



Edukacja i wychowanie seksualne w placówkach oświatowych w świetle nowej podstawy programowej przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie „

Opracowanie sfinansowane ze środków
Rządowego Programu
Rozwoju Organizacji Obywatelskich
na lata 2018-2030



Program Rozwoju
Organizacji
Obywatelskich
na lata 2018-2030
PROO



Narodowy Instytut Wolności
Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego

Opracowanie udostępniane jest w trybie licencji dostępu wolnego.
Korzystanie, powielanie oraz udostępnianie jest całkowicie bezpłatne.
Jedynym warunkiem jest wskazanie źródła oraz podanie łącza (linku) do strony www.

Anna Kubiak

**Edukacja i wychowanie seksualne w placówkach oświatowych w
świele nowej podstawy programowej przedmiotu
„Wychowanie do życia w rodzinie „**

ŁÓDŹ 2021

Spis treści

Wstęp

1.Przybliżenie wiadomości na temat zdrowia seksualnego i prokreacyjnego.

1.1 Zdrowie seksualne i prokreacyjne jako komponenty holistycznego modelu zdrowia człowieka, podstawowe prawa i normy w sferze seksualności.

1.1.1 Problematyka zdrowia seksualnego i prokreacyjnego: definicje i prawa człowieka w tej sferze.

Klasyfikacja i znaczenie norm w sferze zdrowia seksualnego i prokreacyjnego

1.2 Problematyka seksualności człowieka, zaburzenia w sferze seksualności, nieprawidłowe zachowania seksualne.

1.2.1 Seksualność człowieka i jej uwarunkowania.

1.2.2 Nieprawidłowe zachowania człowieka w sferze seksualności

Zagrożenia zdrowia seksualnego i prokreacyjnego: choroby przenoszone drogą płciową.

1.3.1 Choroby bakteryjne przenoszone drogą płciową, wprowadzenie w problematykę zakażeń.

1.3.2. Choroby wirusowe i inne przenoszone drogą płciową.

Zjawisko prawidłowej płodności kobiety i mężczyzny jako ważny przejaw zdrowia seksualnego i prokreacyjnego.

1.4.1. Omówienie problematyki płodności mężczyzny.

1.4.2. Problematyka płodności kobiety.

1.4.3. Zaburzenia i problemy zdrowotne człowieka w sferze płodności (niepłodność, bezpłodność, problematyka in vitro)

1.4.4. Definicje, klasyfikacja, kryteria diagnostyczne niepłodności. 1.5.2. Metody terapii i techniki wspomagania niepłodności

2.Odpowiedzialne rodzicielstwo i naturalne planowane rodziny

2.1. Świadome, dojrzałe i odpowiedzialne rodzicielstwo – podstawowe prawa i normy obowiązujące człowieka w tej sferze życia.

2.1.1. Wprowadzenie w problematykę świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa.

2.1.2 Prawa i normy obowiązujące człowieka w aspekcie świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa

Podstawowe pojęcia związane z antykoncepcją: stosowane i zalecane metody antykoncepcji, wady i zalety tych metod.

2.2.1.Podstawowe informacje dotyczące problematyki antykoncepcji.

2.2.2.Omówienie metod antykoncepcji, ich wady i zalety. Przybliżenie i uporządkowanie zagadnień związanych z naturalnym planowaniem rodziny.

2.3.1. Podstawowe zagadnienia związane z fizjologią płodności człowieka i jej przejawami.

2.3.2. Metody identyfikacji okresów płodności i niepłodności pary.

Edukacja i wychowanie seksualne w placówkach oświatowych.

3.Główne założenia wychowania i edukacji seksualnej dzieci i młodzieży z uwzględnieniem wieku i płci; problematyka dojrzewania biologicznego.

3.1.1.Podstawowe problemy związane z wychowaniem i edukacją seksualną dzieci i młodzieży

3.1.2 Problematyka dojrzewania biologicznego człowieka

Zasady konstruowania i realizacji programów edukacji seksualnej dzieci i młodzieży.

3.2.1.Założenia współcześnie funkcjonujących programów edukacji seksualnej

3.2.2. Omówienie niektórych programów edukacji seksualnej w Polsce i na świecie

3.2.3. Teoria i praktyka „gender” jako współczesne zagrożenie dla zdrowia seksualnego i prokreacyjnego człowieka.

4.Założenia teorii „gender” i ich realizacja przez środowiska lewicowe.

4.1.1 Teoria gender- wprowadzenie

4.1.2 Rola uczelni wyższych w promowaniu teorii gender jako dyscypliny akademickiej

4.1.3 Zmiany społeczno-kulturowe jako zamierzony efekt ideologii gender w praktyce.

4.2.1 Dekonstrukcja człowieka jako skutek ideologii gender.

4.2.2 Tożsamość społeczno-kulturowa w teorii „gender”.

4.2.3 Praktyczne aspekty wpływu teorii gender na proces dojrzewania dzieci i młodzieży.

4.3.1 „Spektrum płci” człowieka w teorii „gender” a fakty naukowe.

4.3.2 Seksualizacja dzieci jako zagrożenie ich zdrowia seksualnego i prokreacyjnego

1. Przybliżenie wiadomości na temat zdrowia seksualnego i prokreacyjnego.

1.1 Zdrowie seksualne i prokreacyjne jako komponenty holistycznego modelu zdrowia człowieka, podstawowe prawa i normy w sferze seksualności.

Zdrowie człowieka stanowi całość złożoną z kilku powiązanych ze sobą i zależnych wzajemnie od siebie komponentów, są to: zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne, duchowe, seksualne i prokreacyjne. Przemiany obyczajowe w XX wieku spowodowały zmianę postawy ludzi wobec własnej seksualności, która przestała być utożsamiana tylko i wyłącznie z prokreacją. Praktyczne oddzielenie funkcji seksualnej od prokreacyjnej spowodowało, że dla większej przejrzystości terminologicznej, wyodrębniono dodatkowo kategorię zdrowia prokreacyjnego. Ponadto zidentyfikowano i sklasyfikowano ważne normy dotyczące oceny zachowań seksualnych człowieka.

Celem niniejszego tekstu jest przybliżenie i uporządkowanie wiedzy dotyczącej ważnych aspektów zdrowia seksualnego i prokreacyjnego człowieka.

Omówiono pojęcia związane ze zdrowiem seksualnym i prokreacyjnym, prawa człowieka w tej sferze oraz normy oceny zachowań seksualnych ludzi.

1.1.1 Problematyka zdrowia seksualnego i prokreacyjnego: definicje i prawa człowieka w tej sferze.

Współczesna nauka o zdrowiu człowieka prezentuje tzw. holistyczny model zdrowia opracowany przez V. Simovską który jest oparty na zasadzie wielowymiarowości.[19]

Model holistyczny wyróżnia następujące aspekty zdrowia człowieka

- fizyczne
- psychiczne
- społeczne
- duchowe
- seksualne
- prokreacyjne

Bardzo ważne w edukacji seksualnej są wymiary zdrowia człowieka: seksualne i prokreacyjne.

Człowiek jest istotą seksualną, podczas całej ontogenezy (rozwoju osobniczego) od poczęcia do biologicznej śmierci, a o wielu aspektach jego funkcjonowania w życiu decyduje płeć.

Płeć to zespół cech, które związane są bezpośrednio ze sposobem rozmnażania, co u większości organizmów pozwala rozróżnić osobniki żeńskie i męskie. Decyduje o tym odmiennosc niektórych cech budowy czyli tzw.: pierwszorzędowe, drugorzędowe i trzeciorzędowe cechy płciowe oraz wygląd. Płeć człowieka determinuje się genetycznie, już po połączeniu komórek rozrodczych, co prezentuje schemat:



Oprócz tzw. płci chromosomalnej, określa się ponadto płeć gonadalną (jądra lub jajniki), płeć hormonalną (androgeny lub estrogeny) oraz płeć somatyczną (owłosienie, budowa miednicy i pasa barkowego). Seksualność stanowi też integralną składową osobowości człowieka, niektórzy badacze rozróżniają nawet płeć mózgu.

Po raz pierwszy pojęcie zdrowia seksualnego zdefiniowała w 1975 r WHO:

Zdrowie seksualne jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. [19]

Przemiany obyczajowe oraz wynikająca z nich zmiana podstaw wobec seksualności, która przestała być utożsamiana tylko i wyłącznie z prokreacją spowodowały, że wyodrębniono dodatkową kategorię zdrowia prokreacyjnego.

Zdrowie prokreacyjne jest to stan pełnego dobrostanu (well-being) w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami we wszystkich okresach życia.

Podsumowując, zdrowie seksualne jest częścią zdrowia prokreacyjnego i polega na zdrowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej; wolności od chorób, niedomagań, niemocy seksualnej, przemocy i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością.[19]

Przełomem w podejściu do zdrowia prokreacyjnego i seksualnego była Międzynarodowa Konferencja na Rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze w 1994r. Uporządkowano tam obie powyższe definicje oraz sformułowano prawa prokreacyjne i seksualne. [19]

Prawa prokreacyjne są częścią praw człowieka, które zostały już uznane w ustawodawstwie krajowym, w międzynarodowych dokumentach praw człowieka oraz innych dokumentach konsensusowych. Prawa te opierają się na uznaniu:

- fundamentalnego prawa wszystkich par i jednostek do wolnego i odpowiedzialnego decydowania: ile, kiedy i w jakich odstępach czasu chcą mieć dzieci, jak również do informacji i środków umożliwiających osiągnięcie tego celu;
- prawa do możliwie najlepszego zdrowia seksualnego i prokreacyjnego;

- prawa do podejmowania decyzji w sprawach prokreacyjnych, w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy.
- Prawa seksualne to prawa każdego człowieka do:
- decydowania w sposób wolny i odpowiedzialny o wszystkich aspektach swojej seksualności, łącznie z ochroną i promocją zdrowia seksualnego i prokreacyjnego
- wolności od dyskryminacji, przymusu i przemocy w swoim życiu seksualnym oraz we wszystkich decyzjach dotyczących życia seksualnego;
- oczekiwania i domagania się równości, pełnej zgody, wzajemnego szacunku i wspólnej odpowiedzialności w związkach seksualnych.

Polska podpisała i ratyfikowała wszystkie międzynarodowe dokumenty z zakresu praw człowieka oraz podpisała dokumenty końcowe, uzgodnione na forum międzynarodowym podczas kluczowych konferencji ONZ, również te, które dotyczą zdrowia prokreacyjnego i seksualnego. Wynikają z tego określone zobowiązania, m.in. zapewnienie dostępu do informacji, usług zdrowotnych oraz pełnego zakresu metod planowania rodziny. W odniesieniu do zdrowia prokreacyjnego i seksualnego obejmują one:

- usługi planowania rodziny, poradnictwo i informacje;
- opiekę pre- i postnatalną raz w czasie porodu;
- opiekę nad niemowlętami;
- leczenie infekcji dróg rodnych oraz chorób przenoszonych drogą płciową;
- leczenie skutków zdrowotnych niebezpiecznych aborcji;
- zapobieganie oraz odpowiednie leczenie niepłodności;
- informację, edukację i poradnictwo w zakresie seksualności człowieka i odpowiedzialnego rodzicielstwa;
- promowanie odpowiedniego rozwoju seksualności, związków opartych na równości i wzajemnym szacunku;
- zapewnienie dostępu do informacji, edukacji i usług niezbędnych do osiągnięcia zdrowia seksualnego i korzystania z praw seksualnych.

Opublikowana przez WHO w 2002r. Deklaracja Praw Seksualnych wniosła nowe elementy, np. prawo do:

- seksualnej równości osób niepełnosprawnych
- do zachowań autoerotycznych (np. masturbacji)
- do informacji i wszechstronnej edukacji seksualnej
- do podejmowania decyzji w sprawach prokreacyjnych w sposób wolny od dyskryminacji, przymusu i przemocy
- do wolnego, odpowiedzialnego decydowania o czasie poczęcia i ilości dzieci

- do dostępu do informacji, usług zdrowotnych i pełnego zakresu metod planowania rodziny
- do informacji i do środków umożliwiających osiągnięcie tego celu
- do możliwie jak najlepszego zdrowia seksualnego i prokreacyjnego [19]

1.1.2 Klasyfikacja i znaczenie norm w sferze zdrowia seksualnego i prokreacyjnego

W drugiej połowie XX wieku ukształtowały się poglądy dotyczące problematyki związanej ze zdrowiem seksualnym i prokreacyjnym człowieka, a nawet określono szereg szczególnych praw w tej sferze życia. Większość pojęć i praw obowiązuje we współczesnym nauczaniu a część jeszcze zmienia się i ewoluje. Podobnie ma się sprawa z normami oceniającymi zachowania seksualne człowieka, które opierają się na różnych założeniach; tylko normy prawne i medyczne obowiązują wszystkich ludzi.

Pojęcie normy seksualnej ulegało zmianom ze względu na przemiany obyczajowe i związek zachowań seksualnych z moralnością. Współcześnie pojęcie normy cechuje daleko posunięty pragmatyzm i tolerancja, co wyraźnie ogranicza obszar zachowań zaliczanych do zaburzeń seksualnych.

Wg. Z.L. Starowicza wyodrębnić można następujące normy ograniczające aktywność człowieka w sferze seksualnej:

A)

- kulturowe
- religijne
- etyczno-moralne
- społeczno-obyczajowe
- partnerskie

B)

- prawne
- medyczne

Większość norm zgrupowanych w punkcie A nie da się zobiektywizować, każdy człowiek ma prawo do własnej moralnej oceny tych zagadnień. W grupie B zawarto normy, które można określić mianem obiektywne, dotyczą przestrzegania prawa i kryteriów medycznych.

Podjęto próbę zdefiniowania wymienionych wcześniej norm zachowań seksualnych, oto przykłady:

- norma kulturowa: każda kultura ma w swojej obyczajowości pojęcia co jest normalne a co jest inne i patologiczne np. w kulturze chrześcijańskiej obowiązuje monogamia a w islamskiej wielożeństwo

- norma religijna: niektóre religie w sposób ścisły określają zachowania człowieka w sferze seksualności np. współżycie płciowe przed ślubem, stosowanie antykoncepcji itp.
- norma prawna: sankcjonuje wiele zachowań seksualnych człowieka w kodeksie karnym np. kazirodztwo, pedofilia gwałt, są w większości krajów karane [5]

Dla zdrowia człowieka bardzo ważne są normy medyczne zalecane w dziedzinie seksualności. Postawą norm medycznych (wyznaczników zdrowia i choroby) jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Istnieją również normy w dziedzinie seksualności człowieka – ważne dla diagnozy i leczenia zaburzeń seksualnych oraz dla wychowania w zakresie szeroko pojętej seksualności. To, czego nie ma w klasyfikacji nie jest uznawane za chorobę.

Ostatnio usunięto z tej klasyfikacji: homoseksualizm, oralizm, analizm, a dodano nowe: brak zadowolenia i przyjemności z kontaktów seksualnych oraz molestowanie i przemoc seksualna.

Pojęcia „zбочzenie, dewiacje” zostały zastąpione w klasyfikacji sformułowaniem „zaburzenia preferencji seksualnych”. [5]

1.2 Problematyka seksualności człowieka, zaburzenia w sferze seksualności, nieprawidłowe zachowania seksualne.

We wszystkich kulturach i od zarania dziejów człowiek stara się zidentyfikować „terytorium” życia seksualnego, wytyczyć granice poszczególnych działań i zachowań a także określić co jest dobre a co złe w tej sferze życia. Te granice pomiędzy zachowaniami prawidłowymi a zaburzeniami preferencji seksualnych są wciąż przedmiotem dyskusji, negocjacji – inaczej mówiąc czymś umownym, różnie wartościowanym i rozumianym. W społeczeństwie jak i w indywidualnym życiu granice takich zachowań są określane w procesie wychowania i nauczania tego co „dozwolone” w odróżnieniu od tego co „zabronione” (np. prawem karnym).

Ludzka seksualność jest zjawiskiem bardzo złożonym, bowiem nie dotyczy ona samej tylko sfery seksualnej, sposobu jej wyrażania i przeżywania, wpływając często na wszystkie aspekty życia człowieka: na sferę płciową, cielesną, moralną, psychiczną, społeczną, religijną, duchową, obyczajową, prawną a także na sferę wolności i wartości.

Człowiek świadomy, dzięki swojemu poczuciu wolności, świadomości, inteligencji i ideałom, powinien kontrolować przejawy własnej seksualności. Aby było to możliwe, w społeczeństwie funkcjonuje system norm regulujących zachowania ludzi w tym wymiarze zdrowia. Ponadto, wszelkie naruszenia norm prawnych w odniesieniu do ludzkiej seksualności są karalne i mają moc prawną.

Celem tego opracowania jest uświadomienie czytelnikowi całej złożoności problematyki seksualności człowieka, jej uwarunkowań oraz norm ważnych dla jej prawidłowej realizacji.

Omówiony zostanie problem ludzkiej seksualności i jej uwarunkowań a ponadto czytelnik zapozna się z różnymi przejawami zaburzeń w tej sferze życia człowieka.

1.2.1 Seksualność człowieka i jej uwarunkowania.

Seksualność w szerokim tego słowa znaczeniu, jest energią psychiczną, która wyraża się fizycznie, emocjonalnie i duchowo w naturalnym ludzkim zapotrzebowaniu na czułość, dotyk ciepło i miłość (Z. Lew-Starowicz).[19]

Seksualność człowieka łączona jest z biologicznie uwarunkowaną, wrodzoną i naturalną potrzebą seksualną, która należy do podstawowych fizjologicznych funkcji organizmu. Człowiek rodzi się wyposażony w seksualny potencjał fizjologiczny, który podlega kształtowaniu w ciągu życia i konstytuuje się pod wpływem integracji czynników biologicznych, psychicznych i społeczno-kulturowych. Pozycja, jaką zajmuje sfera seksualna w życiu człowieka, jest pochodną stopnia rozwoju jego osobowości, światopoglądu, cech indywidualnych, etapu życia czy zgromadzonych doświadczeń życiowych. Jakkolwiek popęd płciowy jest potrzebą podstawową to w dużej mierze może on być poddany formowaniu i sterowaniu kulturowemu.

To, że człowiek istnieje na sposób płciowy, znajduje wyraz w jego tożsamości, strukturze osobowości, identyfikacji ze swoją płcią, podejmowanymi rolami społecznymi czy wreszcie naznacza jego zachowanie; płciowość ludzka ma charakter powszechny, a dychotomia płci kieruje człowieka do poszukiwania drugiego jako swojego dopełnienia.

Szukając odpowiedzi na pytanie o wartości związane ze sferą życia seksualnego trzeba wprowadzić pojęcie potrzeby seksualnej człowieka, która często jest przez wielu uważana za potrzebę natury fizjologicznej jak np. potrzeba jedzenia, oddychania, snu itp. Pewna część psychologów uważa jednak, że zachowania seksualne człowieka mają związek z jego uczuciami i emocjami.

Na poziomie biologicznym potrzeba seksualna podlega ewolucji w rozwoju ontogenetycznym (osobniczym) w zależności od wieku człowieka, właściwości temperamentu czy różnic indywidualnych.

W warstwie psychicznej mentalizacja potrzeby płciowej przejawia się poprzez fakt istnienia w świadomości tej potrzeby.

Socjalizacja potrzeby seksualnej wyraża się w podporządkowaniu wzorów zachowania seksualnego normom moralnym i wartościom przyjętym przez społeczeństwo.

Świadome kierowanie zachowaniami seksualnymi możliwe jest dzięki istnieniu trzech fizjologicznych pięter seksualności w strukturach ośrodkowego układu nerwowego u człowieka.

Piętro pierwsze (najniższe) – na poziomie rdzenia kręgowego i przedłużonego (reakcje wrodzone, odruchy bezwarunkowe w obrębie narządów płciowych)

Piętro drugie – obejmuje ośrodki podkorowe: podwzgórze, układ siatkowaty i limbiczny (reakcje popędowo-emocjonalne, tam jest ośrodek popędu seksualnego, pożądania itp.)

Piętro trzecie (najwyższe) – obejmujące korę mózgową, to poziom specyficznie ludzki, odróżnia działania człowieka od zwierząt → humanizacja seksualności.

