Bacterial	Yes	Vaginal and anal sex, or contact between mouth and genitals	From mother to child during delivery, or through breast milk Contaminated blood transfusion
Hepatitis B	Viral	No	Vaginal and anal sex, or from penis to mouth	From mother to child during delivery, or through breast milk Contaminated blood transfusion

Herpes	Viral	No	Genital or oral contact with an ulcer, including during vaginal and anal sex; also genital contact in area without ulcer	From mother to child during pregnancy or delivery
HIV	Viral	No	Vaginal and anal sex, or very rarely, oral sex	From mother to child during delivery, or through breast milk Injection drug use with nonsterile needles Contaminated blood transfusion
Human papilloma-virus (HPV)	Viral	No	Vaginal, anal, and oral sex	From mother to child during delivery
Human T-lympho-tropic virus	Viral	No	Vaginal and anal sex	From mother to child during pregnancy or delivery, or through breast milk Contaminated blood transfusion
Syphilis	Bacterial	Yes	Genital or oral contact with an ulcer, including during vaginal and anal sex	From mother to child during pregnancy or delivery Contaminated blood transfusion
Tricho-moniasis	Parasitic	Yes	Vaginal, anal, and oral sex	From mother to child during delivery

Εικόνα 1 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις & ο τρόπος μετάδοσής τους. (WHO, 2022a)

Μεταξύ των βακτηριακών σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, η λοίμωξη από *Chlamydia trachomatis* (χλαμύδια) έχει το υψηλότερο φορτίο παγκοσμίως, με τη δυνατότητα να προκαλέσει σοβαρές διαταραχές αναπαραγωγικής υγείας, όπως φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, έκτοπη κύηση και υπογονιμότητα. Τόσο στην Γερμανία (Skaletz-Rorowski et al., 2021) όσο και στην Σουηδία (Petersson et al., 2022), η λοίμωξη από χλαμύδια είναι ευρέως διαδεδομένη, με υψηλότερη επίπτωση να αναφέρεται στην ηλικιακή ομάδα 20-24 ετών.

Καθώς η λοίμωξη από χλαμύδια είναι συχνά ασυμπτωματική, τα μέτρα ελέγχου αποσκοπούν στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης και του επιπολασμού των χλαμυδίων, καθώς και των πιθανών επιπλοκών, μέσω του ελέγχου, της θεραπείας και της ειδοποίησης του συντρόφου. Οι συστάσεις για τον ετήσιο έλεγχο των χλαμυδίων στην Ευρώπη στοχεύουν τα σεξουαλικά ενεργά άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών και εκείνα που είχαν νέο σεξουαλικό σύντροφο ή περισσότερους από έναν συντρόφους κατά το προηγούμενο έτος. Στις ΗΠΑ, παρόμοιες συστάσεις στοχεύουν τις γυναίκες και επεκτείνονται σε νέους άνδρες με υψηλό επιπολασμό χλαμυδίων. Ο επαναληπτικός έλεγχος μετά την αρχική μόλυνση έχει βρεθεί ότι είναι ευεργετικός, καθώς οι επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις από χλαμύδια είναι συχνές, με συστάσεις για επανέλεγχο των θετικών στα χλαμύδια ατόμων που κυμαίνονται μεταξύ 3 και 12 μηνών σε διαφορετικές χώρες (Veličko et al., 2022).

Ο HPV είναι το πιο κοινό ΣΜΝ στις Ηνωμένες Πολιτείες, με σχεδόν κάθε άτομο να αποκτά λοίμωξη από HPV κάποια στιγμή στη ζωή του. Η πιο συχνή κλινική εκδήλωση του HPV είναι τα κονδυλώματα και οι πιο διαδεδομένοι τύποι υψηλού κινδύνου είναι οι HPV-16 και HPV-18. Οι

επίμονες λοιμώξεις με τύπους HPV υψηλού κινδύνου μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του κόλπου και του αιδοίου σε γυναίκες, καρκίνους του πέους σε άνδρες και στοματοφαρυγγικούς και πρωκτικούς καρκίνους τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Περίπου 9.100 άνδρες στις ΗΠΑ κάθε χρόνο λαμβάνουν διάγνωση καρκίνου του στοματοφάρυγγα που προκαλείται από λοίμωξη από HPV. Κατά τη διάρκεια του 2013 έως το 2014, ο επιπολασμός του HPV του στόματος και των γεννητικών οργάνων μεταξύ των ενηλίκων ηλικίας 18 έως 59 ετών ήταν σημαντικά υψηλότερος για τους άνδρες από τις γυναίκες. Δεν υπάρχουν επί του παρόντος διαθέσιμα δεδομένα για αγόρια ηλικίας κάτω των 18 ετών (Grubb et al., 2020).

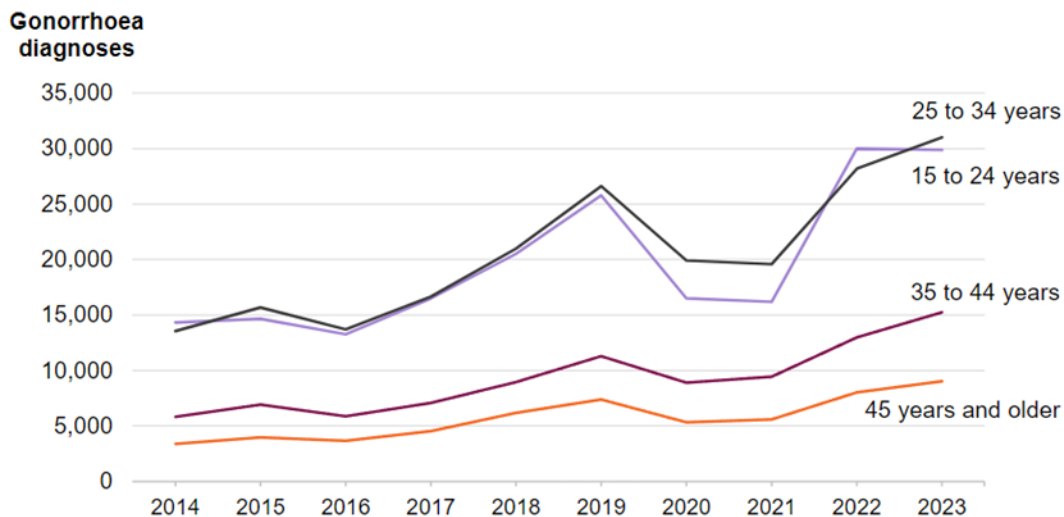
Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο διάμεσος επιπολασμός του HIV στον ενήλικο πληθυσμό (ηλικίες 15-49) το 2022 ήταν 0,7%. Ωστόσο, ο διάμεσος επιπολασμός ήταν υψηλότερος μεταξύ των πληθυσμών:

- εργαζόμενοι στο σεξ
- ομοφυλόφιλοι άνδρες και άλλοι άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες
- άτομα που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών
- διεμφυλικά άτομα
- άτομα στις φυλακές.

Το 2022 1,3 εκατομμύρια άνθρωποι μολύνθηκαν με τον ιό HIV, ενώ το 77% των ενηλίκων ηλικίας 15 ετών και άνω είχαν πρόσβαση σε θεραπεία. Ωστόσο, συνολικά 9,2 εκατομμύρια άνθρωποι που ζουν με τον ιό HIV δεν είχαν πρόσβαση σε αντιρετροϊκή θεραπεία το 2022. Στην υποσαχάρια Αφρική, τα έφηβα κορίτσια και οι νεαρές γυναίκες αντιπροσώπευαν περισσότερο από το 77% των νέων μολύνσεων μεταξύ των νέων ηλικίας 15-24 ετών και είχαν περισσότερες από τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν τον ιό HIV από τους άνδρες συνομηλίκους τους (UNAIDS, 2023).

Αν και ο επιπολασμός του HIV στη Γερμανία είναι σχετικά χαμηλός σε σύγκριση με τις περισσότερες άλλες ευρωπαϊκές χώρες, υπήρξε σημαντική αύξηση της συχνότητας εμφάνισης άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως της σύφιλης (*Treponema pallidum*) και της γονόρροιας (*Neisseria gonorrhoeae*). Οι λοιμώξεις γονόρροιας γίνονται όλο και πιο διαδεδομένες, με την αυξανόμενη αντοχή στα αντιβιοτικά να αποτελεί πρόσθετο πρόβλημα (Skaletz-Rorowski et al., 2021).

Στην Αγγλία, το 2023, υπήρξε αύξηση 4,7% στις διαγνώσεις ΣΜΝ από το 2022. Ο αντίκτυπος των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων παραμένει μεγαλύτερος στους νέους ηλικίας 15 έως 24 ετών, στους ομοφυλόφιλους, αμφιφυλόφιλους, άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες και ορισμένες μειονοτικές εθνοτικές ομάδες. Οι διαγνώσεις γονόρροιας αυξήθηκαν κατά 7,5% και λοιμώδους σύφιλης κατά 9,4%. Ο αριθμός των διαγνώσεων γονόρροιας το 2023 ήταν ο μεγαλύτερος ετήσιος αριθμός που αναφέρθηκε από τότε που ξεκίνησαν τα αρχεία το 1918, ενώ ο αριθμός των διαγνώσεων σύφιλης ήταν ο μεγαλύτερος ετήσιος αριθμός που αναφέρθηκε από το 1948. Υπήρξε, ακόμη, μεγαλύτερη αναλογική αύξηση στις διαγνώσεις σύφιλης μεταξύ ετεροφυλόφιλων ανδρών και γυναικών από ό,τι μεταξύ ομοφυλόφιλων, αμφιφυλόφιλων και άλλων ανδρών που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες. Τέλος, οι διαγνώσεις κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων πρώτου επεισοδίου (όλων των ηλικιών) παρέμειναν σταθερές σε σύγκριση με το 2022. Μεταξύ της ηλικιακής ομάδας 15 έως 17 ετών που έχει εμβολιαστεί σε μεγάλο βαθμό, οι διαγνώσεις παρέμειναν χαμηλές.



Εικόνα 2 Αριθμός διαγνώσεων Γονόρροιας ανά ηλικιακή ομάδα, 2014 – 2023 (GOV.UK, 2023)

Οι νέοι βιώνουν τα υψηλότερα ποσοστά διάγνωσης από τα πιο κοινά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και αυτό αντικατοπτρίζει τα υψηλότερα ποσοστά αλλαγής συντρόφου μεταξύ αυτής της ηλικιακής ομάδας. Οι νεαρές γυναίκες μπορεί να είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με ΣΜΝ λόγω της διαφορετικής σεξουαλικής ανάμειξης ανά ηλικία (GOV.UK, 2023).

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μπορούν να έχουν σοβαρές συνέπειες πέρα από τις άμεσες επιπτώσεις της ίδιας της λοίμωξης. Για παράδειγμα, ο έρπης, η γονόρροια και η σύφιλη μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο απόκτησης του HIV. Η μετάδοση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων από τη μητέρα στο παιδί μπορεί να οδηγήσει σε θνησιγένεια, νεογνικό θάνατο, χαμηλό βάρος γέννησης και προωρότητα, σηψαιμία, νεογνική επιπεφυκίτιδα και συγγενείς παραμορφώσεις. Η λοίμωξη από HPV προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και άλλους καρκίνους. Η Ηπατίτιδα Β είχε ως αποτέλεσμα λίγο περισσότερους από 1 εκατομμύριο θανάτους το 2022, κυρίως από κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Τέλος, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως η γονόρροια και τα χλαμύδια είναι σημαντικές αιτίες φλεγμονώδους νόσου της πυέλου και στειρότητας στις γυναίκες.

Όταν χρησιμοποιούνται σωστά και με συνέπεια, τα προφυλακτικά προσφέρουν μία από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους προστασίας από ΣΜΝ, συμπεριλαμβανομένου του HIV. Αν και εξαιρετικά αποτελεσματικά, τα προφυλακτικά δεν προσφέρουν προστασία για ΣΜΝ που προκαλούν εξωγενή έλκη (π.χ. σύφιλη ή έρπητα των γεννητικών οργάνων).

Επιπρόσθετα, ασφαλή και εξαιρετικά αποτελεσματικά εμβόλια είναι διαθέσιμα για 2 ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: Ηπατίτιδα Β και HPV. Αυτά τα εμβόλια αντιπροσωπεύουν σημαντικές προόδους στην πρόληψη των ΣΜΝ.

Αποτελεσματική θεραπεία είναι επί του παρόντος διαθέσιμη για πολλά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Τρία βακτηριακά (χλαμύδια, γονόρροια και σύφιλη) και ένα παρασιτικό ΣΜΝ (τριχομονάδα) είναι γενικά ιάσιμα με υπάρχοντα σχήματα αντιβιοτικών μίας δόσης. Για τον έρπητα και τον ιό HIV, τα πιο αποτελεσματικά διαθέσιμα φάρμακα είναι τα αντιικά φάρμακα που μπορούν να ρυθμίσουν την πορεία της νόσου, αν και δεν μπορούν να θεραπεύσουν την ασθένεια. Για την ηπατίτιδα Β, τα αντιικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στην καταπολέμηση του ιού και στην επιβράδυνση της βλάβης στο ήπαρ. Ωστόσο, η μικροβιακή αντοχή των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων – ιδίως της γονόρροιας – έχει αυξηθεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια και έχει μειώσει τις θεραπευτικές επιλογές (WHO, 2024e).

Ο υποέλεγχος των νέων για ΣΜΝ στο παιδιατρικό περιβάλλον συνεχίζει να προβληματίζει την διεθνή κοινότητα. Υπάρχει ανάγκη οι παιδίατροι να προσφέρουν έλεγχο με βάση την εκτίμηση κινδύνου, την κατάλληλη θεραπεία και να επανεξετάσουν τις στρατηγικές για την πρόληψη της μετάδοσης ΣΜΝ και της νοσηρότητας μεταξύ όλων των εφήβων. Το CDC συνιστά στους κλινικούς ιατρούς να εξετάζουν για χλαμύδια σε κλινικά περιβάλλοντα που εξυπηρετούν πληθυσμούς νεαρών ανδρών ασθενών με υψηλό επιπολασμό χλαμυδίων (π.χ. εφηβικές κλινικές, σωφρονιστικές

εγκαταστάσεις και κλινικές ΣΜΝ). Το CDC δεν συνιστά τον έλεγχο ρουτίνας των εφήβων που είναι ασυμπτωματικοί για ορισμένα ΣΜΝ (π.χ. σύφιλη, τριχομονάδα, βακτηριακή κολπίτιδα, ιός απλού έρπητα, HPV, ηπατίτιδα Α και ηπατίτιδα Β), αλλά συνιστά έλεγχο για σύφιλη σε άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες. Για τους άνδρες που είχαν σεξουαλική επαφή με άνδρες, το CDC συνιστά τουλάχιστον ετήσιο έλεγχο για HIV, σύφιλη, γονόρροια σε όλα τα σημεία επαφής (χρησιμοποιώντας δειγματοληψία ούρων, ορθού και φάρυγγα) και χλαμύδια σε δειγματοληψία ούρων και ορθού (δεν συνιστάται δοκιμή για λοίμωξη φάρυγγα χλαμυδίων) ανεξάρτητα από τη χρήση μεθόδου φραγμού. Ο συχνότερος έλεγχος ΣΜΝ (δηλαδή, για σύφιλη, γονόρροια και χλαμύδια) σε διαστήματα 3 έως 6 μηνών ενδείκνυται για άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες εάν οι συμπεριφορές κινδύνου επιμένουν ή εάν αυτοί ή οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι έχουν πολλαπλούς συντρόφους (Grubb et al., 2020).

Τα άτομα με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), συμπεριλαμβανομένου του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις περισσότερες μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Πολλά ΣΜΝ μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία. Όσο πιο γρήγορα αντιμετωπίζονται, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να προκαλέσουν μακροπρόθεσμα προβλήματα υγείας, όπως στειρότητα ή χρόνιο πόνο, ή να μολύνουν έναν σεξουαλικό σύντροφο ή ένα έμβρυο (WHO, 2022a).

Ομάδες σε Κίνδυνο

Οι νέοι δεν αποτελούν ομοιογενή ομάδα. Η οικογενειακή τους κατάσταση, η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, το φύλο, η εθνικότητα, η φυλή, η κατάσταση του HIV, η γεωγραφική θέση, οι θρησκευτικές και πολιτιστικές πεποιθήσεις, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η ταυτότητα φύλου και πολλοί άλλοι παράγοντες επηρεάζουν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία τους, την πρόσβαση στην εκπαίδευση και τις ευκαιρίες ζωής και τη γενική ευημερία τους. Πολλοί νέοι είναι περιθωριοποιημένοι και ευάλωτοι και αντιμετωπίζουν στίγμα και διακρίσεις, συμπεριλαμβανομένων των νέων που είναι φυλακισμένοι ή που ζουν σε ιδρυματική φροντίδα, των αυτόχθονων νέων και εκείνων που δεν έχουν πρόσβαση σε ζωτικής σημασίας υπηρεσίες υγείας. Τα παιδιά πρόσφυγες, οι αιτούντες άσυλου και οι μετανάστες είναι ευάλωτοι σε πολλά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης της βίας και της εμπορίας ανθρώπων. Κάθε ένας από αυτούς τους πληθυσμούς έχει διαφορετικές ανάγκες και αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν στη διαμόρφωση προγραμμάτων σχετικών με την πραγματικότητά τους.

Νέοι που ζουν με τον ιό HIV : η συμμόρφωση στη θεραπεία είναι χαμηλότερη μεταξύ των ατόμων με HIV και τα σχολεία διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην παροχή υποστήριξης για την πρόσβαση σε υπηρεσίες, στην υποστήριξη της τήρησης της θεραπείας, καθώς και στην εκπαίδευση σχετικά με την πρόληψη της επαναμόλυνσης, την περαιτέρω μετάδοση του HIV σε άλλους, τη θετική και υγιή ζωή και τη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων (WHO, 2018). Η παγκόσμια επίπτωση του HIV παραμένει υψηλή παρά τον αυξανόμενο αριθμό αποδεδειγμένων εργαλείων πρόληψης του HIV. Σε πολλές περιπτώσεις, ο επιπολασμός του HIV μεταξύ των ανθρώπων στις φυλακές και σε άλλα κλειστά περιβάλλοντα είναι μεγαλύτερος από τον επιπολασμό μεταξύ του γενικού πληθυσμού (UNAIDS, 2024). Η συχνότητα εμφάνισης είναι υψηλότερη μεταξύ βασικών πληθυσμών, όπως :

- έφηβοι,
- άτομα που κάνουν σεξ για χρήματα, φαγητό, δώρα, στέγη ή χάρες
- ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλόφιλοι και άλλοι άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες
- τρανσέξουαλ άτομα
- άτομα που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών
- οι σεξουαλικοί σύντροφοι αυτών των ατόμων
- οι εργαζόμενοι του σεξ
- οι οδηγοί φορτηγών μεγάλων αποστάσεων
- οι τρόφιμοι των φυλακών,
- οι μετακινούμενοι πληθυσμοί

- και οι κοινότητες ψαράδων. (Kitonsa et al., 2023; WHO, 2022, 2024c)

Νέοι που ζουν σε συνθήκες φτώχειας: η φτώχεια αποτελεί σημαντικό περιορισμό για την ανάπτυξη και την ευημερία των νέων. Οι νέοι που ζουν σε φτωχά, αγροτικά νοικοκυριά βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι και υποφέρουν από κακές συνθήκες διατροφής και στέγασης που έχουν άμεσες και μελλοντικές αρνητικές συνέπειες για την υγεία τους. Τα φτωχά παιδιά και οι νέοι είναι πιθανότερο από άλλους να εκτεθούν σε βία και ή να διαπράξουν βία και να υιοθετήσουν επικίνδυνες συμπεριφορές όπως η αποδέσμευση από το σχολείο, η χρήση ουσιών, η πρόωμη σεξουαλική έναρξη, το συναλλακτικό ή εμπορικό σεξ και το σεξ χωρίς προφυλάξεις. Τα έφηβα κορίτσια και οι νεαρές γυναίκες από τα φτωχότερα νοικοκυριά είναι επίσης πιο πιθανό από τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες από πλουσιότερα νοικοκυριά να μείνουν έγκυες ή να γεννήσουν πριν από την ηλικία των 18 ετών.

Νέοι με αναπηρίες: ιστορικά, τα άτομα με αναπηρίες συχνά θεωρούνταν είτε ασεξουαλ είτε σεξουαλικά ανενεργοί και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θεωρούνταν γενικά περιττή ή ακόμη και επιβλαβής. Μόνο λίγες χώρες έχουν προχωρήσει στην εφαρμογή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των νέων που ζουν με αναπηρία, όπως ορίζονται στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με αναπηρία επηρεάζονται δυσανάλογα από τη σεξουαλική βία και μπορεί να είναι πιο ευάλωτα στη μόλυνση από τον ιό HIV. Οι νέοι που ζουν με διανοητικές, σωματικές ή συναισθηματικές αναπηρίες είναι όλοι σεξουαλικά όντα και έχουν το ίδιο δικαίωμα να απολαμβάνουν τη σεξουαλικότητά τους στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, συμπεριλαμβανομένων ευχάριστων και ασφαλών σεξουαλικών εμπειριών χωρίς εξαναγκασμό και βία, και να έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.

Λεσβίες, ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλόφιλοι, διεμφυλικοί και ίντερσεξ νέοι: υπάρχουν αυστηροί περιορισμοί και ποινές που επιβάλλονται στα άτομα διαφορετικών σεξουαλικών προσανατολισμών σε πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο. Οι περιορισμοί αυτοί λαμβάνουν τη μορφή τόσο άμεσης όσο και έμμεσης δίωξης, όπως: ενεργή δίωξη ατόμων, αδυναμία προστασίας των ατόμων από παρενόχληση, στιγματισμό, διακρίσεις και βλάβη λόγω του γενετήσιου προσανατολισμού, της ταυτότητας φύλου ή της έκφρασής τους, ή, στην περίπτωση ίντερσεξ παιδιών και νέων, αδυναμία προστασίας από περιττές χειρουργικές και άλλες διαδικασίες που μπορούν να προκαλέσουν μόνιμη στειρότητα, πόνο, ακράτεια, απώλεια σεξουαλικής αίσθησης και διά βίου ψυχική ταλαιπωρία, καθώς και, έλλειψη πρόσβασης σε μηχανισμούς προσφυγής.

Αν και οι περισσότεροι πλέον νέοι LGBTQ είναι ανθεκτικοί και βγαίνουν από την εφηβεία ως υγιείς ενήλικες, οι επιπτώσεις της ομοφοβίας και του ετεροσεξισμού μπορούν να συμβάλουν σε θέματα υγείας για τους νέους σεξουαλικών μειονοτήτων. Οι νέοι σεξουαλικών μειονοτήτων, σε σύγκριση με τους ετεροφυλόφιλους εφήβους, έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού, υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης ουσιών και πιο επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές. Τα αγόρια και οι νεαροί άνδρες που σχετίζονται με σεξουαλικές μειονότητες ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συμπεριφορών που σχετίζονται με τη βία, συμπεριλαμβανομένου του εξαναγκασμού να κάνουν σεξ, του σχολικού εκφοβισμού και των θυμάτων σωματικής ή και σεξουαλικής βίας. Τα αγόρια και οι νεαροί άνδρες που ανήκουν σε σεξουαλικές μειονότητες ανέφεραν επίσης υψηλότερα ποσοστά πρώιμου σεξουαλικού ντεμπούτου, ≥ 4 σεξουαλικούς συντρόφους, λιγότερη χρήση μεθόδων φραγμού, λιγότερη χρήση αντισυλληπτικών κατά τη σεξουαλική επαφή με γυναίκες συντρόφους και υψηλότερη χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ πριν από τη σεξουαλική επαφή σε σύγκριση με τους ομολόγους τους που δεν ανήκουν σε σεξουαλικές μειονότητες (Grubb et al., 2020).

Σε σύγκριση με τα ετεροφυλόφιλα άτομα, οι σεξουαλικές μειονότητες αναφέρουν φτωχότερα αποτελέσματα σεξουαλικής υγείας, όπως υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, συμπεριλαμβανομένου του HIV. Αυτό αποδίδεται εν μέρει στις συνέπειες του στρες των μειονοτήτων (δηλαδή αρνητικές κοινωνικές και ψυχολογικές εμπειρίες). Το άγχος των μειονοτήτων μπορεί να έχει εκδηλωθεί νωρίτερα στη ζωή ως παιδική κακοποίηση, η οποία με τη σειρά της μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα μεταγενέστερων δυσκολιών ψυχικής υγείας. Αυτοί οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, αντιξοότητες στην πρόωμη ζωή και συντροφική

βία) έχουν με τη σειρά τους αποδειχθεί ότι σχετίζονται με αυξημένες συμπεριφορές κινδύνου HIV, και ΣΜΝ (Oginni et al., 2022).

Παιδιά και νέοι που πλήττονται από ανθρωπιστική κρίση: συνολικά 28,5 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας δημοτικού σχολείου που ζουν σε χώρες που πλήττονται από συγκρούσεις ή ανθρωπιστικά περιβάλλοντα δεν έχουν πρόσβαση στην εκπαίδευση – αποτελώντας το ήμισυ των παιδιών εκτός σχολείου στον κόσμο. Επιπλέον, παρά την αυξανόμενη ευαισθητοποίηση σχετικά με την ανάγκη για προγράμματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και υγείας εφήβων σε ανθρωπιστικά περιβάλλοντα, μια παγκόσμια μελέτη διαπίστωσε σημαντικά κενά στον προγραμματισμό, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και υγείας (WHO, 2018).

Γυναίκες και έφηβα κορίτσια: η αυτονομία των γυναικών και των εφήβων κοριτσιών να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία είναι το κλειδί για την ενδυνάμωση και την ικανότητά τους να χαράσσουν τη δική τους πορεία ζωής. Οι κοινοί καθοριστικοί παράγοντες της αναπαραγωγικής αυτονομίας περιλαμβάνουν τη γνώση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων, επικοινωνία με τους συντρόφους τους, την πρόσβαση, την οικονομική προσιτότητα και την αποδοχή των υπηρεσιών υγείας, και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως ο πλούτος των νοικοκυριών, τα επίπεδα εκπαίδευσης και η αγροτική/αστική τοποθεσία. Ειδικά για τα παντρεμένα έφηβα κορίτσια, αυτά τα εμπόδια μπορεί να είναι ακόμη πιο δύσκολο να ξεπεραστούν. Σε 31 από τις 36 χώρες με διαθέσιμα στοιχεία, λιγότερο από το 50% των παντρεμένων εφήβων κοριτσιών λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τις σεξουαλικές σχέσεις, τη χρήση αντισυλληπτικών και την αναπαραγωγική υγεία. Στο Τουρκμενιστάν, τη Νιγηρία, το Τατζικιστάν, το Μάλι και τη Σενεγάλη, 1 στα 10 ή λιγότερα έφηβα κορίτσια έχουν έλεγχο της σεξουαλικής τους ζωής (UNICEF, 2023).

Ωστόσο, οι γυναίκες έχουν περισσότερες συναντήσεις με την υγειονομική περίθαλψη (π.χ. γυναικολογικές επισκέψεις ρουτίνας, συμβουλευτική οικογενειακού προγραμματισμού κ.λπ.) και ως εκ τούτου έχουν καλύτερες δυνατότητες ελέγχου για γλαμύδια και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ενώ οι άνδρες φέρεται να έχουν φτωχότερη συμπεριφορά αναζήτησης εξετάσεων (Veličko et al., 2022).

Ενδοσυντροφική βία: σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου 1 στα 5 έφηβα κορίτσια έχουν βιώσει πρόσφατη βία από τον σύντροφό τους. Η συνηθέστερη μορφή βίας κατά των γυναικών, η ενδοσυντροφική βία, περιλαμβάνει κάθε σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική κακοποίηση που διαπράττεται από νυν ή πρώην σύντροφο στο πλαίσιο γάμου, συμβίωσης ή οποιασδήποτε άλλης επίσημης ή άτυπης ένωσης. Αν και τα δύο φύλα μπορεί να βιώσουν βία από τον σύντροφο, οι γυναίκες και τα έφηβα κορίτσια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για πολλούς λόγους, συμπεριλαμβανομένων των προτύπων φύλου που δικαιολογούν τη βία μεταξύ συντρόφων κατά των γυναικών και των κοριτσιών ως μορφή τιμωρίας ή ως φυσιολογικό και αποδεκτό τρόπο επίλυσης συγκρούσεων. Σχεδόν στις μισές από τις 67 χώρες με διαθέσιμα στοιχεία, περισσότερα από 1 στα 5 έφηβα κορίτσια έχουν υποστεί σωματική ή/και σεξουαλική βία από σύζυγο ή σύντροφο κατά το παρελθόν έτος. Αυτές περιλαμβάνουν χώρες που εκτείνονται από την Ασία έως την υποσαχάρια Αφρική και τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική, υποδεικνύοντας ότι τα έφηβα κορίτσια παντού εκτίθενται σε αυτή τη μορφή βίας. Και όμως, αυτά τα δεδομένα πιθανότατα υποτιμούν την έκταση της συντροφικής βίας που βιώνουν τα έφηβα κορίτσια, δεδομένου ότι τα κορίτσια μπορεί να μην αναφέρουν βία λόγω ντροπής ή φόβου αντιποίνων (UNICEF, 2022).