Kora mózgową jest ośrodkiem regulującym i kierującym czynnościami całego organizmu w tym działaniami seksualnymi człowieka. To sterowanie korowe (w odzwierciedleniu do nastawienia uczuciowego, refleksyjności, stanów psychicznych, nastroju) czyni człowieka odpowiedzialnym za działania seksualne, a więc i wszelkie wykroczenia w dziedzinie seksualności: gwałty, molestowanie, pedofilia, kazirodztwo itp.. Odpowiedzialność za działanie seksualne dotyczy każdego zdrowego człowieka, gdyż specyficzną funkcją kory mózgowej jest wyuczone kierowanie zachowaniami seksualnymi aby zachować je w ramach akceptowanych w danej kulturze.

Świadome kierowanie zachowaniami seksualnymi możliwe jest dzięki istnieniu trzech fizjologicznych pięt seksualności w strukturach ośrodkowego układu nerwowego u człowieka.

1.2.2 Nieprawidłowe zachowania człowieka w sferze seksualności

Każde zachowanie człowieka stanowiące reakcję organizmu na podniety zewnętrzne bądź wewnętrzne może być nieświadome, czy na odwrót – celowe, intencjonalne i racjonalne. Zachowanie jest czynnością za pomocą której organizm reguluje swoje stosunki z otoczeniem.

Zachowanie seksualne jest to akt regulacji stosunków z otoczeniem, którego celem jest uzyskanie satysfakcji seksualnej. Satysfakcja seksualna (wg. L. Gapika) to każdy rodzaj przyjemnego doznania seksualnego; są to zarówno przeżycia psychiczne jak też inne doznania związane z podrażnieniem stref erogennych. [19]

Zachowanie seksualne powinno być również rozpatrywane w kryteriach normalności. Julian Godlewski sugeruje, że warunkiem normalności zachowania seksualnego jest aby jego elementy strukturalne nie wykluczały 3 podstawowych funkcji tego zachowania. Zaliczamy do nich funkcje: biologiczną (prokreacyjną), psychologiczną – związaną z zaspokojeniem potrzeby seksualnej oraz społeczną – zapewnienie tworzenia więzi między partnerami. [19]

Opinia Prof. Z. Starowicza

Zaproponowano model seksuologicznej normy partnerskiej (wg. WHO). Punktem wyjścia jest definicja zdrowia:

Zdrowie jest to dobrostan i integracja czynników biologicznych, psychicznych, społecznych i kulturowych.

Wobec tego norma w zakresie seksu obejmuje wszechstronny rozwój osobowości, element zdrowia i dobra związku. Wyróżnia się tu 3 kryteria:

1. Zdrowie : zachowania seksualne, które zagrażają zdrowiu oceniane są negatywnie
2. Dobro związku: zachowania seksualne, które wpływają destrukcyjnie na związek, rozbijają więź partnerską oceniane są negatywnie.
3. Relacje osobowości w związku : są zachowania seksualne, które mogą zahamować rozwój osobowości – to zachowania niedojrzałe również oceniane jako złe [19]

Opinia Prof. L. Gapika.

W granicach normy seksualnej wyróżnia się:

1. normę optymalną: to zachowania seksualne, które są z indywidualnego i społecznego punktu widzenia najbardziej godne propagowania i mogą być wkomponowane w działania wychowawcze
2. normę akceptowaną: to zachowania, które nie stanowią optimum, ale pozwalają na nawiązywanie głębokich więzi międzyludzkich (np. stałe związki homoseksualne).
3. normę tolerowaną : praktyki i zachowania, które ze względu na dobór partnerów nie prowadzą do nawiązywania trwałych więzi międzyludzkich ale nie mają charakteru patologicznego (np. rozwiązłość, seks grupowy).

Osoby, których dotyczą te trzy kategorie normy klinicznej nie wymagają interwencji terapeutycznej, chociaż mogą naruszać normy społeczne, etyczne, partnerskie.

Zachowania seksualne mogą występować w trzech formach jako: heteroseksualne, homoseksualne i autoseksualne, aktualnie wszystkie trzy rodzaje zachowań uważane są za równoprawne, zgodne z normą medyczną . Zdarzają się jednak takie zachowania seksualne, czy to jednostronne- zmuszanie kogoś do współżycia płciowego, czy obustronne – współżycie z nieletnim za jego zgodą, które należą do zachowań nieprawidłowych, będących wręcz łamaniem prawa. [19]

Współcześnie, dwie wyżej wymienione formy zachowań seksualnych : hetero- i homoseksualizm) powiązано z nowym pojęciem seksuologicznym, tzw orientacją seksualną.

W związku z tym uważa się, że do opisanie pełnej identyfikacji płciowej człowieka potrzeba czterech składowych:

1. płeć biologiczna (sex)
2. tożsamość seksualna
3. społeczne role płciowe
4. orientacja seksualna

Orientacja seksualna jest kompleksem zachowań, emocji, fantazji, zainteresowań, poziomu świadomości, seksualnych i życiowych preferencji – wszystkie te składniki decydują o wyborze partnera.

Uważa się, że proces rozwoju orientacji seksualnej rozpoczyna się w fazie rozwoju prenatalnego i zależy od wielu czynników oraz okoliczności w kolejnych fazach życia: kształtowania się ośrodków popędu seksualnego w mózgu, doświadczeń życiowych przed i po narodzeniu,; fantazji, przeżyć i aktywności.

Identyfikacja i klasyfikacja zaburzeń seksualnych

Identyfikacja zaburzeń i zachowań patologicznych stosowana w seksuologii jest właściwie wykazem, różnorodnych, indywidualnych form zachowania się, które nie muszą być bezwarunkowo nienormalne gdyż zależy to od kontekstu psychologicznego i społecznego. Umożliwia to definiowanie i klasyfikowanie zaburzeń seksualnych wg różnorodnych kryteriów, oto przykłady takich klasyfikacji:

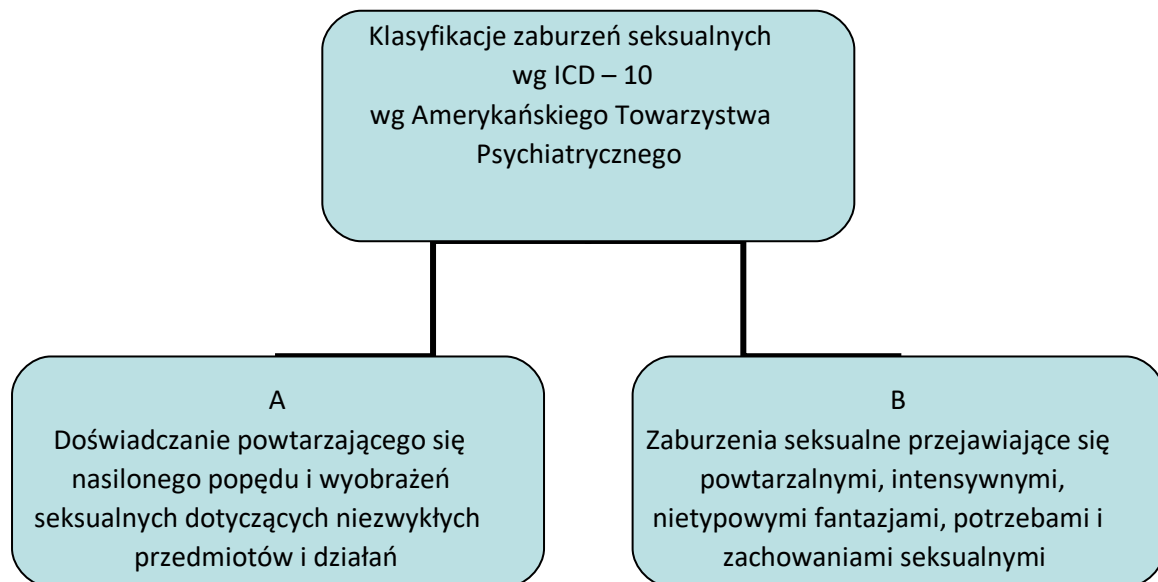
Do zaburzeń seksualności zalicza się : dewiacje, zboczenia, nerwice seksualne

Dewiacja to nieprawidłowa tendencja seksualna

Zboczenie to nieprawidłowa dominanta seksualna

Zboczeniem płciowym nazywamy taką dewiację seksualną , w której czynność dewiacyjna stała się dominującą lub jedyną formą funkcjonowania seksualnego pacjenta.

Najbardziej typowymi odchyleniami od norm w sferze seksualności człowieka są tzw. zaburzenia preferencji seksualnych omówione na schemacie:



Osoby realizujące takie nietypowe zachowania odczuwają często z tego powodu wyraźne cierpienie. O zaburzeniu można mówić gdy takie preferencje występują co najmniej 6 miesięcy.

Klasyfikacja dewiacji seksualnych (wg. Imielińskiego).[19]

- 1.Odchylenia seksualne w zakresie obiektu np. fetysyzm, narcyzm, zoofilia, pedofilia
2. Odchylenia seksualne w zakresie sposobu realizowania praktyk seksualnych np. sadyzm, masochizm, ekshibicjonizm.
- 3.Nietypowe odchylenia seksualne np. transwestytyzm, transseksualizm, kazirodztwo.

Do zaburzeń zaliczamy również nerwice seksualne:

Wśród nich wyróżniamy następujące kategorie:

1. Nerwicowe postawy seksualne np. wobec samego siebie lub partnera.
2. Nerwicowe zaburzenia reakcji seksualnych.
3. Nerwicowe zaburzenia w przeżywaniu satysfakcji seksualnej np. oziębłość seksualna.

1.3 Zagrożenia zdrowia seksualnego i prokreacyjnego: choroby przenoszone drogą płciową.

W ostatnich latach, choroby przenoszone przez kontakty seksualne, występują w Europie z dużą częstotliwością. Każdego roku u około 17 mln osób zostaje po raz pierwszy zdiagnozowana choroba weneryczna. W 1974r WHO wprowadziła nowy, obowiązujący aktualnie termin określający te schorzenia : choroby przenoszone drogą płciową, najczęściej używa się skrótu STI (ang. Sexually Transmitted Infections). Wiedza o nich, w wielu środowiskach, jest często bardzo słaba lub zerowa, co zwiększa ryzyko ich rozprzestrzeniania się podczas częstych, ryzykownych kontaktów płciowych.

Celem tego opracowania jest omówienie zagadnień związanych z profilaktyką, etiologią, terapią i rozprzestrzenianiem się chorób przenoszonych drogą płciową.

W niniejszym opracowaniu omówiono zagadnienia związane z chorobami pochodzenia bakteryjnego, wirusowego i pierwotniakowego, przenoszonymi drogą płciową.

1.3.1 Choroby bakteryjne przenoszone drogą płciową, wprowadzenie w problematykę zakażeń.

W przypadku zaistnienia zakażenia taką chorobą, zasadnicze znaczenie ma wykrycie źródła zakażenia i szybkie zastosowanie leczenia. Element czasowy odgrywa w tym miejscu istotną rolę, ponieważ leczenie choroby musi postępować szybciej niż jej szerzenie się

Rozpoznanie i postępowanie w przypadku podejrzenia zakażenia

- pojawienie się jakichkolwiek niepokojących objawów: np. upławów, zmian na skórze czy w okolicach narządów płciowych, świądu, pieczenia lub bólu, wymaga natychmiastowej konsultacji lekarskiej
- konsultacja jest potrzebna nawet jeśli objawy miną same, często nie świadczy to o wyzdrowieniu, gdyż choroba mogła przejść w stan bezobjawowy
- nie należy samodzielnie diagnozować ani leczyć swojej choroby, wizyta u specjalisty (wenerologa, dermatologa, ginekologa itp.) jest konieczna i taki lekarz zobowiązany jest do zachowania dyskrecji
- należy powiedzieć o swojej chorobie partnerowi (-om) seksualnym, który też musi być zdiagnozowany i ewentualnie poddany terapii

- po przypadkowych i podejrzanych kontaktach seksualnych należy wykonać niezbędne badania diagnostyczne w kierunku zakażeń STI, tylko tak można je wykluczyć lub natychmiast rozpocząć leczenie.

Schorzenia opisywane poniżej posiadają nie tylko znaczenie epidemiologiczne, ale i aspekt moralny. Zakażenie partnera jest często nieświadome, a on sam może nie zauważyć pierwszych objawów schorzenia więc chociaż to jest trudne musi zostać poinformowany jak najszybciej.

Zaufanie do lekarza, dyskrecja, zachowanie tajemnicy lekarskiej, to zasadnicze warunki osiągnięcia powodzenia w leczeniu i profilaktyce chorób przenoszonych drogą płciową.

Objawy i przebieg najczęstszych chorób przenoszonych drogą płciową

Choroby bakteryjne

Kiła

Jest zakaźną chorobą ogólnoustrojową wywołana przez bakterie – krętki blade, charakteryzującą się występowaniem kolejnych stadiów klinicznych i okresów bezobjawowego utajenia. Bakteria dostaje się do organizmu człowieka wyłącznie przez kontakt płciowy – zakażenie bezpośrednie. Kiłę diagnozuje się wykonując badania serologiczne krwi (odczyn WR) i badanie mikroskopowe płynów z zarażonych miejsc.

Choroba nieleczona jest groźna dla organizmu człowieka, nie leczona

Powoduje zmiany w układzie nerwowym do paraliżu włącznie i w konsekwencji może doprowadzić do zejścia śmiertelnego. Chora matka zakaża płód – kiła wrodzona.

Kiła zaliczana jest do chorób ciężkich, wymaga długiego leczenia, wczesna diagnoza jest w tym przypadku niezwykle istotna. Obecnie na terenie Polski wydarza się bardzo rzadko.

Terapię prowadzi się przez podawanie penicyliny w dużych dawkach w sposób długotrwały.

Rzeżączka

Jest ostrą chorobą zakaźną atakującą nabłonki cewki moczowej, macicy, odbytnicy i gardła. Chorobę tę wywołują bakterie przenoszone podczas kontaktu płciowego, nazywane są dwoinkami rzeżączki lub gonokokami. Zakażenie następuje prawie wyłącznie drogą płciową. Zakaźność tej choroby jest bardzo duża i istnieje również w okresie bezobjawowym (wylęgania), stąd istnieje możliwość nieświadomego zakażenia partnera lub partnerki. Rozpoznanie choroby opiera się na mikroskopowym badaniu wydzieliny z narządów rodnych i wykonywaniu posiewów z tej wydzieliny.

Infekcja nie leczona może doprowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych.

Skuteczna terapia za pomocą antybiotyków z możliwością całkowitego wyleczenia

Chlamydia

Wywołana przez bakterie zwane chlamydiami, nazywana jest też nierzeżączkowym zapaleniem cewki moczowej. Objawia się wydzieliną śluzowo-ropną z cewki moczowej oraz

pieczeniem, jednak nasilenie objawów jest dużo słabsze niż w przypadku rzeżączki. Najczęstszym powikłaniem nieleczzonej choroby bywa u mężczyzn zapalenie najądrzy, u kobiet zapalenie jajników. Poddać się terapii, oprócz osoby zakażonej, powinni również jej partnerzy.

1.3.2. Choroby wirusowe i inne przenoszone drogą płciową.

Zespół nabytego upośledzenia odporności - AIDS

AIDS – Zespół Nabytego Upośledzenia Odporności (Acquired Immunodeficiency Syndrom)

Przyczyna tego zespołu: ludzki wirus upośledzenia odporności – wirus HIV –(Human Immunodeficiency Virus)

Ważne właściwości wirusa HIV decydujące o jego działaniu w organizmie człowieka:

- należy do grupy retrowirusów (podobnie jak wirus grypy), jego kod genetyczny to bardzo plastyczna i zmienna cząsteczka RNA
- wykazuje w związku z tym dużą zmienność, w miarę przechodzenia od osoby do osoby powstają wciąż nowe jego mutacje
- wykazuje szczególne powinowactwo do limfocytów ludzkich typu T (graniczozależnych) wnika do ich wnętrza zmuszając aparat genetyczny tych komórek do wytwarzania cząsteczek wirusa
- limfocyty T są aktywne w systemie odpornościowym człowieka i ich zniszczenie przez wirusa powoduje drastyczne osłabienie tej odporności.

Zachowania ryzykowne sprzyjające zakażeniu wirusem HIV

Główną drogą zakażeń (90%) są kontakty seksualne: dopochwowe doodbytnicze, oralne. Istnieją dwa czynniki decydujące o prawdopodobieństwie zakażenia HIV drogą seksualną: styl życia seksualnego oraz formy aktywności seksualnej.

Ryzykowne, intensywne kontakty seksualne, duża liczba partnerów to czynniki sprzyjające zakażeniu wirusem. Zagrożenie dotyczy zarówno kontaktów hetero- jak i homoseksualnych. U ludzi zakażonych cząsteczki wirusa znajdują się w niektórych płynach ustrojowych (krwi, spermie i wydzielinie pochwy) w ilościach mogących zakażać inne osoby. W związku z tym w odniesieniu do osób będących nosicielami, uważa się że groźne są wszelkie kontakty seksualne, tak, tradycyjne jak i analne czy oralne.

Innym znanym sposobem zakażenia jest tzw. droga pozajelitowa: infekcja w tym przypadku może wystąpić podczas przetaczania krwi, podawania leków krwiopochodnych a wśród narkomanów poprzez używanie wspólnego skażonego sprzętu do iniekcji środków odurzających: igieł, strzykawek itp.

Trzeci sposób to tzw. droga wertykalna : matka-nosicielka zaraża płód poprzez łożysko, w czasie porodu lub karmienia piersią.

Wrota zakażenia wirusem HIV: infekcja może nastąpić tylko poprzez wniknięcie do krwi obwodowej człowieka (zranienia i uszkodzenia skóry i błon śluzowych)

Wniknięcie wirusa do krwi człowieka wywołuje reakcję odpornościową – powstawanie przeciwciał, nie są one jednak skuteczne gdyż nie niszczą jego cząsteczek.

Obecność przeciwciał pozwala natomiast na wykrycie w organizmie obecności wirusa

(wykrycie obecności samego wirusa jest trudne i kosztowne)

U około 50-90% zakażonych mogą pojawić się objawy infekcji wirusowej, ale ze względu na brak specyficznych wyraźnych objawów są często nierozpoznawane nawet przez lekarza. Po ok. 2-4 tygodniach od zakażenia pojawia się gorączka, powiększenie węzłów chłonnych, zapalenie gardła, wysypka, bóle mięśni i stawów. Po pewnym czasie objawy te ustępują i zaczyna się okres bezobjawowy – tzw. cisza kliniczna. Zakażenie wirusem HIV może nie dawać żadnych objawów przez wiele lat co zdąża się u ok. 10% osób zakażonych.

Długotrwała i nieleczona obecność wirusa wywołuje zespół upośledzonej odporności – AIDS - co skutkuje wieloma powtarzającymi się infekcjami o ciężkim przebiegu, wycieńczającymi organizm człowieka..

AIDS to choroba przewlekła i na razie nieuleczalna całkowicie; jednak powstają wciąż nowe, coraz lepsze leki powstrzymujące rozwój wirusa i pozwalające człowiekowi na wieloletnie funkcjonowanie w dobrym stanie zdrowia.

Opryszczka narządów płciowych

Wywołuje ją wirus HSV-2 rzadziej HSV-1, podobny do tego wywołującego opryszczkę twarzy. Objawy: ok. 2-7 dni od zakażenia pojawia się swędzenie, któremu mogą towarzyszyć objawy podobne do przeziębienia. Po kilku dniach w miejscu zakażenia pojawiają się czerwone plamki przekształcające się w pęcherzyki wypełnione płynem surowicznym. Zarówno u kobiet jak i u mężczyzn zmiany lokują się najczęściej na zewnętrznych narządach rozrodczych, mogą one być rozległe i dokuczliwe. Infekcję diagnozuje się na podstawie objawów i leczy maściami i tabletkami. Istnieje ryzyko objawów choroby

Inne choroby przenoszone drogą płciową to: rzesistkowica, grzybica układu rozrodczego – są to również choroby zakaźne.

Rzesistkowica

Wywołuje ją pierwotniak z rodziny wiciowców: *Trichomonas vaginalis*, zakażenie rzesistkiem pochwowym jest możliwe przede wszystkim przez kontakty seksualne, ale też przez wspólne korzystanie z sanitariatów. Objawy pojawiają się głównie u kobiet i mają postać świądu, obfitych upławów, pieczenia, bólu. U mężczyzn zwykle przebiega bezobjawowo, czasem pojawia się wydzielina z cewki moczowej..

Infekcja wykrywana jest na drodze laboratoryjnej, a terapia nieskomplikowana, leki stosowane miejscowo.

Grzybice układu rozrodczego

Wywoływane są przez grzyby drożdżopodobne, najczęściej przez drożdżak *Candida albicans*.

Czynniki sprzyjające zakażeniu to spadek odporności organizmu np. po antybiotykach, zmiany hormonalne oraz niektóre choroby np. cukrzyca, nadmierna potliwość, otarcia skóry. U obu płci obserwuje się obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej, świąd, upławy, białe naloty i zaczerwienienia.

Wykrywanie na podstawie objawów oraz badania mikroskopowego.

Terapia prosta, trwająca około tygodnia, leki doustne i miejscowe.

Profilaktyka tego typu chorób powinna więc opierać się na wykrywaniu i leczeniu wszystkich partnerów seksualnych pacjentów, długiej obserwacji osób wyleczonych oraz szeroko zakrojonej akcji poradnictwa.

Zapobieganie zachorowaniom to przede wszystkim unikanie przygodnych kontaktów seksualnych z nieznanymi partnerami oraz zachowywanie higieny osobistej i higieny urządzeń sanitarnych.

Spośród różnych metod zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową jedną z najważniejszych jest działalność edukacyjno- wychowawcza i profilaktyczna, która nabiera szczególnego znaczenia w dobie powszechnego występowania wirusa HIV i możliwości wystąpienia zakażeń mieszanych. Stopień uświadomienia i znajomości dróg szerzenia się chorób przenoszonych drogą płciową stanowi podstawę profilaktyki indywidualnej i populacyjnej. W przypadku zaistnienia zakażenia taką chorobą, zasadnicze znaczenie ma wykrycie źródła zakażenia i szybkie zastosowanie leczenia. Element czasowy odgrywa w tym miejscu istotną rolę, ponieważ leczenie choroby musi postępować szybciej niż jej szerzenie się. [18]

1.4 Zjawisko prawidłowej płodności kobiety i mężczyzny jako ważny przejaw zdrowia seksualnego i prokreacyjnego.

Kobietę i mężczyznę cechuje odmienna ale wzajemnie dopełniająca się różnorodność fizyczna i psychiczna. Poznanie i zrozumienie procesów związanych z tymi różnicami, zwłaszcza w zakresie płodności, jest jednym z warunków zdrowego stylu życia i pełniejszego partnerstwa w związku. Człowiek w XXI wieku obawia się często własnej płodności i dlatego ważne jest aby ludzie poznali jej przejawy, potrafili je zidentyfikować i wykorzystać w planowaniu dzietności w rodzinie.

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie i uporządkowanie wiadomości dotyczących zjawiska płodności człowieka i problemów z tym związanych.

W tekście zaprezentowano najważniejsze przejawy i aspekty płodności kobiety i mężczyzny.

1.4.1. Omówienie problematyki płodności mężczyzny.

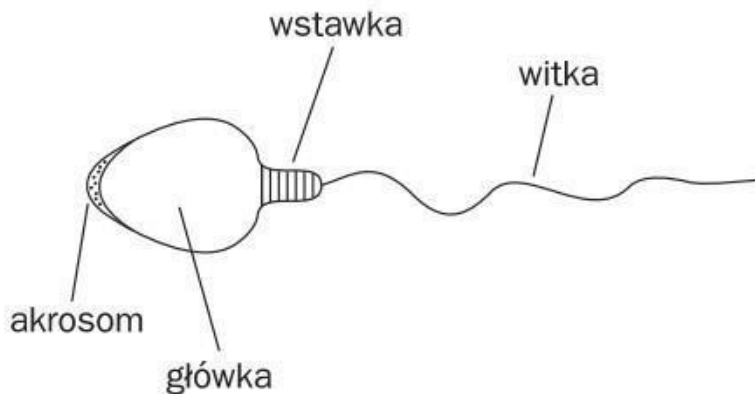
Płeć człowieka jest ustalona w momencie połączenia się komórek rozrodczych: plemnika i komórki jajowej. O płci potomstwa decyduje tak naprawdę chromosom płciowy zawarty w

plemniku czyli komórce rozrodczej pochodzącej od ojca. U mężczyzny powstają dwa rodzaje plemników : zawierający chromosom żeński X i zawierający chromosom męski Y a w komórkach jajowych kobiety występuje jeden rodzaj chromosomów : żeński X. Jeśli więc do komórki jajowej wniknie plemnik z chromosomem X urodzi się dziewczynka a jeśli z chromosomem Y – chłopiec. Dochodzenie do dojrzałości płciowej trwa przez kilka lat, u chłopców zaczyna się od 11-13 roku życia a kończy się w wieku 17 – 19 lat.

W odróżnieniu od kobiety mężczyzna jest płodny od osiągnięcia pełnej dojrzałości aż do późnej starości. Mówi się, że ta płodność przejawia się w sposób ciągły, oczywiście jeśli jest zdrowy i zdolny o współżycia. Ta nieustanna płodność wynika z trwającego ciągle w męskich gruczołach rozrodczych- jądrach procesu wytwarzania plemników.

Mężczyzna dojrzały z punktu widzenia fizjologii nie zawsze jest gotowy pod względem psychospołecznym. Płodność to nie tylko fizjologia, ale pewna postawa wobec tego zjawiska, umiejętność kierowania nim i wiążące się z tym poczucie odpowiedzialności.

Już w okresie życia płodowego w jądrach zarodka męskiego jest wytwarzany hormon- testosteron, który oddziałuje na organizm chłopca a później mężczyzny. Od tego działania zależy prawidłowy rozwój układu rozrodczego i męskich cech fizycznych (niski głos, zarost, muskulatura, budowa pasa barkowego i miedniczego) oraz psychicznych. W okresie dojrzewania jądra rozpoczynają wytwarzanie męskich komórek rozrodczych- plemników, proces ten zachodzi w sposób ciągły w ilości ok. 50 000 na minutę co daje w efekcie 72mln komórek rozrodczych dziennie.



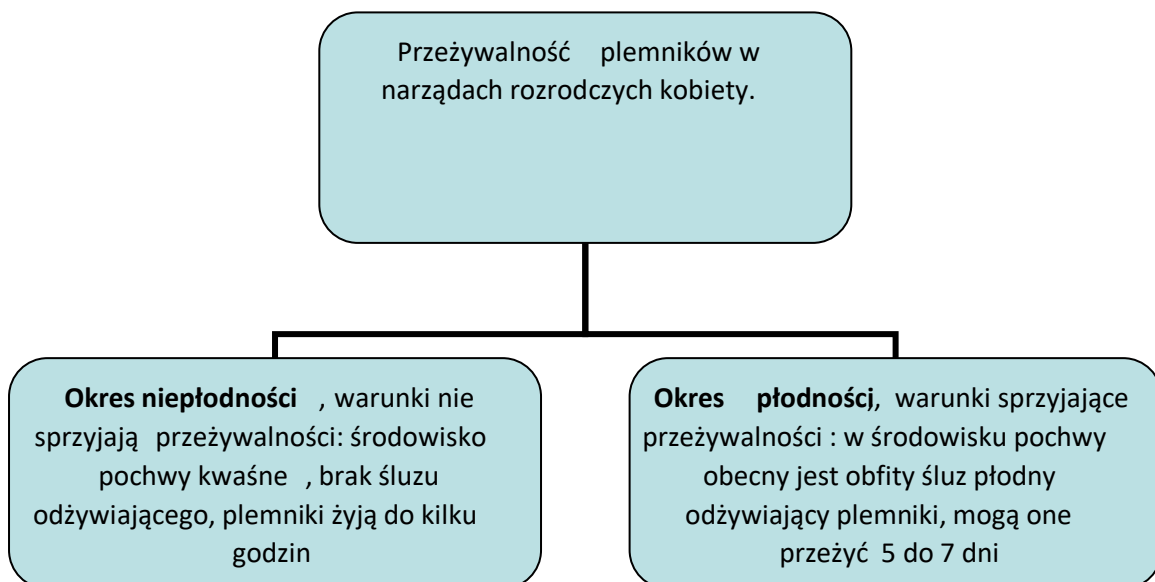
Rys. 1. Budowa plemnika. [12]

Nowe plemniki są niedojrzale i wymagają czasu na wzrost oraz rozwój zdolności poruszania się i zapładniania. Worek mosznowy zawierający jądra, znajduje się na zewnątrz ciała a więc plemniki funkcjonują w temperaturze niższej od temperatury ciała człowieka i są wrażliwe na jakiegokolwiek jej zmiany, które mogą spowodować obniżenie płodności. Wytwarzanie spermy (spermatogeneza) z odpowiednią ilością dojrzałych plemników trwa około 2,5 miesiąca i w

tym czasie wiele czynników może wpłynąć na pogorszenie jej jakości i w konsekwencji na problemy z płodnością mężczyzny;

Dojrzałe męskie komórki rozrodcze wędrują do najądrzy, a następnie do nasieniowodów, gdzie mieszają się z wydzieliną gruczołów układu rozrodczego: prostaty (gruczoł krokowy) i pęcherzyków nasiennych, powstaje w ten sposób tzw. nasienie, inaczej sperma. W czasie aktu seksualnego nasienie zostaje przesunięte do cewki moczowej, skąd poprzez skurcz mięśni wydostaje się na zewnątrz co określa się mianem wytrysku. Każdorazowy wytrysk zawiera od 300 do 600mln plemników.

Okres życia plemników, po opuszczeniu ciała mężczyzny, zależy od warunków w jakich się znajdują:



Szczyt płodności męskiej występuje ok. 35 roku życia, później obniża się ona indywidualnie, ale literatura zna przypadki ojcostwa w wieku 90 lat.

Płodność ulega zmniejszeniu przeciętnie w pięćdziesiątym roku życia co wiąże się z tzw. okresem przekwitania mężczyzn. Wygasa wówczas czynność hormonalna jąder, następuje spadek potencji, popędu, osłabia się siła mięśniowa, ulega osłabieniu pamięć, rośnie pobudliwość nerwowa.

Nauka o płodności mężczyzn jest obecnie rozległą dziedziną wiedzy, ma własnych specjalistów (andrologów), przychodnie i placówki lecznicze. Spermatologia czyli nauka o

nasieniu, dostarcza nam coraz więcej danych o składzie nasienia, jego zdolności zapładniającej i warunkach najbardziej optymalnych do zapłodnienia.

1.4.2. Problematyka płodności kobiety.

Płodność kobiety z punktu widzenia fizjologii jest cykliczna, ściśle ograniczona do określonego czasu, który można zidentyfikować, co pozwala na częściowe jej kontrolowanie. Na płodność kobiety składa się szereg złożonych procesów mających charakter cykliczny, prowadzących w konsekwencji do okresowego wytwarzania dojrzałej komórki jajowej oraz przygotowania w organizmie kobiety środowiska umożliwiającego jej zapłodnienie oraz rozwój i podtrzymanie powstałej w wyniku zapłodnienia nowej istoty ludzkiej. Żeńska komórka rozrodcza – komórka jajowa – jest uwalniana cyklicznie w jajnikach dojrzałej kobiety począwszy od okresu dojrzewania do menopauzy (ok. 55 rok życia). Warto przypomnieć, że każda kobieta od urodzenia ma zgromadzoną w swoich jajnikach rezerwę owulacyjną, czyli pewną ilość pęcherzyków pierwotnych z niedojrzalymi komórkami jajowymi. Według najnowszych badań, które przeprowadzili badacze amerykańscy, w momencie urodzenia rezerwa ta wynosi średnio ok. 300 tys. pęcherzyków i wraz z wiekiem systematycznie maleje do poziomu poniżej 1 tys. bezpośrednio przed menopauzą. Podczas tych badań zaobserwowano także ogromną różnorodność wielkości rezerwy jajnikowej

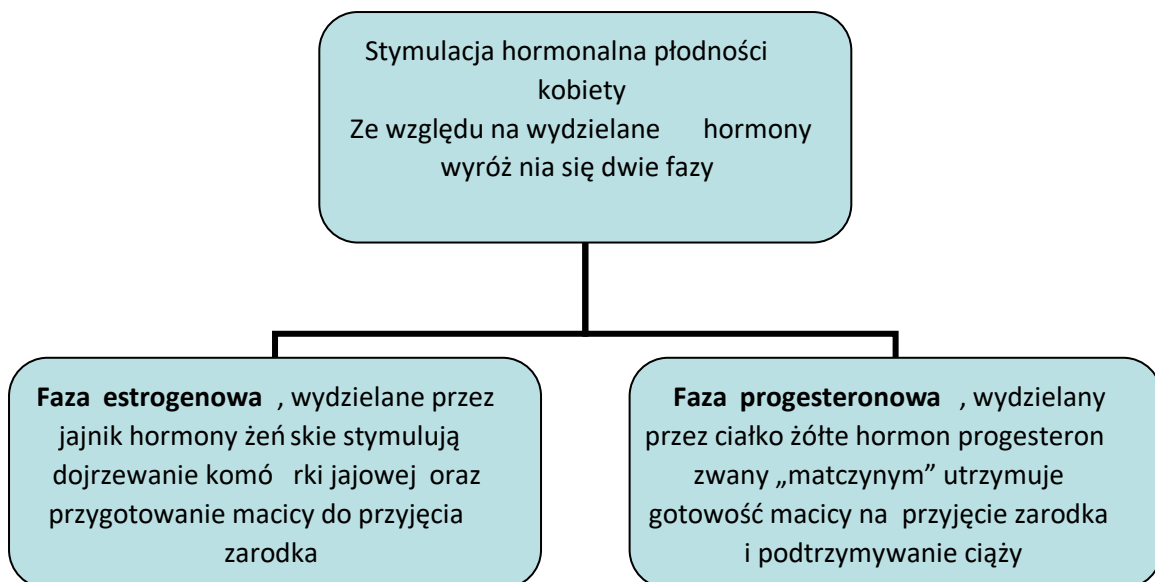
w momencie narodzin. U niektórych kobiet w momencie przyjścia na świat stwierdzono obecność blisko 2 milionów zdolnych do wzrostu pęcherzyków, zaś u innych liczba ta wyniosła zaledwie ok. 35 tys.

Obniżona rezerwa jajnikowa w wieku prokreacyjnym może powodować problemy z płodnością kobiety, a jej określenie jest bardzo istotne w diagnostyce niepłodności. Z całej rezerwy owulacyjnej w trakcie życia kobiety tylko ok. 400 komórek jajowych osiągnie gotowość płciową. Podczas dojrzewania, w organizmie kobiety, uruchamia się cykliczny proces wzrastania pęcherzyków, w tym czasie aż do menopauzy, kolejne grupy pęcherzyków pierwotnych zawierających komórki jajowe przekształcają się kolejno w pęcherzyki wzrastające, z których w każdym cyklu jeden (czasem więcej niż jeden) staje się pęcherzykiem dominującym, a następnie pęcherzykiem Graffa i uwalnia do jajowodów komórkę jajową (jajeczkowanie). Proces przygotowania konkretnej komórki jajowej zaczyna się ok. 3 miesiące wcześniej, przed jej uwolnieniem. Od 50 do 300 pęcherzyków pierwotnych zaczyna wzrost, lecz tylko jeden (w sporadycznych przypadkach więcej niż jeden) po 10 tygodniach staje się pęcherzykiem dominującym. Komórka zawarta w tym pęcherzyku dojrzeje i zostanie uwolniona podczas owulacji. Pobudzenie pęcherzyków pierwotnych do wzrostu odbywa się w każdym cyklu miesięczkowym, ale cały proces wzrostu pęcherzyka od wysłania sygnału przez mózg do owulacji trwa kilka cykli miesięczkowych, co powoduje, że w jajniku w każdym cyklu obecne są pęcherzyki w różnym stadium rozwoju. Uwolniona podczas owulacji komórka jajowa żyje tylko do 12. godzin (uwzględniamy okres 24. godzin w przypadku wystąpienia owulacji mnogiej).

Za cały proces wzrastania pęcherzyków i uwalniania komórek jajowych odpowiada zachodzący w tym czasie w organizmie kobiety cykl hormonalny, który jednocześnie

stymuluje wytwarzanie się wewnątrz organizmu kobiety warunków sprzyjających zapłodnieniu i powstaniu nowego życia. Po jajczkowaniu wydzielane hormony hamują dojrzewanie w jajnikach innych komórek jajowych w tym samym cyklu oraz uruchamiają zmiany zachodzące w macicy kobiety: otwarcie szyjki i produkcję śluzu szyjkowego oraz narastanie błony śluzowej macicy, czyli odbudowywanie złuszczonego podczas miesiączki endometrium. Wszystkie te działania organizmu kobiety po owulacji służą zapewnieniu jak najlepszych warunków dla wędrówki plemników i zapłodnienia komórki jajowej oraz do zagnieżdżenia się zarodka w macicy. Warto wiedzieć, że śluz szyjkowy, którego jakość zależy od dobrej gospodarki hormonalnej oraz ogólnego stanu zdrowia kobiety, odgrywa bardzo ważną rolę w procesie zapłodnienia i jego dobra jakość warunkuje sukces tego procesu.

Poniższy schemat pokazuje stymulację hormonalną cyklu miesięczkowego, w tym owulacji u kobiety:



Jakkolwiek uwarunkowania płodności kobiety są podobne do uwarunkowań mężczyzny, to jednak każdy z tych czynników w przypadku kobiet ma bardziej złożoną strukturę, w sposób o wiele bardziej zróżnicowany wpływa na płodność. Ta prawidłowość nie powinna dziwić, ponieważ to organizm kobiety najbardziej służy rodzicielstwu i musi dysponować o wiele lepszym przygotowaniem do tej roli niż organizm mężczyzny.

To, że około 60% przyczyn niepłodności wiąże się z organizmem kobiety, również potwierdza jej szczególną rolę w płodności.

Uwarunkowania płodności kobiety:

- wiek (dla dobra macierzyństwa optymalnym wiekiem na urodzenie pierwszego dziecka jest okres 20-25 lat; w obecnych warunkach cywilizowanych istnieje pewna rozbieżność między tą prawidłowością a rolą zawodową i warunkami mieszkaniowymi),
- porody (powinny być przedzielone kilkuletnimi przerwami – często przerwy te są zbyt krótkie lub zbyt długie),
- potrzeba macierzyństwa (jest wyuczona, wiąże się z procesem wychowania w rodzinie, naśladowaniem wzorców postaw rodzicielskich, a także z postawą partnera wobec rodzicielstwa; płodność kobiety i potrzeba macierzyństwa zależą od atmosfery, w jakiej ona żyje).

Płodność kobiety wiąże się w dużym stopniu z tzw. przeszłością ginekologiczną (choroby narządów płciowych, przerwania ciąży, zakażenia, grzybice), a także stosowaniem metod sterowania płodnością (np. spirala może sprzyjać późniejszym poronieniom), dlatego kobieta powinna poczuwać się do znacznej odpowiedzialności za własną płodność.

Płodność człowieka oznacza zdolność do poczęcia nowej istoty ludzkiej – przekazania życia potomstwu – poprzez połączenie męskich i żeńskich komórek rozrodczych. Płodność mężczyzny, czyli zdolność do wytwarzania męskich komórek rozrodczych – plemników, jest stała od zakończenia dojrzewania płciowego, aż do śmierci. Płodność kobiety, w tym zdolność do wytwarzania żeńskich komórek rozrodczych – komórek jajowych, jest okresowa, cyklicznie zmienna i zanika około 55. roku życia. Wynika z tego, że płodność pary, mężczyzny i kobiety, jest także tylko okresowa, podyktowana rytmem płodności kobiety. Wiedza o mechanizmie wytwarzania plemników w organizmie mężczyzny oraz o zmianach jakie zachodzą w organizmie kobiety w związku z jej cyklem płodności jest wiedzą podstawową i każdy dojrzały, płodny człowiek powinien ją posiadać. [14]

1.5 Zaburzenia i problemy zdrowotne człowieka w sferze płodności (niepłodność, bezpłodność, problematyka in vitro)

Szacuje się, że problemy z poczęciem dziecka występują aktualnie u ok. 15-25% małżeństw w Polsce. Niepłodność stanowi problem nie tylko rodzinny ale również i społeczny. Brak dziecka może być przyczyną nieporozumień i konfliktów w związku, a także wpływa na obniżenie poczucia własnej wartości, szczególnie w przypadku kobiety. Dla profilaktyki i terapii tego zjawiska konieczna jest wczesna identyfikacja przyczyn i skutków niepłodności.