Εργασία στο σεξ: η σεξουαλική εργασία είναι ένα εξαιρετικά επικίνδυνο επάγγελμα. Οι εργαζόμενοι του σεξ εκτίθενται σε σοβαρές βλάβες: χρήση ναρκωτικών, ασθένειες, βία, διακρίσεις, χρέη, ποινικοποίηση και εκμετάλλευση (καταναγκαστικό σεξ χωρίς προφυλακτικό, παιδική πορνεία, εμπορία για σεξουαλική εργασία και εκμετάλλευση μεταναστών). Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης σε εργαζόμενους στο σεξ στην Αιθιοπία των Yimer et al., η ηλικία, η χρήση αλκοόλ, η δυσκολία διαπραγμάτευσης με τους πελάτες για τη χρήση προφυλακτικού και η αποδοκμασία των πελατών για τη χρήση προφυλακτικού ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες συνεπούς χρήσης προφυλακτικού (Lake Yimer, 2022). Οι εργαζόμενοι του σεξ έχουν συνήθως και υψηλότερο επιπολασμό του HIV από τον γενικό πληθυσμό τόσο σε συγκεντρωμένες όσο και σε γενικευμένες

επιδημίες. Σε πολλές περιπτώσεις, ο επιπολασμός μεταξύ αυτών των πληθυσμών μπορεί να είναι υπερδιπλάσιος από τον επιπολασμό στον γενικό πληθυσμό (UNAIDS, 2024).

Εγκυμοσύνη & Εφηβεία

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, σε συνδυασμό με τις ανισότητες μεταξύ των φύλων, εκθέτουν τις γυναίκες και τα έφηβα κορίτσια σε κινδύνους για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Η έλλειψη αυτονομίας για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη δική τους αναπαραγωγική υγειονομική περίθαλψη, ο περιορισμένος έλεγχος των οικονομικών πόρων, η περιορισμένη κινητικότητα για πρόσβαση σε υπηρεσίες και οι διαφορές εξουσίας μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και αποδεκτών είναι όλοι παράγοντες που μπορεί να εμποδίσουν τις γυναίκες και τα έφηβα κορίτσια να έχουν τη δυνατότητα να ασκούν τα αναπαραγωγικά τους δικαιώματα και να λαμβάνουν αποφάσεις για το σώμα και το μέλλον τους.

Από το 2019, οι έφηβες ηλικίας 15-19 ετών σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος είχαν περίπου 21 εκατομμύρια εγκυμοσύνες κάθε χρόνο, εκ των οποίων περίπου το 50% ήταν ακούσιες και οδήγησαν σε περίπου 12 εκατομμύρια γεννήσεις. Το 55% των ακούσιων κυήσεων μεταξύ εφήβων κοριτσιών ηλικίας 15-19 ετών καταλήγουν σε τεχνητή διακοπή κύησης, η οποία συχνά είναι ανασφαλείς. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το ποσοστό γεννήσεων εφήβων για κορίτσια ηλικίας 10-14 ετών το 2023 εκτιμήθηκε σε 1,5 ανά 1000 γυναίκες, με υψηλότερα ποσοστά στην υποσαχάρια Αφρική και τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική (UNICEF, 2023).

Τα έφηβα κορίτσια διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο. Η εγκυμοσύνη κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ιδιαίτερα της πρώιμης εφηβείας, μπορεί να έχει πολλές αρνητικές συνέπειες για την υγεία και την ευημερία των κοριτσιών, των νεογνών τους και των κοινοτήτων στο σύνολό τους (UNICEF, 2023). Η εφηβική εγκυμοσύνη τείνει να είναι υψηλότερη μεταξύ εκείνων με λιγότερη εκπαίδευση ή χαμηλής οικονομικής κατάστασης. Επιπλέον, οι γάμοι παιδιών και η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών θέτουν τα κορίτσια σε αυξημένο κίνδυνο εγκυμοσύνης, συχνά ακούσια. Σε πολλές κοινωνίες, τα κορίτσια βρίσκονται υπό πίεση να παντρευτούν και να γεννήσουν παιδιά. Από το 2021, ο εκτιμώμενος παγκόσμιος αριθμός παιδιών νυφών ήταν 650 εκατομμύρια. Ο παιδικός γάμος θέτει τα κορίτσια σε αυξημένο κίνδυνο εγκυμοσύνης, επειδή τα κορίτσια που παντρεύονται πολύ νωρίς έχουν συνήθως περιορισμένη αυτονομία για να επηρεάσουν τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την καθυστέρηση της τεκνοποίησης και της χρήσης αντισυλληπτικών. Δεύτερον, σε πολλά μέρη, τα κορίτσια επιλέγουν να μείνουν έγκυες επειδή έχουν περιορισμένες προοπτικές εκπαίδευσης και απασχόλησης και η μητρότητα εκτιμάται.

Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών αυξάνει τον κίνδυνο ακούσιας εγκυμοσύνης. Μια έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που δημοσιεύθηκε το 2021 εκτιμά ότι 120 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας κάτω των 20 ετών υπέστησαν σεξουαλική βία από κάποιον άλλο εκτός από σύντροφο. Αυτή η κακοποίηση είναι βαθιά ριζωμένη στην ανισότητα των φύλων. Επηρεάζει περισσότερα κορίτσια παρά αγόρια, αν και επηρεάζονται επίσης πολλά αγόρια. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι το 2020, τουλάχιστον 1 στα 8 παιδιά στον κόσμο είχε κακοποιηθεί σεξουαλικά πριν φτάσει στην ηλικία των 18 ετών και 1 στα 20 κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών είχε βιώσει καταναγκαστικό σεξ κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η έκθεση του ΠΟΥ με τίτλο *Violence against women prevalence estimates 2018* σημειώνει ότι «οι έφηβοι ηλικίας 15-19 ετών (24%) εκτιμάται ότι έχουν ήδη υποστεί σωματική ή / και σεξουαλική βία από έναν οικείο σύντροφο τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους και το 16% των εφήβων κοριτσιών και των νεαρών γυναικών ηλικίας 15-19 ετών έχουν υποστεί αυτή τη βία τους τελευταίους 12 μήνες».

Σε πολλά μέρη, επίσης, υπάρχουν εμπόδια στην απόκτηση και χρήση αντισυλληπτικών από τους εφήβους, ώστε να αποφεύγουν τις ακούσιες εγκυμοσύνες. Τα αντισυλληπτικά δεν είναι εύκολα προσβάσιμα στους εφήβους σε πολλά μέρη. Ακόμη και όταν οι έφηβοι μπορούν να αποκτήσουν αντισυλληπτικά, μπορεί να μην έχουν την υπηρεσία ή τους πόρους για να τα πληρώσουν, γνώσεις σχετικά με το πού να τα αποκτήσουν και πώς να τα χρησιμοποιήσουν σωστά. Μπορεί να αντιμετωπίσουν στίγμα όταν προσπαθούν να αποκτήσουν αντισυλληπτικά. Επιπλέον, διατρέχουν συχνά μεγαλύτερο κίνδυνο διακοπής της χρήσης λόγω παρενεργειών και λόγω μεταβαλλόμενων συνθηκών ζωής και αναπαραγωγικών προθέσεων. Οι περιοριστικοί νόμοι και οι πολιτικές σχετικά με

την παροχή αντισυλληπτικών με βάση την ηλικία ή την οικογενειακή κατάσταση αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην παροχή και την πρόσληψη αντισυλληπτικών μεταξύ των εφήβων. Αυτό συχνά συνδυάζεται με προκατάληψη των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ή / και έλλειψη προθυμίας να αναγνωρίσουν τις ανάγκες σεξουαλικής υγείας των εφήβων (WHO, 2024b).

Οι ανεπαρκείς διατροφικές πρακτικές που είναι τυπικές στην εφηβεία, όπως οι προσπάθειες απώλειας βάρους μέσω της δίαιτας και της παράλειψης γευμάτων, των σνακ και της πρόσληψης γρήγορου φαγητού, αφήνουν πολλές έγκυες έφηβες ευάλωτες σε διατροφικές ανεπάρκειες. Η αναιμία προκαλείται κυρίως από κακή διατροφή και ανεπαρκή προγεννητική φροντίδα. Οι νεαρές μητέρες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, προεκλαμψίας, εκλαμψίας, πρόωρης ρήξης μεμβράνης, σακχαρώδους διαβήτη κύησης, υπέρτασης που προκαλείται από εγκυμοσύνη, ουρολοιμώξεων και αιμορραγικών συνδρόμων.

Οι έγκυες έφηβες είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν προγεννητική φροντίδα επειδή μπορεί να μην γνωρίζουν την εγκυμοσύνη τους ή μπορεί να μην γνωρίζουν αρκετά ώστε να αναζητήσουν προγεννητική φροντίδα πριν από το τρίτο τρίμηνο. Τα κορίτσια κάτω των 14 ετών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ιατρικά προβλήματα, καθώς μια υποανάπτυκτη λεκάνη μπορεί να οδηγήσει περαιτέρω σε εργώδη τοκετό, παρεμπόδιση του τοκετού και υποτονικές συσπάσεις της μήτρας. Οι νεαρές γυναίκες ηλικίας κάτω των 20 ετών είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν παρεμπόδιση του τοκετού, η οποία, ελλείψει καισαρικής τομής, μπορεί να οδηγήσει σε μαιευτικό συρίγγιο, ένα σπάσιμο στο κανάλι γέννησης που επιτρέπει στα ούρα ή / και τα περιττώματα να ρέουν έξω (Chakole et al., 2022).

Η εφηβική εγκυμοσύνη, επομένως, μπορεί να έχει τεράστια αρνητική κοινωνική και ιατρική επίδραση στην υγεία των μητέρων και των παιδιών παγκοσμίως. Με αρνητικά περιγεννητικά αποτελέσματα, στην Ινδία, η εφηβική εγκυμοσύνη εξακολουθεί να είναι ένα ευρέως διαδεδομένο και σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας που χρειάζεται επείγουσα προσοχή. Μία από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας για τις γυναίκες ηλικίας μεταξύ 15 και 19 ετών είναι η εγκυμοσύνη και τα προβλήματα τοκετού.

Το 2019, οι παθήσεις της μητρικής υγείας, όπως η αιμορραγία, η σηψαιμία ή η παρεμπόδιση του τοκετού, ήταν η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των κοριτσιών ηλικίας 15-19 ετών (UNICEF, 2023). Οι έφηβες μητέρες (ηλικίας 10-19 ετών) αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο εκλαμψίας, επιλόχειας ενδομητρίτιδας και συστηματικών λοιμώξεων από τις γυναίκες ηλικίας 20-24 ετών και τα μωρά εφήβων μητέρων αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο χαμηλού βάρους γέννησης, πρόωρου τοκετού και σοβαρής νεογνικής πάθησης (WHO, 2024b).

Ο πρόωρος τοκετός των νεογνών έχει επίσης απειλητικές για τη ζωή νοσηρότητες και θνησιμότητα, οι οποίες περιλαμβάνουν τον ενδομήτριο περιορισμό της ανάπτυξης (IUGR), τη νεκρωτική εντεροκολίτιδα, τη νόσο της υαλώδους μεμβράνης, την κυψελιδική πρωτεΐνωση στα νεογνά, το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, τη βρογχοπνευμονική δυσπλασία και την αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας. Η ακατάλληλη πρόσληψη φυλλικού οξέος μπορεί να προκαλέσει τη γέννηση ενός μωρού με ελαττώματα του νευρικού σωλήνα ή άλλα συννοσηρά σύνδρομα και συγγενείς ανωμαλίες. Η κακή διατροφή, η αναιμία, η προεκλαμψία και η υψηλή συχνότητα εμφάνισης χοριοαμνιονίτιδας που προκαλείται από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) και τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) σε εγκυμοσύνες εφήβων είναι οι αιτίες. Τα έφηβα κορίτσια έχουν ποσοστό ιατρικού τερματισμού κύησης 9,15%, σε σύγκριση με 5,07% στο συνολικό πληθυσμό.

Η εφηβική εγκυμοσύνη εγείρει και ορισμένα προβλήματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Για παράδειγμα, μια έγκυος έφηβη κοπέλα που αναγκάζεται να χάσει το σχολείο στερείται του δικαιώματός της στην εκπαίδευση. Αρνήθηκε επίσης το δικαίωμά της στην υγεία επειδή δεν της επιτρέπεται να χρησιμοποιεί οποιοδήποτε είδος αντισύλληψης ή να έχει πρόσβαση σε γνώσεις σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία. Πολλοί έφηβοι δεν είναι σωματικά ή διανοητικά προετοιμασμένοι για την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο προβλημάτων και ακόμη και απειλητικών για τη ζωή επιπτώσεων στην υγεία. Η πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου και τα προβλήματα υγείας θέτουν σε κίνδυνο την ικανότητά τους να κερδίσουν χρήματα.

Για μια νεαρή μητέρα και το παιδί της, η ζωή μπορεί να είναι δύσκολη. Οι έφηβες μητέρες είναι πιο πιθανό να εγκαταλείψουν το σχολείο για τη φροντίδα των παιδιών σε σύγκριση με άλλες

γυναίκες. Λόγω της έλλειψης εκπαίδευσής της, μια έφηβη μητέρα μπορεί να μην έχει τις απαραίτητες δεξιότητες για εργασία, καθιστώντας δύσκολο για αυτήν να βρει και να διατηρήσει μια καριέρα και να καθιερώσει την πηγή εισοδήματός της. Οι νεαρές μητέρες που έχουν παιδιά μπορεί να εξαρτώνται οικονομικά από τις οικογένειές τους ή την κρατική υποστήριξη.

Οι προαναφερθέντες παράγοντες καθιστούν τις έφηβες μητέρες πιο πιθανό να είναι φτωχές. Όποιες και αν είναι οι συνθήκες, η εγκυμοσύνη είναι μια πρόκληση για κάθε γυναίκα. Η κρίση, ωστόσο, είναι πολύ πιο έντονη για τον έφηβο, καθώς προσθέτει έναν ακόμη βαθμό πολυπλοκότητας σε μια σωματικά και συναισθηματικά αγχωτική περίοδο. Λόγω οικονομικής πίεσης, κοινωνικού στίγματος ή έλλειψης υποστήριξης από την οικογένεια και την κοινότητά της, η νεαρή μητέρα μπορεί επίσης να αντιμετωπίσει προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του στρες, της θλίψης και των αυτοκτονικών σκέψεων. Αντιμετωπίζουν μοναξιά, ενοχές που προκαλούν άγχος και απελπισία, χαμηλή αυτοεκτίμηση που τους κάνει να χάνουν το ενδιαφέρον τους για τις σπουδές τους, λίγες ευκαιρίες σταδιοδρομίας και έλλειψη συστήματος υποστήριξης (Chakole et al., 2022).

Τεχνητή Διακοπή Κύησης

Η Τεχνητή Διακοπή Κύησης είναι μια απλή παρέμβαση υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να αντιμετωπιστεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα από ένα ευρύ φάσμα εργαζομένων στον τομέα της υγείας χρησιμοποιώντας φάρμακα ή χειρουργική επέμβαση. Κατά τις πρώτες 12 εβδομάδες της εγκυμοσύνης, μια ιατρική διακοπή κύησης μπορεί επίσης να αυτοδιαχειριστεί με ασφάλεια από την έγκυο εκτός μιας μονάδας υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. στο σπίτι), εν όλω ή εν μέρει. Αυτό απαιτεί η γυναίκα να έχει πρόσβαση σε ακριβείς πληροφορίες, ποιοτικά φάρμακα και υποστήριξη από εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας (εάν το χρειάζεται ή το θέλει κατά τη διάρκεια της διαδικασίας). Η μη ασφαλής τεχνητή διακοπή κύησης αποτελεί σημαντική αποτρέψιμη αιτία μητρικών θανάτων και νοσηρότητας. Μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές στη σωματική και ψυχική υγεία και σε κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις για τις γυναίκες, τις κοινότητες και τα συστήματα υγείας.

Περίπου 73 εκατομμύρια τεχνητές διακοπές εγκυμοσύνης πραγματοποιούνται παγκοσμίως κάθε χρόνο. Έξι στις 10 (61%) από όλες τις ακούσιες εγκυμοσύνες και 3 στις 10 (29%) από όλες τις εγκυμοσύνες, καταλήγουν σε επαγόμενη άμβλωση (WHO, 2024a). Τα έφηβα κορίτσια εκτελούν το 14% των εκτιμώμενων 20 εκατομμυρίων μη ασφαλών αμβλώσεων ετησίως, οι οποίες οδηγούν σε 68.000 θανάτους (Chakole et al., 2022).

Όταν τα άτομα με ακούσιες εγκυμοσύνες αντιμετωπίζουν εμπόδια στην επίτευξη ασφαλούς, έγκαιρης, οικονομικά προσιτής, γεωγραφικά προσβάσιμης, σεβαστής και χωρίς διακρίσεις φροντίδας διακοπής κύησης, συχνά καταφεύγουν σε μη ασφαλή διακοπή της. Περισσότερες από τις μισές μη ασφαλείς διακοπές κύησης συνέβησαν στην Ασία, οι περισσότερες από αυτές στη νότια και κεντρική Ασία. Στη Λατινική Αμερική και την Αφρική, η πλειοψηφία (περίπου 3 στις 4) όλων των διακοπών κύησης δεν ήταν ασφαλείς. Στην Αφρική, σχεδόν οι μισές από όλες τις διακοπές κύησης πραγματοποιήθηκαν υπό τις λιγότερο ασφαλείς συνθήκες.

Η αδυναμία πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα διακοπής κύησης κινδυνεύει να παραβιάσει μια σειρά ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών και των κοριτσιών, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στη ζωή, το δικαίωμα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, το δικαίωμα να επωφελούνται από την επιστημονική πρόοδο και την υλοποίησή της, το δικαίωμα να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα σχετικά με τον αριθμό, την απόσταση και το χρονοδιάγραμμα των παιδιών, και το δικαίωμα να είναι απαλλαγμένες από βασανιστήρια, σκληρή, απάνθρωπη και ταπεινωτική μεταχείριση και τιμωρία. Οι κανονισμοί που υποχρεώνουν τις γυναίκες να ταξιδεύουν για να αποκτήσουν νομική φροντίδα ή απαιτούν υποχρεωτική συμβουλευτική ή περιόδους αναμονής, οδηγούν σε απώλεια εισοδήματος και άλλο οικονομικό κόστος και μπορούν να καταστήσουν την διακοπή κύησης απρόσιτη για τις γυναίκες με περιορισμένους πόρους.

Οι κίνδυνοι για τη σωματική υγεία που συνδέονται με μη ασφαλείς διακοπές κύησης περιλαμβάνουν:

- ατελής διακοπή κύησης (αποτυχία απομάκρυνσης ή αποβολής όλου του ιστού εγκυμοσύνης από τη μήτρα)

- αιμορραγία (βαριά αιμορραγία)
- Μόλυνση
- διάτρηση της μήτρας (που προκαλείται όταν η μήτρα τρυπιέται από αιχμηρό αντικείμενο) και
- βλάβη στο γεννητικό σύστημα και στα εσωτερικά όργανα ως συνέπεια της εισαγωγής επικίνδυνων αντικειμένων στον κόλπο ή τον πρωκτό.

Τα εμπόδια στην πρόσβαση σε ασφαλείς διακοπές κύησης περιλαμβάνουν το υψηλό κόστος, το στίγμα για όσους τις αναζητούν και τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, και την άρνηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας να παρέχουν τεχνητή διακοπή κύησης με βάση την προσωπική συνείδηση ή τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Η πρόσβαση παρεμποδίζεται περαιτέρω από περιοριστικούς νόμους και απαιτήσεις που δεν δικαιολογούνται ιατρικά, συμπεριλαμβανομένης της ποινικοποίησης, των υποχρεωτικών περιόδων αναμονής, της παροχής μεροληπτικών πληροφοριών ή συμβουλών, της εξουσιοδότησης τρίτων και των περιορισμών σχετικά με το είδος των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης ή των εγκαταστάσεων που μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες διακοπής κύησης.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι ο περιορισμός της πρόσβασης σε τεχνητή διακοπή κύησης δεν μειώνει τον αριθμό τους. Ωστόσο, επηρεάζει το κατά πόσον οι διακοπές κύησης που επιτυγχάνουν οι γυναίκες και τα κορίτσια είναι ασφαλείς και αξιοπρεπείς. Το ποσοστό των μη ασφαλών διακοπών είναι σημαντικά υψηλότερο σε χώρες με εξαιρετικά περιοριστικούς νόμους για αυτές από ό,τι σε χώρες με λιγότερο περιοριστικούς νόμους. Απαιτούνται, λοιπόν, πολλαπλές δράσεις σε νομικό, υγειονομικό και κοινοτικό επίπεδο, έτσι ώστε όλοι όσοι χρειάζονται φροντίδα διακοπής κύησης να έχουν πρόσβαση σε αυτήν (WHO, 2024a).

Μέθοδοι Αντισύλληψης & η Αποτελεσματικότητά τους

Οι μέθοδοι αντισύλληψης περιλαμβάνουν από του στόματος αντισυλληπτικά χάπια, εμφυτεύματα, ενέσιμα, έμπλαστρα, κολπικούς δακτυλίους, ενδομήτριες συσκευές, προφυλακτικά, ανδρική και γυναικεία στείρωση, αμηνόρροια θηλασμού, και μεθόδους απόσυρσης. Αυτές οι μέθοδοι έχουν διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης και αποτελεσματικότητας στην πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η αποτελεσματικότητα των μεθόδων μετράται από τον αριθμό των κύησης ανά 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο ανά έτος. Οι μέθοδοι ταξινομούνται από την αποτελεσματικότητά τους ως συνήθως χρησιμοποιούμενες σε:

- πολύ αποτελεσματικό (0-0,9 εγκυμοσύνες ανά 100 γυναίκες)
- αποτελεσματική (1-9 εγκυμοσύνες ανά 100 γυναίκες)
- μέτρια αποτελεσματική (10-19 εγκυμοσύνες ανά 100 γυναίκες)
- λιγότερο αποτελεσματική (20 ή περισσότερες εγκυμοσύνες ανά 100 γυναίκες) (WHO, 2023b).

Contraceptive Effectiveness

Rates of Unintended Pregnancies per 100 Women

Family planning method	First-Year Pregnancy Rate ^a (Trussell & Aiken ^b)		12-Month Pregnancy Rate ^c (Polis et al. ^d)	Key
	Consistent and correct use	As commonly used	As commonly used	
Implants	0.1	0.1	0.6	0-0.9
Vasectomy	0.1	0.15		Very effective
Female sterilization	0.5	0.5		
Levonorgestrel IUD	0.5	0.7		1-9
Copper-bearing IUD	0.6	0.8	1.4	Effective
LAM (for 6 months)	0.9 ^e	2 ^e		
Monthly injectable	0.05 ^e	3 ^e		10-19
Progestin-only injectable	0.2	4	1.7	Moderately effective
Combined oral contraceptives	0.3	7	5.5	
Progestin-only pills	0.3	7		
Combined patch	0.3	7		20+
Combined vaginal ring	0.3	7		Less effective
Male condoms	2	13	5.4	
Standard Days Method	5	12		
TwoDay Method	4	14		
Ovulation method	3	23		
Other fertility awareness methods		15		
Diaphragms with spermicide	16	17		
Withdrawal	4	20	13.4	
Female condoms	5	21		
Spermicide	16	21		
Cervical cap ^f	26 ^g , 9 ^h	32 ^g , 16 ^h		
No method	85	85		

Εικόνα 3 Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι & η αποτελεσματικότητά τους (WHO, 2022a)

Η επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου είναι μια εξατομικευμένη διαδικασία. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι αντισύλληψης, αλλά δεν είναι όλοι οι τύποι κατάλληλοι για όλες τις καταστάσεις. Η καταλληλότερη μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων εξαρτάται από τη γενική υγεία ενός ατόμου, την ηλικία, τη συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας, τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, την επιθυμία να αποκτήσει παιδιά στο μέλλον και το οικογενειακό ιστορικό ορισμένων ασθενειών. Η αποτελεσματικότητα των προτεινόμενων μεθόδων πρέπει να εξετάζεται και σε συνδυασμό με τα πολιτισμικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά των ατόμων, τον τρόπο ζωής, τον χαρακτήρα, την συμπεριφορά et al. (WHO, 2023b).

Στον παραπάνω πίνακα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει τις μεθόδους αντισύλληψης σύμφωνα με την αποτελεσματικότητά τους. Η πιο αποτελεσματική μέθοδος είναι τα εμφυτεύματα λεβονοργεστρέλης, με 0,1% αποτυχία σε τυπική χρήση. Στη συνέχεια, η χειρουργική αντισύλληψη έχει πολύ μικρά ποσοστά αποτυχίας σε τυπική χρήση, με την ανδρική στείρωση με 0,15% και την γυναικεία με 0,5%. Στις πιο αποτελεσματικές μεθόδους εντάσσεται και η ενδομητρική συσκευή, με το σπείραμα με σύστημα λεβονοργεστρέλης να έχει 0,7% αποτυχία σε τυπική χρήση και το σπείραμα χαλκού 0,8%.

Σε τυπική χρήση παραμένουν αποτελεσματικές μέθοδοι όπως ο θηλασμός για 6 μήνες (2% αποτυχία), τα ενέσιμα αντισυλληπτικά (4% αποτυχία), τα αντισυλληπτικά χάπια, όπως και τα επιθέματα (7% αποτυχία).

Μέτρια αποτελεσματικότητα εμφανίζουν κάποιες αντισυλληπτικές μέθοδοι φραγμού όπως το προφυλακτικό και τα διαφράγματα με σπερματοκτόνο (13-17%), ενώ οι μέθοδοι που βασίζονται στις

γόνιμες ημέρες του κύκλου, όπως η παρουσία κολπικών εκκρίσεων για παράδειγμα, έχουν ποσοστό αποτυχίας έως 23%.

Στις λιγότερο αποτελεσματικές μεθόδους ανήκουν η διακοπτόμενη συνουσία (20%), τα γυναικεία προφυλακτικά και τα σπερματοκτόνα (21%) και η τραχηλική καλύπτρα (32%). Τέλος, η απουσία χρήσης αντισύλληψης ανέρχεται στο 85% όσον αφορά τις μη προγραμματισμένες κηύσεις.

Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση

Η ολοκληρωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παρέχει στους νέους ακριβείς, κατάλληλες για την ηλικία τους, πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία. Είναι μια διαδικασία διδασκαλίας και μάθησης σχετικά με τις γνωστικές, συναισθηματικές, σωματικές και κοινωνικές πτυχές της σεξουαλικότητας. Στόχος είναι να εξοπλίσει τα παιδιά και τους νέους με γνώσεις, δεξιότητες, στάσεις και αξίες που θα τους δώσουν τη δυνατότητα να: συνειδητοποιήσουν την υγεία, την ευημερία και την αξιοπρέπειά τους, να αναπτύξουν υγιείς σεξουαλικές σχέσεις, να εξετάσουν πώς οι επιλογές τους επηρεάζουν τη δική τους ευημερία και την ευημερία των άλλων, και, να κατανοούν και να διασφαλίζουν την προστασία των δικαιωμάτων τους καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Πολλοί άνθρωποι μπορούν να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στη διδασκαλία των νέων σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους και τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία τους, είτε στην επίσημη εκπαίδευση, στο σπίτι ή σε άλλα άτυπα περιβάλλοντα. Σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, το υπουργείου παιδείας, καθώς συμβούλια και μέλη επιτροπής, είναι σε θέση να δημιουργήσουν καμπάνιες / περιεκτικά προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σε καθολικό επίπεδο. Στη συνέχεια, το σχολείο και οι εκπαιδευτικοί, όντας κοντά στα παιδιά και δουλεύοντας μαζί τους, είναι ικανοί να ενημερώσουν με αποτελεσματικότητα και ευστοχία καθ' όλη την διάρκεια των σχολικών χρόνων έως την ενηλικίωση, διασφαλίζοντας ότι οι νέοι έχουν πρόσβαση σε επιστημονικές, ακριβείς πληροφορίες και να τους υποστηρίξουν στην ανάπτυξη κρίσιμων δεξιοτήτων. Σε κοινοτικό επίπεδο η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μπορεί να διεξαχθεί από παρόχους υγείας, κοινοτικούς ηγέτες, θρησκευτικές οργανώσεις, τους γονείς και τα μέσα ενημέρωσης. Ιδανικά, η ορθή και συνεπής εκπαίδευση σε αυτά τα θέματα θα πρέπει να παρέχεται από πολλαπλές πηγές.

Η τεχνική καθοδήγηση των Ηνωμένων Εθνών, η οποία αναπτύχθηκε από κοινού από την UNESCO, το UNFPA, τη UNICEF, το UN Women, το UNAIDS και τον ΠΟΥ συνιστά ότι αυτά τα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, όσο διαφορετικά και να είναι μεταξύ τους – από οποιονδήποτε και αν διεξάγονται, θα πρέπει να βασίζονται σε ένα καθιερωμένο πρόγραμμα σπουδών, το οποίο είναι επιστημονικά ακριβές, προσαρμοσμένο για διαφορετικές ηλικίες, και περιεκτικό, που σημαίνει ότι καλύπτουν μια σειρά θεμάτων σχετικά με τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας.