Celem tego opracowania jest przybliżenie i uporządkowanie problematyki zaburzeń płodności, terapii tego schorzenia oraz zagadnień związanych z in vitro.

Przybliżono definicje, klasyfikację i kryteria identyfikacji niepłodności a w drugiej części omówiono problematykę terapii i wspomaganie płodności.

1.5.1 Definicje, klasyfikacja, kryteria diagnostyczne niepłodności.

Owulacja i zapłodnienie mogą nastąpić u kobiety w okresie od pierwszej miesiączki aż do początku menopauzy. Poczęcie dziecka z sukcesem najbardziej prawdopodobne jest po osiągnięciu pełnej dojrzałości płciowej aż do ok. 5 – 9 lat przed menopauzą. Aby doszło do poczęcia dziecka muszą zaistnieć następujące, sprzyjające okoliczności:

- komórka jajowa opuszczająca jajnik musi być dojrzała do zapłodnienia
- w ciągu kilku godzin od owulacji musi ona dotrzeć do jajowodu
- po inseminacji plemniki muszą również dotrzeć do jajowodu
- w środkowej części jajowodu musi nastąpić połączenie komórek rozrodczych (zapłodnienie)
- zygota (komórka jajowa + plemnik) ulega podziałom a następnie zachodzi jej implantacja i dalszy rozwój w endometrium macicy kobiety
- proces rozwoju płodu następuje prawidłowo aż do momentu porodu

Współcześnie, okazuje się, że dla wielu par spełnienie tych wszystkich warunków nie jest możliwe gdyż na różnych etapach tego procesu pojawiają się zaburzenia uniemożliwiające poczęcie dziecka i rozwój płodu. Statystycznie około 20 – 25 % par ma problemy z poczęciem dziecka, to zjawisko nosi nazwę **niepłodności** i dotyczy w Polsce ok. 2 mln mężczyzn i kobiet. [11]

Niepłodność jest chorobą systemu rozrodczego dotykającą kobiet i mężczyzn z podobną częstotliwością. Bardzo często kobieta i mężczyzna oddzielnie mają dobry stan zdrowia jednak razem nie udaje im się począć dziecka. WHO z powodu dotknięcia tym problemem dużej grupy osób określiła ją nawet jako chorobę społeczną.

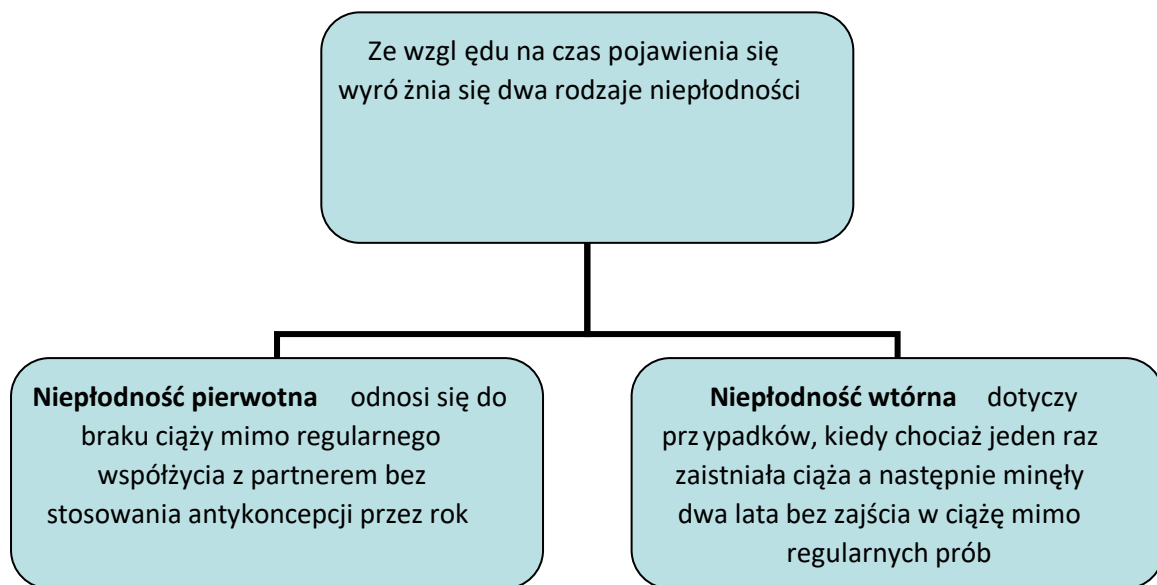
Aktualna definicja medyczna:

Niepłodność to indywidualna niezdolność kobiety do zajścia w ciążę i wydania na świat potomstwa mimo normalnego i regularnego współżycia (3-4 x w tygodniu) ze zdrowym mężczyzną, **w ciągu jednego roku** bez stosowania środków antykoncepcyjnych. Definicję tę sformułowano w oparciu o następujące dane statystyczne:

- w ciągu 1 miesiąca zachodzi w ciążę 25-50 % kobiet
- w ciągu 6 miesięcy zachodzi w ciążę 63-66% kobiet
- w ciągu 1 roku zachodzi w ciążę 80 % kobiet
- po 2 latach zachodzi w ciążę 5 – 10 % kobiet

Niepłodność rozpatruje się w odniesieniu do pary będącej w związku wyodrębniając następujące sytuacje: - niepłodność kobiety

- niepłodność mężczyzny
 - niepłodność obojga partnerów Niepłodność może być:
 - względna (czasowa, są szanse na wyleczenie)
 - całkowita (spowodowana wadami wrodzonymi narządów rozrodczych lub ich brakiem)
- Rozróżnia się też niepłodność wrodzoną oraz niepłodność nabytą. [11]



Wyróżnia się też stan absolutnej niemożności poczęcia i urodzenia dziecka nazwany w medycynie **bezpłodnością**.

Wyróżnia się 5 grup przyczyn niepłodności u kobiet:

1. Przyczyny jajnikowe – związane z nieprawidłowościami funkcjonalnymi lub strukturalnymi jajników
2. Przyczyny jajowodowe – zaburzenia funkcji jajowodów, jaką jest transport komórki jajowej i połączenie z plemnikiem
3. Przyczyny maciczne – związane z niemożliwością implantacji zarodka w ścianie macicy (zmiany anatomiczne lub czynnościowe)
4. Przyczyny pochwowe związane z utrudnieniem przyjęcia nasienia męskiego i przekazaniem do dalszych odcinków narządów rozrodczych
5. Przyczyny endokrynologiczne: zaburzenia kontroli procesu rozrodu przez mechanizmy hormonalne powodujące trudności w zapłodnieniu lub donoszeniu ciąży.

Do innych przyczyn zalicza się: choroby tarczycy, cukrzycę, choroby przenoszone drogą płciową.

Najczęstsze przyczyny niepłodności męskiej:

1. Zaburzenia procesu spermiogenezy: zbyt małe stężenie plemników, duży odsetek nieprawidłowych komórek, brak dojrzałych komórek, zupełny brak plemników w nasieniu
2. Zaburzenia transportu plemników.

3. Zaburzenia hormonalne czynności jąder – nieprawidłowe stężenie męskich hormonów (testosteronu)
4. Żylaki powrózków nasiennych
5. Zaburzenia erekcji, ejakulacji, deformacje anatomiczne narządu męskiego.

W puli przyczyn niepłodności **czynnik męski** stanowi ok. 40 -50 %.

W 20 % przypadków czynniki wywołujące niepłodność występują jednocześnie u mężczyzny i kobiety. Oznacza to kombinację różnych, wcześniej wymienionych przyczyn.

W 10% przypadków nie udaje się znaleźć żadnej biologicznej przyczyny niepłodności, są to przypadki tzw. niepłodności niewyjaśnionej. [11]

1.5.2. Metody terapii i techniki wspomaganie niepłodności

Większość par dotkniętych niepłodnością z ufnością i nadzieją spogląda na rozwój nauk biologiczno-medycznych. Zrozumiały są też wysiłki lekarzy, którzy chcą ulżyć w ich ciężkim doświadczeniu i przyjść im ze skuteczną pomocą w zrealizowaniu upragnionego celu. Ostatnie lata, dzięki rozwojowi nauk biologicznych i medycznych, przyniosły nowe możliwości interwencji w dziedzinę ludzkiej prokreacji. Badania dotyczące pierwszych etapów rozwoju człowieka pozwoliły zapoznać się z początkiem życia ludzkiego. Zrodziło to wielką nadzieję niepłodnych małżonków na posiadanie upragnionego dziecka.

Dzisiejsze nauki medyczne, korzystając z wynalazków techniki, potrafią nie tylko dogłębnie badać procesy ludzkiego życia, lecz również głęboko w nie ingerować. Do takich ingerencji należy m.in. podawanie środków hormonalnych, stosowanie sztucznego unasiennienia, sztucznego zapłodnienia ze wspomaganiami mikrochirurgicznym, itp. Wybór metody leczenia zależy od wyników badań dotyczących potencjalnych przyczyn niepłodności. Zostały one podzielone na kilka podstawowych grup:

1. Zmiana stylu życia

Dość częstą przyczyną niepłodności kobiet i mężczyzn jest nieprawidłowy, anty zdrowotny styl życia. W wielu przypadkach udaje się zwiększyć szanse na urodzenie dziecka poprzez wprowadzenie zmian prozdrowotnych np.

- zmniejszenie ilości wypalanych papierosów lub ich rzucenie
- obniżenie spożycia kawy, alkoholu i innych używek
- zmniejszenie intensywności treningów sportowych przy zachowaniu rozsądnej aktywności fizycznej
- stosowanie odpowiedniej bielizny: luźniejszej i bawełnianej przez mężczyzn

- racjonalne odżywianie: o odpowiedniej kaloryczności, bez drastycznej diety
- obniżenie poziomu stresu spowodowanego problemami z poczęciem dziecka
- ograniczenie zbyt dużej intensywności współżycia seksualnego: zbyt częste obniża prawdopodobieństwo poczęcia.

2. Farmakoterapia

W wielu przypadkach stwierdzona niepłodność kobiet i mężczyzn wymaga stosowania środków farmakologicznych, najczęściej pochodzenia hormonalnego. Większość znanych preparatów jest stosowana dość krótko i nie są jeszcze znane odległe skutki ich działania. Nie stwierdzono na razie poważnych problemów zdrowotnych związanych z ich zażywaniem choć wszystkie wykazują jakieś działania uboczne. W przypadku stosowania niektórych, notuje się wzrost odsetka poronień i porodów martwych.

Wszystkie zalecane środki farmakologiczne działają bardzo silnie i można je zażywać tylko po konsultacji z lekarzem, żaden preparat nie jest zupełnie bezpieczny i nieszkodliwy

Farmakoterapia jest stosowana w przypadku zaburzeń regulacji hormonalnej procesu płodności, gdy źle działa system przekazywania informacji pomiędzy przysadką, podwzgórzem i jajnikami lub jądrami. U mężczyzn prowadzi to do produkcji nieprawidłowego nasienia, u kobiet może wystąpić nieregularność lub zanik owulacji.

3. Leczenie chirurgiczne

Aktualnie stosowane są głównie techniki mikrochirurgiczne, polegające na wykonywaniu małych nacięć w powłokach jamy brzusznej i operowaniu przy pomocy specjalnych precyzyjnych narzędzi.. Techniki mikrochirurgiczne stosowane są w zabiegach usuwania niedrożności, zrostów, cyst, polipów, mięśniaków itp. i polegają na wyjątkowo precyzyjnym i delikatnym traktowaniu operowanych narządów, stosowaniu miniaturowych szwów, przeciwdziałaniu wysychaniu tkanek. Szansa na zajście w ciążę jest największa po pierwszym zabiegu, kolejne operacje bardzo ją zmniejszają. Warto w takim przypadku pytać o prawdopodobieństwo, że cel zabiegu zostanie osiągnięty.

Techniki wspomaganie płodności.

W popularnych publikacjach pojawia się wiele informacji na temat sztucznej prokreacji, ukazywanej jako coś zupełnie naturalnego.. Wzrasta liczba par bezpłodnych podejmujących decyzję o poddaniu się sztucznej zapłodnieniu. Wielu bezdzietnych małżonków nie ma pojęcia, na czym polega inseminacja, czy metoda *in vitro*; oni po prostu chcą mieć dziecko.

1. Sztuczna inseminacja

Techniki sztucznej inseminacji są stosowane w przypadku niskiej liczby plemników w nasieniu i ich małej ruchliwości. Gdy ilość plemników lub jakość spermy są niezadowalające, konieczne jest specjalne postępowanie polegające na „zagęszczaniu” jej poprzez usunięcie części płynu nasiennego. Tak przygotowane nasienie wprowadza się sztucznie do narządów rozrodczych kobiety.

Aktualnie stosowane są dwie odmiany sztucznej inseminacji:

- inseminacja nasieniem partnera
- inseminacja nasieniem dawcy, w przypadku bardzo złej jakości spermy partnera

Druga technika jest bardziej kontrowersyjna w związku z anonimowością dawcy i ryzykiem przenoszenia chorób i defektów genetycznych.

2. Technika sztucznego zapłodnienia *In vitro*

Techniki sztucznego zapłodnienia są „ostatnią szansą” na posiadanie własnego dziecka przez niepełne pary.(gdy zawodzą wszystkie poprzednio opisane możliwości).

Technika ta jest najskuteczniejsza w następujących przypadkach:

- choroby jajowodu
- niepełnowartościowe nasienie
- endometrioza
- niewyjaśniona niepłodność
- nieprawidłowy śluz
- niepłodność immunologiczna
- brak owulacji

W początkowej fazie zabiegu *In vitro* podaje się kobiecie silną dawkę leków hormonalnych pobudzających dojrzewanie większej liczby komórek jajowych.

Gdy komórki są dojrzałe pobiera się je z organizmu kobiety specjalną igłą w trakcie laparoskopii a następnie bada się ich dojrzałość.

W tym samym czasie, równolegle przygotowuje się nasienie pobrane od partnera a następnie miesza się je z pobranymi od partnerki komórkami jajowymi na szklanej, płaskiej płytce tzw. szalce Petriego. Powstałe, po ewentualnym połączeniu komórki jajowej z plemnikiem zarodki, które ulegają podziałom umieszcza się w macicy kobiety. Najczęściej, dla pewności,

implantuje się więcej niż jeden zarodek lub też ten największy i dzielący się najszybciej. Głównym problemem etycznym jest to, co dzieje się z pozostałymi zarodkami. Najczęściej są one zamrażane i przechowywane w ciekłym azocie i czasem wykorzystywane, jeśli pierwsza próba jest nieudana.

W przypadku, gdy u kobiety nie da się sztucznie wywołać owulacji, za zgodą obu partnerów korzysta się z komórki pobranej od innej kobiety używając nasienia partnera.

Gdy nasienie partnera jest nieprawidłowe, za zgodą zainteresowanych, komórki jajowe partnerki łączy się z nasieniem anonimowego dawcy. W skrajnym przypadku, gdy partnerzy nie mają dojrzałych komórek rozrodczych wykorzystuje się obie komórki od anonimowych dawców a kobiecie implantuje się „obcy” zarodek. Takie sytuacje mogą często powodować problemy etyczne i prawne.

Techniki sztucznego zapłodnienia nie są pewnym sposobem uzyskania ciąży a ich skuteczność szacuje się na ok. 10-20 %.

Naprotechnologia jako metoda leczenia bezpłodności

Alternatywną metodą walki z niepłodnością jest naprotechnologia. Jest to stosunkowo młoda metoda, gdyż liczy sobie zaledwie 25 lat. Opracował ją amerykański ginekolog, chirurg i specjalista chorób kobiecych prof. Thomas W. Hilgers wraz ze swoimi współpracownikami. naprotechnologia jest kompleksowym sposobem postępowania w leczeniu niepłodności w zgodzie z kobiecą fizjologią. **Metoda ta polega na dokładnej diagnostyce niepłodności. Różnica podstawowa między naprotechnologią i metodą *in vitro* polega na tym, że lekarze proponujący sztuczne zapłodnienie nie badają cyklu kobiety. A według naprotechnologów, przy leczeniu bezpłodności najważniejsza jest współpraca z naturalnym cyklem kobiety.** Zaczyna się ona właśnie od prostych, ale pełnych obserwacji cyklu płodności metodą Creightona (ulepszona metoda Billingsa) pod okiem instruktora prowadzącego daną parę. Instruktorzy poświęcają bardzo dużo czasu małżonkom. Ich praca polega bowiem na przygotowywaniu tzw. mapy płodności, która powstaje w ciągu kilku miesięcy i jest jednym z czynników diagnostycznych dla prowadzącego lekarza. Ponadto pacjentki są kierowane na badania endokrynologiczne, USG i bardziej precyzyjne leczenie, łącznie z zabiegami chirurgicznymi.

Także płodność mężczyzny jest poddawana badaniom i ewentualnemu leczeniu. Wyniki leczenia pokazują, że z czasem większości małżeństw można pomóc, a pozostałe z nich przynajmniej nabierają pewności, że zrobiono to, co możliwe, aby zdiagnozować i usunąć przyczyny niepłodności. Skuteczność naprotechnologii sięga 40-60%. Koszty związane diagnozą i leczeniem tą metodą są o wiele niższe aniżeli opłacenie procedury *in vitro*. Niestety, silne lobby opowiadające się za metodą sztucznego zapłodnienia *in vitro* utrudnia rozprzestrzenianie się informacji o alternatywnym rozwiązaniu, jakim jest metoda naprotechnologii. [12]

2. Odpowiedzialne rodzicielstwo i naturalne planowane rodziny

2.1 Świadome, dojrzałe i odpowiedzialne rodzicielstwo – podstawowe prawa i normy obowiązujące człowieka w tej sferze życia.

Rodzicielstwo, czyli wprowadzanie w świat nowych pokoleń to zadanie, które powinno być realizowane w rodzinie. Myślenie o rodzicielstwie nie może przychodzić dopiero wraz z urodzeniem dziecka, lecz dużo wcześniej, gdyż życie człowieka w ciągu pierwszych dziewięciu miesięcy jego istnienia nie miałoby ochrony rodzicielskiej. Świadome, odpowiedzialne rodzicielstwo jest poważnym problemem i zadaniem dla każdej pary małżeńskiej i często zdarza się, że przeżywają oni poważne rozterki i trudności szukając właściwych rozwiązań. W wielu materiałach dotyczących tego problemu mówi się o odpowiedzialnym „planowaniu rodziny”.

Celem niniejszego artykułu jest wyjaśnienie i uporządkowanie zagadnień związanych z odpowiedzialnością każdego świadomego człowieka dotyczącą decyzji o prokreacji. Omówiono zagadnienia związane z problematyką świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa a ponadto prawa i normy obowiązujące człowieka w tej sferze.

2.1.1. Wprowadzenie w problematykę świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa.

Świadome i odpowiedzialne rodzicielstwo jest nierozzerwalnie związane z planowaniem własnej rodziny. Określenie to oznacza decydowanie o rozmiarach założonej przez kobietę i mężczyznę rodziny a ściślej mówiąc o liczbie planowanych dzieci i czasie ich poczęcia. Na decyzję w tej sprawie może a nawet powinno wpływać wiele aspektów dotyczących uwarunkowań społecznych, zdrowotnych, materialnych i wychowawczych małżonków a ponadto ich poczucie obowiązku rodzicielstwa i świadomość jego potrzeby. Rodzicielstwo od zawsze wiąże się z szeregiem zobowiązań względem potomstwa, pojmowanym różnorodnie w różnych okresach historycznych. Bycie rodzicem wiąże się przede wszystkim z ogromną odpowiedzialnością za wychowanie dziecka, w szerokim tego słowa znaczeniu. Odpowiedzialne rodzicielstwo w kontekście zmian cywilizacyjnych, jakie się współcześnie dokonują, nabiera nowego wymiaru. Zmiany te niejednokrotnie przynoszą kryzys wartości rodzinnych, dotychczas uświęconych tradycją, czy religią.

Artykuł 3 Karty Praw Rodziny głosi, iż „Małżonkowie mają niezbywalne prawo do założenia rodziny i decydowania o czasie narodzin i liczbie dzieci, uwzględniając w pełni obowiązki wobec siebie samych, wobec dzieci już narodzonych, rodziny i społeczeństwa, we właściwej hierarchii wartości i zgodnie z naturalnym porządkiem moralnym, który wyklucza uciekanie się do antykoncepcji, sterylizacji, spędzania płodu. Na pytanie: na ile współczesne pary (nie zawsze przecież małżeństwa) decydują się na tak odpowiedzialne planowanie posiadania potomstwa, nie trudno sobie odpowiedzieć. Rola rodziców często kończy się na podstawowym, prokreacyjnym czynniku, jakim jest poczęcie dziecka. Tymczasem macierzyństwo i ojcostwo to coś więcej, niż przekazanie życia. W momencie, kiedy rodzice dają nowe życie, biorą na siebie ogromną odpowiedzialność, która pojawia się właśnie wraz z poczęciem dziecka, początkiem życia. Staje się ono całkowicie zależne od swoich rodziców.

Niestety poczucie odpowiedzialności często nie pojawia się u rodziców ani w momencie poczęcia, ani nawet po przyjściu dziecka na świat. [13]

Co rozumie się pod pojęciem „odpowiedzialność”? Odpowiedzialne działanie to takie, jakim należy kierować się ze świadomością, iż może z niego wyniknąć „(...) coś złego lub coś dobrego że pierwszego należy unikać, a drugie powodować (...). Problem odpowiedzialności pojawia się już w momencie założenia rodziny. Samo podjęcie decyzji o zawarciu związku małżeńskiego, dającemu przecież początek rodzinie, nie może być sprawą przypadkową. Małżeństwo stanowi niejako fundament rodziny, na jakim małżonkowie będą budować jej dalsze życie. [9]

Obowiązki rodziców w różnych obszarach wychowania	Zadania szczegółowe w tych obszarach
w rozumieniu życiowym	zapewnienie opieki, stabilizacji, utrzymania i ubrania
w aspekcie etycznym	poczucie się do odpowiedzialności za dziecko
w wymiarze pedagogicznym	kierowanie rozwojem dziecka według przyjętych celów
w aspekcie prawnym	prawnie sankcjonowane obowiązki wychowania, opieki itp.

Odpowiedzialni rodzice powinni starać się, aby wypełniać swoje obowiązki w sposób odpowiedzialny w każdym z tych obszarów. Będzie to wówczas przejawem ich świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, dążącego do zapewnienia dziecku jak najlepszej, w ich rozumieniu, przyszłości. Role rodziców więc, to role żywicieli, opiekunów, wychowawców, wynika z tego, że działanie rodziców polega nie tylko na szeroko pojętej opiece. Rodzice kształtują osobowość dziecka – świat jego myśli i uczuć, dążeń oraz poczucia jego własnego „ja” – obrazu siebie samego.

O wywiązaniu się z roli rodzicielskiej decyduje podejście rodziców do swoich podopiecznych. Ważnym jest, aby rola ta wypływała z ich świadomej decyzji, z ich wewnętrznej potrzeby bycia rodzicem. Równie ważne jest, by byli przekonani o tym, że są dziecku niezbędnie potrzebni, że tylko oni – jako rodzice – mogą zaspokoić jego dziecięce potrzeby i przekazać określone wartości. W procesie wychowania muszą nadto z jednej strony wzajemnie się dopełniać, a z drugiej – zgodnie i zamiennie wykonywać swoje zadania wychowawcze i opiekuńcze.

Dziecko, które od poczęcia otoczone jest miłością, jest dzieckiem szczęśliwym. Obcuje wśród ludzi, z którymi czuje się bezpiecznie, wie, że jest kochane i potrzebne. Dziecko z całą swoją

dziecięcą ufnością oddaje się całe w opiekę dorosłych. Jest to możliwe w pełni wówczas, kiedy rodzice pielęgnują w dziecku jego dziecięcą niewinność, otaczają je miłością, budują zaufanie. Miłość jest więc swoistą energią odpowiedzialnego macierzyństwa i ojcostwa. Uczy ona zapominać o sobie, pozwala stawiać dobro dziecka ponad swoje własne.

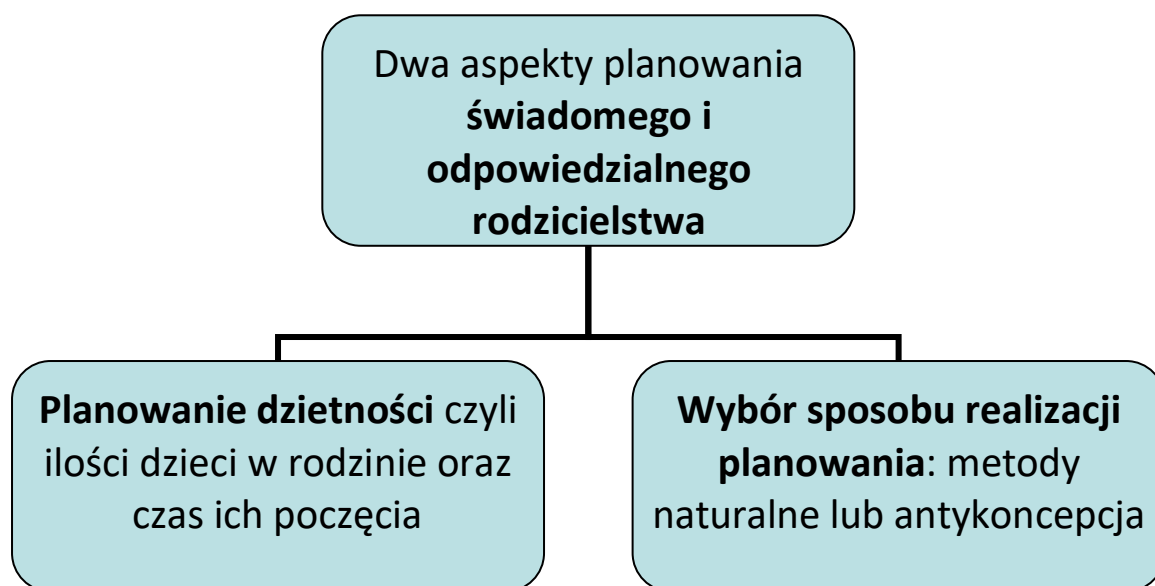
Przekazanie życia jawi się więc tu nam nie tylko w aspekcie biologicznym, ale również psychicznym. Przekazując dziecku życie psychiczne, przekazujemy mu zdolność do przeżywania wewnętrznego, do poznawania, pragnienia, dążenia i te zdolności wymagają odpowiedniej pielęgnacji i opieki. One kształtują się równolegle do rozwoju fizycznego, a więc rodzice przekazują dobra, które nie mieszczą się tylko w biologicznym pojęciu życia.

2.1.2 Prawa i normy obowiązujące człowieka w aspekcie świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa

Prokreacja jest naturalnym prawem każdego człowieka. Przyjście na świat dziecka stanowi ważną chwilę dla całej rodziny. Należy się do niej właściwie przygotować, tak aby moment pierwszego spotkania z dzieckiem dostarczał rodzicom pozytywnych i pełnych satysfakcji przeżyć.

Postępująca swoboda obyczajów i idące za tym obniżenie wieku inicjacji seksualnej młodzieży, co przekłada się na wzrost przedmałżeńskiej aktywności seksualnej powoduje, że problem identyfikacji i kontroli płodności nabrał szczególnego znaczenia w życiu kobiet i mężczyzn.

Rozwój wiedzy medycznej o fizjologii i mechanizmach prokreacji i idący za nim postęp wiedzy o środkach i metodach antykoncepcyjnych, wywiera współcześnie zdecydowany wpływ na wartościowanie roli współżycia seksualnego w związkach i jego odniesienia do funkcji prokreacyjnych i socjologicznych.



Współcześnie dąży się do tego, aby kobieta i mężczyzna wspólnie ponosili odpowiedzialność za poczęcie nowego życia i razem się do tej chwili przygotowali. Podejmując decyzję o poczęciu, przyszli rodzice powinni stworzyć dziecku jak najlepsze warunki już od pierwszych chwil jego istnienia. Aby tego dokonać, przygotowanie do aktu prokreacji należy rozpocząć jeszcze przed planowaną ciążą.

Ogromną rolę odgrywa tu powstała pod koniec XX wieku opieka przedkoncepcyjna, dziedzina nadal dynamicznie rozwijająca się w Polsce. Obowiązek takiej opieki wynika z faktu podpisania przez polskie władze międzynarodowych dokumentów ONZ dotyczących praw człowieka w aspekcie zdrowia seksualnego i prokreacyjnego.

Zdrowie prokreacyjne oznacza, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, oraz że mają zdolność do reprodukcji jak również swobodę decydowania czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci.

W celu realizacji tego prawa państwo zobowiązało się do świadczenia usług edukacyjno-zdrowotnych w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, nauczania metod planowania rodziny, ochrony macierzyństwa i ojcostwa oraz świadczenia opieki przedkoncepcyjnej. Fachowo prowadzona edukacja, oraz opieka przedkoncepcyjna nad kobietą i mężczyzną decyduje o jakości życia i zdrowia przyszłego pokolenia.

Opiekę z zakresu zdrowia prokreacyjnego definiuje się jako zbiór metod, technik i usług przyczyniających się do zdrowia i pomyślności prokreacyjnej poprzez zapobieganie i rozwiązywanie problemów związanych z tym aspektem zdrowia.

Zdrowie prokreacyjne stanowi istotny aspekt zdrowia człowieka. Wpływa na jego samopoczucie i związki międzyludzkie, dlatego nie powinno być ono traktowane jako termin ściśle medyczny. Pojęcie to dotyczy bowiem wielu aspektów życia biologicznego, psychicznego i społecznego kobiety oraz jej partnera. Zdrowie reprodukcyjne warunkuje prawo człowieka do optymalnego funkcjonowania w zakresie swojej rozrodczości i seksualności. Pozwala na pełne korzystanie z usług zakładów ochrony zdrowia, profesjonalną opiekę i poradnictwo.

Narodziny dziecka to dla rodziny radość, a zarazem nowe, poważne obowiązki. Rodzice to osoby, z którymi dziecko bardzo silnie się identyfikuje, z nimi spędza dużą ilość czasu, bawi się, poznaje otaczający świat. Obowiązkiem dorosłych jest zaspokojenie potrzeb fizjologicznych, psychicznych i emocjonalnych dziecka. Za pośrednictwem rodziców dziecko zdobywa wiadomości o świecie, uczy się, przyjmuje określone nawyki i postawy. Przyszłym rodzicom trzeba zwrócić uwagę na czynniki negatywnie wpływające na płodność i rozwój płodu: tj. alkohol, palenie tytoniu, narkomania, lekomania i zanieczyszczenie środowiska.

Przyszli rodzice powinni być świadomi odpowiedzialności, jaką niesie ze sobą poczęcie nowego życia. Ważne jest, aby każda myśl o dziecku cieszyła małżonków/partnerów, rozbudzała w nich pozytywne uczucia. Poczęcie nie powinno być sprawą przypadku, nie powinno wzbudzać złości, frustracji, prowadzić do konfliktów między partnerami. Ważne jest, aby każda ciąża była chciana i zaplanowana. Świadome i odpowiedzialne rodzicielstwo oznacza, że do podstawowego zadania małżeństwa, jakim jest wydanie na świat potomstwa, angażuje się świadomość i poczucie odpowiedzialności obojga partnerów za życie, zdrowie i los ich dzieci.

2.2 Podstawowe pojęcia związane z antykoncepcją: stosowane i zalecane metody antykoncepcji, wady i zalety tych metod.

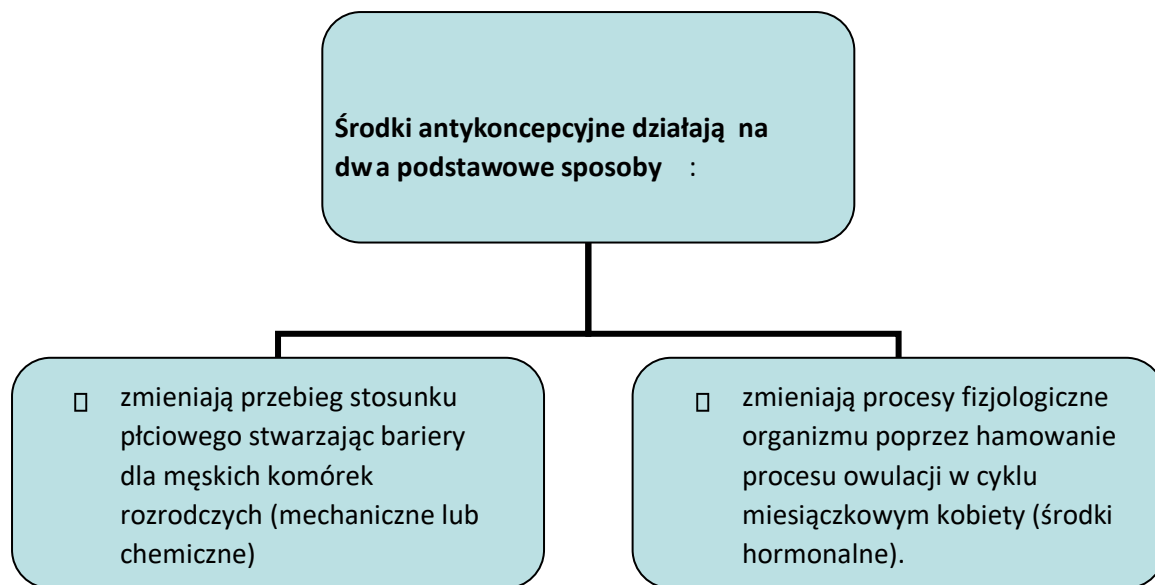
Tak długo jak istnieje antykoncepcja, istnieją również jej zwolennicy i przeciwnicy. W realia współczesnego świata wpisała się ona już tak mocno, że niezależnie od światopoglądu każdy człowiek powinien mieć na jej temat choćby podstawowe informacje. Każdy człowiek ma prawo do rzetelnej wiedzy na temat antykoncepcji i na tej podstawie dopiero może dokonać wyboru metody. Wybór ten powinien być oparty nie tylko na wygodzie, ale przede wszystkim na indywidualnej analizie ewentualnych wskazań i przeciwwskazań zdrowotnych.

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie i uporządkowanie wiedzy o antykoncepcji, jej wadach i zaletach. Omówiono podstawową problematykę dotyczącą metod sterowania płodnością, rodzaje metod antykoncepcyjnych, ich wady i zalety.

2.2.1. Podstawowe informacje dotyczące problematyki antykoncepcji.

Antykoncepcja: anti –przeciw, conceptio –poczęcie, czyli aktywne przeciwdziałanie poczęciu polegające na oddzieleniu współżycia seksualnego od poczęcia.

Antykoncepcja polega na celowym uszkodzeniu procesów fizjologicznych lub czynności seksualnych człowieka w celu spowodowania zamierzonej niepłodności.



W wielu opracowaniach popularyzujących postawę antykoncepcyjną „miesza” się pojęcia, zaliczając tu również naturalne metody identyfikacji płodności. Metody antykoncepcyjne nie wymagają od partnerów przestrzegania okresów abstynencji seksualnej, a więc **tylko one uznawane przez WHO za metody antykoncepcyjne sensu stricto.**

Różnorodność metod antykoncepcyjnych wynika z faktu, że jak dotąd nie znaleziono jednej uniwersalnej, która spełniałaby wszystkie wymagania stawiane antykoncepcji takie jak:

- wysoka pewność
- całkowita nieszkodliwość
- brak wpływu na reaktywność seksualną partnerów □ prostota i wygoda stosowania.

Pojawia się więc problem doboru odpowiedniej metody. Można przyjąć następujące zasadnicze kryteria:

- stan zdrowia układu rozrodczego kobiety
- przebyte schorzenia ginekologiczne, ciąży i porody
- wiek kobiety
- częstotliwość aktywności seksualnej partnerów □ światopogląd partnerów.
- brak trwałego uszkodzenia płodności

Do najczęściej stosowanych środków antykoncepcyjnych zalicza się:

- hormonalne środki antykoncepcyjne powodujące zahamowanie owulacji w cyklu miesięczkowym kobiety
- IUD czyli wkładki (kształtki) wewnątrzmaciczne stanowiące przeszkodę dla plemników oraz uniemożliwiające zagnieżdżenie się zarodka
- środki mechaniczne stanowiące barierę dla męskich komórek rozrodczych często używane z substancjami plemnikobójczymi łącznie z plemnikobójczymi

O wartości danego środka decydują następujące kryteria:

- skuteczność czyli maksymalna pewność
- bezpieczeństwo czyli brak negatywnych następstw dla zdrowia i płodności
- łatwość stosowania
- znajomość sposobu działania środka i jego następstw

Zaleca się, aby stosowanie każdej metody było poprzedzone wcześniejszymi konsultacjami z lekarzem specjalistą oraz poznaniem zjawiska własnej płodności pary.

Metody antykoncepcyjne są sprawą kobiety i mężczyzny, powinny być wybierane wspólnie i akceptowane przez oboje partnerów. Wskazane są konsultacje z ginekologiem, a przy niektórych niezbędne jest wykonanie badań lekarskich.

Są grupy kobiet, które wymagają specjalnego, indywidualnego podejścia:

1. **Nastolatki.** Ze względu na niedojrzałość narządów rozrodczych, nieregularne cykle i trudność z ustaleniem dni płodnych a z drugiej strony na ryzyko ciąży zaleca się powściągliwość we współżyciu seksualnym aż do pełnej dojrzałości:
2. **Matki karmiące piersią.** W tej grupie bardzo trudno ustalić płodność, ponieważ zazwyczaj przez 3 pierwsze miesiące karmienia a często i dłużej nie zachodzi owulacja zaleca

się profilaktycznie stosować prezerwatywę lub zaleconą przez lekarza pigułkę jednoskładnikową.

3. **Kobiety w okresie przedmenopauzalnym** również mają trudności z określeniem dni płodnych, ponieważ cykle są coraz częściej nieregularne i bezowulacyjne, ale utrata płodności nie jest trwała. Tej grupie zaleca się pigułki antykoncepcyjne.

Skuteczność poszczególnych metod antykoncepcji ocenia się wg wskaźnika Pearl'a, który mówi do ilu ciąż dojdzie u 100 kobiet stosujących daną metodę antykoncepcyjną w ciągu jednego roku. Im niższy jest wskaźnik Pearl'a, tym metoda antykoncepcyjna jest skuteczniejsza. Zazwyczaj wskaźnik ten podawany jest w postaci dwóch wartości – niższej (która dotyczy osób zdyscyplinowanych w stosowaniu danej metody) i wyższej dotyczącej osób, które zapominają o metodzie lub np. wydłużają zalecone przez producenta odstępy czasowe. Bez stosowania antykoncepcji wskaźnik Pearl'a wynosi 85-90. [19]

2.2.2. Omówienie metod antykoncepcji, ich wady i zalety.

Środki mechaniczne

Metoda ta obejmuje stosowanie prezerwatywy dla mężczyzn lub kapturka zakładanego na szyjkę macicy i spełniające rolę fizycznej bariery oddzielającej nasienie od środowiska pochwy i macicy. Rozmiar kapturka musi dobrać ginekolog i nauczyć go zakładać. Aby prezerwatywa i kapturek spełniały swoje zadanie, należy stosować je podczas każdego stosunku i zakładać zanim dojdzie do kontaktu z narządami płciowymi kobiety. Nie należy smarować ich żadnymi środkami zwilżającymi na bazie oleju, ponieważ olej uszkadza gumę lateksową. Wskaźnik Pearl'a dla prezerwatywy wynosi 3-36, a dla kapturka 10-19.

Zalety:

- łatwa dostępność bez recepty
- możliwość natychmiastowego zastosowania
- możliwość łączenia z antykoncepcją chemiczną
- zabezpieczenie przez prezerwatywę przed zakażeniami przenoszonymi drogą płciową np. HIV, WZW B, kiła, rzeżączka, chlamydia.

Wady:

- skuteczność uzależniona od dokładnego przestrzegania instrukcji użycia
- według niektórych obniżenie doznań seksualnych
- możliwość uczulenia na lateks
- możliwość przesunięcia się kapturka w czasie stosunku.

Środki chemiczne

Należą do niej środki w postaci pianki, kremu lub globulek stosowanych miejscowo do pochwy na 10-20 minut przed stosunkiem zawierające substancję plemnikobójczą (nonoksynol), która inaktywuje plemniki. Wskaźnik Pearl dla tej metody: 4-36.