Η υψηλής ποιότητας σεξουαλική διαπαιδαγώγηση προσφέρει θετικά αποτελέσματα στην υγεία, με δια βίου επιπτώσεις. Οι νέοι είναι πιο πιθανό να καθυστερήσουν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας - και όταν κάνουν σεξ, να κάνουν ασφαλέστερο σεξ - όταν είναι καλύτερα ενημερωμένοι για τη σεξουαλικότητά τους, τη σεξουαλική υγεία και τα δικαιώματά τους. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση βοηθά επίσης να προετοιμαστούν και να διαχειριστούν τις σωματικές και συναισθηματικές αλλαγές καθώς μεγαλώνουν, ενώ τα διδάσκει για το σεβασμό, τη συναίνεση και πού να πάνε εάν χρειάζονται βοήθεια. Αυτό με τη σειρά του μειώνει τους κινδύνους από τη βία, την εκμετάλλευση και την κακοποίηση.

Με στόχο την υποστήριξη σχολικών προγραμμάτων σπουδών, η παγκόσμια καθοδήγηση του ΟΗΕ υποδεικνύει την έναρξη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην ηλικία των 5 ετών, όταν αρχίζει συνήθως η επίσημη εκπαίδευση. Ωστόσο, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι μια δια βίου διαδικασία, που μερικές φορές ξεκινά νωρίτερα, στο σπίτι, με έμπιστους φροντιστές. Η μάθηση είναι σταδιακή. Αυτό που διδάσκεται στις μικρότερες ηλικίες είναι πολύ διαφορετικό από αυτό που διδάσκεται κατά την εφηβεία.

Με τους νεότερους μαθητές, η διδασκαλία για τη σεξουαλικότητα δεν σημαίνει απαραίτητα διδασκαλία για το σεξ. Για παράδειγμα, για τις νεότερες ηλικιακές ομάδες, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να μάθουν για το σώμα τους και να αναγνωρίσουν τα

συναισθήματα τους, ενώ συζητούν την οικογενειακή ζωή και τους διαφορετικούς τύπους σχέσεων, τη λήψη αποφάσεων, τις βασικές αρχές της συναίνεσης και τι πρέπει να κάνουν εάν συμβεί βία, εκφοβισμός ή κακοποίηση. Αυτός ο τύπος μάθησης θέτει τα θεμέλια για υγιείς σχέσεις καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις ότι τα άνισα πρότυπα των φύλων ξεκινούν νωρίς στη ζωή, με επιβλαβείς επιπτώσεις τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Εκτιμάται ότι το 18%, ή σχεδόν 1 στα 5 κορίτσια παγκοσμίως, έχουν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση παιδιών. Η έρευνα δείχνει, ωστόσο, ότι η εκπαίδευση σε μικρές και μεγάλες ομάδες μπορεί να συμβάλει στην αμφισβήτηση και την αλλαγή των άνισων προτύπων φύλου. Με βάση αυτό, η διεθνής καθοδήγηση του ΟΗΕ για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση συνιστά τη διδασκαλία των νέων σχετικά με τις σχέσεις των φύλων, την ισότητα και την ανισότητα των φύλων και τη βία με βάση το φύλο.

Παρέχοντας στα παιδιά και τους νέους επαρκείς γνώσεις σχετικά με τα δικαιώματά τους και τι είναι και τι δεν είναι αποδεκτή συμπεριφορά, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση τους καθιστά λιγότερο ευάλωτους στην κακοποίηση. Η διεθνής καθοδήγηση του ΟΗΕ καλεί τα παιδιά ηλικίας μεταξύ 5 και 8 ετών να αναγνωρίσουν τον εκφοβισμό και τη βία και να κατανοήσουν ότι αυτά είναι λάθος. Καλεί τα παιδιά ηλικίας 12-15 ετών να ενημερωθούν ότι η σεξουαλική κακοποίηση, η σεξουαλική επίθεση, η ενδοσυντροφική βία και ο εκφοβισμός αποτελούν παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και δεν ευθύνεται ποτέ το θύμα. Τέλος, καλεί τους μεγαλύτερους εφήβους – ηλικίας 15-18 ετών – να διδάσκονται ότι η συναίνεση είναι κρίσιμη για μια θετική σεξουαλική σχέση με έναν σύντροφο (WHO, 2023a).

Σε κλινικό πλαίσιο, οι παιδίατροι μπορούν να ενθαρρύνουν τους εφήβους να επικοινωνούν με τους συντρόφους τους σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα πριν από την εμπλοκή, σεβόμενοι τα λεκτικά και μη λεκτικά όρια και ενδείξεις, τονίζοντας ότι η συναίνεση πρέπει να συμβαίνει με κάθε δραστηριότητα κάθε φορά και ότι το άλλο άτομο μπορεί να αλλάξει γνώμη. Οι παιδίατροι μπορούν να εκπαιδεύσουν τους νέους άνδρες ότι οι ακόλουθες καταστάσεις δεν περιλαμβάνουν συναίνεση: άρνηση αναγνώρισης του «όχι», υποθέτοντας ότι φοράντας ορισμένα ρούχα, φλερτάροντας ή μια φιλία είναι πρόσκληση για οτιδήποτε περισσότερο, κάποιος που είναι νεότερος από τη νόμιμη ηλικία συναίνεσης (όπως ορίζεται από το κράτος), κάποιος που είναι ανίκανος λόγω ναρκωτικών ή αλκοόλ, πιέζοντας κάποιον σε σεξουαλική δραστηριότητα χρησιμοποιώντας φόβο ή εκφοβισμό, και υποθέτοντας άδεια συμμετοχής σε σεξουαλική πράξη επειδή έχει συμβεί στο παρελθόν. Οι παιδίατροι ενθαρρύνονται να συμπεριλάβουν συζητήσεις σχετικά με τους ορισμούς και τις αντιλήψεις της σεξουαλικής συναίνεσης, να διαλύσουν τους μύθους σχετικά με τη συναίνεση και να παρέχουν προληπτική καθοδήγηση σχετικά με τη συναινετική σεξουαλική δραστηριότητα για τη διευκόλυνση ασφαλών και υγιών σχέσεων μεταξύ των ανδρών εφήβων και των συντρόφων τους (Grubb et al., 2020). Μέσω μιας τέτοιας προσέγγισης, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση βελτιώνει την ικανότητα των παιδιών και των νέων να αντιδρούν στην κακοποίηση, να σταματούν την κακοποίηση και, τέλος, να βρίσκουν βοήθεια όταν τη χρειάζονται (WHO, 2023a).

Η συζήτηση για το σεξ και τη σεξουαλικότητα ωφελεί όλους τους εφήβους κατά τη διάρκεια επισκέψεων ρουτίνας, όπως και ο έλεγχος για σεξουαλική δραστηριότητα και σεξουαλική δραστηριότητα υψηλού κινδύνου. Οι άνδρες εφήβοι μπορούν να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στην πρόληψη της εγκυμοσύνης και στη λήψη αποφάσεων αντισύλληψης στις γυναίκες συντρόφους τους. Οι παιδίατροι μπορούν να ενθαρρύνουν τους άνδρες εφήβους να παρακολουθήσουν επισκέψεις αντισύλληψης με τους συντρόφους τους. Κατά τη διάρκεια αυτών των επισκέψεων, υπάρχει μια μεγάλη ευκαιρία να αφουγκραστούν οι επιθυμίες ή / και οι προθέσεις εγκυμοσύνης και να εκπαιδευτούν σε μια ποικιλία μεθόδων αντισύλληψης και στη σημασία της κοινής λήψης αποφάσεων. Επιπλέον, ο πάροχος υγείας μπορεί να ενθαρρύνει τον άνδρα σύντροφο να δεσμευτεί για συνεπή χρήση προφυλακτικού ως τρόπο να έχει προσωπικό έλεγχο της μη προγραμματισμένης εγκυμοσύνης και της προφύλαξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις.

Επιπρόσθετα, η συζήτηση με τους εφήβους για τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (ιδίως σεξουαλικού υλικού), παρακολούθηση πορνογραφίας, αντιλήψεις για το υλικό αυτό και τυχόν δυσμενείς επιπτώσεις, δημιουργούν το έδαφος για καθοδήγηση σχετικά με την ασφαλή και

λογική χρήση του διαδικτύου και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης σε γονείς και ασθενείς (Grubb et al., 2020).

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα προγράμματα προώθησης της αποχής – τα οποία διδάσκουν τους νέους να μην κάνουν σεξ εκτός γάμου – δεν είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη της πρώιμης σεξουαλικής δραστηριότητας και της ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς, και είναι δυνητικά επιβλαβή για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των νέων (WHO, 2023a).

Είναι σημαντικό η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να περιλαμβάνει συνεχείς συζητήσεις σχετικά με κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που σχετίζονται με ευρύτερες πτυχές των σχέσεων και της ευπάθειας, όπως οι ανισότητες φύλου και εξουσίας, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η φυλή, η κατάσταση του HIV, η αναπηρία, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η ταυτότητα φύλου. Με αυτόν τον τρόπο καλύπτεται ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, μερικά από τα οποία μπορεί να είναι πολιτισμικά ευαίσθητα, ανάλογα με το πλαίσιο. Σε πολλά περιβάλλοντα, παραλείπουν ή αποφεύγουν βασικά θέματα ή/και δίνουν υπερβολική έμφαση στους «μηχανισμούς» της αναπαραγωγής χωρίς να εστιάζουν επίσης στις υπεύθυνες σεξουαλικές συμπεριφορές και στη σημασία των υγιών και ισότιμων σχέσεων. Η παράλειψη βασικών θεμάτων θα μειώσει την αποτελεσματικότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Για παράδειγμα, η αποτυχία συζήτησης της εμμήνου ρύσεως μπορεί να συμβάλει στην επιμονή αρνητικών κοινωνικών και πολιτιστικών στάσεων απέναντί της. Αυτό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη ζωή των κοριτσιών, συμβάλλοντας στη δια βίου δυσφορία για το σώμα τους και οδηγώντας σε επιφυλακτικότητα στην αναζήτηση βοήθειας όταν προκύπτουν προβλήματα. Άλλα παραδείγματα περιλαμβάνουν: σεξουαλική επαφή, επιστημονικές πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη της εγκυμοσύνης, τις ανάγκες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και υγείας των νέων που ζουν με αναπηρία ή HIV, μη ασφαλείς τεχνητή διακοπή κύησης και επιβλαβείς πρακτικές όπως ο ακρωτηριασμός των γυναικείων γεννητικών οργάνων, οι διακρίσεις λόγω σεξουαλικού προσανατολισμού ή ταυτότητας φύλου. Η αποσιώπηση ή η παράλειψη αυτών των θεμάτων μπορεί να συμβάλει στο στίγμα, την ντροπή και την άγνοια, μπορεί να αυξήσει την ανάληψη κινδύνων και να δημιουργήσει εμπόδια αναζήτησης βοήθειας για ευάλωτους ή περιθωριοποιημένους πληθυσμούς.

Οι κατευθυντήριες γραμμές υπογραμμίζουν τη σημασία της αντιμετώπισης της πραγματικότητας και του αντικτύπου της σεξουαλικότητας στη ζωή των νέων, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων πτυχών που μπορεί να είναι ευαίσθητες ή δύσκολο να συζητηθούν σε ορισμένες κοινότητες.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση απευθύνεται στο ασφαλέστερο σεξ, προετοιμάζοντας τους νέους - μετά από προσεκτική λήψη αποφάσεων - για στενές σχέσεις που μπορεί να περιλαμβάνουν σεξουαλική επαφή ή άλλη σεξουαλική δραστηριότητα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι μια τέτοια προσέγγιση συνδέεται με μεταγενέστερη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας, μειωμένη πρακτική επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών (η οποία βοηθά επίσης στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων) και αυξημένη χρήση αντισύλληψης (WHO, 2023a).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας οργανώνει την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σύμφωνα με την ηλικία και οκτώ βασικές έννοιες προς ανάλυση. Οι ηλικιακές ομάδες είναι τέσσερις και χωρίζονται σε 5-8 ετών, 9-12 ετών, 12-15 ετών και 15-18+ ετών. Οι στόχοι είναι σταδιακοί, με έννοιες για τους νεότερους μαθητές που συνήθως περιλαμβάνουν πιο βασικές πληροφορίες, λιγότερο προηγμένες γνωστικές εργασίες και λιγότερο σύνθετες δραστηριότητες. Όλες οι πληροφορίες που συζητούνται με τους εκπαιδευόμενους στις προαναφερθείσες ηλικιακές ομάδες θα πρέπει να είναι σύμφωνες με τις γνωστικές τους ικανότητες και να περιλαμβάνουν παιδιά και νέους με διανοητικές/μαθησιακές δυσκολίες.

Οι στόχοι θα πρέπει να προσαρμόζονται στην πραγματικότητα των εκπαιδευομένων και να βασίζονται στα διαθέσιμα δεδομένα και αποδεικτικά στοιχεία, και όχι στην προσωπική δυσφορία ή την αντιληπτή αντίθεση στη συζήτηση για τη σεξουαλικότητα με παιδιά ή νέους. Η βιβλιογραφία και η έρευνα για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αναδεικνύουν την ανάγκη αντιμετώπισης ευαίσθητων ζητημάτων παρά τις προκλήσεις που αυτή θέτει. Είναι σημαντικό τα παιδιά να αναπτύξουν τη γλώσσα

και την ικανότητα να μιλούν και να κατανοούν το σώμα, τα συναισθήματα και τις σχέσεις τους από νεαρή ηλικία.

Όσων αφορά τις βασικές έννοιες που ενδείκνυται να αναλυθούν στα πλαίσια της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, αυτές καθορίζονται ως εξής:

1. Σχέσεις	2. Αξίες, Δικαιώματα, Πολιτισμός & Σεξουαλικότητα
1.1 Οικογένειες	2.1 Αξίες & σεξουαλικότητα
1.2 Φιλία, αγάπη & ρομαντικές σχέσεις	2.2 Ανθρώπινα δικαιώματα & σεξουαλικότητα
1.3 Ανοχή, ένταξη & σεβασμός	2.3 Πολιτισμός, κοινωνία & σεξουαλικότητα
1.4 Μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις & γονεϊκότητα	
3. Κατανόηση Φύλου	4. Βία & Διατήρηση της Ασφάλειας
3.1 Η κοινωνική κατασκευή του φύλου & τα πρότυπα φύλου	4.1 Βία
3.2 Ισότητα φύλων, στερεότυπα & προκατάληψη	4.2 Συγκατάθεση, ιδιωτικότητα & σωματική ακεραιότητα
3.3 Έμφυλη βία	4.3 Ασφαλής χρήσης του διαδικτύου
5. Δεξιότητες για την Υγεία & την Ευημερία	6. Το Ανθρώπινο Σώμα & η Ανάπτυξη
5.1 Νόρμες & επιρροή συνομήλικων στη σεξουαλική συμπεριφορά	6.1 Αναπαραγωγική Ανατομία & Φυσιολογία
5.2 Λήψη αποφάσεων	6.2 Αναπαραγωγή
5.3 Επικοινωνία, Άρνηση & Διαπραγματευτικές Δεξιότητες	6.3 Εφηβεία
5.4 Μέσα επικοινωνίας & σεξουαλικότητα	6.4 Εικόνα σώματος
5.5 Εύρεση βοήθειας & υποστήριξης	
7. Σεξουαλικότητα & Σεξουαλική Συμπεριφορά	8. Σεξουαλική & Αναπαραγωγική Υγεία
7.1 Σεξ, σεξουαλικότητα & σεξουαλικός κύκλος ζωής	8.1 Εγκυμοσύνη & Πρόληψή της
7.2 Σεξουαλική συμπεριφορά & σεξουαλική ανταπόκριση	8.2 HIV & AIDS, στίγμα, φροντίδα, θεραπεία, υποστήριξη
	8.3 Κατανόηση, αναγνώριση & μείωση του κινδύνου ΣΜΝ

Πίνακας 1 Θεματικές Ενότητες Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης

Οι βασικές έννοιες αναλύονται με βάση τις δεξιότητες ανά ηλικιακή ομάδα. Η γνώση παρέχει ένα κρίσιμο θεμέλιο, ενώ βοηθούν τους νέους να διαμορφώσουν την κατανόησή τους για τον εαυτό τους, τη σεξουαλικότητα και τον κόσμο. Ταυτόχρονα, δεξιότητες όπως η επικοινωνία, η ακρόαση, η άρνηση, η λήψη αποφάσεων και η διαπραγμάτευση, η κριτική σκέψη, η αυτογνωσία, η ανάπτυξη

ενσυναίσθησης, η πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες ή υπηρεσίες, η καταπολέμηση του στιγματισμού και των διακρίσεων και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων, επιτρέπουν στους νέους να δημιουργήσουν τα απαραίτητα εργαλεία που θα ενισχύσουν την σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία (WHO, 2018).

mHealth – Η εξ' αποστάσεως Ιατρική

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την υγεία εν κινήσει ως «πρακτική ιατρικής και δημόσιας υγείας που υποστηρίζεται από κινητές συσκευές, όπως κινητά τηλέφωνα, συσκευές παρακολούθησης ασθενών, προσωπικούς ψηφιακούς βοηθούς (PDA) και άλλες ασύρματες συσκευές» (Υπουργείο Υγείας, 2018a). Περιλαμβάνει επίσης εφαρμογές τρόπου ζωής και ευεξίας που μπορούν να συνδεθούν με ιατρικές συσκευές ή αισθητήρες (π.χ. βραχιόλια ή ρολόγια), καθώς και συστήματα προσωπικής καθοδήγησης, πληροφορίες υγείας και υπενθυμίσεις φαρμάκων που παρέχονται μέσω sms και τηλεϊατρικής που παρέχονται ασύρματα (European Commission, 2014).

Το mHealth ξεκίνησε ως έργο χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τη συλλογή και διάδοση έρευνας και εμπειριών σχετικά με τη μεγάλης κλίμακας εφαρμογή προγραμμάτων mHealth. Το έργο βασίστηκε στην επιτυχία της κοινής πρωτοβουλίας Be Healthy Be Mobile μεταξύ του ΠΟΥ και της ITU για την κλιμάκωση τεκμηριωμένων λύσεων ψηφιακής υγείας στους τομείς των μη μεταδοτικών ασθενειών. Λειτουργούσε από μια ισχυρή και επιδέξια κοινοπραξία 17 δημόσιων και ιδιωτικών εταιριών από 12 ευρωπαϊκές χώρες με επικεφαλής το σύστημα δημόσιας υγείας της Ανδαλουσίας (European mHealth Hub, 2023).

Το mHealth υποστηρίζει τον ρόλο των ασθενών από έναν μάλλον παθητικό σε έναν πιο συμμετοχικό ρόλο, ενισχύοντας παράλληλα την ευθύνη τους για την υγεία τους. Μπορεί επίσης να αυξήσει την ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα υγείας μέσω εύληπτων πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και τον τρόπο με τον οποίο να ζουν με αυτήν, βοηθώντας τους έτσι να λαμβάνουν πιο τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους. Η στροφή προς την περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή ενδέχεται να απαιτήσει τον επανασχεδιασμό των υφιστάμενων υποδομών και οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, που επί του παρόντος είναι οργανωμένοι γύρω από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να είναι ανοικτά στη δυνατότητα λήψης δεδομένων από ασθενείς (π.χ. δεδομένα που συλλέγονται από εφαρμογές για φορητές συσκευές) και να διασφαλίζουν την πρόσβαση στην περίθαλψη, για παράδειγμα μέσω διαδικτυακών πλατφορμών υγείας προσβάσιμων από ασθενείς και γιατρούς. Αυτό συνεπάγεται αλλαγή στον ρόλο των επαγγελματιών που μπορεί να χρειαστεί να παρακολουθούν εξ αποστάσεως τους ασθενείς και πιο συχνά να αλληλεπιδρούν μαζί τους μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (European Commission, 2014).

Στα δεδομένα της Ελλάδας, η διαδικτυακή δίοδος στην υγεία μπορεί να παρέχει πολύ βοηθητικό ρόλο στο σύστημα υγείας. Η πρόσβαση των ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέσω του mHealth θα <<ξεκουράσει>> τους επαγγελματίες υγείας, καθώς θα μοιραστεί ο φόρτος εργασίας και δεν θα είναι εξολοκλήρου με υποχρεωτική φυσική παρουσία. Η πρόληψη και η εκπαίδευση θα οδηγήσουν πιθανώς σε λιγότερες μέρες νοσηλείας, μειωμένο αριθμό χρόνιων παθήσεων ή φαρμακευτικών αγωγών, απελευθέρωση των περιορισμένων ανθρώπινων και οικονομικών πόρων και λιγότερες άσκοπες επισκέψεις στον γιατρό (Apostolakis & Tzanavaris, 2014). Φαίνεται, λοιπόν, πως το σύστημα υγείας θα πάρει μια <<ανάσα>> από τις οικονομικές πιέσεις και τον όγκο των ασθενών που εξυπηρετεί, αφού θα δοθεί βάση και έγκυρη πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Υγεία.

Από την πλευρά των ασθενών, τα πλεονεκτήματα είναι εξίσου πολλά. Η πρόσβαση στην Υγεία από οποιοδήποτε γεωγραφικό μήκος και πλάτος, θα βοηθήσει οποιονδήποτε χρειάζεται ιατρική καθοδήγηση αλλά για λόγους γεωγραφικούς ή προσωπικούς κωλύεται. Ακόμη, οι ασθενείς με το mHealth μπορούν να αποκτήσουν πρόσβαση σε δεδομένα της υγείας τους, π.χ. ζωτικά σημεία, και να δουν επί του πρακτέου τι αλλαγές στον τρόπο ζωής τους πρέπει να γίνουν για την βελτίωση της υγείας ή την ίαση. Ο ασθενής αναλαμβάνει ουσιαστικά την ευθύνη του εαυτού του και αποκτά πιο ενεργό ρόλο. Κατ' επέκταση, μέσω του mHealth, ο ασθενής ειδοποιείται να πάρει την αγωγή του, να κλείσει ραντεβού στο γιατρό και μπορεί να εκπαιδευτεί πάνω στο πρόβλημα υγείας που έχει μέσω της ενημέρωσης από την ηρεμία του σπιτιού του. Κάτι το οποίο είναι πολύ βασικό, καθώς πέρα από

τον περιορισμένο χρόνο, πολλές φορές οι ασθενείς σε ευαίσθητα θέματα χρειάζονται χρόνο να κατανοήσουν και να δεχτούν ένα πρόβλημα υγείας και στην συνέχεια να δράσουν πάνω σε αυτό.

Εξετάζοντας τα διαφορετικά πλεονεκτήματα, είναι εύκολο να κατανοήσουμε πως η βοήθεια του mHealth είναι πολύτιμη. Η δυσκολία έγκειται στο να χρησιμοποιηθεί ευρέως, ιδίως όταν άνθρωποι τρίτης ηλικίας αντιμετωπίζουν προβλήματα διαχείρισης της τεχνολογίας. Ωστόσο σε νεότερους πληθυσμούς, η παροχή υγείας μέσω εφαρμογής μπορεί πολύ εύκολα να ενσωματωθεί ως νόρμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Συνεπώς, είναι καίριο, το Υπουργείο Υγείας και στη συνέχεια οι επαγγελματίες υγείας, να προωθήσουν να προωθήσουν την χρήση του mHealth και να μπει στην ζωή των ασθενών πιο ενεργά.

Χρήση Τηλε-ιατρικής στην Αντισύλληψη

Η ενημέρωση, η εκπαίδευση και η εξατομικευμένη επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου είναι απαραίτητες για την σεξουαλική ευεξία, χωρίς όμως να σημαίνει ότι οι ανάγκες αυτές καλύπτονται πλήρως. Παγκοσμίως, το ποσοστό της ανάγκης οικογενειακού προγραμματισμού που ικανοποιείται με σύγχρονες μεθόδους παρέμεινε στάσιμο σε περίπου 77 % από το 2015 έως το 2022, αλλά αυξήθηκε από 52% σε 58% στην υποσαχάρια Αφρική. Τα εμπόδια στην αντισύλληψη περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων: περιορισμένη επιλογή μεθόδων, περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες, ιδίως μεταξύ των νέων, των φτωχότερων και των άγαμων ατόμων, φόβος ή εμπειρία παρενεργειών, πολιτιστική ή θρησκευτική σύγκρουση, κακή ποιότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών, μεροληψία των χρηστών και των παρόχων έναντι ορισμένων μεθόδων, και εμπόδια με βάση το φύλο στην πρόσβαση σε υπηρεσίες (WHO, 2023b).

Η τηλεϊατρική μπορεί να βελτιώσει την υγεία όσων έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας περίθαλψη (π.χ. λόγω γεωγραφικών φραγμών). Στον τομέα της αναπαραγωγικής υγείας, η τηλεϊατρική έχει χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει στον έλεγχο των επιπέδων σακχάρου στο αίμα σε έγκυες γυναίκες με διαβήτη, να προσφέρει εκπαίδευση για την αναπαραγωγική υγεία στις αγροτικές περιοχές και να βελτιώσει τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των ενηλίκων.

Οι παρεμβάσεις κινητής υγείας χρησιμοποιούν διαφορετικές προσεγγίσεις (όπως μηνύματα κειμένου, φωνητικά μηνύματα ή εφαρμογές smartphone) ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των ανθρώπων και των διαθέσιμων συσκευών. Το πλεονέκτημα των παρεμβάσεων μέσω κινητού τηλεφώνου σε σύγκριση με τις αλληλεπιδράσεις πρόσωπο με πρόσωπο είναι ότι μπορούν να παρέχουν φθηνή ατομική διαδραστική υποστήριξη όπου κι αν βρίσκεται το άτομο και όποτε είναι απαραίτητο. Οι κινητές λύσεις υγείας, διασφαλίζοντας παράλληλα ένα ορισμένο επίπεδο εμπιστευτικότητας, παρέχουν ευκαιρίες για γρήγορη διάδοση έγκυρων πληροφοριών.

Στα πιο δυσπρόσιτα μέρη του κόσμου, η αυξημένη πρόσβαση και αξιοπιστία των κινητών τηλεφώνων αποτελούν ένα πολύτιμο εργαλείο επικοινωνίας με τους πληθυσμούς που κατοικούν σε αυτές τις περιοχές. Παραδείγματος χάρι, η παροχή ιατρικής διακοπής κύησης μέσω τηλεϊατρικής είναι μια αποτελεσματική και αποδεκτή μέθοδος για τις γυναίκες, η οποία συνδέεται με λιγότερες παρενέργειες σε σύγκριση με τις υπηρεσίες πρόσωπο με πρόσωπο. Οι γυναίκες που λαμβάνουν εκπαιδευτικά μηνύματα κατά τη διάρκεια της χρήσης φαρμάκων για διακοπή κύησης βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα στρες και άγχους και είναι πιο πιθανό να είναι προετοιμασμένες για αιμορραγία, πόνο και άλλες παρενέργειες που μπορεί να αντιμετωπίσουν.

Στην ανασκόπηση των Shahrokhi et al. διερευνήθηκε ο ρόλος των εργαλείων τηλε – ιατρικής στην πρόληψη μη προγραμματισμένων κυήσεων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μετά τη χρήση κινητών τηλεφώνων για την αύξηση της αποδοχής των γυναικών, η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών είχε την υψηλότερη αποδοχή μεταξύ των αντισυλληπτικών μεθόδων ακολουθούμενη από ενέσιμες μεθόδους, σπιράλ και εμφυτεύματα. Επιπλέον, τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων κειμένου και φωνητικών μηνυμάτων με τηλεφωνική συμβουλευτική για την προώθηση της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις κινητής υγείας ως παρέμβαση χαμηλού κόστους είχαν τεράστιο αντίκτυπο στην αύξηση της αποδοχής και της χρήσης αποτελεσματικών προληπτικών μεθόδων μεταξύ των γυναικών.

Οι εφαρμογές πληροφοριών για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είχαν τη μεγαλύτερη επίδραση στην αντισύλληψη και τα προγράμματα παρακολούθησης γονιμότητας, οι υπενθυμίσεις

λήψης των αντισυλληπτικών χαπιών και τα τεστ εγκυμοσύνης είχαν τον μικρότερο αντίκτυπο στην αντισύλληψη. Οι πιο κοινές μέθοδοι αντισύλληψης περιελάμβαναν την αντισύλληψη σε σχέση με τις γόνιμες μέρες του κύκλου (44%), τα αντισυλληπτικά χάπια (43%) και τα γυναικεία και ανδρικά προφυλακτικά (34%). Τέλος, τα ευρήματα έδειξαν ότι η αποστολή εκπαιδευτικών υπενθυμίσεων κειμένου αύξησε τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών σε νεαρές γυναίκες (Shahrokhi et al., 2023).

Ερευνητικό Μέρος

Η παρούσα ανασκόπηση έχει ως σκοπό την σύγκριση μελετών που περιλαμβάνουν παρεμβάσεις στην χρήση αντισύλληψης και αλλαγή συμπεριφοράς σχετικά με την σεξουαλική υγεία σε διαφορετικά πλαίσια, ώστε να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Μέθοδος

Κριτήρια Επιλογής Μελετών

Τα κριτήρια επιλογής για τη συμπερίληψη των μελετών αφορούσαν στην ελάττωση των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών και στην χρήση αντισύλληψης ή/ και τη βελτίωσή της, μέσω παρεμβάσεων. Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Δοκιμές (Randomized Controlled Trials).