Zalety:

- łatwa dostępność bez recepty
- możliwość natychmiastowego ich zastosowania
- możliwość łączenia z antykoncepcją mechaniczną.

Wady:

- skuteczność uzależniona od dokładnego przestrzegania instrukcji użycia,
- możliwość uczulenia na substancję czynną
- możliwość podrażnienia błony śluzowej pochwy, sromu lub żołądki.

Wkładki domaciczne - IUD

Wkładki, znane też jako spirale, są wygodną i pewną metodą. Wkładka zakładana jest przez lekarza do jamy macicy na okres 3-5 lat. Najczęściej ma kształt litery T i wykonana jest z miedzi, która osłabia ruchliwość plemników, ogranicza ich zdolność do pokonania śluzu szyjkowego oraz wywołuje stan zapalny w błonie śluzowej macicy niszczący plemniki i komórki jajową. Uniemożliwia też zagnieżdżenie się zarodka. Polecana jest kobietom, które nie planują w ciągu kilku lat dzieci. Wskaźnik Pearl 0,5-6. Wkładka z hormonem gestagenem jest skuteczniejsza niż klasyczna wkładka, ponieważ uwalniający się w sposób stały hormon ze zbiorniczka we wkładce powoduje zagęszczenie śluzu szyjkowego blokującego przenikanie plemników oraz zanik błony śluzowej macicy uniemożliwiający ewentualne zagnieżdżenie się zapłodnionego jajeczka. Wskaźnik Pearl 0,2-1,0.

Zalety:

- wysoka skuteczność
- długotrwałe działanie
- brak ogólnoustrojowych objawów ubocznych
- możliwość stosowania u kobiet karmiących piersią.

Wady:

- początkowo bóle podbrzusza
- niekiedy plamienia
- możliwość częstszych zapaleń dróg rodnych
- konieczność regularnych wizyt u lekarza
- możliwość niezauważalnego wypadnięcia wkładki □ po usunięciu wkładki nie od razu można zajść w ciążę.

Antykoncepcja hormonalna

W chwili obecnej jest najskuteczniejszą metodą zapobiegania ciąży, jeśli tylko stosowana jest prawidłowo. Tabletki antykoncepcyjne zawierają odpowiednio dobrane dawki syntetycznych hormonów płciowych, które hamują wydzielanie przez przedni płat przysadki mózgowej gonadotropin (FSH i LH), co hamuje owulację, uniemożliwia zagnieżdżenie się zarodka w jamie macicy oraz wpływa na zmianę konsystencji śluzu szyjkowego, który staje się nieprzenikliwy dla plemników.

Najpopularniejsze są tabletki antykoncepcyjne dwuskładnikowe, które zawierają dwa hormony: estrogen i progestagen. Wskaźnik Pearl'a dla nich wynosi 0,05-0,5. Wśród tabletek antykoncepcyjnych dwuskładnikowych możemy wyodrębnić pigułki:

- 1) jednofazowe – zawierające stałą dawkę progestagenu i estrogenu,
- 2) trójfazowe – z tabletkami w trzech dawkach odpowiednich do kolejnych 3 tygodni cyklu. Tabletki te kobieta zażywa przez kolejnych 21 dni, po czym robi 7-dniową przerwę w ich przyjmowaniu i w tym czasie pojawia się tzw. krwawienie z odstawienia.

Zalety:

- brak wpływu na aktywność seksualną, a czasem wręcz zwiększenie libido
- w cyklu po odstawieniu tabletek można zajść w ciążę
- dochodzi do uregulowania miesiączek, które dodatkowo stają się mniej obfite
- zmniejszenie ryzyka nowotworów jajnika i trzonu macicy
- zabezpieczenie dzięki estrogenom przed osteoporozą

Wady:

- konieczność regularnego zażywania tabletek, codziennie o stałej porze (ominięcie jednej dawki może osłabić działanie antykoncepcyjne) □ tabletki dostępne wyłącznie na receptę.

Od 2004 r. w Polsce dostępne są plastry antykoncepcyjne działające w oparciu o nowoczesny przezskórny system terapeutyczny TTS (ang. Transdermal Therapeutic System), które przykleja się na pośladkach, dolnej części brzucha oraz na zewnętrznych powierzchniach ramion i na barkach. Jeden plaster działa przez 7 dni, a więc co tydzień kobieta musi zmienić plaster na nowy. Cykl obejmuje trzy zmiany plastrów, po których następuje 7 dni bez plastra, kiedy to pojawia się krwawienie.

Wskaźnik Pearl'a 1,0.

Zalety plastra są takie same jak tabletki dwuskładnikowej, a dodatkowymi zaletami jest to, że wymaga zmiany tylko raz na tydzień i zawiera mniejsze dawki hormonów, ponieważ trafiają one bezpośrednio przez skórę do ogólnego krążenia krwi. Wady to:

- możliwość podrażnienia skóry
- jest przeciwwskazany u kobiet z nadwagą i otyłością, bo jest u nich mniej skuteczny.

Tabletki i plastry antykoncepcyjne dostępne są na receptę, ponieważ przepisać je może tylko lekarz po zbadaniu kobiety i wykluczeniu przeciwwskazań do antykoncepcji hormonalnej. Podczas antykoncepcji hormonalnej kobieta nie powinna palić papierosów, bo zwiększa to ryzyko wystąpienia chorób układu sercowonaczyniowego (choroby zakrzepowo-zatorowej, choroby wieńcowej, zawału serca, udaru mózgu)

Przeciwwskazania do hormonalnych środków antykoncepcyjnych to m.in.:

1. choroby serca, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu,
2. zakrzepowe zapalenie żył lub inne zaburzenia zakrzepowo-zatorowe
3. zaburzenia krzepliwości krwi
4. długotrwałe unieruchomienie
5. poważne choroby wątroby
6. migrena z aurą ogniskową
7. rozpoznany rak piersi lub jego podejrzenie
8. niewyjaśnione krwawienia z dróg rodnych
9. ciąża

Najczęstsze działania niepożądane to m. in.:

1. podwyższenie ciśnienia
2. obrzęki
3. powiększenie piersi i tkliwość
4. krwawienia lub plamienia
5. nudności, wymioty
6. ból głowy, zmiany nastroju
7. zmiany libido

Objawy te często ustępują po zmianie preparatu na inny.

Ubezpieczenie trwałe jest metodą antykoncepcyjną polegającą na trwałym pozbawieniu kobiet lub mężczyzny funkcji rozrodczej. Dokonuje się tego poprzez podwiązanie i przecięcie jajowodów u kobiety (wskaźnik Pearla 0,0-0,5), lub podwiązanie i przecięcie nasieniowodów u mężczyzny (wskaźnik Pearla 0,0-0,2). Przy prawidłowej technice operacyjnej jest to najpewniejsza metoda antykoncepcyjna. W wielu krajach stosowana jest powszechnie „na życzenie”. Zabiegi tego typu nie mają żadnego wpływu na stan hormonalny kobiety i mężczyzny oraz ich doznania. Dokonanie ubezpieczenia trwałego na prośbę kobiety lub mężczyzny jest w Polsce niedozwolone, wykonywane jest jedynie w sytuacjach, gdy ciąża zagraża zdrowiu lub życiu kobiety.

Antykoncepcja, poprzez zapobieganie powstania niepożądanego ciąży, jest obecnie propagowana najlepszy sposób regulacji urodzin stosowany przez człowieka. Z drugiej strony dla wielu osób budzi ona kontrowersje i zastrzeżenia etyczne oraz zdrowotne. Dzięki oddzieleniu współżycia seksualnego od prokreacji współczesna antykoncepcja umożliwiła ogromną swobodę seksualną. Ta sytuacja spowodowała jednak wzrost częstości występowania chorób przenoszonych drogą płciową (SIT) co staje się poważnym problemem

zdrowotnym współczesnych społeczeństw. Innym ważnym aspektem antykoncepcji jest wpływ niektórych jej form na zdrowie prokreacyjne człowieka.

2.3 Przybliżenie i uporządkowanie zagadnień związanych z naturalnym planowaniem rodziny.

Planowanie rodziny wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) to: sposób myślenia i życia, który jest dobrowolnie zaadaptowany na bazie wiedzy, postawy i odpowiednich decyzji przez jednostki czy pary małżeńskie w celu propagowania zdrowia i dobrobytu rodziny. Idealną metodę winno zatem charakteryzować odniesienie do całości życia pary, a więc aspektów: fizycznego, psychicznego, zdrowotnego, kulturowego oraz religijnego. Naturalne planowanie rodziny stanowi przeciwstawny do antykoncepcji sposób realizowania płodności przez partnerów. Metody, które obejmuje ten system mogą być stosowane oddzielnie bądź łącznie. Ich zadaniem jest ustalenie jak najlepszych warunków dla szczęśliwego poczęcia dziecka.

Celem tego artykułu jest omówienie i uporządkowanie problematyki naturalnych metod identyfikacji płodności. Omówiono zjawisko płodności człowieka i jego przejawy a ponadto przybliżono zagadnienie metod identyfikacji tego zjawiska.

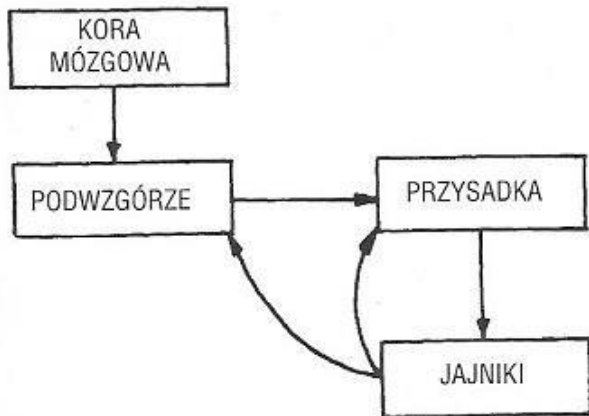
2.3.1. Podstawowe zagadnienia związane z fizjologią płodności człowieka i jej przejawami.

Naturalne planowanie rodziny (NPR) to grupa metod opartych na znajomości i wykorzystywaniu naturalnego cyklicznego rytmu płodności kobiety. Dzięki znajomości tego zjawiska można określić fazy płodności i świadomie planować bądź odłożyć moment poczęcia dziecka.

Naturalne planowanie rodziny jest integralnie związane z płodnością pary małżeńskiej. Stąd zrozumienie metod wymaga przypomnienia podstawowych informacji z zakresu fizjologii układu płciowego człowieka. Płodność mężczyzny jest ciągła, od momentu dojrzewania aż do późnej starości. W przypadku kobiety mamy do czynienia z płodnością cykliczną, od pierwszej miesiączki do menopauzy. Organizm kobiety musi co miesiąc wytworzyć jajeczko, do owulacji dochodzi raz w cyklu. Płodność pary małżeńskiej jest zatem określona czasem życia komórki jajowej (ok. 12 h) oraz plemników. W śluzie kobiecym typu „płodnego”, który pojawia się tuż przed jajeczkowaniem, plemniki mogą przetrwać nawet 5-7 dni. **Stąd najkrótszy okres płodności pary małżeńskiej wynosi 7-8 dni.** [7]

Cykl miesięczkowy kobiety liczony jest od pierwszego dnia krwawienia do ostatniego dnia przed następnym krwawieniem. Okresowe zmiany w jajnikach i macicy regulowane są przez hormony wytwarzane przez szereg gruczołów wydzielania wewnętrznego. Fizjologię układu płciowego kobiety określa współzależność trzech głównych gruczołów dokrewnych: podwzgórza (część mózgowia), przysadki mózgowej i jajników.

Łańcuch pobudzeń w cyklu miesięczkowym ilustruje poniższy schemat [19]



Na początku każdego cyklu menstruacyjnego występuje bardzo niski poziom hormonów jajnikowych: estrogenu i progesteronu. Przynadka mózgowa wydziela wówczas hormon FSH, który wpływa na oba jajniki, zapoczątkowując w nich proces dojrzewania pęcherzyków zawierających komórki jajowe. Komórki rosną i dojrzewają, pełną dojrzałość osiąga tylko jedna, reszta zanika. W okresie wzrostu i dojrzewania komórki jajowej, komórki otaczające pęcherzyk Graafa wydzielają hormon zwany estrogenem. Jego poziom uzależniony jest od stopnia dojrzałości komórki jajowej, im bardziej jest dojrzała tym jest wyższy. Estrogeny wpływają na cały organizm kobiety, stąd zwane są hormonami „kobiecości”. To one powodują, że kobieta ma gładką cerę (zatrzymuje wodę), wpływają na reakcje i zachowanie, dając energię i wigor życiowy. Działanie estrogenów szczególnie uwidocznione jest w jej narządzie rodnym. Po krwawieniu miesięczkowym, hormon wpływa na odbudowę błony śluzowej macicy, a w szyjce macicy zaczyna wydelać się śluz, który zmienia swoje cechy. Ilość śluzu i jego przemiana uzależniona jest od poziomu estrogenów. Przy dużej ilości hormonów śluz wydostaje się na zewnątrz, co jest łatwo zauważalne przez kobietę. Hormon ten wpływa również na szyjkę macicy, wywołując w niej zauważalne zmiany istotne w samobadaniu szyjki; im wyższy poziom estrogenu, tym zmiany są większe. Pojawienie się śluzu i zmian w szyjce wskazuje na stopień dojrzałości komórki jajowej i sygnalizuje zbliżające się jajczkowanie. Najwyższy poziom objawy te osiągają około 24 godziny przed jajczkowaniem.

Na ten wysoki poziom estrogenów reaguje mózg, pobudzając przynadkę do wydzielania hormonu LH, który doprowadza pęcherzyk do jajczkowania oraz wytworzenia tzw. ciała żółtego. Ciało żółte jest gruczołem wewnętrznego wydzielania, który produkuje hormon zwany progesteronem. Najważniejszy jest jego wpływ na narząd rodny kobiety. Przygotowuje on błonę śluzową macicy do zagnieżdżenia zapłodnionej komórki jajowej i dalszego jej rozwoju, dlatego hormon ten bardzo często nazywa się „matczynym”. Najwyższy poziom osiąga ok. 8 dnia po jajczkowaniu, natomiast poziom drugiego hormonu – estrogenu w drugiej części cyklu jest śladowy. Bez odpowiedniego poziomu progesteronu dalszy rozwój ciąży byłby nie możliwy. Hormon ten blokuje wydzielanie przez przynadkę FSH, a tym samym dojrzewanie komórek jajowych jest nie możliwe. Progesteron wywołuje zmiany w śluzówce macicy, oraz w szyjce macicy, ale zupełnie odwrotnie niż estrogeny, hamuje także skurcze macicy.

Ośrodek termoregulacji, znajdujący się w podwzgórzcu, reaguje na ten hormon podwyższeniem temperatury. Ponieważ progesteron wytwarzany jest przez ciało żółte, wzrost temperatury wskazuje na prawidłową owulację. Jeżeli w danym cyklu nie doszło do zapłodnienia, to po 2 tyg. ciało żółte zanika, poziom hormonu we krwi spada, temperatura obniża się do poziomu fazy przedowulacyjnej. Spadek progesteronu powoduje uwstecznienie się błony śluzowej, powstanie w niej zmian martwiczych, dochodzi do złuszczenia i wydalania jej z krwią powstałą z przerwanych naczyń, zjawisko to nazywamy miesiączką. Zaczyna się nowy cykl menstruacyjny i wszystko powtarza się cyklicznie aż do końca okresu rozrodczego.

Pod względem hormonalnym w cyklu miesięczkowym określić można dwie fazy: estrogenową, przedowulacyjną (pęcherzyka Graafa) oraz fazę ciała żółtego (poowulacyjną, progesteronową). Należy podkreślić, że wydzielany przez ciało żółte progesteron uniemożliwia dojrzewanie kolejnych pęcherzyków jajnikowych. Zatem niemożliwe jest wystąpienie tzw. dodatkowego jajczkowania. Cykl miesięczkowy kobiety ze względu na płodność dzielimy na 3 fazy. Fazę przedowulacyjną (niepłodności względnej) charakteryzują niski poziom estrogenów i progesteronu. W fazie okołowulacyjnej (płodności) dochodzi do wzrostu poziomu estrogenów, aż do momentu jajczkowania. Na 24 godziny przed owulacją dochodzi również do wzrostu poziomu LH. Trzecia faza – poowulacyjna (niepłodności bezwzględnej) określona jest wzrostem stężenia progesteronu przez około 2 tygodnie, jeśli nie doszło do zapłodnienia. Wskaźniki płodności można zaobserwować u wszystkich kobiet podczas każdego cyklu miesięczkowego. Wyróżnić można objawy główne oraz dodatkowe. Są one wykorzystywane w metodach naturalnego planowania, dlatego należy je pokrótce scharakteryzować.

2.3.2. Metody identyfikacji okresów płodności i niepłodności pary.

Na podstawie możliwych do obserwacji zewnętrznych objawów płodności opracowano metody interpretacji oraz stosowania ich w planowaniu bądź nie poczęcia dziecka i nazwano je NPR (naturalne planowanie rodziny).

Wg. WHO NPR to metody polegające na obserwacji objawów i oznak świadczących o fazach płodności lub niepłodności w cyklu miesięczkowym kobiety z podejmowaniem współżycia w fazie niepłodności lub płodności – gdy planuje się dziecko).

Obserwuje się przede wszystkim objawy płodności takie jak: obfity śluz płodny, podstawowa temperatura ciała (PTC), położenie szyjki macicy i inne dodatkowe np. plamienie czy ból owulacyjny jeśli występują.

Podstawowa temperatura ciała (PTC) to temperatura mierzona w ustach, pochwie lub odbycie, po co najmniej trzygodzinnym odpoczynku, po przebudzeniu, przed wstaniem z łóżka. Temperatura powinna być mierzona codziennie o tej samej porze (dopuszczalne są odchylenia o pół godziny w obie strony), tym samym termometrem podczas jednego cyklu. Istnieje możliwość dokonywania korekt temperatury w godz. 4-11, w przypadku, gdy odchylenia są większe niż pół godziny (godzina później to minus 0,1° C i odwrotnie na

plus). Wykres PTC jest dwufazowy, co związane jest z różnym poziomem progesteronu we krwi przed i po owulacji, a tym samym istnieniem fazy ciała żółtego.

Zmiany śluzu szyjkowego związane są z różnym poziomem hormonów jajnikowych. W zależności od fazy cyklu miesięczkowego określić można 3 rodzaje śluzu.

Śluz G (zależny od progesteronu – faza przedowulacyjna) jest niepłodny, nieprzenikliwy. Gęsty, lepki, kruchy zamyka ujście szyjki macicy, nie stwarzając tym samym dogodnych warunków dla plemników i uniemożliwiając zapłodnienie. Daje uczucie wilgotności.

Śluz L (estrogenozależny) jest bardziej przenikliwy, zatrzymuje plemniki niepełnowartościowe. Występuje w fazie okołowulacyjnej. Zawiera dużo glukozy, jonów metali, magnezu. Jest to śluz typu mniej płodnego.

Śluz S (estrogenozależny) jest najbardziej płodny, w nim dochodzi do dojrzewania (*kapacytacji*) plemników. Daje uczucie mokrości. Jest przejrzysty, rozciągliwy, śliski. Wyglądem przypomina białko jaja kurzego.

W fazie niepłodności przedowulacyjnej w przedsionku pochwy można nie stwierdzić obecności śluzu, czemu towarzyszy odczucie suchości lub obserwować śluz niepłodny. Z czasem, w fazie okołowulacyjnej, dochodzi do pojawienia się śluzu mniej płodnego, który przekształca się w typ płodny, dając również odczucie mokrości. Szczyt objawu śluzu to ostatni dzień obecności śluzu o jakichkolwiek cechach płodnych (przejrzystość, rozciągliwość, śliskość, odczucie mokrości). Fazę poowulacyjną charakteryzuje śluz mniej płodny lub brak jakiegokolwiek śluzu.

Interpretacja głównych wskaźników może być ułatwiona dzięki obserwacjom dodatkowych objawów płodności. Nie występują one u wszystkich kobiet lub we wszystkich cyklach tej samej kobiety. Mogą mieć też różne nasilenie. Zaliczamy do nich: zmiany w szyjce macicy, ból owulacyjny, plamienie okołowulacyjne, zatrzymanie wody w ustroju (obrzęk sromu, ciała w fazie okołowulacyjnej), wrażliwość piersi (napięcie, wzmożona wrażliwość w fazie okołowulacyjnej).

Ze względu na objawy płodności opracowano naukowo szereg metod obserwacji cyklu, które opierają się na jednym lub wielu objawach.

Metoda owulacyjna (Billingsa)

Metoda owulacyjna polega na **obserwacji i ocenie śluzu** szyjki macicy kobiety w czasie całego cyklu miesięczkowego. Kobieta codziennie obserwuje zmiany w parametrach śluzu podczas bytności w toalecie. W swoich notatkach zapisuje informacje na temat występowania śluzu i swojego odczucia w przedsionku pochwy (*sucho=brak śluzu, wilgotno, mokro*), wyglądu śluzu (*białawy, żółtawy, mętny, przejrzysty*) oraz jego właściwości (*rwący się, lepki, kleisty, rozciągliwy*).

Okres płodności i niepłodności kobiety wyznaczany jest na podstawie oceny śluzu jako płodnego (estrogennego) lub niepłodnego (gestagennego).

Metoda termiczna

Metoda termiczna polega na **obserwacji podstawowej temperatury ciała** w czasie cyklu miesięczkowego kobiety. Temperatura jest mierzona codziennie o tej samej porze, w tym samym miejscu (jama ustna, pochwa lub odbył) i z wykorzystaniem tego samego termometru. Wyniki zapisywane są na specjalnej karcie, na której powstaje wykres

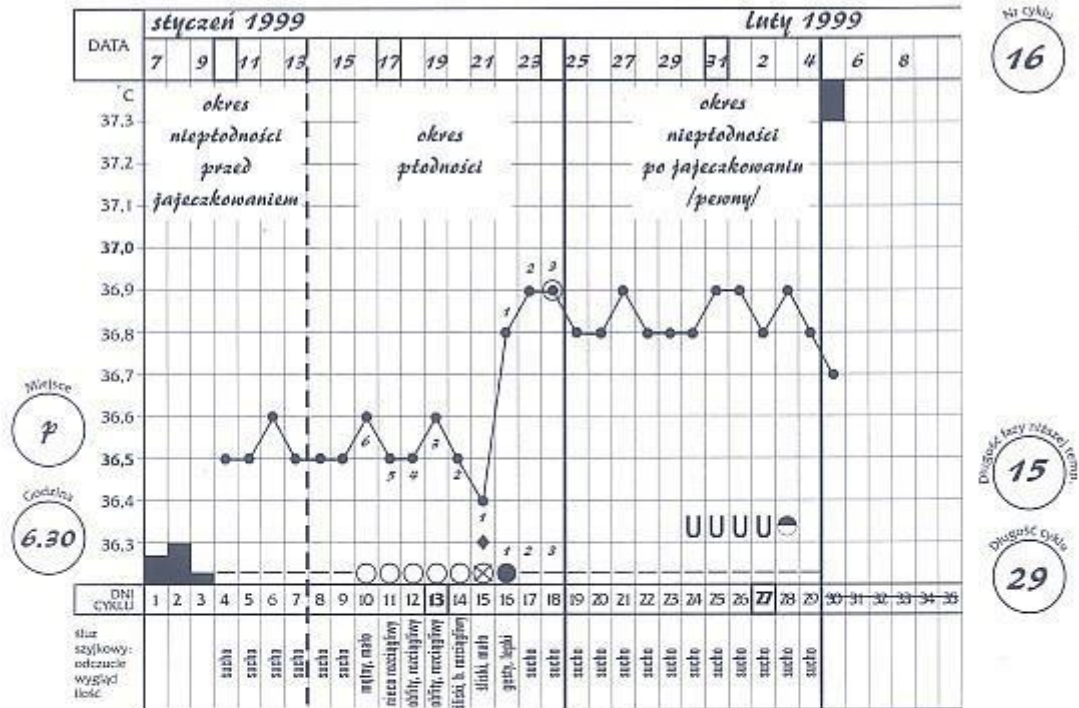
Okres płodności oraz okres niepłodności względnej i bezwzględnej wyznaczany jest na podstawie wyznaczenia dnia "skoku", czyli pierwszego dnia wyższej temperatury. Zgodnie z metodą termiczną płodność kobiety trwa od 6 dni poprzedzających wzrost temperatury do 3 dni po skoku. Do 6 dnia poprzedzającego wzrost temperatury mówimy o niepłodności względnej, tymczasem 4 dnia po skoku rozpoczyna się okres niepłodności bezwzględnej.

Metoda objawowo-termiczna

Metody objawowo-termiczne polegają na **pomiarze podstawowej temperatury ciała oraz ocenie śluzu i/lub obserwacji szyjki macicy**. Pomiar podstawowej temperatury ciała i obserwacja śluzu odbywają się analogicznie jak w metodzie termicznej i owulacyjnej. W tej grupie metod w trakcie cyklu menstruacyjnego kobieta do określenia swojej płodności może badać szyjkę macicy. Wówczas określa położenie szyjki macicy (*nisko, średnio, wysoko*), jej twardość (*twarda - jak czubek nosa, miękka - jak koniuszek ucha*) oraz rozwarcie (*małe, średnie, duże*). O największej płodności świadczy miękka, wysoko położona i szeroko rozwarta szyjka.

Dzięki możliwości obserwacji kilku objawów płodności i bezpłodności **metody objawowo-termiczne są najdokładniejsze**. Wyznaczenie okresu płodnego i niepłodnego jest zależne od wykorzystywanej metody (do metod objawowo-termicznych zaliczamy metodę angielską, niemiecką, amerykańską i polską). W wszystkich metodach wykorzystuje się samoobserwację kobiety. Do takiej obserwacji opracowane są tzw. karty obserwacji, które bardzo łatwo wypełnia się danymi pozwalającymi zidentyfikować kolejne fazy cyklu miesięczkowego.

Poniżej zaprezentowano wzór takiej karty. [9]



Objaśnienie znaków:

☐	niedziele i święta	⊗	szczyt objawu śluzu
☐	najkrótsza faza niższej temperatury z ostatnich 6 (12) cykli	◆	ból owulacyjny
☐	najkrótszy cykl miesięczny z ostatnich 6 (12) cykli	●	ból głowy
■	dzień miesiączki	1	parcie na stolec lub biegunka, częstsze oddawanie moczu
—	suchość		wzmoczona pobudliwość
●	nie zmieniająca się skąpa wydzielina przed wystąpieniem śluzu szyjkowego u tych kobiet, które nie odczuwają suchości oraz śluz po szczycie: lepki, gęsty, mętny	Z	klucie w łydkach lub w zylakach
○	estrogenny śluz szyjkowy: zmienia się, staje się obfity, płynny, bardziej przejrzysty i rozciągliwy, podobny do surowego białka kurzego jaja, daje odczucie wilgotności i śliskości.	U	objaw sukowy
			współżycie małżeńskie
		Miejsce mierzenia temperatury:	
		P	pochwa
		C	odbytnica
		U	usta
		■	ostatni dzień fazy niższej temperatury przed skokiem w metodzie termicznej

Do naukowo opracowanych i wielokrotnie sprawdzonych badaniami na całym świecie metod NPR zalicza się przede wszystkim metodę wielowskaźnikową (śluz i temperatura). Okresy płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym można określać odczytując i interpretując odpowiednie objawy uwzględnione na wykresie, zaprezentowanym powyżej. Każda para decydująca się na zastosowanie tej metody powinna nauczyć się indywidualnej interpretacji wyników obserwacji pod kierunkiem nauczyciela NPR.

WHO wymienia następujące zalety NPR:

- efektywność zarówno w planowaniu jak i nie inicjowaniu poczęcia dziecka,
- brak zaburzeń funkcji organizmu i jakichkolwiek skutków ubocznych,
- wzrost samoświadomości wiedzy i zaufania do siebie,

- większe zaangażowanie się mężczyzny w planowanie rodziny i pogłębianie więzi małżeńskiej
- stosowanie metod nie wymaga nakładów finansowych.

Udokumentowana obserwacja cykli ułatwia także wstępną diagnostykę kobiecej niepłodności oraz pozwala na wczesne rozpoznanie poczęcia dziecka i prawidłowe wyznaczenie terminu porodu.

Do trudności związanych z **NPR WHO** zalicza:

- konieczność nauki metody przynajmniej przez trzy kolejne cykle z udziałem nauczyciela NPR
- konieczność prowadzenia stałych obserwacji i ich dokumentowania
- konieczność angażowania się obojga partnerów, wspólnej motywacji i współdziałania.

WHO proponuje stosowanie tych metod po uprzednim ich nauczeniu i zrozumieniu a także zwraca uwagę, że w tej sprawie para je stosująca musi się porozumieć i uzgodnić to ze sobą. Metody te są uniwersalne gdyż umożliwiają zarówno zaplanowanie poczęcia dziecka jak też jego uniknięcie.

Testery płodności

Od pewnego czasu dostępne są testy i urządzenia ułatwiające stosowanie naturalnych metod identyfikacji płodności. Zasada dwufazowości podstawowej temperatury ciała, w przebiegu prawidłowego cyklu, znalazła zastosowanie w różnych odmianach termometrów elektronicznych z wbudowanym mikroprocesorem zasilanym baterią. Dzięki wykorzystaniu gromadzonych w pamięci urządzenia danych o przebiegu wcześniejszych cykli można precyzyjnie identyfikować u osoby używającej dni płodne i niepłodne, sygnalizując to odpowiednio światełkiem czerwonym lub zielonym. (**np. BIOSELF, BABY TEST, BABY COMP**) Innym sposobem jest badanie poziomu hormonów, stymulujących cykl miesięczkowy, w moczu kobiety, dotyczy to przede wszystkim hormonu LH (luteotropiny). Wysoki poziom LH jest zbieżny z największą płodnością w cyklu. Najpopularniejszym urządzeniem do takiego badania jest tester **PERSONA**, również będący mini-komputerem z zapisanymi w pamięci danymi dotyczącymi poziomu hormonu LH w moczu, w przebiegu cyklu. [6]

Naturalna metoda planowania rodziny (NPR) umożliwia współzycie seksualne bez sztucznych barier unikając poczęcia dziecka i jednocześnie odpowiedzialne, planowane przekazywanie życia. Światowa Organizacja Zdrowia opisuje ją, jako polegającą na „obserwacji objawów i oznak świadczących o fazach płodności lub niepłodności w cyklu miesięczkowym kobiety z podejmowaniem współzycia w fazie niepłodności lub płodności” – w zależności od tego czy planowane jest posiadanie potomstwa. Metoda ta nie wymaga nakładów finansowych, **jest nazywana ekologiczną**, gdyż zgodna jest z wymaganiami

środowiska naturalnego i sprzyja zdrowiu kobiety. **Wszelkie, pojawiające się czasem próby utożsamiania metod naturalnych z kolejną formą antykoncepcji są pomyłką.**

3. Edukacja i wychowanie seksualne w placówkach oświatowych.

3.1 Główne założenia wychowania i edukacji seksualnej dzieci i młodzieży z uwzględnieniem wieku i płci; problematyka dojrzewania biologicznego.

W Polsce o potrzebie wychowania seksualnego i edukacji w tej sferze zaczęto mówić pod koniec lat pięćdziesiątych. Za umowną datę, wyznaczającą początek publicznej dyskusji o edukacji seksualnej jako zadaniu pedagogicznym, przyjmuje się rok 1957, w którym powstało Towarzystwo Planowania Rodziny.

Wychowanie seksualne i edukacja dotyczy w szerokim zakresie psychofizycznej strony człowieka. Związane jest nie tylko z aktem płciowym i wydaniem potomstwa, ale porusza bardzo głębokie problemy dotyczące: osoby ludzkiej, godności, lęku o zdrowie i potomstwo, tworzenia świadomości, iż każdy człowiek jest istotą niepowtarzalną, uwarunkowaną społecznie i kulturowo, zmiennie reagującą na potrzeby seksualne w różnym wieku, próbującą opanowywać swoje seksualne popędy.

Celem tego opracowania jest przybliżenie i uporządkowanie wiedzy na temat edukacji seksualnej dzieci i młodzieży w powiązaniu z problematyką dojrzewania biologicznego. Omówiono zagadnienia związane z celami i tematyką edukacji seksualnej oraz z problematyką dojrzewania biologicznego człowieka.

3.1.1. Podstawowe problemy związane z wychowaniem i edukacją seksualną dzieci i młodzieży.

W pedagogice seksualnej wyróżnić można dwa aspekty, to jest: edukację seksualną oraz wychowanie seksualne, które określane są w literaturze jako procesy wzajemnie ze sobą powiązane. [19]

„Wychowanie i uświadomienie seksualne są wzajemnie powiązаныmi częściami pedagogiki seksualnej [...]. Wspólnymi celami obu działań jest ukształtowanie osoby zdrowej seksualnie, to znaczy jednostki, która akceptuje swoją płć, przyjmuje rolę z nią związane, bez lęku wyraża swoją seksualność w sensie fizycznym i psychicznym, ma przy tym poczucie odpowiedzialności za skutki, tego wyrazu dotyczące siebie samego, partnera i społeczeństwa”.

Fundamentalne elementy **wychowania seksualnego**, które kształtowane są od urodzenia w domu rodzinnym, to umiejętność wyrażania uczuć, kształtowanie najwcześniejszych postaw, zachowań związanych z seksualnością, powiązanych z dostarczaniem przez rodziców wzorców pełnienia ról społecznych odnośnie płci i ich wzajemnych relacji. W miarę dorastania (im dziecko jest starsze) rolę wychowawczą w rozwoju erotycznym dziecka przejmuje środowisko rówieśnicze. Jest to związane z wzmacnianiem procesu identyfikacji z płcią i jej rolami.

Środowisko rówieśnicze stanowi teren treningu społecznego, wzorzec dla przyszłych związków i pierwszych doświadczeń seksualnych. Takie pierwsze dziecięce doświadczenia są szczególnie ważne dla przyszłego rozwoju psychoseksualnego. W tym to czasie dziecko uczy się reagowania i rozpoznawania sytuacji erotycznych. Bywa, że są to zupełnie przeciwstawne emocje, np. przyjemność i poczucie winy, lęk i ciekawość. Takie doświadczenia pozwalają w okresie dojrzewania na indywidualne podejście do zagadnienia, czyli wpływają na zainteresowania, poszukiwania informacji, dążenie do zdobywania określonych doświadczeń erotycznych, czy planów związanych z wyborem życiowym związanym z przyszłym partnerem. W okresie dzieciństwa, brak wiedzy wśród dorosłych na temat rozwoju psychoseksualnego dziecka sprawia, że u rodziców występują reakcje chaotyczne związane z wychowaniem, bezradność i przerzucanie odpowiedzialności na innych, zwłaszcza w sytuacjach trudnych. Dopiero w okresie dojrzewania płciowego pojawia się u dorosłych potrzeba „uświadamiania młodzieży”. Z tym procesem uświadczenia może być jednak bardzo różnie, bywa i tak, że przynosi on więcej szkody niż pożytku, dlatego specjaliści są za bardziej zaplanowaną i wszechstronną formą **edukacji seksualnej**. Pojęcie „edukacji seksualnej” w Polsce nie jest jednoznaczne, często jest mylnie utożsamiane z pojęciem „uświadczenie seksualne”, które dotyczy wyłącznie biologicznych aspektów seksualności, bez uwzględnienia różnorodnych aspektów ludzkich. Na konferencji w Kairze, w 1994 sformułowano następującą definicję:

„Edukacja seksualna jest to dział interdyscyplinarnej edukacji, dotyczący seksualności człowieka w wymiarze biologicznym, zdrowotnym, społecznym, kulturowym, historycznym, filozoficznym, a nawet politycznym”

Podstawowym celem w zakresie edukacji seksualnej jest **przekazywanie informacji dotyczących**: anatomii i fizjologii płci, płodności i jej regulacji, ciąży i porodu, zakażeń przenoszonych drogą płciową, zaburzeń seksualnych, stereotypów, praw i ról płciowych, orientacji seksualnych, kulturowych uwarunkowań związanych z płcią, praw prokreacyjnych i seksualnych, zjawisk społecznych związanych ze sferą seksualną (pornografia, prostytutka), oraz relacji międzyludzkich determinowanych różnicami płciowymi. [19]

Natomiast **kształtowanie na drodze wychowania seksualnego odpowiednich postaw** jest możliwe dzięki uwzględnieniu złożonych uwarunkowań determinujących seksualne zachowania, satysfakcję i relację, jak również przeciwdziałanie izolacji, dyskryminacji, segregacji w zakresie seksualności, oraz uwzględnienie specyfiki kulturowej.

Niezależnie od istniejącego prawa oświatowego i zaleceń edukacyjnych z niego wynikających, Polska podpisała i ratyfikowała międzynarodowe dokumenty odnoszące się do zdrowia seksualnego i prokreacyjnego, co wiąże się z określonymi zobowiązaniami i **standardami**, jakie powinny spełniać prawidłowo prowadzona edukacja seksualna. Mówi się tam, że informacja stanowi podstawę działań na rzecz zdrowia prokreacyjnego, ponieważ pomaga młodzieży osiągnąć dojrzałość, która jest niezbędna w podejmowaniu decyzji. To z kolei wiąże się z zapewnieniem edukacji zgodnej z potrzebami, mającej wpływ na pozytywne podejście do własnej seksualności.

Należy zapewnić młodzieży dostęp do informacji, środków, poradnictwa, które uchronią przed niechcianą ciążą, oraz zakażeniami przenoszonymi drogą płciową.

W szczególności powinno położyć się nacisk na propagowanie sprawiedliwych, opartych na wzajemnym szacunku relacji między kobietami i mężczyznami, co wiąże się z kolei kształtowaniem u młodych mężczyzn szacunku do anatomii kobiet i gotowością do ponoszenia wspólnej odpowiedzialności dotyczącej seksualności i płodności.

Edukacja seksualna stanowi element edukacji zdrowotnej, ponieważ dotyczy jednego z obszarów zdrowia. Badania przeprowadzone przez CBOS wykazały, że społeczeństwo polskie w 80% jest za realizacją edukacji seksualnej w szkołach, wiele wątpliwości budzi jednak sam sposób jej realizacji i proponowane treści. Wątpliwości te nie posiadają uzasadnienia merytorycznego potwierdzonego badaniami. WHO dokonało przeglądu 35 badań na terenie różnych państw, w efekcie udowodniono, że realizacja programów z zakresu odpowiedzialnej edukacji seksualnej w szkołach przyczyniła się do zmniejszenia lub opóźnienia aktywności seksualnej młodzieży. Programy te miały niewątpliwie wpływ zarówno na częstsze stosowanie antykoncepcji jak i kształtowanie świadomości płciowej.

Właściwie prowadzona edukacja seksualna (przekazywanie wiedzy i informacji o seksualności człowieka) wspomaga wszechstronny rozwój uczniów. Obowiązkiem szkoły jest przekazywanie pełnej i rzetelnej informacji, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Wprowadzenie edukacji seksualnej stanowi realizację prawa do informacji, zawartego w Konwencji o Prawach Dziecka. Obowiązkiem nauczyciela jest dostosowanie treści i metod pracy z klasą do wieku, rozwoju psychospołecznego i emocjonalnego uczniów.

Cele wychowania seksualnego dzieci i młodzieży:

- * wychowanie seksualne służy przygotowaniu do przyszłego życia małżeńskiego i rodzinnego, wszechstronnemu rozwojowi osobowości, samorealizacji w roli męskiej lub kobiecej
- * wychowanie seksualne wiąże się z promocją zdrowia seksualnego: kreowanie pozytywnego modelu seksualnego człowieka, zapobieganie zjawiskom przemocy i nadużywania seksualnego dzieci, przeciwdziałanie wszelkim formom dyskryminacji, izolacji, segregacji mniejszości seksualnych,
- * jednym z elementów wychowania seksualnego jest uświadomienie seksualne polegające na dostarczaniu racjonalnej wiedzy dostosowanej do płci, wieku i wrażliwości danej osoby.