Ο πληθυσμός – στόχος των παρεμβάσεων ήταν οι έφηβοι και οι νέοι έως 22 ετών. Οι έρευνες έπρεπε να καλύπτουν ένα φάσμα ηλικίας, στο παραπάνω ηλικιακό πλαίσιο, συμπεριλαμβάνοντας απαραίτητα τις εφηβικές ηλικίες. Αποκλείστηκαν έρευνες που επικεντρώνονταν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι εργαζόμενοι του σεξ, άστεγοι, οι ψυχιατρικές διαταραχές ή η κατάχρηση ουσιών, μελέτες παρεμβάσεων με πληθυσμό - στόχο έφηβες έπειτα από τεχνητή διακοπή κύησης ή μητέρες έφηβες, για πρόληψη επακόλουθης μη προγραμματισμένης κύησης, και τέλος μελέτες που στόχευαν μόνο την πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων.

Στρατηγική αναζήτησης

Η βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας στη βάση δεδομένων PubMed. Εφαρμόστηκαν περιορισμοί στην ημερομηνία (2019 – 2024) και στον τύπο των μελετών (Clinical Study και Clinical trial). Δεν εφαρμόστηκαν περιορισμοί γλώσσας. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε από την αρχή και η ημερομηνία της τελευταίας αναζήτησης ήταν 17 Ιουλίου 2024. Η βιβλιογραφική αναζήτηση βασίστηκε στους ακόλουθους όρους: "Interventions" και "Contraceptive Education".

Έγιναν δύο ξεχωριστές αναζητήσεις. Στην πρώτη αναζήτηση χρησιμοποιήθηκε ο γενικός όρος "Contraceptive Education", ώστε να διευρυνθεί η αναζήτηση βάσει των τίτλων σε οποιαδήποτε τυχαιοποιημένη δοκιμή έγινε σχετικά με την εκπαίδευση στην αντισύλληψη (συνολικά βρέθηκαν 264 μελέτες). Στην δεύτερη αναζήτηση χρησιμοποιήθηκε ο συνδυασμός Boolean με τους όρους "Interventions AND Contraceptive Education", ώστε να εντοπιστούν πιο συγκεκριμένες μελέτες που βασίζονται στην παρέμβαση στην αντισύλληψη (συνολικά βρέθηκαν 238 μελέτες). Στη συνέχεια οι μελέτες συγχωνεύθηκαν και διπλότυπες εγγραφές αφαιρέθηκαν πριν τον περαιτέρω έλεγχο των μελετών.

Επιλογή Μελετών

Οι μελέτες επιλέχθηκαν ως εξής : οι τίτλοι και οι περιλήψεις όλων των ηλεκτρονικών άρθρων ελέγχθηκαν ως προς την καταλληλότητά τους από δύο συγγραφείς (Χριστίνα Γραμματικού & Δημήτριος Παπουτσής). Στην συνέχεια, η συμπερίληψη μελετών πραγματοποιήθηκε μετά την ανάκτηση και αναθεώρηση του πλήρους κειμένου των άρθρων που κρίθηκαν επιλέξιμα.

Συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα που εξήχθησαν από καθεμία από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν ήταν: όνομα του πρώτου συγγραφέα, έτος διενέργειας, χώρα, σχεδιασμός και διεξαγωγή μελέτης, μέγεθος δείγματος, κριτήρια επιλογής, δημογραφικά δεδομένα και τα κύρια αποτελέσματα.

Δείκτες Αποτελεσμάτων

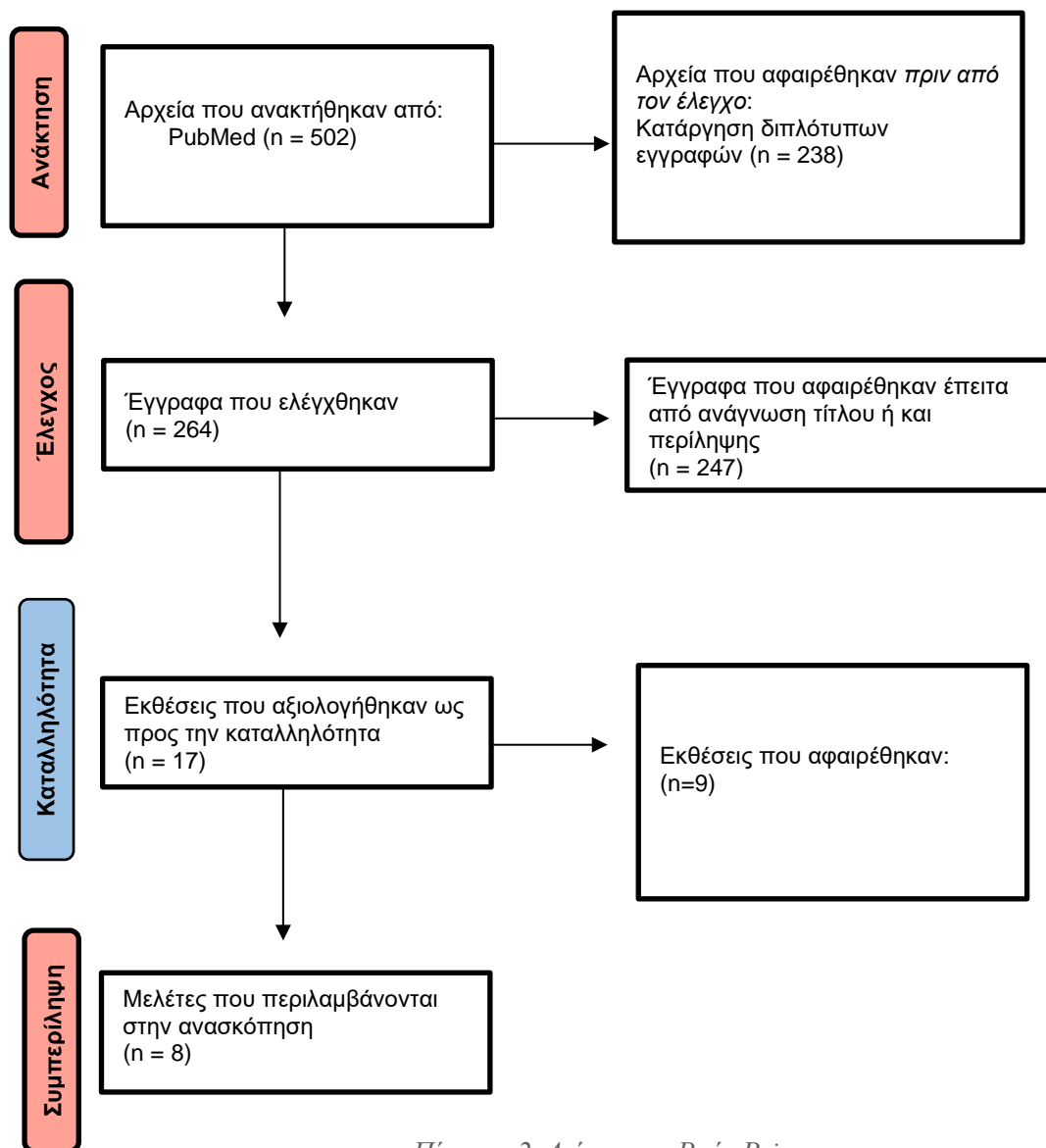
Οι μελέτες έπρεπε να αναφέρουν τουλάχιστον ένα από τα κύρια αποτελέσματα, όσον αφορά την αντισύλληψη:

- Χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, συμπεριλαμβανομένης της έναρξης ή της αλλαγής
- Αλλαγή στάσης ή συμπεριφοράς σχετικά με σεξουαλική υγεία

Αποτελέσματα

Επιλογή Μελετών

Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα ροής, αφού είχε προηγηθεί η εφαρμογή περιορισμών στην ημερομηνία (2019 – 2024) και στον τύπο δημοσίευσης (Clinical Study – Clinical Trial) συνολικά ανακτήθηκαν 502 δημοσιεύσεις από την βάση αναζήτησης Pubmed (n = 502) και έπειτα από κατάργηση των διπλότυπων εγγράφων (n=238), τα υπόλοιπα 264 έγγραφα ελέγχθηκαν ως προς τον τίτλο και την περίληψη (n=264). Μετά την ανάγνωση του τίτλου ή/και της περίληψης, αποκλείστηκαν 247 έγγραφα (n=247) και 17 άρθρα αξιολογήθηκαν ως προς την καταλληλότητα επιλογής τους. Τέλος, 8 επιλέξιμα άρθρα που ανέφεραν 8 μελέτες συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση (Coyle et al., 2021; Hegdahl et al., 2022; Lohan et al., 2022; Miller et al., 2021; Philliber, 2021; Shafii et al., 2019; Wondimagegene et al., 2023; Ybarra et al., 2021).



Πίνακας 2. Διάγραμμα Ροής Prisma

Μελέτες που Απορρίφθηκαν

Συνολικά, απορρίφθηκαν 9 μελέτες. Κάποιες από αυτές δεν τηρούσαν τα ηλικιακά κριτήρια, εστιάζοντας αποκλειστικά είτε σε πολύ μικρές εφηβικές ηλικίες (Lohan et al., 2023) είτε σε ενήλικες νέους (Babalola et al., 2019; Cho & Park, 2023; Jenner et al., 2023; Manlove et al., 2020). Μελέτες που δεν εξέτασαν την χρήση αντισύλληψης απορρίφθηκαν (Alekhya et al., 2023; Saucier et al., 2022). Τέλος, μία μελέτη εστίαζε αποκλειστικά στην πρόληψη του HIV (Gómez-Lugo et al., 2022), ενώ μια άλλη μελέτη δεν συμπεριλάμβανε τα αποτελέσματα, καθώς είχε κυρίως ενημερωτικό χαρακτήρα (Tebb et al., 2021).

Μελέτες που Συμπεριλαμβάνονται

Μελέτη	Χώρα	Τύπος μελέτης	Δείγμα Ανάλυσης	Δείγμα παρέμβασης	Ηλικία (Μέσος Όρος)	Χρηματική αμοιβή
Shafii et al. (2019)	ΗΠΑ	RCT	n = 242 (άνδρες - γυναίκες)	n = 130	21 έτη	Ναι
Miller et al. (2021)	ΗΠΑ	RCT	n = 91 (άνδρες - γυναίκες)	n = 44	17 έτη	Ναι
Philliber et al. (2021)	ΗΠΑ	RCT	n = 1.066 (άνδρες - γυναίκες)	n = 551	16 έτη	Ναι
Ybarra et al. (2021)	ΗΠΑ	RCT	n = 799 (γυναίκες)	n = 389	16 έτη	Όχι
Coyle et al. (2021)	ΗΠΑ	RCT	n = 1.597 (άνδρες - γυναίκες)	n = 831	15 έτη	Όχι
Hegdahl et al. (2022)	Ζάμπια	RCT	n = 4.922 (γυναίκες)	n = 1.919	14 έτη	Ναι
Lohan et al. (2022)	Ηνωμένο Βασίλειο	RCT	n = 8.216 (άνδρες - γυναίκες)	n = 3.057	14 έτη	Όχι
Wondimagegene et al. (2023)	Αιθιοπία	RCT	n = 218 (γυναίκες)	n = 108	17 έτη	Όχι

Πίνακας 3 Τα χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση

Όλες οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την ανασκόπηση ήταν Τυχασιοποιημένες Δοκιμές Ελέγχου (RCT). Σε όσες μελέτες υπήρξαν δεδομένα που δεν ανακτήθηκαν, οι ερευνητές το ανέφεραν και ή δεν συμπεριλήφθηκαν οι συμμετέχοντες στο τελικό δείγμα ανάλυσης ή χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές τεχνικές εξισορρόπησης.

Συνολικά 5 μελέτες διενεργήθηκαν στις ΗΠΑ, μία στο Ηνωμένο Βασίλειο, και δύο στην Ήπειρο της Αφρικής, Ζάμπια και Αιθιοπία. Η γεωγραφική έκταση που κάλυπτε η εκάστοτε έρευνα ήταν διευρυμένη, καλύπτοντας έτσι αρκετές περιοχές και περιβάλλοντα.

Μελετώντας τον αριθμό των συμμετεχόντων, η έρευνα με τους περισσότερους συμμετέχοντες ήταν εκείνη του Ηνωμένου Βασιλείου, καλύπτοντας σχολεία σε όλη την επικράτειά του (Αγγλία, Βόρεια Ιρλανδία, Σκωτία, Ουαλία), με δείγμα 8.216 μαθητές. Στη συνέχεια, ακολουθεί η δοκιμή στη Ζάμπια με τους μισούς συμμετέχοντες του Ηνωμένου Βασιλείου, δηλαδή 4.922, η δοκιμή των Coyle et al. με 1.597 και των Philliber et al. με 1.066 συμμετέχοντες στις ΗΠΑ. Οι δοκιμές με πιο περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων ήταν των Ybarra et al. με 799 και των Shafii et al. με 242 συμμετέχοντες (ΗΠΑ), των Wondimagegene et al. με 218 συμμετέχοντες (Αιθιοπία) και των τέλος των Miller et al. με 91 συμμετέχοντες. Στον πίνακα 2, ο αριθμός του δείγματος, που αναγράφεται και στο γενικό δείγμα και στην ομάδα παρέμβασης, είναι αυτός που χρησιμοποιήθηκε στην τελική ανάλυση των δεδομένων από τους ερευνητές. Οι δοκιμές αποτελούνταν από συνεδρίες παρακολούθησης, τα δεδομένα των οποίων οι ερευνητές χρησιμοποίησαν στα αποτελέσματά τους, οπότε σε περίπτωση έλλειψης, οι ερευνητές δεν συμπεριέλαβαν τους συμμετέχοντες που είχαν ολοκληρώσει την αρχική έρευνα μόνο ή και κάποιες επακόλουθες συνεδρίες. Στην δοκιμή των Lohan

et al., ωστόσο οι ερευνητές χρησιμοποίησαν όλους τους συμμετέχοντες και τα δεδομένα τους από της αρχική έρευνα για ανάλυση δημογραφικών στοιχείων, ενώ στη συνέχεια από το αρχικό δείγμα δεν συμπεριέλαβαν στην μελέτη όσους δεν είχαν ολοκληρώσει τις συνεδρίες παρακολούθησης. Το γενικό δείγμα που αναγράφεται στον Πίνακα 2 αφορά το πρωταρχικό δείγμα της αρχικής έρευνας, ενώ το δείγμα παρέμβασης αφορά τους συμμετέχοντες που ολοκλήρωσαν τη συνεδρία παρακολούθησης, ακολουθώντας τον τρόπο διαχείρισης των ερευνητών.

Η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο στα δείγματα των δοκιμών όσο και στην ανασκόπηση έχουν μεγάλη ποικιλία. Στον Πίνακα 2, αναφέρονται οι μέσοι όροι ηλικίας των συμμετεχόντων. Η πιο μικρή ηλικία που αναγράφεται είναι τα 14 έτη, ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα δημοσιογραφικά στοιχεία πάρθηκαν κατά την έναρξη των δοκιμών, κυρίως στο σκέλος της επιλογής των συμμετεχόντων, και ανάλογα την ποσότητα ή την διάρκεια σε βάθος χρόνου των συνεδριών παρακολούθησης, οι περισσότερες έρευνες ακολούθησαν τους συμμετέχοντες σε μεγαλύτερες ηλικίας. Για αυτό τον λόγο, μία άλλη δοκιμή των Lohan απορρίφθηκε, καθώς οι μαθητές στο τέλος των συνεδριών παρακολούθησης έφθασαν τα 14 έτη. Το δείγμα είχε ποικιλομορφία ως προς τις ηλικίες και οι έρευνες που συμπεριλήφθηκαν τηρούσαν τα κριτήρια επιλογής, δηλαδή είχαν διεξαχθεί σε έφηβους ή τους συμπεριελάμβαναν.

Τέλος, οι 4 από τις 8 έρευνες αναφέρουν πως δόθηκε χρηματική αμοιβή στους συμμετέχοντες. Στην έρευνα στην Ζάμπια η οικονομική στήριξη των συμμετεχόντων ήταν και ομάδα προς διερεύνηση και μέρος της παρέμβασης. Οι υπόλοιπες 3 έρευνες διεξάχθηκαν σε κλινικό πλαίσιο και σε workshop. Η χρηματική αμοιβή ή η παροχή δωροκαρτών διευκόλυναν τους ερευνητές να διασφαλίσουν πως οι συμμετέχοντες θα ολοκληρώσουν όλη την δοκιμή μέχρι το τέλος. Η πιστότητα των αποτελεσμάτων των συμμετεχόντων δεν φαίνεται να επηρεάστηκε από πιθανή ηθική υποχρέωση λόγω της αμοιβής.

Παρακάτω, αναλύονται ξεχωριστά τα βασικά χαρακτηριστικά κάθε μελέτης.

Διαδραστική Παρέμβαση Βασισμένη σε Υπολογιστή (Κλινικό Πλαίσιο)

Στην πιλοτική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή που έγινε από τους Shafii et al. πραγματοποιείται μια σύντομη συνεδρία παρέμβασης σε μια κλινική Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, στο Σιάτλ της Ουάσινγκτον, από τον Φεβρουάριο του 2012 έως τον Φεβρουάριο του 2013, ενώ η επίσκεψη παρακολούθησης στους 3 μήνες διήρκεσαν έως τον Ιούνιο του 2013. Οι στόχοι αυτής της μελέτης ήταν να αποδειχθεί η σκοπιμότητα και η αποδοχή μιας διαδραστικής παρέμβασης βασισμένης σε υπολογιστή για τη σεξουαλική υγεία, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης στη μείωση του σεξ χωρίς προφυλάξεις μεταξύ ομάδων σε 3 μήνες και η πιλοτική δοκιμή των αποτελεσμάτων των βιοδεικτών των λοιμώξεων από *Chlamydia trachomatis* και *Neisseria gonorrhoeae* και της εγκυμοσύνης.

Η παρέμβαση βασίζεται σε έννοιες που υιοθετήθηκαν από τα σχέδια επιλογών που ανέπτυξε ο Jeffrey Fisher. Πιο συγκεκριμένα, το Options Project είναι μια σύντομη παρέμβαση που παρέχεται από τον κλινικό ιατρό με στοιχεία παρακινητικής συνέντευξης και χρησιμοποιεί το θεωρητικό μοντέλο των Πληροφοριών, των Κινήτρων και των Συμπεριφορικών Δεξιοτήτων. Η παρέμβαση στην παρούσα μελέτη ακολούθησε αυτό το πρότυπο, αλλά αντί να παραδοθεί από έναν κλινικό ιατρό, παρουσιάστηκε από έναν υπολογιστή για να μιμηθεί μια αλληλεπίδραση κλινικού ιατρού-ασθενούς.

Το δείγμα της έρευνας ήταν 242 συμμετέχοντες, αγόρια και κορίτσια ηλικίας 14-24 ετών, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 21 έτη και το 64,7% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Το δείγμα αντιπροσώπευε διαφορετικές φυλές / εθνικότητες (37,4% λευκής φυλής, 34,1% μαύρης φυλής και μικρότερα ποσοστά Ασίας / Ειρηνικού, ισπανόφωνων κ.ά.

Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν από έναν ερευνητή στην αίθουσα αναμονής μιας δημόσιας κλινικής ΣΜΝ στο Σιάτλ. Ελέγχθηκαν ως προς την καταλληλότητά τους και έδωσαν τη συγκατάθεσή τους είτε αυτοπροσώπως είτε μέσω υπολογιστή, χωρίς απαραίτητη γονική συναίνεση για συμμετέχοντες κάτω των 18 ετών, καθώς τα 14 έτη είναι η νόμιμη ελάχιστη ηλικία συναίνεσης για υπηρεσίες ΣΜΝ / HIV στην πολιτεία της Ουάσινγκτον. Παράλληλα, μπορούσαν να προσεγγίσουν τους ερευνητές και όσα άτομα ενδιαφέρονταν για την έρευνα, μέσω συγκεκριμένων κλινικών και η καταλληλότητά τους εξετάστηκε μέσω τηλεφώνου. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας συναίνεσης,

οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι οι ερευνητές δοκίμαζαν μια νέα μέθοδο για να συζητήσουν τη σεξουαλική υγεία με εφήβους και νεαρούς ενήλικες.

Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων ήταν:

- γνώση αγγλικών,
- τουλάχιστον ένα επεισόδιο κολπικού σεξ χωρίς προστασία τους τελευταίους δύο μήνες (είτε χωρίς προφυλακτικό είτε χωρίς αντισύλληψη: π.χ. χάπια, έμπλαστρο, ένεση, δακτύλιο, ενδομήτρια συσκευή (IUD) και εμφύτευμα),
- καμία τρέχουσα εγκυμοσύνη σε εαυτούς ή στους σεξουαλικούς συντρόφους,
- και να μην επιδιώκουν ενεργά εγκυμοσύνη. Οι γυναίκες ελέγχθηκαν με τεστ εγκυμοσύνης ούρων και αποκλείστηκαν εάν ήταν έγκυες.

Πραγματοποιήθηκε τυχαιοποίηση των συμμετεχόντων από υπολογιστή και τύφλωση στο ερευνητικό προσωπικό και στους συμμετέχοντες όσον αφορά την κατανομή στην ομάδα παρέμβασης (n= 130) ή ελέγχου (n=112). Η τυχαιοποίηση στρωματοποιήθηκε ανά φύλο (αρσενικό ή θηλυκό), ηλικία (14-18 ετών ή 19-24 ετών) και τύπο κλινικής επίσκεψης (ταχεία επίσκεψη ή επίσκεψη κλινικού ιατρού). Οι ερευνητές μερίμνησαν ώστε οι συμμετέχοντες να μην έρχονται σε επαφή κατά την διάρκεια της διαδικασίας, ώστε να διατηρηθεί η μεροληψία των απαντήσεων των συμμετεχόντων και κατ' επέκταση των αποτελεσμάτων της μελέτης. Η διαδικασία κατά την αρχική επίσκεψη ήταν η ίδια και για τις δύο ομάδες (παροχή δημογραφικών στοιχείων και σεξουαλικού ιστορικού μέσω υπολογιστή και δείγματος ούρων για εξέταση ΣΜΝ). Στην συνέχεια, η ομάδα ελέγχου συνέχισε την τυπική διαδικασία της κλινικής φροντίδας, ενώ η ομάδα παρέμβασης έλαβε μια διαδραστική παρέμβαση μέσω υπολογιστή πριν συνεχίσει με την επίσκεψη ρουτίνας στην κλινική. Σε περίπτωση που εξετάστηκαν από κλινικό γιατρό, οι συμμετέχοντες και στις δύο ομάδες ολοκλήρωσαν μια σύντομη συνέντευξη εξόδου με τον βοηθό έρευνας, για να προσδιοριστούν ποια θέματα ασφαλούς σεξ συζητήσαν.

Οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης είχαν τρεις επιλογές για αλληλεπίδραση με τον υπολογιστή, διάρκειας 15 – 20 λεπτών:

- ένα avatar αρσενικού γιατρού,
- ένα avatar θηλυκού γιατρού (εικόνες ενός παρόχου σαν να συνομιλεί με τον ασθενή),
- ή κανένα avatar (μόνο κείμενο).

Στη συνέχεια έλαβαν εξατομικευμένη ανατροφοδότηση σχετικά με τις επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές τους από το avatar ή μέσω κειμένου. Προσφέρονταν και βίντεο που στόχευαν στις γνώσεις και τις δεξιότητες της σεξουαλικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων επιδείξεων για το πώς να χρησιμοποιούν προφυλακτικά και άλλες μεθόδους αντισύλληψης (π.χ. χάπια, έμπλαστρο, ένεση, δακτύλιο, IUD και εμφύτευμα), τους μύθους πρόληψης της εγκυμοσύνης, και τη διαπραγμάτευση της χρήσης προφυλακτικού. Στο τέλος της παρέμβασης, ζητήθηκε από κάθε συμμετέχοντα να προσδιορίσει μια συμπεριφορά σεξουαλικού κινδύνου που σχεδίαζε να αλλάξει και να θέσει ως προσωπικό στόχο να υιοθετήσει αυτή την αλλαγή πριν από την επίσκεψη παρακολούθησης σε 3 μήνες.

Κατά την τρίμηνη επίσκεψη παρακολούθησης, οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης και ελέγχου εισήγαγαν το προσωρινό σεξουαλικό ιστορικό τους ηλεκτρονικά. Οι ερωτήσεις ήταν παρόμοιες με εκείνες της βασικής έρευνας, και τα θέματα περιελάμβαναν τη χρήση προφυλακτικού και αντισύλληψης όσον αφορά την κολπική επαφή, τον αριθμό σεξουαλικών συντρόφων και την ενδιάμεση διάγνωση ΣΜΝ ή εγκυμοσύνης από την έναρξη της συνέντευξης. Κάθε συμμετέχων στην ομάδα παρέμβασης κλήθηκε να απαντήσει σε πρόσθετες ερωτήσεις σχετικά με την πρόοδο που είχε σημειωθεί προς τον στόχο αλλαγής συμπεριφοράς. Οι συμμετέχοντες και στις δύο ομάδες παρείχαν δείγματα ούρων για έλεγχο ΣΜΝ και οι γυναίκες παρείχαν ούρα και για τεστ εγκυμοσύνης. Υπήρξε χρηματική αμοιβή για τους συμμετέχοντες. Μεταξύ των 242 συμμετεχόντων που ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση, δεν έλειπαν δεδομένα για μεταβλητές στην έρευνα παρακολούθησης και δεν υπήρξαν ανεπιθύμητες ενέργειες ούτε στην ομάδα ελέγχου ούτε στην ομάδα παρέμβασης.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης, στην τελευταία οι συμμετέχοντες ανέφεραν 33% χαμηλότερο ποσοστό κολπικού σεξ χωρίς χρήση προφυλακτικού (p = 0,05) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, με το ποσοστό των ατόμων που

χρησιμοποιούν προφυλακτικό να φτάνει το 82,3%. Πιο συγκεκριμένα, στην διερευνητική ανάλυση του υποσυνόλου των γυναικών της παρέμβασης, εκείνες ανέφεραν λιγότερους συντρόφους (29% λιγότερες πιθανότητες) και σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό κολπικού σεξ χωρίς προφυλακτικά (50% λιγότερες πιθανότητες). Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των ανδρών παρέμβασης και ελέγχου για τα αποτελέσματα της χρήσης προφυλακτικού, τον αριθμό των συντρόφων ή σε περιστατικό ΣΜΝ. Δεν υπήρξαν περιπτώσεις γονόρροιας με αυτοαναφορά ή εξέταση ούρων. Υπήρξαν 13 λοιμώξεις (11%) από γλαμύδια, με αυτοαναφορά και εξέταση ούρων κατά την παρακολούθηση, μεταξύ 112 συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης έναντι 26 λοιμώξεων από γλαμύδια μεταξύ 130 στην ομάδα ελέγχου, χωρίς στατιστική σημασία ($p = 0,08$). Υπήρξαν 50% λιγότερες ακούσιες εγκυμοσύνες στις γυναίκες της ομάδας παρέμβασης ($n = 5$) σε σύγκριση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου ($n = 10$) ($p = 0,25$). Τα αποτελέσματα της διερευνητικής ανάλυσης δείχνουν ότι η παρέμβαση μπορεί να ήταν πιο αποτελεσματική στις γυναίκες από ό, τι στους άνδρες.

Παρόλο που κάποια αποτελέσματα δεν έφτασαν την επιθυμητή στατιστική σημασία, παρατηρήθηκε μια συνεπής και ουσιαστική μείωση των συμπεριφορών κινδύνου και των αποτελεσμάτων των βιοδεικτών. Η συγκεκριμένη μελέτη είναι καινοτόμα, καθώς η παρέμβαση είναι μιας συνεδρίας κατά τη διάρκεια μιας κλινικής επίσκεψης στο πλαίσιο εφήβων και νεαρών ενηλίκων ασθενών που αναζητούν φροντίδα, χρησιμοποιεί avatar ιατρών για να μιμηθεί την αλληλεπίδραση παρόχου-ασθενούς και παρέχει εξατομικευμένη, εμπιστευτική ανατροφοδότηση σε κάθε άτομο με βάση το ιστορικό σεξουαλικού κινδύνου, τα κίνητρα και τα αντιληπτά εμπόδια στην αλλαγή συμπεριφοράς. Η παρέμβαση είναι αυτορυθμιζόμενη και επιτρέπει στον συμμετέχοντα να επιλέξει ποια θέματα σεξουαλικής υγείας θα εξερευνησει, σύμφωνα με τις ανάγκες του, ενώ ζητά από τους συμμετέχοντες να προσδιορίσουν και να δεσμευτούν σε έναν επακόλουθο στόχο αλλαγής συμπεριφοράς της επιλογής τους, ο οποίος αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της συνέντευξης κινήτρων. Παρόλο που οι περιορισμοί της μελέτης είναι το σχετικά σύντομο διάστημα παρακολούθησης 3 μηνών και η απουσία πληροφοριών σχετικά με τη βιωσιμότητα του αντίκτυπου της παρέμβασης, κλινικά, η παρούσα μελέτη είναι μοναδική στην αντιμετώπιση τόσο των ΣΜΝ / HIV όσο και της ακούσιας εγκυμοσύνης ως αποτελεσμάτων συννοσηρότητας της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς (Shafii et al., 2019).

Παρέμβαση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Κλινικό Πλαίσιο)

Η πιλοτική τυχαιοποιημένη δοκιμή των Miller et al. πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Παιδών Midwestern στο Kansas των Ηνωμένων Πολιτειών από το Νοέμβριο του 2017 έως τον Σεπτέμβριο του 2019. Ο σκοπός ήταν να αξιολογηθεί η σκοπιμότητα, η αποδοχή και η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης SexHealth.

Τα κριτήρια ένταξης των συμμετεχόντων ήταν η αγγλική ευχέρεια, η ηλικία 14-19 ετών, και οποιαδήποτε προηγούμενη σεξουαλική δραστηριότητα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Τα εκπαιδευμένα μέλη της ομάδας της μελέτης εντόπισαν πιθανούς συμμετέχοντες μέσω των τυποποιημένων ηλεκτρονικών πινάκων παρακολούθησης του τμήματος Επειγόντων. Οι έφηβοι ελέγχθηκαν στην αρχή για προηγούμενη σεξουαλική δραστηριότητα. Έδωσαν προφορική συγκατάθεση για να συμμετάσχουν στον έλεγχο επιλογής και, στη συνέχεια, εάν πληρούσαν τις προϋποθέσεις, παρείχαν γραπτή συγκατάθεση για τη δοκιμή. Δεν χρειαζόταν γονική συναίνεση. Οι ασθενείς με κρίσιμη ασθένεια ή γνωστική εξασθένηση, που έλαβαν κλινική φροντίδα από έναν συγγραφέα της μελέτης ή αναζήτησαν φροντίδα για οξύ αυτοκτονικό ιδεασμό ή σεξουαλική επίθεση / κακοποίηση αποκλείστηκαν.

Το δείγμα αποτέλεσαν 91 συμμετέχοντες (παρέμβαση = 44, έλεγχος = 47) με μέση ηλικία τα 17 έτη. Οι συμμετέχοντες στρωματοποιήθηκαν με την παρουσία συμπτωμάτων που σχετίζονται με το ουρογεννητικό σύστημα (π.χ. δυσουρία, έκκριση γεννητικών οργάνων, έμετος σε γυναίκα συμμετέχουσα) και χωρίστηκαν σε ομάδες (1:1) χρησιμοποιώντας μια ακολουθία τυχαιοποίησης που δημιουργήθηκε από υπολογιστή. Η κατανομή αποκρύφτηκε χρησιμοποιώντας διαδοχικά αριθμημένους, αδιαφανείς, σφραγισμένους φακέλους, στους οποίους είχε πρόσβαση το προσωπικό της μελέτης.

Όλες οι αξιολογήσεις (έλεγχος, πριν και μετά τη θεραπεία) πραγματοποιήθηκαν αυτοδιαχειριζόμενες χρησιμοποιώντας μια ηλεκτρονική έρευνα σε ιδιωτικό δωμάτιο με παρόντες μόνο τον συμμετέχοντα και το μέλος της ομάδας μελέτης, με αμοιβή 35 \$. Οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας κατά την επίσκεψη (π.χ. φάρμακα, εξετάσεις) για τους συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης καλύφθηκαν με επιχορήγηση. Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν αξιολογήσεις παρακολούθησης στους 2, 4 και 6 μήνες μέσω τηλεφώνου ή διαδικτυακού συνδέσμου (αμοιβή 10, 10 \$ και 25 \$).

Δύο γυναίκες εκπαιδευτικοί υγείας έλαβαν ένα εγχειρίδιο παρέμβασης που αναπτύχθηκε για το έργο και περιλάμβανε λεπτομερή περιγραφή της παρέμβασης, στιγμιότυπα οθόνης και δείγματα σεναρίων. Έλαβαν 30 ώρες εκπαίδευσης, συμπεριλαμβανομένου ενός δωρου εργαστηρίου για την ανάπτυξη και την εξάσκηση τεχνικών για την παρακινητική συνέντευξη, καθώς και για το παιχνίδι ρόλων και την άμεση παρατήρηση. Για να διασφαλιστεί η πιστότητα της μελέτης όλες οι συνεδρίες ηχογραφήθηκαν. Η μέση διάρκεια παρέμβασης ήταν 24,6 λεπτά.

Στην ομάδα ελέγχου, ένας εκπαιδευτής υγείας προσέφερε στους συμμετέχοντες ένα εμπορικά διαθέσιμο, έντυπο φυλλάδιο που περιγράφει ασφαλέστερες σεξουαλικές συμπεριφορές και μια έντυπη λίστα τοπικών πόρων για τη φροντίδα σεξουαλικής και ψυχικής υγείας που περιελάμβανε την Κλινική Εφήβων που συνδέεται με το νοσοκομείο. Οι συμμετέχοντες στη συνέχεια παραπέμφθηκαν πίσω στον κλινικό ιατρό τους, ο οποίος παρείχε τυπική φροντίδα στο τμήμα επειγόντων, η οποία μπορεί να περιλάμβανε φροντίδα ή υπηρεσίες για ανάγκες σεξουαλικής υγείας. Οι συμμετέχοντες εισήγαγαν τα δεδομένα συμπεριφοράς υγείας τους στο σύστημα CDS ως μέρος της αρχικής αξιολόγησής τους, η οποία επέτρεψε τη μεταγενέστερη ανάλυση των αναγκών υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό της μελέτης. Ούτε το προσωπικό των ΤΕΠ ούτε ο συμμετέχων είχαν πρόσβαση στον κατάλογο των προσαρμοσμένων υπηρεσιών υγείας που δημιουργήθηκε από το σύστημα CDS.

Οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης έλαβαν το ίδιο φυλλάδιο υγείας και κατάλογο πόρων με τους ελέγχους και ολοκλήρωσαν επίσης την ενισχυμένη παρέμβαση SexHealth με τον εκπαιδευτικό υγείας. Χρησιμοποιήθηκε η Θεωρία της Προγραμματισμένης Συμπεριφοράς και το Κοινωνικό Οικολογικό Μοντέλο, και παράλληλα οι αρχές της Συνέντευξης Κινήτρων για να καθοδηγηθεί η συμβουλευτική. Ο εκπαιδευτικός χρησιμοποίησε ένα tablet για να παραδώσει την παρέμβαση, μοιράζοντας κατά διαστήματα την οθόνη με τον συμμετέχοντα.

Ο εκπαιδευτικός εργάστηκε αρχικά για να οικοδομήσει τη σχέση με τον έφηβο και ζήτησε από αυτόν να επιλέξει από ένα μενού θεμάτων (αριθμός συντρόφων, διάλειμμα από το σεξ, προφυλακτικά και ασφαλέστερο σεξ). Ο εκπαιδευτικός χρησιμοποίησε ανοιχτές ερωτήσεις για να εμπλέξει τον έφηβο σε μια συζήτηση σχετικά με τις σεξουαλικές συμπεριφορές και παρείχε εξατομικευμένη ανατροφοδότηση για να επισημάνει τις αποκλίσεις μεταξύ στόχων και συμπεριφορών. Για να διευκολυνθεί η ενίσχυση των κινήτρων για ασφαλέστερες συμπεριφορές, η παρέμβαση περιείχε διαδραστικές διαφάνειες για την αξιολόγηση του αντιληπτού κινδύνου και δημόσια διαθέσιμα εκπαιδευτικά βίντεο. Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν εκπαίδευση δεξιοτήτων προφυλακτικού και προσαρμοσμένη συμβουλευτική μείωσης κινδύνου. Οι εξατομικευμένες συστάσεις υπηρεσιών υγείας δημιουργήθηκαν από το σύστημα CDS και ο εκπαιδευτικός τις εξέτασε στην τελική οθόνη. Ο εκπαιδευτικός προσέφερε υπηρεσίες σε μορφή προτεραιότητας (π.χ. συζητήθηκαν πρώτα ευαίσθητες στο χρόνο υπηρεσίες όπως η επείγουσα αντισύλληψη). Για να υποστηρίξουν την αυτονομία των εφήβων, οι συμμετέχοντες επέλεξαν τις υπηρεσίες που τους ενδιέφεραν περισσότερο να συζητήσουν ή να ολοκληρώσουν.

Παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα της μελέτης, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες στο σκέλος παρέμβασης ολοκλήρωσαν την παρέμβαση (98%). Το 95% των παρεχόμενων θεμάτων συζητήθηκαν με τους συμμετέχοντες στην παρέμβαση. Ένα μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην παρέμβαση ολοκλήρωσε τις περισσότερες από τις υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της αποδοχής προφυλακτικών (82% έναντι 21%, $p < .001$), της εξέτασης HIV (33% έναντι 6%, $p = .02$) και, μεταξύ των γυναικών συμμετεχόντων που ανέφεραν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις τις τελευταίες 5 ημέρες, της αποδοχής χρονικά ευαίσθητης επείγουσας αντισύλληψης (80% έναντι 0%, $p = .01$). Οι συμμετέχοντες στην παρέμβαση έδειξαν επίσης άμεσες βελτιώσεις στη στάση του προφυλακτικού (43%), επιλέγοντας λιγότερο επικίνδυνες συμπεριφορές και πρόθεση να έχουν λιγότερους

συντρόφους στο μέλλον που δεν διατηρήθηκαν κατά την παρακολούθηση. Μεταξύ εκείνων που ανέφεραν πρόσφατη σεξουαλική επαφή, περίπου οι μισοί (40% παρέμβαση έναντι 57% ελέγχου, $P = .68$) ανέφεραν χρήση προφυλακτικού στο τελευταίο σεξ. Κατά την 6μηνη παρακολούθηση, το 32% των συμμετεχόντων στο σκέλος παρέμβασης και το 44% των συμμετεχόντων στο σκέλος ελέγχου ανέφεραν ολοκλήρωση υπηρεσιών σεξουαλικής υγείας τους τελευταίους 2 μήνες.

Η συγκεκριμένη δοκιμή είναι αρκετά διαφωτιστική, χρησιμοποιώντας μια παρέμβαση που παρέχει τόσο συμβουλευτική για τη μείωση του σεξουαλικού κινδύνου όσο και υιοθέτηση υπηρεσιών κλινικής φροντίδας. Οι ερευνητές θεωρούν πως παρέχεται η δυνατότητα να μειωθούν οι ανισότητες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας για περιθωριοποιημένους εφήβους που δεν αναζητούν τακτική ή προληπτική φροντίδα.

Ται υψηλά ποσοστά εγκυμοσύνης και σεξουαλικής επαφής χωρίς προφυλάξεις μεταξύ των εφήβων στα ΤΕΠ, δείχνουν πως η παρέμβαση στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών αντιπροσωπεύει μια ιδανική τοποθεσία για την παροχή συμβουλών μείωσης του κινδύνου και την παροχή επείγουσας και άλλης ορμονικής αντισύλληψης. Οι συμμετέχοντες στο σκέλος παρέμβασης επέδειξαν άμεση βελτίωση στη στάση του προφυλακτικού και εμπιστοσύνη στη χρήση προφυλακτικού. Ωστόσο, αυτές οι αλλαγές συμπεριφοράς δεν διατηρήθηκαν με την πάροδο του χρόνου, υποδεικνύοντας την ανάγκη για πρόσθετη ή πιο εντατική παρέμβαση για να βοηθήσουν τους εφήβους να διατηρήσουν αυτά τα οφέλη. Είναι πιθανό ότι η επιρροή των στάσεων και συμπεριφορών σεξουαλικής υγείας απαιτεί πιο συνεχή ή έντονη παρέμβαση (Miller et al., 2021).

Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση σε LGBTQ Νέους Μέσω Workshop

Η μελέτη των Philliber et al. πραγματοποιήθηκε μεταξύ Φεβρουαρίου 2017 και Μαρτίου 2020 σε 16 πολιτείες: Αλάσκα, Καλιφόρνια, Κονέκτικατ, Αϊόβα, Μασαχουσέτη, Μίσιγκαν, Μινεσότα, Μοντάνα, Νεμπράσκα, Βόρεια Καρολίνα, Όρεγκον, Ρόουντ Άιλαντ, Τέξας, Γιούτα, Ουάσιγκτον και Ουισκόνσιν. Οι στόχοι των ερευνητών ήταν να αυξηθεί η γνώση της σεξουαλικής υγείας, η αυτο-αποτελεσματικότητα στην επικοινωνία των αναγκών και των ανησυχιών για τη σεξουαλική υγεία στους επαγγελματίες υγείας, η χρήση υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζεται με ΣΜΝ και να μειωθούν οι σεξουαλικές συμπεριφορές που μπορεί να οδηγήσουν σε εγκυμοσύνες και ΣΜΝ. Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι είναι να μειωθούν οι εγκυμοσύνες εφήβων και τα ποσοστά HIV / STD μεταξύ των νέων LGBTQ.

Το πρόγραμμα IN-clued: To Inclusive Healthcare Youth and Providers Empowered (IN-clued) είναι μια εκπαιδευτική παρέμβαση που έχει σχεδιαστεί για τη μείωση των ακούσιων κυήσεων και των ΣΜΝ μεταξύ των νέων LGBTQ. Το IN-clued υιοθετεί μια διπλή προσέγγιση για τη μείωση των ατυχών αποτελεσμάτων σεξουαλικής υγείας για τους νέους LGBTQ, παρέχοντας ένα εργαστήριο για νέους LGBTQ και ένα εργαστήριο για παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και προσωπικό κλινικών. Σε αυτή τη μελέτη οι ερευνητές επικεντρώθηκαν στη συνιστώσα της νεολαίας.

Για να είναι επιλέξιμοι οι νέοι για αυτή τη μελέτη, έπρεπε να είναι μέλος ομάδων LGBTQ, όπως οι ομοφυλοφιλικές ομάδες στα σχολεία, να προσληφθούν για να παρακολουθήσουν μια ειδική εκδήλωση σε μια κοινοτική οργάνωση ή να παρακολουθήσουν ένα συνέδριο που σχετίζεται με LGBTQ. Ωστόσο, δεν χρειαζόταν να είναι LGBTQ, καθώς αυτό θα μπορούσε ενδεχομένως να προκαλέσει ορισμένους νέους LGBTQ να πρέπει να αποκαλύψουν την LGBTQ ταυτότητά τους για να λάβουν αυτήν την παρέμβαση. Μέλη του προγράμματος στρατολόγησαν χώρους, ομάδες και νέους ανάλογα με τις ανάγκες. Μέσα σε μια τοποθεσία, οι νέοι ανατέθηκαν τυχαία σε μια από τις δύο ομάδες, παρέμβασης ή ελέγχου. Όλοι οι νέοι συμπλήρωσαν ένα έντυπο συγκατάθεσης πριν από τη συμμετοχή, ενώ δεν χρειαζόταν γονική συναίνεση.

Συνολικά 1.401 νέοι (713 θεραπεία και 688 έλεγχος) συμπεριλήφθηκαν σε αυτή τη μελέτη. Το αναλυτικό δείγμα, ωστόσο, περιλάμβανε 1.066 συμμετέχοντες (551 θεραπεία και 515 έλεγχος). Το εύρος ηλικίας ήταν 14-22 ετών, και η μέση ηλικία των συμμετεχόντων τα 16 έτη. Η πλειοψηφία κάθε ομάδας ορίστηκε ως γυναίκες κατά τη γέννηση. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν τρανσέξουαλ ή πρόσθετες μη cisgender ταυτότητες.

Το πρόγραμμα παρέμβασης IN-clued για νέους αποτελείται από ένα 3ωρο προσωπικό εργαστήριο και περιλαμβάνει μαθήματα σχετικά με τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, τις

ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, την αυτοαποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης, τα παιχνίδια ρόλων της αίθουσας εξέτασης και μια συζήτηση για τα δικαιώματα των ασθενών. Οι νέοι λαμβάνουν ένα σύντομο φυλλάδιο που μοιάζει με περιοδικό, το οποίο περιλαμβάνει πληροφορίες που καλύπτονται από το εργαστήριο, καθώς και εθνικούς πόρους LGBTQ. Οι συμμετέχοντες λαμβάνουν μια λίστα τοπικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, η οποία επισημαίνει εκείνους που έχουν συμμετάσχει στο IN-clued ή έχουν εκπαιδευτεί σχετικά με τη συνεργασία με τον πληθυσμό LGBTQ. Οι νέοι του προγράμματος μπορούν να επιλέξουν να λαμβάνουν γραπτά μηνύματα που ενισχύουν τις πληροφορίες από το πρόγραμμα. Τα κείμενα αυτά αποστέλλονται από μια κεντρικά διαχειριζόμενη υπηρεσία, μία φορά την εβδομάδα για 12 εβδομάδες.

Οι νέοι στην ομάδα ελέγχου έλαβαν μια εναλλακτική δραστηριότητα που δεν σχετίζεται με τη σεξουαλική υγεία ή την πρόσβαση σε σεξουαλική υγειονομική περίθαλψη. Ο κατάλογος των εγκεκριμένων δραστηριοτήτων περιελάμβανε, μεταξύ άλλων, τα εξής: ταινίες από, και για, νέους LGBTQ σχετικά με τον σεξουαλικό προσανατολισμό και την ταυτότητα φύλου, ποίηση, συζητήσεις σχετικά με τις σχέσεις και δραστηριότητες που σχετίζονται με την εκτίμηση των μοναδικών δυνατοτήτων των ατόμων. Έλαβαν, επίσης, μια λίστα τοπικών παρόχων σεξουαλικής υγειονομικής περίθαλψης χωρίς καμία ένδειξη εκπαίδευσης για τη σεξουαλική υγειονομική περίθαλψη LGBTQ.

Οι νέοι και στις δύο ομάδες ερωτήθηκαν κατά αρχική έρευνα και μακροπρόθεσμα, 12 μήνες μετά το εργαστήριο και 9 μήνες μετά το τέλος της υπηρεσίας γραπτών μηνυμάτων. Πριν και κατά τη διάρκεια των εργασιών, οι ερευνητές διένειμαν δωροκάρτες αξίας \$10 κατά την κρίση τους. Κάθε συμμετέχων έλαβε 30 δολάρια μετρητά για την ολοκλήρωση κάθε έρευνας παρακολούθησης. Στους περιορισμούς της μελέτης ανήκουν πως υλοποιήθηκε μόνο σε αστικές περιοχές και πως οι γονείς των συμμετεχόντων είχαν υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης.

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα της ομάδας παρέμβασης ένα χρόνο μετά το εργαστήριο, σε σύγκριση με τους νέους ελέγχου, ένα σημαντικό μικρότερο ποσοστό συμμετεχόντων είχε κολπικό σεξ χωρίς προφυλακτικό τους τελευταίους τρεις μήνες (14,4% παρέμβαση, 19,0% έλεγχος).

Οι νέοι της παρέμβασης ήταν σημαντικά πιο πιθανό να απαντήσουν σωστά ότι οι νέοι LGBTQ έχουν υψηλότερα ποσοστά ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης από τους μη LGBTQ συνομηλίκους τους (50,1% παρέμβαση και 27,3% έλεγχος), ότι οι νέοι LGBTQ είναι λιγότερο πιθανό να πάνε στο γιατρό για σεξουαλική υγειονομική περίθαλψη από τους μη LGBTQ συνομηλίκους τους (88,8% παρέμβαση και 82,6% έλεγχος) και ότι υπάρχουν επιλογές αντισύλληψης που δεν θα αλληλοεπιδράσουν με θεραπείες ορμονικής υποκατάστασης (θεραπεία 68,2% και 57,7% έλεγχος). Οι νέοι που έλαβαν την παρέμβαση παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες γνώσης συνολικά από τους νέους ελέγχου (75,7% παρέμβαση και 67,2% έλεγχος).

Υπήρχαν σημαντικές και θετικές διαφορές στα αποτελέσματα της σεξουαλικής υγειονομικής περίθαλψης. Σε σύγκριση με τους νέους του ελέγχου, ένα σημαντικό μεγαλύτερο ποσοστό των νέων της παρέμβασης είχαν πάει σε γιατρό ή κλινική για αντισύλληψη ή έλεγχο των γεννήσεων (44,8% παρέμβαση και 39,8% έλεγχος). Ένα σημαντικό μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας παρέμβασης είχε λάβει αντισύλληψη σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (49,5% θεραπεία και 44,6% έλεγχος).

Τέλος, ένα σημαντικό μεγαλύτερο ποσοστό των νέων του προγράμματος ανέφεραν ότι αισθάνονται ότι θα μπορούσαν να υποστηρίξουν τη δική τους σεξουαλική υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με τους νέους ελέγχου (85,2% παρέμβαση και 79,6% έλεγχος). Οι νέοι του προγράμματος είχαν σημαντικά υψηλότερες συνολικές βαθμολογίες αυτο-αποτελεσματικότητας από τους νέους ελέγχου (68,5% παρέμβαση και 63,6% έλεγχος).

Όπως γίνεται αντιληπτό από τα ευρήματα της μελέτης, το πρόγραμμα IN-clued είχε θετικά αποτελέσματα σε όλα τα ερευνητικά ερωτήματα. Ενώ ορισμένα προγράμματα στοχεύουν να κάνουν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση χωρίς αποκλεισμούς των αναγκών των LGBTQ, αγνοούν ορισμένες μοναδικές περιστάσεις και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νέοι LGBTQ για την επίτευξη υγιών αποτελεσμάτων, όπως το αίσθημα ότι δεν έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τον σεξουαλικό προσανατολισμό ή / και την ταυτότητα φύλου τους σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης, εάν είναι ασφαλές να το πράξουν και να υποστηρίξουν πιο εύκολα τον εαυτό τους. Σε αυτή τη μελέτη, η θετική επίδραση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ήταν εξαιρετική, με έναν πληθυσμό που πολύ συχνά

έχει παραμεληθεί στην πρόληψη της εγκυμοσύνης εφήβων και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης (Philliber, 2021).

Παρέμβαση mHealth (Μέσω SMS)

Στη μελέτη των Ybarra et al., οι ερευνητές, ανέπτυξαν και δοκίμασαν το Girl2Girl, ένα πρόγραμμα πρόληψης εγκυμοσύνης 20 εβδομάδων βασισμένο σε γραπτά μηνύματα, προσαρμοσμένο στις μοναδικές ανάγκες των σεξουαλικά έμπειρων και άπειρων cisgender LGB+ εφήβων κοριτσιών. Στόχος της μελέτης ήταν να εξετάσει τα συμπεριφορικά αποτελέσματα που σχετίζονται με το περιεχόμενο αλλαγής συμπεριφοράς που παρέχεται μέσω γραπτών μηνυμάτων σχετικά με την πρόληψη της εγκυμοσύνης.

Η εγγραφή των συμμετεχόντων έγινε μέσω διαδικτυακών διαφημίσεων στο Facebook και το Instagram μεταξύ του Ιανουαρίου 2017 και Ιανουαρίου 2018 και οι περισσότεροι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα παρέμβασης ή ελέγχου και την έρευνά έως τις 31 Μαΐου 2018. Οι ερευνητές εξέτασαν τις υποψήφιες, θέτοντας ένα στοχευμένο αριθμό όσον αφορά τους δημογραφικούς παράγοντες (π.χ. ισπανόφωνοι), ώστε να εξασφαλιστεί η ποικιλομορφία του δείγματος και η εγγραφή έγινε τηλεφωνικά. Μόλις επιβεβαιώθηκε η επιλογή τους και ελήφθη ενημερωμένη συγκατάθεση, οι συμμετέχοντες έλαβαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου έναν μοναδικό σύνδεσμο προς τη βασική έρευνα. Για την συμμετοχή στην έρευνα δεν χρειαζόταν γονική συναίνεση, ώστε τα κορίτσια να μην χρειαστεί να θέσουν τον εαυτό τους σε μια δυνητικά μη ασφαλή κατάσταση αποκαλύπτοντας τη σεξουαλική τους ταυτότητα στους γονείς τους. Οι συμμετέχοντες δέχτηκαν χρηματικό ποσό για να συνεχίσουν, πέραν της βασικής έρευνας. Σε αυτή τη μελέτη, αναφέρονται τα αποτελέσματα της βασικής έρευνας, χωρίς τις συνεδρίες παρακολούθησης.

Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Τα κριτήρια επιλογής για τη μελέτη ήταν:

- ηλικία 14 έως 18 ετών,
- cisgender γυναίκα (δηλαδή, θηλυκό φύλο κατά τη γέννηση και γυναικεία ταυτότητα φύλου),
- σεξουαλική μειονότητα (π.χ. λεσβίες, αμφιφυλόφιλοι),
- γυμνάσιο / λύκειο (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που δεν τελείωσαν ή εγκατέλειψαν),
- αγγλόφωνοι,
- αποκλειστικοί χρήστες κινητού τηλεφώνου (δηλαδή, δεν μοιράζονται το τηλέφωνο με κάποιον άλλο) με απεριόριστο πρόγραμμα γραπτών μηνυμάτων,
- χρήστες γραπτών μηνυμάτων για τουλάχιστον 6 μήνες,
- σκοπεύουν να έχουν τον ίδιο αριθμό κινητού τηλεφώνου για το επόμενο έτος και
- είναι σε θέση να παρέχουν ενημερωμένη συγκατάθεση είτε είναι <18 ετών είτε είναι 18 ετών, συμπεριλαμβανομένης της αποδεκτής βαθμολογίας σχετικά με την «ικανότητα συγκατάθεσης» και την αξιολόγηση αυτοασφάλειας.

Τα κριτήρια αποκλεισμού περιελάμβαναν τη γνώση ενός άλλου κοριτσιού εγγεγραμμένου στο πρόγραμμα παρέμβασης και τη συμμετοχή σε προηγούμενη δραστηριότητα παρέμβασης.

Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν τυχαία στην παρέμβαση Girl2Girl ($n = 473$) ή στην ομάδα ελέγχου ($n = 475$) σε αναλογία κατανομής τυχαιοποίησης 1 προς 1 και είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 16 έτη. Η τυχαία κατανομή διαστρωματώθηκε με βάση (1) τη σεξουαλική εμπειρία και (2) τη σεξουαλική ταυτότητα. Οι συμμετέχοντες δεν γνώριζαν σε ποια ομάδα ανήκουν, σε αντίθεση με τους ερευνητές. Στην τελική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 799 συμμετέχοντες, στην ομάδα παρέμβασης $n = 389$ και στην ομάδα ελέγχου $n = 410$. Λόγω αβεβαιότητας χρηματοδότησης, τα τελικά δεδομένα συλλέχθηκαν και από γραπτά μηνύματα και από ηλεκτρονική συλλογή δεδομένων. Ως εκ τούτου, 299 συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν την τελική έρευνα παρέμβασης μέσω γραπτού μηνύματος και 500 την ολοκλήρωσαν διαδικτυακά. Εκτός από τις πιθανές διαφορές στους τρόπους λειτουργίας, οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν ελαφρώς διαφορετικά και, σε ορισμένες περιπτώσεις, αναφέρονταν σε διαφορετικά χρονικά πλαίσια (π.χ. τους επόμενους 12 μήνες έναντι των επόμενων 3 μηνών). Για να μετριάσει ο πιθανός αντίκτυπος, προσαρμόστηκε η λειτουργία έρευνας σε πολυμεταβλητά μοντέλα.

Στην διάρκεια της παρέμβασης, για τις πρώτες 7 εβδομάδες, στους συμμετέχοντες στέλνονται μεταξύ 4 και 12 μηνυμάτων την ημέρα. Στη συνέχεια, εισέρχονται σε μια περίοδο "καθυστέρησης"

12 εβδομάδων όταν λαμβάνουν ~1 έως 2 μηνύματα την εβδομάδα. Τέλος, οι συμμετέχοντες λαμβάνουν 4 έως 12 μηνύματα καθημερινά για μια εβδομάδα ανασκόπησης. Αυτή η «αναμνηστική δόση» παρέχει μηνύματα που επαναλαμβάνουν τις κύριες έννοιες που συζητήθηκαν τις πρώτες 7 εβδομάδες του προγράμματος.

Το περιεχόμενο της παρέμβασης καθοδηγείται από τις πληροφορίες, τα κίνητρα, το μοντέλο δεξιοτήτων συμπεριφοράς και επικεντρώνεται σε πληροφορίες πρόληψης εγκυμοσύνης (π.χ. πώς μένει έγκυος), κίνητρα (π.χ. λόγοι για την έναρξη αντισυλληπτικού χαπιού) και δεξιότητες συμπεριφοράς (π.χ. πώς να χρησιμοποιήσετε προφυλάξεις), ενώ πρόσθετο περιεχόμενο περιγράφει θέματα και σενάρια που σχετίζονται με τη λήψη σεξουαλικών αποφάσεων για κορίτσια σεξουαλικών μειονοτήτων (π.χ. πτυχές υγιών σχέσεων). Το περιεχόμενο προσαρμόζεται με βάση την αυτοαναφερόμενη σεξουαλική εμπειρία των συμμετεχόντων και τη σεξουαλική ταυτότητα, αλλά δεν προσαρμόστηκε περαιτέρω στο άτομο.

Τα περισσότερα μηνύματα είναι μονής κατεύθυνσης, ενώ τα αμφίδρομα, διαδραστικά στοιχεία περιελάμβαναν (α) συνδέσμους προς σύντομα διαδικτυακά βίντεο που στόχευαν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων συμπεριφοράς (β) το G2Genie, μια γραμμή συμβουλών κειμένου που έπειτα αιτήματος παρείχε πληροφορίες σχετικά με το σεξ, τις σχέσεις και την κοινότητα LGBT+, (γ) το "leveling up" σε σωστές απαντήσεις σε μια ερώτηση μηνύματος σχετικά με το περιεχόμενο της εβδομάδας, και (δ) απονομή "κονκάρδων", το οποίο ήταν ένα GIF που στάλθηκε μέσω μηνύματος, για την επίτευξη δεξιοτήτων συμπεριφοράς που παρουσιάστηκαν στο πρόγραμμα (π.χ. να πάρει αντισυλληπτικές μεθόδους φραγμού ή το να μιλήσει με έναν πάροχο υγείας για την αντισύλληψη).

Οι συμμετέχοντες στην παρέμβαση συνδυάστηκαν επίσης με το 'Text Buddy', το οποίο στην ουσία ήταν ένας άλλος συμμετέχοντας της παρέμβασης, και αντάλλαζαν μηνύματα που τους ενθάρρυναν να παρέχουν κοινωνική υποστήριξη ο ένας στον άλλο και να εξασκήσουν δεξιότητες που διδάσκονται στο πρόγραμμα. Τα μηνύματα αυτά ελέγχονταν από τους ερευνητές για επιβλαβές περιεχόμενο, ενώ οι συμμετέχοντες δεν μπορούσαν να βρουν το τηλέφωνο ή τα στοιχεία του ατόμου που συνομιλούσαν.

Η ομάδα ελέγχου έλαβε παρόμοιας έντασης και διάρκειας μηνύματα με την παρέμβαση. Το περιεχόμενο αφορούσε θέματα σχετικά με τους εφήβους, όπως η διατροφή, η άσκηση και ο τρόπος αντιμετώπισης του εκφοβισμού. Για να βοηθηθεί η τύφλωση αυτής της ομάδας, συμπεριλήφθηκαν 2 ημέρες με περιεχομένου πρόληψης εγκυμοσύνης διαθέσιμο στο διαδίκτυο. Τα αλληλεπιδραστικά στοιχεία (π.χ. Text Buddy) δεν ήταν διαθέσιμα σε αυτήν την ομάδα.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης σύμφωνα με τις ενεργά σεξουαλικές έφηβες, η παρέμβαση αύξησε τον μέσο αριθμό των σεξουαλικών πράξεων με χρήση προφυλακτικού κατά 48% ($p < 0,001$), με το ποσοστό των ατόμων που χρησιμοποιεί προφυλακτικό να φτάνει το 60%, ενώ μείωσε τον μέσο αριθμό των σεξουαλικών πράξεων χωρίς προφυλακτικό κατά 21% ($p < 0,001$). Η χρήση τρέχουσας χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων αυξήθηκε κατά 60% σε όλες τις έφηβες (48%) ($p = 0.02$). Η παρέμβαση αύξησε σημαντικά και τις προθέσεις για χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων στο μέλλον κατά 93% ($p = 0.001$).

Όσον αφορά τους περιορισμούς της μελέτης, τα ευρήματα μπορεί να μην είναι γενικευμένα σε κορίτσια που δεν χρησιμοποιούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ενώ παράλληλα η διαφήμιση στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης στόχευε σε κορίτσια των οποίων τα προφίλ έδειχναν ότι «ενδιαφέρονταν» για άλλα κορίτσια.

Το Girl2Girl είναι το πρώτο πρόγραμμα πρόληψης εγκυμοσύνης βασισμένο στην τεχνολογία που αναπτύχθηκε και δοκιμάστηκε μεταξύ κοριτσιών σεξουαλικών μειονοτήτων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι το Girl2Girl μπορεί να σχετίζεται με πολλαπλές προληπτικές συμπεριφορές εγκυμοσύνης, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα. Κλινικά, τα αποτελέσματα της παρέμβασης υποδηλώνουν ότι μίας τέτοιας φύσεως παρέμβαση μπορεί να επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα στην πρόληψη επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών και στην χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε πληθυσμούς που οι ανάγκες τους σχετικά με την σεξουαλική υγεία δεν καλύπτονται σε μεγάλο βαθμό (Ybarra et al., 2021).

Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Σεξουαλικής Υγείας (Σχολικό πλαίσιο)

Η μελέτη των Coyle et al. είναι μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε δύο περιοχές των ΗΠΑ (Midwest και South), η οποία διεξήχθη κατά το φθινοπωρινό εξάμηνο του 2016 στις δυτικοκεντρικές περιοχές και το φθινοπωρινό εξάμηνο 2017 στο νότο. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τον αντίκτυπο ενός ολοκληρωμένου προγράμματος σεξουαλικής υγείας που ονομάζεται High School FLASH στις σεξουαλικές συμπεριφορές των μαθητών.

Συνολικά επτά περιφέρειες έλαβαν μέρος στη μελέτη, δύο από τις δυτικοκεντρικές πολιτείες και πέντε από το νότο. Οι περιφέρειες προέρχονταν από περιοχές με ποσοστά γεννήσεων εφήβων ίσα ή υψηλότερα από τον εθνικό μέσο όρο κατά τη στιγμή της πρόσληψης συμμετεχόντων στη μελέτη. Στη μελέτη συμμετείχαν 20 σχολεία. Όλοι οι μαθητές της 9ης ή 10ης τάξης στα σχολεία μελέτης κλήθηκαν να εγγραφούν. Οι συναντήσεις παρακολούθησης έγιναν στους 3 μήνες και 12 μήνες μετά βασική έρευνα. Η τελική συλλογή δεδομένων ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2019.

Τα κριτήρια ένταξης των σχολείων ήταν (α) να συμφώνησαν με την πρόσκληση όλων των μαθητών 9^{ης} ή 10^{ης} τάξης για συμμετοχή, (β) να είχαν ένα περιβάλλον πολιτικής που επιτρέπει την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου προγράμματος σεξουαλικής υγείας και (γ) να βρίσκονταν σε μια περιοχή που δεν επιβάλλει επί του παρόντος ολοκληρωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Οι μαθητές έπρεπε να εγγραφούν στις στοχευμένες τάξεις κατά τη διάρκεια του χρονικού πλαισίου της εγγραφής στην έρευνα, να έχουν συγκατάθεση γονέων και να παράσχουν και οι ίδιοι τη συγκατάθεσή τους για να λάβουν μέρος στην έρευνα.

Μέλη της μελέτης διεξήγαγαν την ηλεκτρονική έρευνα αυτοαναφοράς χρησιμοποιώντας tablet. Οι βασικές έρευνες διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια των τάξεων στα μαθήματα υγείας κατά τη διάρκεια της σχολικής ημέρας. Οι έρευνες παρακολούθησης διεξήχθησαν στο σχολείο, τραβώντας τους μαθητές από διάφορες τάξεις επειδή τα προγράμματα των τάξεων είχαν αλλάξει. Οι μαθητές που εγκατέλειψαν το αρχικό σχολείο έρευνας μετά την έναρξη της μελέτης ερωτήθηκαν στα νέα τους σχολεία, διαδικτυακά ή μέσω ταχυδρομείου. Ερευνητικό προσωπικό παρακολούθησε το 10% των συνεδριών και το βαθμολόγησε για να διασφαλιστεί η πιστότητα της έρευνας.

Συνολικά 1.597 μαθητές συμμετείχαν στην βασική έρευνα. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 15 έτη. Οι έρευνες παρακολούθησης διεξήχθησαν 3 μήνες και 12 μήνες μετά την εφαρμογή του προγράμματος διαπαιδαγώγησης. Τα ποσοστά ανταπόκρισης παρακολούθησης κατά τους 3 και 12 μήνες ήταν 95% και 90% των μαθητών που ολοκλήρωσαν μια βασική τιμή. Δεν υπήρξε χρηματική αμοιβή για τους συμμετέχοντες.

Η τυχαιοποίηση διεξήχθη ξεχωριστά ανά περιοχή και στα 20 σχολεία ανατέθηκαν τυχαία το πρόγραμμα διαπαιδαγώγησης FLASH 15 συνεδριών (831 μαθητές) ή ένα πρόγραμμα σεξουαλικής υγείας βασισμένο στη γνώση 5 συνεδριών (766 μαθητές).

Σχετικά με την παρέμβαση, το High School FLASH είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα διαπαιδαγώγησης σεξουαλικής υγείας 15 συνεδριών σχεδιασμένο για περιβάλλον τάξης, στις τάξεις 9 έως 12. Επικεντρώνεται στην αλλαγή των κριτικών στάσεων, των αντιληπτών κανόνων και των προθέσεων συμπεριφοράς σχετικά με την εφηβική εγκυμοσύνη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τη σεξουαλική βία για την προώθηση θετικών συμπεριφορών υγείας. Το FLASH ενσωματώνει πλήρως έννοιες που σχετίζονται με τον σεξουαλικό προσανατολισμό και την ταυτότητα φύλου σε όλο το πρόγραμμα σπουδών και περιλαμβάνει τεκμηριωμένα μαθήματα πρόληψης της σεξουαλικής βίας. Χρησιμοποιεί επίσης μια προσέγγιση μείωσης της βλάβης προωθώντας στρατηγικές για τη μείωση των αρνητικών συνεπειών της συμπεριφοράς και την προώθηση της ασφάλειας. Το πρόγραμμα καλύπτει τα ακόλουθα θέματα, τα οποία ευθυγραμμίζονται με τα Εθνικά Πρότυπα Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης και τα Εθνικά Πρότυπα Αγωγής Υγείας του CDC: αναπαραγωγικό σύστημα, εγκυμοσύνη, σεξουαλικός προσανατολισμός και ταυτότητα φύλου, υγιείς σχέσεις, εξαναγκασμός και συναίνεση, ασφάλεια στο διαδίκτυο, αποχή, αντισυλληπτικό χάπι, πρόληψη του HIV και άλλων ΣΜΝ, προφυλακτικά, εξετάσεις STD, επικοινωνία και λήψη αποφάσεων.

Το FLASH διδάχθηκε από εκπαιδευμένους εκπαιδευτές σεξουαλικότητας από υπάρχοντες οργανισμούς αναπαραγωγικής υγείας και εκπαίδευσης. Οι εκπαιδευτές έλαβαν εκπαίδευση από το ερευνητικό προσωπικό σχετικά με την διεξαγωγή της παρέμβασης. Κατά τη διάρκεια της μελέτης, το πρόγραμμα εφαρμόστηκε καθημερινά για 15 συνεχόμενες ημέρες μαθημάτων σε παραδοσιακά

μαθήματα 50 λεπτών, ενώ σε σχολεία με 70-90 λεπτά μπλοκ προγραμματισμένων μαθημάτων, το FLASH διδασκόταν κάθε μέρα για 10 συνεχόμενες ημέρες ή κάθε δεύτερη μέρα για 10 ημέρες, ανάλογα με το πότε είχε προγραμματιστεί να πραγματοποιηθεί το μάθημα. Το περιεχόμενο του μαθήματος ήταν το ίδιο και στα δύο προγράμματα. Συνδυάστηκε διαφορετικά για τα χρονοδιαγράμματα μπλοκ. Οι μαθητές παρακολούθησαν τουλάχιστον το 75% των μαθημάτων.

Η συνθήκη σύγκρισης, δηλαδή η ομάδα ελέγχου, διδάχθηκε τη Σεξουαλική Αγωγή Υγείας για Εφήβους, ένα πρόγραμμα σεξουαλικής υγείας πέντε συνεδριών που μπορεί να εφαρμοστεί από εκπαιδευτές στην υγεία, τη φυσική αγωγή ή άλλους εκπαιδευτικούς που έχουν ανατεθεί να διδάξουν την υγεία. Τα μαθήματα καλύπτουν το αναπαραγωγικό σύστημα, την εγκυμοσύνη, το αντισυλληπτικό χάπι, την αποχή, τον ιό HIV και άλλα ΣΜΝ και τις υγιείς σχέσεις. Ο στόχος του προγράμματος είναι να αυξήσει τις γνώσεις των μαθητών σε όλους τους τομείς περιεχομένου. Οι εκπαιδευτικοί στην ομάδα σύγκρισης έλαβαν αντίγραφο του προγράμματος σπουδών, αλλά όχι πρόσθετη κατάρτιση για την εφαρμογή του. Οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να διδάξουν τα μαθήματα οποιαδήποτε στιγμή εντός του εξαμήνου.

Μελετώντας τα αποτελέσματα της έρευνας, οι πεποιθήσεις που σχετίζονται με τη χρήση προφυλακτικών και αντισυλληπτικών, παρέμειναν ικανοποιητικές έως και 12 μήνες μετά την εφαρμογή. Παρόλα αυτά, το ποσοστό των ατόμων που δεν χρησιμοποίησαν προφυλακτικό ή κάποια μέθοδο αντισύλληψης, όπως αναφέρεται στην έρευνα παρακολούθησης στους 12 μήνες, αγγίζει το 81% των συμμετεχόντων. Η παρέμβαση έδειξε στατιστικά σημαντική προστατευτική επίδραση στην υποομάδα των σεξουαλικά μη έμπειρων μαθητών, καθώς υπήρξε 67% μικρότερη πιθανότητα να εμπλακούν σε σεξουαλική πράξη χωρίς προφυλάξεις, σύμφωνα με την έρευνα παρακολούθησης στους 3 μήνες. Κατά την 3μηνη παρακολούθηση, οι γνώσεις και οι στάσεις σχετικά με τις εξετάσεις ΣΜΝ ήταν μεγαλύτερες μεταξύ των μαθητών της παρέμβασης σε σχέση με τους μαθητές στη συνθήκη σύγκρισης, όμως αυτό δεν ήταν πλέον σημαντικό κατά τη 12μηνη παρακολούθηση. Τέλος, η παρέμβαση έδειξε θετικό αντίκτυπο στην άνεση με την επικοινωνία με τους γονείς για το σεξ, και ειδικότερα με τους πατεράδες, με πιθανότητα 35% μεγαλύτερη.

Η συγκεκριμένη μελέτη φέρνει στο φως την δυσκολία των συμπεριφερικών αλλαγών. Παρόλο που η ποιότητα εφαρμογής ήταν εξαιρετική και οι περισσότεροι μαθητές έλαβαν την παρέμβαση, όπως καταγράφηκε από τα δεδομένα συμμετοχής, η συμπεριφορά των μαθητών δεν έδειξε κάποια δραστητική αλλαγή. Οι γνώσεις και οι πεποιθήσεις για την αντισύλληψη έφτασαν την στατιστική σημαντικότητα, χωρίς όμως να αποτυπωθεί αυτό στην σεξουαλική συμπεριφορά στο γενικό δείγμα. Η θετική ανταπόκριση της υποομάδας των σεξουαλικά μη έμπειρων μαθητών ίσως δείχνει την σημασία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης πριν το σεξουαλικό ντεμπούτο. Σε κάθε περίπτωση, οι ερευνητές υπογραμμίζουν τη σημασία μελλοντικών μελετών σε προγράμματα σεξουαλικής υγείας (Coyle et al., 2021).

Οικονομική Στήριξη & Σεξουαλική Εκπαίδευση (Σχολικό Περιβάλλον)

Η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή των Hegdahl et al. πραγματοποιήθηκε στη Ζάμπια της Νότιας Αφρικής από τον Σεπτέμβριο του 2016 έως τον Νοέμβριο του 2018. Οι στόχοι αυτής της μελέτης ήταν να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα της οικονομικής υποστήριξης αυτόνομα, αλλά και σε συνδυασμό με την σεξουαλική εκπαίδευση στο σχολείο και τον κοινοτικό διάλογο, σχετικά με την πρόσφατη σεξουαλική δραστηριότητα, τη χρήση σύγχρονων αντισυλληπτικών και τις πεποιθήσεις σχετικά με τα σύγχρονα αντισυλληπτικά μεταξύ των εφήβων κοριτσιών.

Στη μελέτη συμμετείχαν 157 σχολεία, εκ των οποίων 4922 κορίτσια συναίνεσαν. Ζητήθηκε και συναίνεση των γονέων. Τα κορίτσια στην αρχή της παρέμβασης βρίσκονταν περίπου στο 14^ο έτος της ηλικίας τους (7^η τάξη), ενώ το τέλος της παρακολούθησης της παρέμβασης τους ακολούθησε μέχρι και το τέλος της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Κορίτσια με ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 20 ετών κατά το τέλος των συνεντεύξεων παρακολούθησης αποκλείστηκαν από την τελική ανάλυση.

Η δοκιμή αποτελούνταν από τρεις ομάδες: ομάδα οικονομικής στήριξης (63 σχολεία), ομάδα συνδυασμένης παρέμβασης – οικονομική στήριξη και σεξουαλική εκπαίδευση- (63 σχολεία) και ομάδα ελέγχου (31 σχολεία). Η τυχαιοποίηση στρωματοποιήθηκε ανά περιφέρεια και τα σχολεία χωρίστηκαν τυχαία σε ένα από τα τρία σκέλη. Λόγω της φύσης των παρεμβάσεων, δεν υπήρξε

τύφλωση των συμμετεχόντων, αλλά οι ομάδες που διεξήγαγαν τις συνεντεύξεις παρακολούθησης ήταν ανεξάρτητες από την ομάδα παράδοσης της παρέμβασης. Οι παρεμβάσεις προσφέρθηκαν για περίπου δύο χρόνια, ενώ τον Δεκέμβριο του 2020 ολοκληρώθηκαν οι συνεντεύξεις παρακολούθησης. Δεν χάθηκαν ομάδες για την παρακολούθηση και η συμμετοχή στο τέλος της περιόδου παρέμβασης το 2018 ήταν 91 %, 90 % και 86 % για την ομάδα συνδυασμένης παρέμβασης, την ομάδα οικονομικής στήριξης και την ομάδα ελέγχου, αντίστοιχα.

Η ομάδα οικονομικής στήριξης λάμβανε σε μηνιαία βάση 30 Κουάτσα Ζάμπιας και ετήσια 350 Κουάτσα Ζάμπιας δίνονταν στους γονείς/κηδεμόνες, ενώ γινόταν και καταβολή διδάκτρων για τα κορίτσια που συνέχιζαν στις τάξεις 8 και 9. Η πληρωμή των διδάκτρων γινόταν απευθείας στους τραπεζικούς λογαριασμούς του σχολείου. Τα κορίτσια που εγκατέλειψαν το σχολείο μπορούσαν να λαμβάνουν οικονομική στήριξη μέχρι την ηλικία των 18 ετών.

Στο συνδυαστικό σκέλος παρέμβασης, η οικονομική στήριξη συνδυάστηκε με έξι συναντήσεις κοινότητας και γονέων ετησίως, οι οποίες αφορούσαν τα οφέλη της εκπαίδευσης των κοριτσιών και την αναβολή του πρόωγου γάμου και της τεκνοποίησης, και παράλληλα λέσχες νέων κάθε δεύτερη εβδομάδα (36 συνολικά) που παρείχαν σεξουαλική και αναπαραγωγική εκπαίδευση για τους συμμετέχοντες και τα αγόρια στην ίδια τάξη. Οι λέσχες νέων περιλάμβαναν επίσης εκπαίδευση δεξιοτήτων ζωής με στόχο την αύξηση της ικανότητας των μαθητών να αντιστέκονται στην πίεση των συνομηλίκων, να επιλύουν συγκρούσεις, να θέτουν στόχους και να λαμβάνουν αποφάσεις. Οι συναντήσεις πραγματοποιήθηκαν από έναν δάσκαλο και έναν κοινοτικό εργαζόμενο στον τομέα της υγείας που είχαν λάβει 5ήμερη εκπαίδευση το 2016 και 3ήμερη επανεκπαίδευση το 2017 με επίκεντρο την εκπαίδευση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Τους δόθηκε ένα εγχειρίδιο με λεπτομερείς περιγραφές των δραστηριοτήτων της τάξης για κάθε συνάντηση, το οποίο περιλάμβανε διαδραστικές συζητήσεις και παιχνίδια ρόλων. Δύο ταινίες παρήχθησαν επίσης για τις λέσχες νεολαίας και τις κοινοτικές συναντήσεις. Οι υπεύθυνοι της παρέμβασης έλαβαν οδηγίες να συντονίσουν τις συζητήσεις αντί να διδάξουν, και οι περισσότερες από τις συνεδρίες άγγιζαν τη δυναμική των φύλων και τις σχέσεις εξουσίας.

Στα κορίτσια σε όλα τα σκέλη μελέτης προσφέρθηκε γραπτό υλικό ως κίνητρο για συμμετοχή και τους δόθηκε αποζημίωση για τις συνεντεύξεις, αλλά εκτός από αυτό, τα κορίτσια στο σκέλος ελέγχου έλαβαν μόνο τυπικές σχολικές και υγειονομικές υπηρεσίες.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από συνολικά 7 συνεντεύξεις παρακολούθησης μέσω ερωτηματολογίων, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με προηγούμενη τεκνοποίηση, την οικογενειακή κατάσταση, τα περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού, τα στοιχεία επικοινωνίας. Στην πέμπτη παρακολούθηση, συμπεριλήφθηκαν επίσης ερωτήσεις σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά, τις γνώσεις σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα αντισυλληπτικά και τους αντιληπτούς κοινοτικούς κανόνες. Στην έβδομη παρακολούθηση, συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τις πεποιθήσεις σε σχέση με τα αντισυλληπτικά. Οι συνεντεύξεις παρακολούθησης ήταν είτε πρόσωπο με πρόσωπο με ή χωρίς τη βοήθεια υπολογιστή είτε μέσω τηλεφώνου για όσους είχαν μετακομίσει.

Πριν την έναρξη της παρέμβασης, λιγότερο από το 2% εκατό όλων των συμμετεχόντων είχαν χρησιμοποιήσει ποτέ αντισυλληπτικά και η αντιληπτή ικανότητα απόκτησης και αγοράς αντισυλληπτικών ήταν σχετικά χαμηλή. Μετά την παρέμβαση, ένα υψηλό ποσοστό κοριτσιών (64%) ανέφερε τρέχουσα χρήση αντισυλληπτικών στο συνδυαστικό σκέλος από ό,τι στο σκέλος οικονομικής υποστήριξης (26% περισσότερο). Το ποσοστό των κοριτσιών που ανέφεραν σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς προφυλάξεις ήταν χαμηλότερο στην ομάδα συνδυαστικής παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα οικονομικής στήριξης κατά 35%, ενώ παράλληλα σε σύγκριση και με την ομάδα ελέγχου ήταν χαμηλότερο κατά 47%. Όσον αφορά την καλή γνώση των σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης, στην ομάδα συνδυαστικής παρέμβασης το ποσοστό ανήλθε στο 23,6 %, ενώ στην ομάδα της οικονομικής στήριξης ήταν στο 20%.

Ένα χρόνο μετά τη λήξη της περιόδου παρέμβασης, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις πεποιθήσεις σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού και τη λήψη αντισυλληπτικών. Μεταξύ εκείνων που ανέφεραν ότι ήταν σεξουαλικά ενεργοί τις προηγούμενες τέσσερις εβδομάδες, η σεξουαλική και αναπαραγωγική εκπαίδευση και ο κοινοτικός διάλογος βελτίωσαν τις πεποιθήσεις

σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού (κατά 48%). Τέλος, η συνδυαστική παρέμβαση ήταν πιο αποτελεσματική στην αύξηση της γνώσης των σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης μεταξύ των συμμετεχόντων με υψηλότερη σεξουαλική εμπειρία από ό, τι μεταξύ εκείνων με χαμηλότερη (71%).

Εκ του αποτελέσματος, αντιλαμβάνεται κανείς πως τόσο η οικονομική στήριξη όσο και η σεξουαλική και αναπαραγωγική εκπαίδευση και ο κοινοτικός διάλογος μείωσαν τον συνολικό κίνδυνο προβλημάτων σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και υγείας λόγω της μείωσης της αυτοαναφερόμενη σεξουαλικής δραστηριότητας χωρίς προφυλάξεις και των βελτιώσεων στην τρέχουσα χρήση αντισυλληπτικών. Σε ένα περιβάλλον όπως η Ζάμπια, όπου η πρόληψη των ακούσιων κυήσεων και του HIV είναι ζωτικής σημασίας, τέτοια ευρήματα είναι δυναμικά σημαντικά.

Η κλινική σημασία των αποτελεσμάτων της μελέτης, όπως αναφέρουν και οι συγγραφείς, είναι πως τα ευρήματα είναι πιθανό να γενικευτούν σε παρόμοια πλαίσια όπου υπάρχουν οικονομικά εμπόδια. Ωστόσο, παρά τη χρήση ισχυρών μεθόδων μελέτης και τα υψηλά ποσοστά παρακολούθησης, αυτή η μελέτη έχει ορισμένους περιορισμούς. Τα δεδομένα σχετικά με τη συμπεριφορά είναι αυτοαναφερόμενα και μπορεί να έχουν επηρεαστεί από προκατάληψη κοινωνικής επιθυμίας και δεύτερον, δεν μετρήθηκαν οι πραγματικές κοινωνικές νόρμες στην κοινότητα, αλλά οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων για τέτοιες νόρμες, επομένως δεν μπορεί να προσδιοριστεί εάν οι κοινωνικές νόρμες στις κοινότητες επηρεάστηκαν πραγματικά από τις παρεμβάσεις. Τέλος, ορισμένοι εκπαιδευτικοί προώθησαν την αποχή από τη χρήση αντισυλληπτικών στις συναντήσεις των συλλόγων νεολαίας και είναι πιθανό να παρατηρούνταν ισχυρότερα αποτελέσματα εάν είχαν αφιερώσει περισσότερο χρόνο στην προώθηση των αντισυλληπτικών μεθόδων κατά τις εκπαιδεύσεις (Hegdahl et al., 2022).

Αναπαραγωγική & Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση – Ανισότητες φύλων (Σχολικό Πλαίσιο)

Η μελέτη των Lohan et al. είναι μία τυχαίοποιημένη δοκιμή που πραγματοποιήθηκε σε 66 σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στα 4 έθνη του Ηνωμένου Βασιλείου (Αγγλία, Βόρεια Ιρλανδία, Σκωτία, Ουαλία) από τον Σεπτέμβριο του 2018 έως τον Ιανουάριο του 2020. Η παρέμβαση If I Were Jack στοχεύει στη μείωση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και στην αύξηση της θετικής σεξουαλικής υγείας και σχέσεων, συμπεριλαμβάνοντας τις ανισότητες των φύλων που σχετίζονται με την ανδρική σεξουαλική επιθυμία και τη γυναικεία αναπαραγωγική ευθύνη και ενθαρρύνοντας τους εφήβους να καθυστερήσουν τη σεξουαλική δραστηριότητα μέχρι να είναι έτοιμοι και να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματική αντισύλληψη μόλις γίνουν σεξουαλικά ενεργοί.

Δεν υπήρχαν κριτήρια μη επιλογής για τους μαθητές. Τα σχολεία με λιγότερους από 30 μαθητές ανά ομάδα-στόχο αποκλείστηκαν για να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα της συλλογής δεδομένων ανά σχολείο. Η πρόσληψη σχολείων διαστρωματώθηκε με βάση το έθνος και το δικαίωμα δωρεάν σχολικού γεύματος, ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο του κοινωνικοοικονομικού μειονεκτήματος σε επίπεδο σχολείου που αξιολογείται ως ο αριθμός των μαθητών ανά σχολείο που είναι επιλέξιμοι να λάβουν δωρεάν σχολικά γεύματα βάσει του οικογενειακού εισοδήματος. Γραπτή, ενημερωμένη συγκατάθεση για τυχαία κατανομή ελήφθη από ένα μέλος της ανώτερης ηγετικής ομάδας κάθε σχολείου και από μαθητές, εκπαιδευτικούς και προσωπικό παράδοσης παρέμβασης για τη συλλογή δεδομένων. Οι γονείς ενημερώθηκαν επίσης για τη δοκιμή και τους προσφέρθηκε η ευκαιρία να αποσύρουν το παιδί τους από τη δοκιμή (αλλά όχι από την παρέμβαση).

Η κατανομή των σχολείων έγινε τυχαία στην ομάδα παρέμβασης (33 σχολεία) ή ελέγχου (33 σχολεία) (1:1), γεγονός που δεν γνωστοποιήθηκε στα σχολεία. Υπήρξε απώλεια παρακολούθησης τεσσάρων ομάδων, δύο εκ των οποίων οφείλονταν στο κλείσιμο σχολείων ως αποτέλεσμα της πανδημίας COVID-19. Στην τελική ανάλυση, 30 ήταν τα σχολεία παρέμβασης και 32 τα σχολεία ελέγχου. Η ομάδα παρέμβασης, η ομάδα διαδικασίας και η ομάδα οικονομικής αξιολόγησης δεν καλύφθηκαν για την κατάσταση της κατανομής. Ωστόσο, το προσωπικό εργασίας και το προσωπικό που ολοκλήρωσε την εισαγωγή δεδομένων καλύφθηκαν για κατανομή καθ' όλη τη διάρκεια της δοκιμής.

Το δείγμα αποτέλεσαν μαθητές ηλικίας 14 ετών κατά την έναρξη, με παρακολούθηση 12-14 μήνες αργότερα (ηλικίας 15 ετών). Συνολικά, 8216 παρείχαν δεδομένα κατά την αρχική έρευνα (4100 στην ομάδα παρέμβασης έναντι 4116 στην ομάδα ελέγχου). Οι 6556 (79,79%) από εκείνους που

ολοκλήρωσαν την αρχική έρευνα παρείχαν δεδομένα στην παρακολούθηση 12-14 μηνών (3198 στην ομάδα παρέμβασης έναντι 3358 στην ομάδα ελέγχου). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων και κατά την αρχή και κατά την παρακολούθηση 12-14 μήνες μετά και συμπληρώθηκαν από μαθητές υπό συνθήκες εξετάσεων στο σχολείο.

Το If I Were Jack πρόκειται για μια σύντομη παρέμβαση που έχει σχεδιαστεί για να παραδοθεί από εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς κατά τη διάρκεια τεσσάρων ή έξι διαδοχικών μαθημάτων αναπαραγωγικής και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σε περιβάλλον τάξης. Η παρέμβαση σχεδιάστηκε για να αυξήσει, αντί να αντικαταστήσει, την υπάρχουσα αναπαραγωγική και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία παρέμβασης. Παραδόθηκαν 90λεπτες συνεδρίες, το διαδραστικό βίντεο If I Were Jack, υλικό για εκπαιδευτικούς στην τάξη, διαδικτυακό υλικό για γονείς ή κηδεμόνες, και ενημερωτικά φυλλάδια και ενημερωτικά δελτία σχετικά με την εφηβική εγκυμοσύνη. Τα σχολεία που ανατέθηκαν στην ομάδα ελέγχου συνέχισαν με τα τυπικά μαθήματα αναπαραγωγικής και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης καθ' όλη τη διάρκεια της συμμετοχής τους στη δοκιμή και δεν είχαν πρόσβαση στην παρέμβαση. Συνολικά, τα σχολεία ελέγχου δεν θεωρήθηκαν μολυσμένα από αλλαγές στην παροχή ως αποτέλεσμα της συμμετοχής στη δοκιμή. Η πιστότητα εφαρμογής της παρέμβασης ήταν γενικά μέτρια έως υψηλή σε όλα τα σχολεία παρέμβασης.

Στους 12-14 μήνες παρακολούθησης, ο αριθμός των μαθητών που ανέφεραν ότι απέφευγαν το σεξ χωρίς προφυλάξεις (δηλαδή, μέσω σεξουαλικής αποχής ή χρήσης αξιόπιστης αντισύλληψης στο τελευταίο σεξ) ήταν 2648 (86,62%) από 3057 στην ομάδα παρέμβασης και 2768 (86,42%) από 3203 στην ομάδα ελέγχου, υποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχει σημαντική επίδραση στην κύρια έκβαση. Οι μαθητές στην ομάδα παρέμβασης ήταν πιο πιθανό από εκείνους στην ομάδα ελέγχου να αναφέρουν χρήση αξιόπιστης αντισύλληψης στο τελευταίο σεξ (39,62% στην ομάδα παρέμβασης έναντι 26,36% στην ομάδα ελέγχου). Όσον αφορά τα δευτερεύοντα αποτελέσματα, υπήρχαν ενδείξεις ότι οι μαθητές στα σχολεία παρέμβασης είχαν μεγαλύτερη γνώση σχετικά με τις ασφαλείς μεθόδους αντισύλληψης και πρόσβαση στην αντισύλληψη, βελτίωσαν τη στάση απέναντι στον ανδρικό ρόλο και είχαν ισχυρότερες προθέσεις να αποφύγουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σε σύγκριση με τους μαθητές στα σχολεία ελέγχου. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στη σεξουαλική αυτο-αποτελεσματικότητα ή άνεση στην επικοινωνία σχετικά με την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω αποτελέσματα, η παρέμβαση οδήγησε σε σημαντικές βελτιώσεις στα αποτελέσματα που συνδέονται με τη θεωρία της αλλαγής: γνώση της σεξουαλικής υγείας, προοδευτικά πρότυπα ανδρικού φύλου και προθέσεις για αποφυγή ακούσιας εγκυμοσύνης. Οι ερευνητές διαπίστωσαν πως ότι το If I Were Jack θα μπορούσε να είναι οικονομικά αποδοτικό και μακροπρόθεσμα, καθώς η παρέμβαση ήταν σχετικά φθηνή (σχεδόν £ 5 ανά μαθητή) (Lohan et al., 2022).

Εκπαιδευτική Παρέμβαση από Άτομα της Ίδιας Ηλικίας

Η μελέτη των Wondimagegene et al. είναι μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με αναλογία κατανομής 1:1, πραγματοποιήθηκε στη ζώνη Gedeo της νότιας Αιθιοπίας και κάλυψε 6 δημόσια σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που ανήκουν στη Gedeo. Στόχος της ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων υπό την καθοδήγηση ομοτίμων, δηλαδή εφήβων – συμμαθητών, στην αντισυλληπτική χρήση και την μείωση ανεκπλήρωτων αναγκών σε σεξουαλικά ενεργά έφηβα κορίτσια δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Σεπτέμβριο του 2021 έως τον Μάρτιο του 2022.

Κυβερνητικά σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στη ζώνη Gedeo, καθηγητές βιολογίας και χημείας, επιλεγμένοι ομότιμοι - εκπαιδευτικοί και τυχαία επιλεγμένοι σεξουαλικά ενεργοί μαθητές συμπεριλήφθηκαν σε αυτή τη μελέτη. Ζητήθηκε γραπτή και ενημερωμένη συγκατάθεση για την συμμετοχή τους. Επιλέχθηκαν τέσσερις μαθητές ως οι ομότιμοι εκπαιδευτικοί και δύο καθηγητές βιολογίας και χημείας ανά σχολείο. Ο πρωταρχικός ρόλος του ομότιμου εκπαιδευτικού ήταν να διευκολύνει τη συνεδρία εκπαίδευσης. Ο ρόλος του δασκάλου ήταν να παρακολουθεί εάν η δραστηριότητα της εκπαίδευσης από ομότιμους πήγαινε σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα, αλλά οι ίδιοι δεν βρίσκονταν στην αίθουσα κατά την διάρκεια της πραγματικής παρέμβασης. Οι ομότιμοι εκπαιδευτικοί παρακολούθησαν μια 10ήμερη εκπαιδευτική συνεδρία, στο τέλος της οποίας πέρασαν

γραπτές και προφορικές εξετάσεις, ώστε να πιστοποιηθούν οι ικανότητές του να διδάξουν τους συμμαθητές τους.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη αυτή ήταν 224 σεξουαλικά ενεργά έφηβα κορίτσια δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ηλικίας 15 έως 19 ετών. Στην τελική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν οι 218 συμμετέχοντες με μέση ηλικία τα 17 έτη. Για να εξισορροπηθούν οι διαφορές, ίσος αριθμός μαθητών κληρώθηκε για τις ομάδες παρέμβασης (108) και ελέγχου (110). Έτσι, δημιουργήθηκαν 3 ομάδες παρέμβασης και 3 ομάδες ελέγχου, όπου η κάθε ομάδα αποτελούσε ένα σχολείο. Χρησιμοποιήθηκε τυχαιοποιημένος ελεγχόμενος σχεδιασμός ομάδων για την αποφυγή μόλυνσης μεταξύ τους και οι υπάλληλοι εισαγωγής δεδομένων δεν γνώριζαν ποιες ομάδες ήταν ελέγχου ή παρέμβασης μέχρι να ολοκληρωθεί η ανάλυση. Ωστόσο, τα σχολεία και οι εκπαιδευτικοί γνώριζαν σε ποια ομάδα ανήκουν και δεν έγινε απόκρυψη κατανομής για τους συμμετέχοντες, επειδή η παρέμβαση ήταν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα και ήταν αδύνατο να τυφλωθούν τα σχολεία ή οι εκπαιδευτές στο σκέλος μελέτης τους. Για να τυποποιηθεί η παρέμβαση εντός της ομάδας παρέμβασης, κάθε μαθητής έλαβε ίσο αριθμό συνεδριών εκπαίδευσης από ομότιμους.

Ένα φυλλάδιο, ένας πίνακας σεμιναρίου και μια αφίσα βοήθησαν την παρέμβαση στην εκπαίδευση από ομότιμους. Οι ομότιμοι εκπαιδευτικοί διέδωσαν πληροφορίες σχετικά με τη σύγχρονη αντισύλληψη στους συνομηλίκους τους μέσω ομάδων του σχολείου και εφαρμόσαν τις γνώσεις και τις δεξιότητες που αποκτήθηκαν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα τους για να εκτελέσουν δραστηριότητες παρέμβασης. Υιοθέτησαν έναν λιγότερο επίσημο ρόλο - προσέγγιση και βασίστηκαν σε συμμετοχικές τεχνικές διδασκαλίας στην τάξη για να διευκολύνουν τις συζητήσεις, οι οποίες περιελάμβαναν ποιήματα, διαγωνισμούς ερωτήσεων και απαντήσεων, δράμα και παιχνίδι ρόλων.

Η παρέμβαση πραγματοποιούνταν μία φορά την εβδομάδα για μία ώρα και διήρκεσε τουλάχιστον έξι μήνες. Το περιεχόμενο επικεντρώθηκε σε μια γενική εισαγωγή στα γυναικεία και αρσενικά σεξουαλικά όργανα, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων σεξουαλικής διαπραγμάτευσης και στη γνώση σχετικά με την εγκυμοσύνη, την αντισύλληψη και τις συνέπειες της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Συλλέχθηκε ένα φύλλο παρουσίας για κάθε συνεδρία για να καθοριστεί ποιος παρευρέθηκε. Οι μαθητές έπρεπε να παρακολουθήσουν τουλάχιστον το 80% των συνεδριών ως κριτήριο συμμόρφωσης. Η οργάνωση, το περιεχόμενο και η παράδοση της παρέμβασης τυποποιήθηκαν όσο το δυνατόν περισσότερο σε όλα τα πειραματικά σχολεία. Η ομάδα ελέγχου έλαβε παρόμοια παρέμβαση σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας μετά το τέλος της μελέτης.

Η μελέτη χρησιμοποίησε ένα ερωτηματολόγιο για την συλλογή των δεδομένων και έπειτα πραγματοποιήθηκε συνέντευξη σε ιδιωτικό χώρο στο σχολείο για να διασφαλιστεί η ιδιωτικότητα. Η πληρότητα, η ασυνέπεια και η ποιότητα των δεδομένων του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου ελέγχονταν καθημερινά.

Με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης της μελέτης, το ποσοστό των συμμετεχόντων που χρησιμοποιούν αντισύλληψη αυξήθηκε κατά 26% στην ομάδα παρέμβασης ($p < 001$), με το 95,4% των μαθητών της παρέμβασης να χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Οι διαφορές στη χρήση αντισυλληπτικών μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου ήταν 25,1%, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 001$). Στο τέλος της μελέτης, το ποσοστό των ανεκπλήρωτων αναγκών στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου μεταξύ των συμμετεχόντων μειώθηκε κατά 12,9%, φτάνοντας το σχεδόν 2% ($p = 0,001$), και 5,5% ($p = 0,373$), αντίστοιχα. Το ποσοστό της ζήτησης αντισυλληπτικών μεταξύ των συμμετεχόντων αυξήθηκε κατά 13,1% στην ομάδα παρέμβασης ($p < 003$). Το ποσοστό της ζήτησης αντισυλληπτικών στην ομάδα ελέγχου μειώθηκε κατά 4,6% ($p = 0,456$) στο τέλος της μελέτης. Οι διαφορές στη ζήτηση αντισύλληψης μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου ήταν 17,7%, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 001$).

Εξετάζοντας τα ευρήματα της μελέτης, καταλαβαίνει κανείς πως μία παρέμβαση αναφορικά με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία από τους ίδιους τους μαθητές μπορεί να βοηθήσει να εξαλειφθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η μη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. Κλινικά, φαίνεται πως το σχολικό πλαίσιο μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο εκπαίδευσης και επιμόρφωσης στην αντισύλληψη, καταπολεμώντας με στατική σημασία δυσμενείς σεξουαλικές πρακτικές (Wondimagegene et al., 2023).

Σύγκριση Ερευνών Βάσει Χρήσης Αντισυλληπτικών Μεθόδων

Μελέτη	Διάρκεια παρέμβασης	Follow – up	Μέσα παρέμβασης	Χαρ/κό παρέμβασης	Τόπος
Shafii et al. (2019)	20 λεπτά	3 μήνες	Υπολογιστής	Βίντεο - Avatar γιατρού	Κλινική (ΣΜΝ)
Miller et al. (2021)	25 λεπτά	2,4,6 μήνες	Συμβουλευτική & Tablet	Διαδραστικές διαφάνειες	Κλινική (ΤΕΠ)
Philliber et al. (2021)	3 ώρες	12 μήνες μετά το εργαστήριο & 9 μήνες μετά την λήξη των SMS	Μαθήματα	Εκπαίδευση, φυλλάδιο & SMS	Εργαστήριο
Ybarra et al. (2021)	20 εβδομάδες	Δεν συμπεριλήφθηκαν σε αυτή τη μελέτη	SMS	Sms μονής κατεύθυνσης & αλληλεπίδρασης	Κινητό Τηλέφωνο
Coyle et al. (2021)	15 συνεδρίες (50')	3, 12 μήνες	Πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης	Μαθήματα	Σχολείο
Hegdahl et al. (2022)	6 συνεδρίες γονέων – 36 νέων	7 συνεδρίες	Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση & Οικονομική ενίσχυση	Συζητήσεις	Σχολείο
Lohan et al. (2022)	4-6 μαθήματα (90')	12-14 μήνες	Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	Μάθημα, Βίντεο, Υλικό για διάβασμα, φυλλάδια	Σχολείο
Wondimagegene et al. (2023)	6 μήνες (1 την εβδομάδα, 60')	6 μήνες	Πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από συμμαθητές	Φυλλάδιο, αφίσα, πίνακας σεμιναρίου	Σχολείο

Πίνακας 4 Οι παρεμβάσεις των μελετών της ανασκόπησης

Μελέτη	Χρήση Αντισυλληπτικών Μεθόδων	Άλλα αποτελέσματα
Wondimagegeneet al. (2023)	95,4% χρησιμοποιεί προφυλακτικό	Μείωση από 12% σε 2% τις ακάλυπτες αντισυλληπτικές ανάγκες
Philliber et al. (2021)	85% χρησιμοποιεί προφυλακτικό	75,7% γνώσεις για LGBTQ θέματα
Shafii et al. (2019)	82% χρησιμοποιεί προφυλακτικό	29% μείωση αριθμού συντρόφων στις γυναίκες & μόνο 11% λοίμωξη από Χλαμύδια
Hegdahl et al. (2022)	64% χρησιμοποιεί αντισυλληπτικές μεθόδους	Βελτίωση πεποιθήσεων κατά 48%
Ybarra et al. (2021)	60% χρησιμοποιεί προφυλακτικό	21% μείωση του απροφύλακτου σεξ στις σεξουαλικά ενεργές έφηβες
Miller et al. (2021)	40% χρησιμοποιεί προφυλακτικό	33% αύξηση εξέτασης για HIV
Lohan et al. (2022)	39,6% χρησιμοποιεί αντισυλληπτικές μεθόδους	86,6% αποφυγή σεξ χωρίς προφυλάξεις
Coyle et al. (2021)	19% χρησιμοποιεί προφυλακτικό /αντισυλληπτικές μεθόδους	35% αύξηση της επικοινωνίας με τον πατέρα για σεξουαλικά θέματα & 67% λιγότερα πιθανό το απροφύλακτο σεξ στους σεξουαλικά άπειρους

Πίνακας 5 Τα αποτελέσματα των μελετών κατά ποσοστό χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων στην ομάδα παρέμβασης

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, η δοκιμή με την μεγαλύτερη επιτυχία στην χρήση αντισύλληψης ήταν εκείνη των Wondimagegene et al. σε σχολεία στην Αιθιοπία της Αφρικής, όπου το ποσοστό των συμμετεχόντων που δήλωσαν προς χρησιμοποιούν προφυλακτικό αγγίζει το 95,4%. Στην συγκεκριμένη δοκιμή το δείγμα παρέμβασης αποτελούνταν από 108 έφηβα κορίτσια με μέσο όρο ηλικίας τα 17 έτη, τα οποία δεν έλαβαν κάποια χρηματική αμοιβή για την συμμετοχή τους. Η παρέμβαση αφορούσε μία 6μηνη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, 1 φορά την εβδομάδα, μέσω ενός φυλλαδίου, μιας αφίσας και ενός πίνακα σεμιναρίου (Πίνακας 4). Το χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης δοκιμής και, εκ του αποτελέσματος, το προτέρημα της ήταν πως η παρέμβαση και μεν διενεργήθηκε σε σχολικό πλαίσιο, αλλά διεκπεραιώθηκε από επιλεγμένες έφηβες του ίδιου σχολείου, οι οποίες εκπαιδεύτηκαν και με την σειρά τους εκπαιδύσαν τις υπόλοιπες συμμετάσχουσες – συμμαθήτρίες τους. Μάλιστα, ένα ακόμη πολύ ενδιαφέρον εύρημα της δοκιμής είναι οι ακάλυπτες αντισυλληπτικές ανάγκες μειώθηκαν από το 12% κατά την έναρξη στο 2% κατά το τέλος της παρέμβασης.

Στην μελέτη των Philliber et al. στις ΗΠΑ, το 85% από τους συμμετέχοντες με μέσο όρο ηλικίας τα 16 έτη στην ομάδα παρέμβασης (n= 551) δήλωσαν πως χρησιμοποιεί προφυλακτικό (Πίνακας 5). Οι συμμετέχοντες έλαβαν χρηματική αμοιβή. Η παρέμβαση των ερευνητών στηρίζεται στο πρόγραμμα IN-cluded, το οποίο εκπαιδευεί τόσο νέους όσο και επαγγελματίες υγείας για θέματα που αφορούν την LGBTQ κοινότητα. Σχετικά με την διαπαιδαγώγηση των νέων, τους οποίους εξετάζει αποκλειστικά αυτή η μελέτη, η παρέμβαση περιλάμβανε ένα 3ωρο εργαστήριο, στο οποίο οι νέοι ενημερώθηκαν για θέματα σεξουαλικής υγείας μέσω εκπαίδευσης, ενός φυλλαδίου και στην συνέχεια

με sms (Πίνακας 4). Η δοκιμή φαίνεται πως είχε αποτελεσματικό χαρακτήρα και σε άλλες πτυχές πέραν της αντισύλληψης, καθώς 75,7% των νέων στην ομάδα παρέμβασης δήλωσαν πως έχουν γνώσεις για θέματα που δυσκολεύουν τα LGBTQ άτομα σχετικά με τους σεξουαλικούς κινδύνους, την ακούσια εγκυμοσύνη και τις δυσκολίες της κατάλληλης φροντίδας από επαγγελματίες υγείας.

Στην δοκιμή των Shafii et al. στις ΗΠΑ, το ποσοστό των συμμετεχόντων που χρησιμοποιεί προφυλακτικό (82%) δεν απέχει σημαντικά από το ποσοστό της προαναφερθείσας μελέτης (Πίνακας 5). Η δοκιμή των Shafii et al. πραγματοποιήθηκε σε κλινικό πλαίσιο, θέτοντας έτσι μία παρέμβαση από επαγγελματίες υγείας στην τρίτη θέση των ερευνών κατά ποσοστό χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων. Το δείγμα παρέμβασης εδώ αποτελούσαν 130 συμμετέχοντες με μέσο όρο ηλικίας τα 21 έτη, οι οποίοι έλαβαν χρηματική αμοιβή (Πίνακας 3). Η παρέμβαση γινόταν μέσω υπολογιστή, χρησιμοποιώντας ένα avatar γιατρού, το οποίο προσομοίαζε μία συζήτηση ασθενούς – γιατρού, σύμφωνα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε συμμετέχοντα ανάλογα το σεξουαλικό του ιστορικό και τις δικές του επικίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές (Πίνακας 4). Κάποια άλλα σημαντικά αποτελέσματα είναι πως στον γυναικείο πληθυσμό της παρέμβασης το ποσοστό του αριθμού των συντρόφων μειώθηκε κατά 29% και στην ομάδα παρέμβασης γενικότερα το ποσοστό της λοίμωξης από χλαμύδια ήταν 11%, το οποίο ήταν το ήμισυ της ομάδας ελέγχου.

Η τέταρτη κατά σειρά επιτυχίας ποσοστού χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων δοκιμή ήταν εκείνη των Hegdahl et al. που πραγματοποιήθηκε σε σχολεία στην χώρα Ζάμπια της Αφρικής. Το δείγμα της παρέμβασης αποτελούνταν από 1.919 έφηβα κορίτσια με μέσο όρο ηλικίας τα 14 έτη, τα οποία έλαβαν χρηματική αμοιβή για την συμμετοχή τους, καθώς η οικονομική ενίσχυση αποτελούσε και μεμονωμένη ομάδα προς διερεύνηση αλλά και μέρος της παρέμβασης (Πίνακας 3). Στην παρέμβαση οι ερευνητές διενέργησαν 36 συνεδρίες με τις έφηβες και άλλες 6 ξεχωριστές συνεδρίες με τους γονείς και την κοινότητα, οι οποίες χαρακτηρίζονταν και στις δύο περιπτώσεις από θέματα σεξουαλικής υγείας, αντισύλληψης και μύθων ώστε να μειωθούν επικίνδυνα φαινόμενα (όπως ο γάμος σε νεαρή ηλικία) (Πίνακας 4). Μεταξύ άλλων θετικών αποτελεσμάτων, το ποσοστό των συμμετεχόντων της παρέμβασης που δήλωσαν πως χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές μεθόδους ανήλθε στο 64%. Οι πεποιθήσεις σχετικά με τις αντισυλληπτικές μεθόδους και επικίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές μειώθηκαν κατά 48% (Πίνακας 5).

Στην συνέχεια, με μικρή διαφορά από την δοκιμή παραπάνω, ακολουθεί η δοκιμή των Ybarra et al. με ποσοστό χρήσης προφυλακτικού στην ομάδα παρέμβασης 60% (Πίνακας 4). Η παρέμβαση της δοκιμής αφορούσε το Girl2Girl, το οποίο είναι πρόγραμμα σχετικά με την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την μείωση των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών σε έφηβες LGB. Μέσω των αμφίδρομων και διαδραστικών μηνυμάτων διεκπεραιώθηκε η παρέμβαση, η οποία είχε χρονική διάρκεια 20 εβδομάδες στις ΗΠΑ (Πίνακας 4). Το δείγμα παρέμβασης αποτέλεσαν 389 έφηβες μέσου όρου ηλικίας 16 έτη, οι οποίες δεν έλαβαν χρηματική αμοιβή για την συμμετοχής τους στην βασική έρευνα (Πίνακας 3). Στις σεξουαλικά ενεργές έφηβες, υπήρξε μείωση 21% σχετικά με το σεξ χωρίς προφυλάξεις. Η συγκεκριμένη δοκιμή είναι η μοναδική που διενεργήθηκε εξολοκλήρου μέσω SMS ή διαδικτύου, χωρίς συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο.

Η έρευνα των Miller et al. αποτελεί την δεύτερη δοκιμή που διενεργήθηκε σε κλινικό πλαίσιο, και συγκεκριμένα στο τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών στις ΗΠΑ. Η παρέμβαση είχε διάρκεια 25 λεπτά και αποτελούνταν από συζήτηση με τον εκπαιδευτικό της παρέμβασης με επιλογή θέματος του συμμετέχοντα από προκαθορισμένα θέματα σεξουαλικής υγείας και διαδραστικές διαφάνειες (Πίνακας 4). Οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης ήταν 44, με μέσο όρο ηλικίας 17 έτη, οι οποίοι δέχτηκαν αμοιβή (Πίνακας 3). Οι ερευνητές μεταξύ άλλων στόχευαν στην αύξηση τόσο των σωστών σεξουαλικών πρακτικών όσο και της προσφυγής σε ιατρικές υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας. Σύμφωνα με τα ευρήματα τους, το 40% των συμμετεχόντων της παρέμβασης χρησιμοποιούν προφυλακτικό, ενώ παρατηρήθηκε 33% αύξηση της εξέτασης για HIV (Πίνακας 5).

Το πρόγραμμα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής διαπαιδαγώγησης If I Were Jack, αφορά την δοκιμή των Lohan et al. σε σχολεία στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η παρέμβαση περιλαμβάνει 4 με 6 90λεπτα μαθήματα περιλαμβάνοντας βίντεο, υλικό για διάβασμα και φυλλάδια (Πίνακας 4). Στόχος των ερευνητών αποτελούν η καθυστέρηση της σεξουαλικής πράξης μέχρι το άτομο να είναι έτοιμο να χρησιμοποιήσει αντισύλληψη σωστά και η χρήση της αντισύλληψης στις σεξουαλικές επαφές. Το

δείγμα παρέμβασης αποτέλεσαν 3.057 μαθητές μέσου όρου 14 έτη, οι οποίοι δεν έλαβαν κάποια αμοιβή (Πίνακας 3). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 86,6% των μαθητών δήλωσε αποφυγή σεξ χωρίς προφυλάξεις, στο οποίο ποσοστό συμπεριλήφθηκε και η αποχή. Ωστόσο, όταν διερευνήθηκε το ποσοστό των μαθητών που είναι σεξουαλικοί ενεργοί και χρησιμοποιούν προφυλάξεις, αυτό ανήλθε στο 39,6% (Πίνακας 5).

Τέλος, το χαμηλότερο ποσοστό χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων είναι 19%, αποτέλεσμα της δοκιμής των Coyle et al. σε σχολεία στις ΗΠΑ. Η παρέμβαση αφορούσε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σε σχολείο, αποτελούμενο από 15 συνεδρίες μαθημάτων των 50 λεπτών (Πίνακας 4). Το δείγμα παρέμβασης αποτέλεσαν 831 μαθητές με μέσο όρο ηλικίας τα 15 έτη, οι οποίοι δεν έλαβαν αμοιβή για την συμμετοχή τους (Πίνακας 3). Η διεξαγωγή της έρευνας ήταν σωστή και το ποσοστό συμμετοχής των μαθητών στην παρέμβαση ικανοποιητικό, αλλά παρόλα αυτά μόνο το 19% δήλωσε πως χρησιμοποιεί προφυλακτικό ή αντισυλληπτικές μεθόδους. Στου σεξουαλικά άπειρους νέους βέβαια, οι πιθανότητες απροφύλακτης σεξουαλικής πράξης ήταν 67% λιγότερες. Ένα ακόμη αποτέλεσμα άξιο αναφοράς, ήταν πως παρατηρήθηκε αύξηση στην επικοινωνία με τους γονείς για σεξουαλικά θέματα, και ιδίως με τον πατέρα, κατά 35%, ρίχνοντας φως και σε άλλες πτυχές της σεξουαλικής ευημερίας των εφήβων (Πίνακας 5).

Σύγκριση Αποτελεσμάτων Βάσει Πλαισίου

Κλινικό Πλαίσιο

Στις δύο έρευνες που διενεργήθηκαν σε κλινικό πλαίσιο, ανήκουν η έρευνα των Shafii et al. σε κλινική ΣΜΝ και η έρευνα των Miller et al. στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Και οι δύο έρευνες διενεργήθηκαν στις ΗΠΑ, ενώ η δοκιμή στην Κλινική ΣΜΝ περιείχε στην ομάδα παρέμβασης σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό από την δοκιμή στα ΤΕΠ (130 έναντι 44). Και στις δύο δοκιμές οι συμμετέχοντες έλαβαν κάποιου είδους αμοιβή, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας διέφερε σημαντικά (Κλινική ΣΜΝ 21 έτη, ΤΕΠ 17 έτη). Και οι δύο παρεμβάσεις είχαν ίδια χρονική διάρκεια, δηλαδή περίπου 25 λεπτά. Ωστόσο, στην έρευνα των Shafii et al. οι ερευνητές εστίασαν στην προώθηση σεξουαλικής εκπαίδευσης (χρήση αντισύλληψης – ενημέρωση για ΣΜΝ), εξατομικευμένης για κάθε συμμετέχοντα με βάση το σεξουαλικό του ιστορικό μέσω βίντεο στον υπολογιστή, ενώ στην δοκιμή των ΤΕΠ, οι συμμετέχοντες κατεύθυναν την συζήτηση με τον εκπαιδευτικό της παρέμβασης σε όσα από τα προκαθορισμένα θέματα σεξουαλικής υγείας τους απασχολούσαν και την αποδοχή υπηρεσιών φροντίδας αναπαραγωγικής υγείας από επαγγελματίες υγείας. Η δοκιμή των Shafii et al. φάνηκε να είναι κατά πολύ περισσότερο αποτελεσματική, καθώς το ποσοστό που δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν προφυλακτικό ξεπέρασε το 80%, σε αντίθεση με το ποσοστό της τάξης τους 40% στην δοκιμή στο ΤΕΠ. Η εξατομικευμένη ανατροφοδότηση μέσω βίντεο για την σεξουαλική ευημερία φαίνεται πως είχε περισσότερο απήχηση, και επηρέασε θετικά όχι μόνο την χρήση αντισύλληψης, αλλά και τους βιοδείκτες σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και ακούσιας κύησης.

Εστίαση σε LGBTQ Νέους

Από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση, οι δοκιμές των Philliber et al. και των Ybarra et al. εστίασαν αποκλειστικά στον πληθυσμό των LGBTQ εφήβων. Οι δοκιμές διενεργήθηκαν στις ΗΠΑ, με την πρώτη να είναι παρέμβαση εργαστηρίου διάρκειας 3 ωρών (υπήρξε αμοιβή) και στην συνέχεια αποστολής SMS και την δεύτερη παρέμβαση να διενεργείτο μέσω SMS/ διαδικτύου για 20 εβδομάδες (δεν υπήρξε αμοιβή για την βασική έρευνα). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν και στις δύο δοκιμές τα 16 έτη, με την παρέμβαση IN-cluded να περιλαμβάνει 551 συμμετέχοντες και την παρέμβαση Girl2Girl 389 συμμετέχοντες. Η πρώτη παρέμβαση περιλάμβανε εκπαίδευση για θέματα σεξουαλικής υγείας, παιχνίδια ρόλων για υπηρεσίες υγείας et al., χωρίς να υπάρχει εξατομικευμένη εστίαση στους συμμετέχοντες. Από την άλλη, το Girl2Girl προσέφερε πιο εξατομικευμένη εκπαίδευση, καθώς βασιζόταν στις απαντήσεις των συμμετεχόντων (αν ήταν σωστές, ανέβαιναν επίπεδο) και προσέφερε κοινωνική υποστήριξη. Ωστόσο, το εργαστήριο IN-cluded αποδείχθηκε αρκετά πιο αποδοτικό, καθώς το 85% των συμμετεχόντων δήλωσαν χρήση προφυλακτικού, σε σχέση με το ποσοστό του 60% στο Girl2Girl. Φαίνεται, λοιπόν, πως στην περίπτωση των νέων LGBTQ μία πρόσωπο με πρόσωπο συζήτηση σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και καθοδήγηση σε σχέση με τις

υπηρεσίες υγείας, είναι πιο αποδεκτό και έχει σημαντικά αποτελέσματα σε μία ομάδα νέων που αντιμετωπίζει τις περισσότερες δυσκολίες σχετικά με την σεξουαλική υγεία και ευημερία.

Σχολικό Πλαίσιο

Οι δοκιμές που διενεργήθηκαν σε σχολεία ήταν συνολικά τέσσερις και πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες και ηπείρους, δηλαδή στην Αιθιοπία και την Ζάμπια, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ. Οι τέσσερις δοκιμές είχαν διαφορετικό μέγεθος δειγμάτων παρέμβασης (Αιθιοπία 108, Ζάμπια 1.919, Ηνωμένο Βασίλειο 3.057 και ΗΠΑ 831) και διαφορετικό μέσο όρο ηλικιών (17, 14, 14 και 15 έτη αντίστοιχα). Η μόνη δοκιμή στην οποία οι συμμετέχοντες δέχτηκαν χρηματική αμοιβή ήταν των Hegdahl et al., όπου η οικονομική ενίσχυση αποτελούσε και ομάδα προς διερεύνηση. Όσον αφορά τις παρεμβάσεις, εκείνη στην Αιθιοπία αφορούσε πρόγραμμα 6μηνης σχολικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από συνομήλικους, στην Ζάμπια συνεδρίες συζήτησης για την σεξουαλική υγεία με νέους και γονείς – κοινότητα ξεχωριστά, και στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ πρόγραμμα σχολικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, με 6 και 15 συνεδρίες αντίστοιχα. Η δοκιμή με τα πιο επιτυχή ποσοστά χρήσης αντισύλληψης είναι των Wondimagegene et al., η οποία είναι και η πιο επιτυχείς ασχέτως πλαισίου, με 95,4% των ατόμων στην ομάδα παρέμβασης να χρησιμοποιούν αντισύλληψη. Το δεύτερο πιο επιτυχές ποσοστό αφορά την έρευνα των Hegdahl et al. στην Ζάμπια, με ποσοστό χρήσης αντισύλληψης να αγγίζει το 64%. Οι λιγότερο αποδοτικές στην χρήση αντισύλληψης δοκιμές είναι εκείνη των Lohan et al. στο Ηνωμένο Βασίλειο και Coyle et al. στις ΗΠΑ, με χρήση προφυλακτικού 39,6% και 19% αντίστοιχα. Οι δύο τελευταίες μελέτες ακολούθησαν περίπου τον ίδιο τρόπο διεξαγωγής της δοκιμής στο σχολείο και αποτελούνταν από εμφανή λιγότερο αριθμό συνεδριών σε σχέση με την δοκιμή στην Αιθιοπία (24 συνεδρίες) ή την δοκιμή στην Ζάμπια (36 συνεδρίες). Αυτό ίσως δείχνει πως η συνεχής και χρονικά διευρυμένη εκπαίδευση ίσως είναι πιο αποτελεσματική στους εφήβους, σε σχέση με συνεδρίες εκπαίδευσης λίγων ημερών ή εβδομάδων. Τέλος, όπως γίνεται αντιληπτό από τα αποτελέσματα των δοκιμών σε σχολικό περιβάλλον, η εκπαίδευση από συνομήλικους φαίνεται πως έχει περισσότερες θετικές εκβάσεις στην χρήση αντισύλληψης σε σχέση με την εκπαίδευση από καταξιωμένους εκπαιδευτικούς, ενώ η αύξηση του χρόνου σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης φαίνεται πως φέρνει επιθυμητά αποτελέσματα σχετικά με υγιείς σεξουαλικές πρακτικές.

Συζήτηση

Σε αυτή την ανασκόπηση διερευνηθήκαν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές με παρεμβάσεις που αφορούσαν την αντισύλληψη και την στάση των ατόμων προς την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.

Τα σχολεία είναι ένα από τα καλύτερα περιβάλλοντα για να ξεκινήσει η αλλαγή συμπεριφοράς, επειδή είναι σχετικά απαλλαγμένο από θρησκευτικούς ηγέτες, μέλη της κοινότητας και γονική πίεση. Το μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων παρατηρήθηκε στην δοκιμή των Wondimagegene et al., με το 95,4% των συμμετεχόντων της παρέμβασης να δηλώνουν πως χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Το χαρακτηριστικό της δοκιμής αυτής είναι πως την εκπαίδευση την έκαναν επιλεγμένοι συμμαθητές στα σχολεία που πραγματοποιήθηκε η παρέμβαση (Wondimagegene et al., 2023). Αναφορικά με την βιβλιογραφία, οι έφηβοι επηρεάζονται από συμπεριφορές από το συνομήλικο και κοινωνικό πλαίσιο και τείνουν να τροποποιούν τη συμπεριφορά τους όταν αισθάνονται ότι οι συνομήλικοί τους ξεκινούν μια νέα συμπεριφορά. Στην μελέτη των Borraccino et al., οι ερευνητές έφτασαν στο ίδιο συμπέρασμα με την δοκιμή των Wondimagegene et al., καθώς υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της υποστήριξης των συνομηλίκων και των συμμαθητών στην προώθηση της χρήσης προφυλακτικού, αποδεικνύοντας ότι η επικοινωνία σχετικά με την αντισύλληψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων μεταξύ των εφήβων (Borraccino et al., 2020).

Οι νέοι που ζουν υπό συνθήκες φτώχειας είναι πιθανότερο να υιοθετήσουν επικίνδυνες συμπεριφορές όπως η αποδέσμευση από το σχολείο, η χρήση ουσιών, η πρόωμη σεξουαλική έναρξη, το συναλλακτικό ή εμπορικό σεξ και το σεξ χωρίς προφυλάξεις. Τα έφηβα κορίτσια και οι νεαρές γυναίκες από τα φτωχότερα νοικοκυριά είναι επίσης πιο πιθανό από τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες

από πλουσιότερα νοικοκυριά να μείνουν έγκυες ή να γεννήσουν πριν από την ηλικία των 18 ετών (WHO, 2018). Η δοκιμή των Hegdahl et al. είναι αρκετά διαφωτιστική ως προς την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των έφηβων κοριτσιών σε σχολικό χώρο, την συζήτηση για πρακτικές όπως ο γάμος σε μικρή ηλικία με τους γονείς και παράλληλα την οικονομική στήριξη, με τα αποτελέσματα της χρήσης προφυλακτικού να είναι αρκετά ικανοποιητικά και τις πεποιθήσεις των κοριτσιών σχετικά με την αντισύλληψη και την σεξουαλική υγεία να αλλάζουν δραστικά. Είναι η μόνη δοκιμή στην συγκεκριμένη ανασκόπηση που εμπλέκει γονείς και κοινότητα, καθώς και οι δύο αυτοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην σεξουαλική ευημερία των εφήβων. Σύμφωνα με τους Borraccino et al. οι γονείς μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας σχετικά με το σεξ. Αυτό βοηθά τους εφήβους να έχουν μεγαλύτερη αίσθηση σταθερότητας και ασφάλειας, η οποία είναι απαραίτητη για να ευνοηθούν οι κατάλληλες πρακτικές σεξουαλικής υγείας και να διευκολυνθεί η ανάπτυξή τους σε σεξουαλικά υγιείς ενήλικες (Borraccino et al., 2020). Παράλληλα, η κοινότητα και το περιβάλλον στο οποίο γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν και εργάζονται τα άτομα επηρεάζουν δυναμικά τη συμπεριφορά τους. Οι κοινωνικές διαδικασίες και μηχανισμοί εντός της κοινότητας υποστηρίζουν εν μέρει τον επιπολασμό της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων (Yang et al., 2023). Συνεπώς, η εμπλοκή γονέων και κοινότητας αποτελεί μία εύστοχη συμπερίληψη στην παρέμβαση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, καθώς επηρεάζει όχι μόνο τους συμμετέχοντες αλλά και το περιβάλλον τους.

Τα πρότυπα φύλων και οι ανισότητες αποτελούν ενεργά κοινωνικά θέματα προς επίλυση και εκπαίδευση στις σύγχρονες κοινωνίες. Σύμφωνα με τα εγχειρίδια σχολικής διαπαιδαγώγησης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα παραπάνω θέματα πρέπει να εντάσσονται στις θεματικές ενότητες, ώστε και οι άνδρες να έρθουν στο προσκήνιο όσον αφορά την πρόληψη της ακούσιας εγκυμοσύνης, τερματίζοντας έτσι την πεποίθηση ότι η αντισύλληψη αφορά καθήκον μόνο της γυναίκας (Grubb et al., 2020; WHO, 2018). Η παρέμβαση των Lohan et al. στοχεύει στις ανισότητες φύλων στο πλαίσιο της σεξουαλικής εκπαίδευσης και φαίνεται να χαίρει αποδοχής από τους μαθητές, καθώς ένα υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσε πως δεν ασκεί απροφύλακτη σεξουαλική πράξη. Ωστόσο, η συγκεκριμένη παρέμβαση προωθεί την αποχή έως ότου το άτομο να είναι ικανό να χρησιμοποιήσει προφυλάξεις αποτελεσματικά στην σεξουαλική του ζωή (Lohan et al., 2022). Η προώθηση της αποχής, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, φαίνεται πως είναι αναποτελεσματική, ιδίως μακροπρόθεσμα (WHO, 2023a). Εν μέρη, η παραπάνω δοκιμή επιβεβαιώνει την τοποθέτηση αυτή, καθώς το 40% των σεξουαλικά ενεργών μαθητών ανέφερε χρήση κάποιου είδους αντισύλληψης. Μειωμένα ποσοστά χρήσης προφύλαξης σημειώθηκαν και στην έρευνα των Coyle et al. (19%). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά σταδιακή και μακροχρόνια διαπαιδαγώγηση, με βάση την ηλικία και της ανάγκες της. Είναι πιθανό λίγα μαθήματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης να μην αρκούν για να καταρριφθούν εσφαλμένα πρότυπα, πρακτικές και ιδέες που τα παιδιά έχουν υιοθετήσει κατά την διάρκεια της ζωής τους (WHO, 2023a).

Οι νέοι LGBTQ φαίνεται να έχουν ανάγκη για σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αφού σε σχέση με ετερόφυλα άτομα, έχουν φτωχότερα αποτελέσματα σεξουαλικής υγείας (π.χ. ΣΜΝ, HIV), πέφτουν συχνά θύματα βίας, έχουν φτωχότερη ψυχική υγεία και πολλές φορές αντιμετωπίζουν εμπόδια όταν προσπαθούν να λάβουν υγειονομική περίθαλψη (Grubb et al., 2020; Oginni et al., 2022; Philliber, 2021). Αυτό οδηγεί τα LGBTQ άτομα να αποφεύγουν ή να καθυστερούν τη φροντίδα. Αυτή η καθυστέρηση μπορεί να επηρεάσει τους νέους LGBTQ να αναζητήσουν πληροφορίες από πηγές που μπορεί να μην είναι αξιόπιστες. Συνεπώς, η έλλειψη πρόσβασης και πληροφόρησης δημιουργεί έντονη ανάγκη για παρέμβαση σεξουαλικής υγείας σε άτομα LGBTQ. Όπως αποδεικνύεται και από το εργαστήριο IN-cluded, μία παρέμβαση σχετικά με την ενδυνάμωση των νέων περί σεξουαλικής υγείας και παράλληλα υγειονομικής περίθαλψης, είναι αποτελεσματική και ελπιδοφόρα στην πρόληψη δυσμενών αποτελεσμάτων σεξουαλικής υγείας, αφού τα άτομα ενδυναμώνονται με εργαλεία τόσο στην σεξουαλική τους συμπεριφορά όσο και στο πλαίσιο της κλινικής φροντίδας (Philliber, 2021).

Από την άλλη πλευρά, εφαρμογές υγείας, όπως το mHealth, μπορούν να φανούν επίσης αποτελεσματικές στην θεραπεία και παρακολούθηση των ασθενών, λόγω της ευελιξίας τους στην

άσκηση τηλε-ιατρικής από απόσταση, χωρίς την απαραίτητη επαφή ασθενών και επαγγελματιών υγείας πρόσωπο με πρόσωπο (Υπουργείο Υγείας, 2018b). Τα άτομα LGBTQ μπορεί να θέλουν να ζητήσουν συμβουλές από αξιόπιστες πηγές, αλλά να μην νιώθουν έτοιμοι να αποκαλύψουν την σεξουαλική τους ταυτότητα στον περίγυρό τους, ενώ συχνά φαίνεται πως υπάρχουν εμπόδια και ανισότητες στην σεξουαλική εκπαίδευση στις ΗΠΑ, καθώς δεν εντάσσουν όλες οι πολιτείες στην επίσημη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση την αντισύλληψη, ενώ άλλες προωθούν κυρίως την αποχή. Τα κορίτσια σεξουαλικών μειονοτήτων είναι σημαντικά πιο πιθανό να είναι έγκυες κατά τη διάρκεια των εφηβικών τους χρόνων σε σύγκριση με τα ετεροφυλόφιλα κορίτσια και παρόλα αυτά, υπάρχει περιορισμένος προγραμματισμός πρόληψης της εφηβικής εγκυμοσύνης που να είναι προσαρμοσμένος στις ανάγκες τους. Αυτό τον σκοπό θα εξυπηρετούσε και μία παρέμβαση όπως των Ybarra et al., η οποία προσέφερε εξατομικευμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για κορίτσια LGB, χρησιμοποιώντας υπηρεσίες mHealth μέσω μηνυμάτων, και τα αποτελέσματα της οποίας δημιουργούν το έφορο έδαφος για την εκπαίδευση στην αντισύλληψη και τις υγιείς σεξουαλικές πρακτικές εξ αποστάσεως (Ybarra et al., 2021).

Το κλινικό πλαίσιο αποτελεί το πιο ασφαλές για σωστή συμβουλευτική και καθοδήγηση σεξουαλικών πρακτικών και σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Από τις αρχές της εφηβείας, οι παιδίατροι μπορούν να μιλούν και να συμβουλεύουν τους έφηβους σχετικά με την αντισύλληψη, την σεξουαλική βία και την υιοθέτηση ενεργού ρόλου στην υγιή σεξουαλική πρακτική (Grubb et al., 2020). Οι παρεμβάσεις που διεξήχθησαν σε κλινική και συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη παρείχαν εξατομικευμένη ανατροφοδότηση και συμβουλευτική στους συμμετέχοντες και είχαν επιτυχή αποτελέσματα χρήσης αντισύλληψης (Miller et al., 2021; Shafii et al., 2019) . Ο ενεργός ρόλος των επαγγελματιών υγείας πρέπει να ξεκινάει νωρίς, ώστε οι πληροφορίες των εφήβων να προέρχονται από αξιόπιστες πηγές και άτομα. Αυτό θα βοηθήσει στην πρόληψη της ακούσιας εγκυμοσύνης, της αποφυγής σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και στην θετική έκβαση της σεξουαλικής υγείας, θεμέλια τα οποία αν δομηθούν σωστά από νωρίς στην ζωή, προλαμβάνουν πολλούς από τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου. Η εξατομικευμένη συμβουλευτική σε ένα ασφαλές περιβάλλον στα παραπάνω θέματα είναι το κλειδί για ασφαλέστερη σεξουαλική ζωή στο παρόν και το μέλλον.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Υπουργείο Υγείας. (2018a). *mHealth—Υγεία εν Κινήσει*. Υπουργείο Υγείας.
<https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/5688-mhealth>

Υπουργείο Υγείας. (2018b). *mHealth—Υγεία εν Κινήσει*. Υπουργείο Υγείας.
<https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/5688-mhealth>

Αγγλική Βιβλιογραφία

Alekhya, G., Parida, S. P., Giri, P. P., Begum, J., Patra, S., & Sahu, D. P. (2023). Effectiveness of school-based sexual and reproductive health education among adolescent girls in Urban areas of Odisha, India: A cluster randomized trial. *Reproductive Health*, 20(1), 105.
<https://doi.org/10.1186/s12978-023-01643-7>

Apostolakis, I., & Tzanavaris, D. (2014). M-Health in primary healthcare The greek and the global reality. *Hellenike iatrike*, 103, 186–201.

Babalola, S., Loehr, C., Oyenubi, O., Akiode, A., & Mobley, A. (2019). Efficacy of a Digital Health Tool on Contraceptive Ideation and Use in Nigeria: Results of a Cluster-Randomized Control Trial. *Global Health, Science and Practice*, 7(2), 273–288.
<https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00066>

Borraccino, A., Lo Moro, G., Dalmasso, P., Nardone, P., Donati, S., Berchiolla, P., Charrier, L., Lenzi, M., Spinelli, A., Lemma, P., 2018 HBSC-Italia Group, & the 2018 HBSC-Italia Group. (2020). Sexual behaviour in 15-year-old adolescents: Insights into the role of family, peer, teacher, and classmate support. *Annali Dell’Istituto Superiore Di Sanita*, 56(4), 522–530. https://doi.org/10.4415/ANN_20_04_17

Cabecinha, M., Mercer, C. H., Gravningen, K., Aicken, C., Jones, K. G., Tanton, C., Wellings, K., Sonnenberg, P., & Field, N. (2017). Finding sexual partners online: Prevalence and associations with sexual behaviour, STI diagnoses and other sexual health outcomes in the British population. *Sexually Transmitted Infections*, 93(8), 572–582.
<https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052994>

Chakole, S., Akre, S., Sharma, K., Wasnik, P., Wanjari, M. B., Chakole, S., Akre, D. S., Sharma, D. K., Sr, P. W., & Wanjari, M. (2022). Unwanted Teenage Pregnancy and Its Complications: A Narrative Review. *Cureus*, 14. <https://doi.org/10.7759/cureus.32662>

Cho, I., & Park, Y.-J. (2023). The effectiveness of a tailored programme to promote reproductive-health-promoting behaviour in young women based on the Precaution Adoption Process Model: A randomized controlled trial. *Nursing Open*, 10(3), 1704–1714.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1425>

Coyle, K., Anderson, P., Laris, B. A., Barrett, M., Unti, T., & Baumler, E. (2021). A Group Randomized Trial Evaluating High School FLASH, a Comprehensive Sexual Health Curriculum. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 68(4), 686–695. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.12.005>

European Commission. (2014). *Green Paper on mobile health ('mHealth') | Shaping Europe's digital future*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/green-paper-mobile-health-mhealth>

European mHealth Hub. (2023). *European mHealth Hub*. <https://mhealth-hub.org/>

Gómez-Lugo, M., Morales, A., Saavedra-Roa, A., Niebles-Charris, J., Abello-Luque, D., Marchal-Bertrand, L., García-Roncallo, P., García-Montaño, E., Pérez-Pedraza, D., Espada, J. P., & Vallejo-Medina, P. (2022). Effects of a Sexual Risk-Reduction Intervention for Teenagers: A Cluster-Randomized Control Trial. *AIDS and Behavior*, 26(7), 2446–2458. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03574-z>

GOV.UK. (2023). *Sexually transmitted infections and screening for chlamydia in England: 2023 report*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/statistics/sexually-transmitted-infections-stis-annual-data-tables/sexually-transmitted-infections-and-screening-for-chlamydia-in-england-2023-report>

Grubb, L. K., Powers, M., & COMMITTEE ON ADOLESCENCE. (2020). Emerging Issues in Male Adolescent Sexual and Reproductive Health Care. *Pediatrics*, 145(5), e20200627. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0627>

Hegdahl, H. K., Musonda, P., Svanemyr, J., Zulu, J. M., Grønvik, T., Jacobs, C., & Sandøy, I. F. (2022). Effects of economic support, comprehensive sexuality education and community dialogue on sexual behaviour: Findings from a cluster-RCT among adolescent girls in rural Zambia. *Social Science & Medicine (1982)*, 306, 115125. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115125>

Jenner, E., Walsh, S., Henley, C., Demby, H., Leger, R., & Falk, G. (2023). Randomized Trial of a Sexual Health Video Intervention for Black and Hispanic Adolescent Females. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 24(Suppl 2), 262–271. <https://doi.org/10.1007/s11121-023-01499-0>

Kim, H. M., & Miller, L. C. (2020). Are insecure attachment styles related to risky sexual behavior? A meta-analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 39(1), 46–57. <https://doi.org/10.1037/hea0000821>

Kitonsa, J., Kansiime, S., Kusemererwa, S., Onyango, M., Nayiga, B., Kabarambi, A., Mugisha, J. O., Kaleebu, P., & Ruzagira, E. (2023). Changes in self-reported risky sexual

behaviour indicators among adults receiving regular risk reduction counselling and optional initiation of pre-exposure prophylaxis in an HIV vaccine preparedness study in Masaka, Uganda. *Global Health Action*, 16(1), 2242672.

<https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2242672>

Křepelka, P., Fait, T., Urbánková, I., Hanáček, J., Krofta, L., & Dvořák, V. (2020). Risky sexual behaviour and contraceptive use among young women in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*, 28(1), 3–12.

<https://doi.org/10.21101/cejph.a5823>

Lake Yimer, B. (2022). HIV/AIDS risk-reduction options as predictor of female sex workers' sexual behaviour. *Women's Health*, 18, 17455057221118167.

<https://doi.org/10.1177/17455057221118167>

Lohan, M., Brennan-Wilson, A., Hunter, R., Gabrio, A., McDaid, L., Young, H., French, R., Aventin, Á., Clarke, M., McDowell, C., Logan, D., Toase, S., O'Hare, L., Bonell, C., Gillespie, K., Gough, A., Lagdon, S., Warren, E., Buckley, K., ... White, J. (2022). Effects of gender-transformative relationships and sexuality education to reduce adolescent pregnancy (the JACK trial): A cluster-randomised trial. *The Lancet. Public Health*, 7(7), e626–e637. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00117-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00117-7)

Lohan, M., Gillespie, K., Aventin, Á., Gough, A., Warren, E., Lewis, R., Buckley, K., McShane, T., Brennan-Wilson, A., Lagdon, S., Adara, L., McDaid, L., French, R., Young, H., McDowell, C., Logan, D., Toase, S., Hunter, R. M., Gabrio, A., ... White, J. (2023). School-based relationship and sexuality education intervention engaging adolescent boys for the reductions of teenage pregnancy: The JACK cluster RCT. *Public Health Research*, 11(8), 1–139. <https://doi.org/10.3310/YWXQ8757>

Manlove, J., Cook, E., Whitfield, B., Johnson, M., Martínez-García, G., & Garrido, M. (2020). Short-Term Impacts of Pulse: An App-Based Teen Pregnancy Prevention Program for Black and Latinx Women. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(2), 224–232.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.017>

Miller, M. K., Catley, D., Adams, A., Staggs, V. S., Dowd, M. D., Stancil, S. L., Miller, E., Satterwhite, C. L., Bauermeister, J., & Goggin, K. (2021). Brief Motivational Intervention to Improve Adolescent Sexual Health Service Uptake: A Pilot Randomized Controlled Trial in the Emergency Department. *The Journal of Pediatrics*, 237, 250-257.e2.

<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.06.007>

Oginni, O. A., Jern, P., Rahman, Q., & Rijdsdijk, F. V. (2022). Do psychosocial factors mediate sexual minorities' risky sexual behaviour? A twin study. *Health Psychology, 41*(1), 76–84. <https://doi.org/10.1037/hea0001129>

Petersson, C., Swahnberg, K., Peterson, U., & Oscarsson, M. (2022). Teenagers' and young adults' sexual behaviour and its associations with exposure to violence, among visitors at a Youth Centre in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare, 34*, 100781. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100781>

Philliber, A. (2021). The IN·cluded Program: A Randomized Control Trial of an Effective Sex Education Program for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Questioning Youths. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 69*(4), 636–643. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.04.002>

Saucier, C. J., Suresh, S., Brooks, J. J., Walter, N., Plant, A., & Montoya, J. A. (2022). The Effect of an Entertainment-Education Intervention on Reproductive Health of Young Women of Color. *Health Communication, 37*(9), 1093–1103. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1903741>

Shafii, T., Benson, S. K., Morrison, D. M., Hughes, J. P., Golden, M. R., & Holmes, K. K. (2019). Results from e-KISS: Electronic-KIOSK Intervention for Safer Sex: A pilot randomized controlled trial of an interactive computer-based intervention for sexual health in adolescents and young adults. *PloS One, 14*(1), e0209064. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209064>

Shahrokhi, S. N., Salmani, H., & Ahmadi, M. (2023). The Role of Electronic Health Tools in Unwanted Pregnancy Prevention, Abortion and Post-Abortion Follow-Up: A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 28*(5), 487. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_312_20

Skaletz-Rorowski, A., Potthoff, A., Nambiar, S., Wach, J., Kayser, A., Kasper, A., & Brockmeyer, N. h. (2021). Sexual behaviour, STI knowledge and Chlamydia trachomatis (CT) and Neisseria gonorrhoeae (NG) prevalence in an asymptomatic cohort in Ruhr-area, Germany: PreYoungGo study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 35*(1), 241–246. <https://doi.org/10.1111/jdv.16913>

Tebb, K. P., Rodriguez, F., Pollack, L. M., Adams, S., Rico, R., Renteria, R., Trieu, S. L., Hwang, L., Brindis, C. D., Ozer, E., & Puffer, M. (2021). Improving contraceptive use among Latina adolescents: A cluster-randomized controlled trial evaluating an mHealth application, Health-E You/Salud iTu. *Contraception, 104*(3), 246–253. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.03.004>

- Therriault, D., Lemelin, J.-P., Toupin, J., Martin-Storey, A., & Déry, M. (2024). Associations between externalizing behavior problems and risky sexual behaviors in adolescence: Attachment as a mediator. *Journal of Adolescence*, *96*(2), 394–410. <https://doi.org/10.1002/jad.12285>
- UNAIDS. (2023). *Global HIV & AIDS statistics—Fact sheet*. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- UNAIDS. (2024). *Indicators and questions for monitoring progress on the 2021 Political Declaration on HIV and AIDS — Global AIDS Monitoring 2024*. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-monitoring-guidelines>
- UNICEF. (2022). *Intimate partner violence*. UNICEF DATA. <https://data.unicef.org/topic/gender/intimate-partner-violence/>
- UNICEF. (2023). *Sexual and reproductive health*. UNICEF DATA. <https://data.unicef.org/topic/gender/sexual-and-reproductive-health/>
- Veličko, I., Ploner, A., Marions, L., Sparén, P., Herrmann, B., & Kühlmann-Berenzon, S. (2022). Patterns of sexual behaviour associated with repeated chlamydia testing and infection in men and women: A latent class analysis. *BMC Public Health*, *22*(1), 652. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12394-0>
- Whitworth, H. S., Baisley, K. J., Nnko, S., Irani, J., Aguirre-Beltran, A., Changalucha, J., Crucitti, T., Francis, S., Hashim, R., Hansen, C. H., Hayes, R. J., Buvé, A., & Watson-Jones, D. (2023). Associations between age of menarche, early sexual debut and high-risk sexual behaviour among urban Tanzanian schoolgirls: A cross-sectional study. *Tropical Medicine & International Health*, *28*(3), 237–246. <https://doi.org/10.1111/tmi.13858>
- WHO. (2018). *International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach*. <https://www.who.int/publications/m/item/9789231002595>
- WHO. (2022a). *Family Planning—A global handbook for providers, 2022 edition*. <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705>
- WHO. (2022b). *Family Planning—Global Handbook for Providers—2022 edition*. <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705>
- WHO. (2023a). *Comprehensive sexuality education*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>
- WHO. (2023b). *Family planning/contraception methods*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- WHO. (2024a). *Abortion*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- WHO. (2024b). *Adolescent pregnancy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

WHO. (2024c). *Sexual and reproductive health and rights*. <https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights>

WHO. (2024d). *Sexual health*. <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>

WHO. (2024e). *Sexually transmitted infections (STIs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Wondimagegene, Y. A., Debelew, G. T., & Koricha, Z. B. (2023). Effectiveness of peer-led education interventions on contraceptive use, unmet need, and demand among adolescent girls in Gedeo Zone, South Ethiopia. A cluster randomized controlled trial. *Global Health Action, 16*(1), 2160543. <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2160543>

Yang, Y., Jeong, J., & Bae, S.-H. (2023). A systematic review of social processes and mechanisms in the community that influence risky sexual behaviour among adolescents and young adults. *Nursing Open, 10*(9), 5868–5886. <https://doi.org/10.1002/nop2.1870>

Ybarra, M., Goodenow, C., Rosario, M., Saewyc, E., & Prescott, T. (2021). An mHealth Intervention for Pregnancy Prevention for LGB Teens: An RCT. *Pediatrics, 147*(3), e2020013607. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013607>