Zalecane treści edukacji seksualnej zależne od wieku odbiorców [18]

Okres prowadzenia edukacji seksualnej	Zalecane do realizacji zagadnienia
---------------------------------------	------------------------------------

Okres przedszkolny	Nauka nazywania części ciała obu płci, wyjaśnienie zagadnienia: skąd się biorą dzieci, różnice pomiędzy płciami, stereotypy i role przypisane płciom, tu ważna zasada indywidualizacji treści i form przekazu
Okres wczesnoszkolny	Omawianie szczegółów budowy fizycznej dziewczynek i chłopców – kontynuacja i uszczegółowienie z uwzględnieniem zagadnień higieny, problematyka kobiecej i męskiej roli płciowej, równouprawnienie płci a stereotypy, komunikowanie uczuć, podejmowanie decyzji i ich konsekwencje, zmiany w organizmie związane z okresem dojrzewania.
Okres dojrzewania	Wyróżnia się tu kilka ważnych aspektów edukacji seksualnej gdyż w tym okresie człowiek osiąga dojrzałość biologiczną, psychiczną i społeczną. a) biomedyczne podstawy edukacji seksualnej młodzieży: wiedza o przebiegu dojrzewania płciowego dziewcząt i chłopców, uświadomienie różnic w przebiegu dojrzewania dziewcząt i chłopców, problemy osobiste i relacje interpersonalne b) psychoseksualne podstawy edukacji seksualnej młodzieży: zainteresowania seksualne, formy aktywności seksualnej, c) antykoncepcja i profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową d) odpowiedzialne i świadome rodzicielstwo

3.1.2 Problematyka dojrzewania biologicznego człowieka

Szkolna edukacja seksualna przeznaczona dla młodzieży w okresie dojrzewania wymaga szczególnej uwagi w integrowaniu treści biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych. Młodzież bardzo intensywnie interesuje się przemianami, jakie w niej zachodzą a więc jest to etap, w którym z jednej strony stosunkowo łatwo wypracować czynną postawę wobec własnego zdrowia, z drugiej natomiast – pojawia się wiele kompleksów i wątpliwości, które powinny zostać zweryfikowane w procesie edukacji. Proces dojrzewania płciowego u dziewcząt rozpoczyna się najczęściej ok.11 roku życia i trwa ok. 4 lat, u chłopców następuje później ok.12 roku życia, czas trwania jest dłuższy /ok.6-7 lat/. Czas pojawienia się pierwszych symptomów dojrzewania oraz jego trwania u poszczególnych osób jest bardzo zróżnicowany. Kolejność podejmowania działań edukacyjnych powinna więc wynikać z prawidłowości rozwoju psychoseksualnego i uwzględniać:

- dla uczniów w wieku 11-13 lat przygotowanie do zmian będących wynikiem dojrzewania płciowego, wyjaśnienie ich znaczenia i przebieg, zalecenia jak o siebie dbać,
- dla uczniów w wieku 14-16 lat radzenie sobie nowymi potrzebami i psychospołecznymi różnicami między płciami, budowanie relacji interpersonalnych, takich jak: koleżeństwo, przyjaźń, związek partnerski,
- dla uczniów w wieku 17-18 lat treści dotyczące budowania związków partnerskich w wymiarze psychologicznym, społecznym, seksualnym.

Okres dojrzewania na ogół bywa dzielony na 3 fazy:

- 1) przygotowawcza - prepubertalna, czyli przedpokwitaniowa, trwająca 2-3 lata od ok. 8-9 do 10-12 roku życia,
- 2) właściwego dojrzewania - pubertalna, czyli pokwitaniowa, trwająca na ogół 4 lata od 11-12 do 15-16 roku życia,
- 3) pełnej dojrzałości - postpubertalna, czyli popokwitaniowa (dorastania), trwająca u dziewcząt do ok. 16-18 roku życia, u chłopców do 18-21 roku życia.

W fazie przygotowawczej określonej jako podokres wczesnoszkolny rozwój dziecka jest stabilny i harmonijny. Wiek wczesnoszkolny nazywany bywa „okresem głodu ruchowego”. Czas między 7 a 10 rokiem życia to okres przygotowania się organizmu do intensywnych przemian, jakie będą miały miejsce w okresie dojrzewania. Wraz z wiekiem wzrasta stopniowo w tym okresie zdolność koncentracji uwagi, rozwija się pamięć mechaniczna oraz pamięć logiczna. W tym czasie doskonalą się mowa, kształtuje się charakter, kształtuje się „rozum” emocjonalny.

Dziewczynki rozwijają się generalnie szybciej od chłopców i w początkowej fazie przewyższają chłopców wzrostem, ruchowo i intelektualnie. Następnym okresem dojrzewającego dziecka jest podokres późnoszkolny czyli pokwitanie. W kolejnej fazie popokwitaniowej młodzież wkracza w dorosłość. Następuje proces przekształcenia dziewczynki w kobietę a chłopca w mężczyznę. W procesie tego rozwoju następują intensywne przemiany fizjologiczne, hormonalne wyrażające się w zmianach morfologicznych. Efektem końcowym tych przemian jest uzyskanie dojrzałości płciowej, a tym samym zdolności do rozrodu.

Dojrzewanie biologiczne to zmiany anatomiczne (zwiększenie wysokości i ciężaru ciała, zmiany proporcji ciała i poszczególnych jego organów), oraz zmiany fizjologiczne (znajdujące wyraz w dojrzewaniu płciowym). Procesy te są ze sobą ściśle powiązane.

Charakterystyczny dla początku okresu dojrzewania jest skok pokwitaniowy czyli znaczne przyspieszenie tempa przyrostu długości i ciężaru ciała w przeciągu 2-3 lat. Pojawiają się dysproporcje w wyglądzie sylwetki- np. zbyt długie kończyny. Ujawniają się 2-go i 3-cio rzędowe cechy płciowe u dziewcząt rozszerzenie kości miednicy, formowanie się piersi, u chłopców rozrost mięśni barkowych, zarost na twarzy, u obu płci - owłosienie łonowe i pod pachami. Wzmaga się działalność gruczołów wydzielniczych skóry - wzrasta skłonność do pocenia się, przetłuszczania skóry i włosów, pojawia się trądzik. Poprzez szybko rozrastający się układ kostny, a wolniejszy przyrost mięśni często występują bóle mięśniowe i słabsza koordynacja ruchowa. Szybki wzrost czasowo osłabia układ sercowo-naczyniowy, wzrasta ciśnienie krwi, zaś naczynia krwionośne są nadwrażliwe - stąd tendencja do gwałtownego czerwienienia się lub bładnięcia. Przeobraża się układ nerwowy, co niesie za sobą nadwrażliwość, nadmierną drażliwość, ogólnie zwiększoną pobudliwość. Organizm jest osłabiony, w związku z tym także bardziej podatny na choroby.

Nie można ustalić ścisłych ram czasowych, kiedy następują kolejne fazy dojrzewania. Najważniejszy jest moment, w którym to gruczoły hormonalne zaczną uwalniać do krwioobiegu hormony. Szczególną rolę w tym procesie pełnią gonady - gruczoły płciowe, nadnercza i tarczyca. Wytwarzany przez przysadkę mózgową hormon wzrostu, aktywizuje produkcję hormonu tarczycy, który stymuluje wzrost kości. Aktywność gruczołów dokrewnych pozostaje pod kontrolą części mózgu, którą nazywamy podwzgórzem.

Zestawienie najważniejszych objawów dojrzewania biologicznego.[18]

Struktura okresu dojrzewania u dziewczynek:	Struktura okresu dojrzewania u chłopców:
<p>Wiek 10-12 lat:</p> <p>1 - - początek przyspieszonego wzrastania, 2 - - powiększanie się i obrzęk brodawek piersiowych, 3 - - pogrubienie rysów twarzy, rozwój podskórnej tkanki tłuszczowej,</p>	<p>Wiek 12-14 lat:</p> <p>1 - - początek przyspieszonego wzrastania, 2 - - opuszczenie się moszny, powiększenie jąder i następnie prącia, 3 - - pojawienie się zarostu wokół części płciowych, początek zarostu na twarzy, 4 - - powiększenie brodawek piersiowych i ściemnienie ich barwy,</p>
<p>Wiek 12-14 lat:</p> <p>1 - - wyraźny rozwój bioder (początek formowania sylwetki kobiecej), 2 - - szybki rozwój piersi, aż do typowej dla kobiet dorosłych, 3 - - pojawienie się owłosienia łonowego, 4 - - pogrubienie rysów twarzy, 5 - - wystąpienie cykli miesięcznych — menarche, menstruacje,</p>	<p>Wiek 14-16 lat:</p> <p>1 - - wydłużanie krtani, mutacja głosu, 2 - - rozwój owłosienia pachowego i wokół brodawek piersiowych, 3 - - pogrubienie rysów twarzy, 4 - - zmyły nocne — polucje,</p>
<p>Wiek 14-16 lat:</p> <p>1 - - typowo kobieca budowa ciała, 2 - - pełne owłosienie okolicy łonowej i pachowej,</p>	<p>Wiek 16-18 lat:</p> <p>1 - - głos męski, 2 - - pełny rozwój i skręcenie owłosienia okolicy pachowej i łonowej,</p>
<p>3 - - rozwój w pełni kobiecych rysów twarzy.</p>	<p>3 - - rozrost mięśni i wzrost siły mięśniowej, 4 - - wyrazistość rysów twarzy, wyraźne męski profil szyi (tzw. jabłko Adama).</p>

Zewnętrznym objawem dojrzewania dziewczynki jest pojawienie pierwszej miesiączki (menarche). Jest to wielkie wydarzenie w życiu każdej młodej kobiety. Jednak nie oznacza jeszcze dojrzałości rozrodczej. W wyniku działania żeńskich hormonów płciowych (estrogeny) na narządy rodne dochodzi do cyklicznych krwawień zwanych menstruacją (miesiączka). Z początku są to cykle nieregularne i bezowulacyjne, gdyż poziom hormonów produkowanych przez przysadkę i jajniki jest zbyt niski. Jest to jednak oznaka poważnych zmian zachodzących w organizmie dziewczyny oraz sygnał, że w przyszłości będzie mogła rodzić dzieci.

U chłopców objawem dojrzewania jest wytrysk nasienia - polucja (zmazy nocne). Jest to proces naturalny, oznaka zmian zachodzących w organizmie, samoistne oczyszczanie się narządów płciowych. Nastęrcza jednak wśród chłopców wiele obaw i lęków.

W okresie pokwitania uwaga jednostki jest skupiona na "ja" seksualnym i na zmianach, które ono przechodzi. Różny przebieg dojrzewania płciowego u poszczególnych jednostek może wywołać reakcje psychiczne o różnym stopniu nasilenia i mieć konsekwencje o charakterze pozytywnym lub negatywnym. Powszechnie jest, że zmiany fizyczne wywołują psychiczny dyskomfort. U dziewczynek przedmiotem niepokojów są miesiączki i "patykowaty" wygląd. Chłopcy przejmują się najczęściej załamaniem głosu, wytryskami nasienia i niezgrabnymi ruchami. Zarówno u dziewcząt jak i u chłopców źródłem stresu mogą być zachwiania równowagi skóry przejawiające się niezdrową cerą czy zachwiania proporcji ciała w czasie szybkiego wzrostu. Poza problematyką dojrzewania biologicznego młodzież dojrzewa równocześnie psychicznie i społecznie.

Dojrzałość psychiczna jest stanem coraz bardziej złożonym i polega głównie na osiągnięciu pewnego poziomu rozwoju uczuć/ uczuciowości wyższej/ oraz takiego poziomu rozwoju umysłowego, która umożliwia realistyczną ocenę sytuacji, ocenę samego siebie i skutków swoich czynów. Jej istotnym elementem jest akceptacja własnej płci, równowaga emocjonalna, zdolność do przejawiania uczuć społecznych, empatii, życzliwości i bezinteresowności. Z kolei dojrzałość społeczna polega na osiągnięciu samodzielności życiowej oraz umiejętności budowania relacji społecznych, w tym także związków partnerskich

3.2 Zasady konstruowania i realizacji programów edukacji seksualnej dzieci i młodzieży

Jedną z form promocji zdrowia seksualnego jest upowszechnianie edukacji i wychowania seksualnego w placówkach oświatowych. Z drugiej strony trzeba podkreślić, że optymalnym miejscem i formą wychowania seksualnego jest szczęśliwy dom rodzinny, udane małżeństwo rodziców, uzyskanie od nich właściwych informacji o sprawach dotyczących seksualności. Jest więc sprawą oczywistą, że system edukacji powinien popierać wychowawcze wysiłki rodziców oraz porządkować a także uzupełniać wiedzę na temat seksualności człowieka i problemów związanych z tą tematyką. Dlatego nie może być nikomu obojętne, czy w szkole

jest wdrażane wychowanie prorodzinne czy postępową edukacja seksualna. W polskim systemie oświaty program edukacji seksualnej realizowany jest w ramach przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie”.

Celem tego tekstu jest przybliżenie wiedzy dotyczącej założeń i zasad konstruowania programów edukacji seksualnej i pokazanie różnorodności współcześnie funkcjonujących programów. W pierwszej części zaprezentowano ogólne założenia programów edukacji seksualnej a dalej omówiono przykłady różnych programów.

3.2.1. Założenia współcześnie funkcjonujących programów edukacji seksualnej.

W tworzeniu programów edukacji seksualnej należy zwrócić uwagę na następujące specyficzne elementy:

- Pedagogika seksualna jest dziedziną interdyscyplinarną, dlatego osobie prowadzącej edukację seksualną **potrzebne są informacje z wielu dziedzin nauki: psychologii i pedagogiki, medycyny (seksuologii, ginekologii, andrologii, endokrynologii, dermatologii), socjologii, antropologii, etyki, wiedzy o kulturze itp.** Przydatna jest wiedza o przemianach społecznych młodzieży, umożliwiająca dostosowanie treści programowych do współczesności (np. randki na czatach, sms-y, aranżowanie tymi drogami spotkań z nieletnimi przez osoby dorosłe, romanse wirtualne, dostęp do różnorodnych form pornografii itp.). Niezbędnym elementem jest wiedza wynikająca z doświadczenia w pracy z młodzieżą, zwłaszcza ta, która powstała na podstawie własnych, dobrych i pogłębionych relacji z uczniami. Pomocna jest znajomość trendów, popularnych czasopism i książek młodzieżowych, ale przede wszystkim codziennych problemów nastolatków. Nie należy tego mylić z wiedzą o sobie, ponieważ subiektywne poglądy i osobiste stereotypy są tylko przeszkodą we wzajemnym zrozumieniu i przekazywaniu wiedzy;
- Praca z młodzieżą wymaga tzw. swobody psychologicznej i predyspozycji osobowościowych, zwłaszcza że dotyczy obszaru z reguły skrywanego i chronionego przed dorosłymi, jakim jest szeroko pojęta seksualność;
- Niezbędna jest znajomość różnorodnych metod nauczania i umiejętność ich zastosowania w zależności od celów i potrzeb

W konstruowaniu programu edukacji seksualnej bardzo ważnym etapem jest zdiagnozowanie i zidentyfikowanie potrzeb uczestników.

Diagnoza potrzeb jest podstawowym i niezbędnym punktem wyjścia dla wszelkich działań edukacyjnych. W Polsce od wielu lat potrzeby młodzieży bardzo często odbiegają od wizji autorów obowiązujących programów. Programy autorskie znacząco różnią się między sobą i nierzadko są obciążone światopoglądowo. Z analizy listów młodzieży do popularnych czasopism wynika, że świadomość i potrzeba rozwiązywania problemów natury psychoseksualnej rozpoczyna się w około 10 r.ż. i nie kończy się z chwilą osiągnięcia dojrzałości płciowej. Szczególne nasilenie potrzeb poznawczych związanych z seksualnością występuje między 12 a 17 r.ż. Istnieje wyraźne zróżnicowanie tych potrzeb w zależności od:

- Płci uczniów:

- dziewczęta koncentrują się na zagadnieniach dotyczących: anatomii i fizjologii, problemów emocjonalnych, zdrowia i higieny, przyjaźni i miłości oraz aktywności seksualnej; częściej zgłaszają potrzebę organizowania zajęć na temat metod sterowania płodnością i zdrowia prokreacyjnego;
- chłopcy zainteresowani są przede wszystkim: anatomią i fizjologią, aktywnością seksualną, zagrożeniami i patologią, problemami emocjonalnymi; częściej proponują zajęcia na temat chorób przenoszonych drogą płciową oraz zdrowia seksualnego;
- na pierwszych zajęciach chłopcy są częściej nastawieni na informacje dotyczące życia seksualnego, dziewczęta - na znajomość własnej fizjologii i relacje, ale w trakcie zajęć ich zainteresowania się zmieniają - dziewczęta stają się otwarte na rozmowy „o seksie”, a chłopcy o emocjach;

- **Wiek i stopnia zaawansowania w dojrzewaniu:**

- we wczesnej fazie dojrzewania (u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów) warto koncentrować się na zagadnieniach związanych ze zmianami fizycznymi i akceptacją własnej cielesności oraz tematyce dotyczącej relacji z rówieśnikami i rodzicami;
- starsze nastolatki bardziej interesują się zagadnieniami psychologicznymi, społeczno-kulturowymi i etycznymi. Ich oczekiwania stają się bardziej sprecyzowane i dotyczą: pierwszych doświadczeń seksualnych, antykoncepcji, chorób przenoszonych drogą płciową, kultury współżycia seksualnego, zaburzeń seksualnych, obyczajowości, fantazji seksualnych, masturbacji, pornografii, doboru partnera, tworzenia prawidłowych relacji, dobrej komunikacji, miłości, odpowiedzialności, zdrad i konfliktów, orientacji seksualnych, stereotypów płciowych, nadużyć seksualnych itp.

Zdaniem W. Sokoluka młodzież oczekuje omawiania na zajęciach szkolnych następujących zagadnień: antykoncepcja (77%), choroby przenoszone drogą płciową (77%), relacje chłopakdziewczyna (48%), informacje o współżyciu (47%), różnice w podejściu do seksu i miłości u obu płci (45%), budowanie trwałych związków (44%), informacje o rozwoju fizycznym i psychicznym (42%). Inne tematy, które są dobrze przyjmowane przez nastolatki, to: jak dbać o swoją płodność, rozumienie procesów fizjologicznych związanych z płodnością, kultura języka i życia seksualnego, zaburzenia seksualne, stereotypy płciowe, konflikt i porozumienie między płciami, homoseksualizm, zasady partnerstwa, miłość, wyobrażenia na temat własnego rodzicielstwa. [17]

Sposób przeprowadzania diagnozy

Młodzież nie powinna kierować się obiegowymi wyobrażeniami na temat edukacji seksualnej, dlatego warto ją zapoznać ze szczegółowymi treściami programowymi i dać jej możliwość wyboru tych, które ją najbardziej interesują. Wybory mogą bardzo różnić się między sobą, w zależności od klasy. Powszechnie stosowana, na pierwszych zajęciach, metoda zbierania anonimowych pytań z reguły się nie sprawdza, ponieważ nastolatki nie wiedzą dokładnie, o co mogą pytać.

Analizy potrzeb należy dokonywać również w fazie realizacji programu. Można do tego wykorzystać: zdania niedokończone, skale, wybieranie najważniejszych tematów itp. Diagnoza powinna dotyczyć także metod zajęć preferowanych przez nastolatki. Z badań nad oczekiwaniami młodzieży wynika, że formy zawierające element osobistej relacji pomiędzy

prowadzącymi a uczniami są preferowane przez dziewczęta, oglądanie filmów ma wyraźnie więcej zwolenników wśród chłopców.

Obecnie, na świecie, można wyróżnić różne rodzaje programów dotyczących różnych aspektów edukacji do zdrowia prokreacyjnego i seksualnego

- Programy ukierunkowane na określone cele, np. zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową, metody sterowania płodnością, równouprawnienie płci, przeciwdziałanie wykorzystywaniu i przemocy seksualnej. Programy tego typu są realizowane w celu rozwiązania aktualnego problemu w danej społeczności czy regionie, wykonania zadań jakiejś organizacji czy stowarzyszenia;
- Programy ukierunkowane na wszechstronną edukację seksualną na podstawie wytycznych WHO i innych agend ONZ. Opierają się one na definicji zdrowia seksualnego i Deklaracji Praw Seksualnych. Są w większości tak konstruowane, aby mogły być realizowane w społeczeństwach zróżnicowanych światopoglądowo, kulturowo, etnicznie. Podkreśla się w nich to co łączy, a nie dzieli;
- Programy inspirowane światopoglądowo i religijnie, realizowane przez kościoły, wyznania, organizacje i stowarzyszenia określone światopoglądowo;
- Programy autorskie, opracowane przez osoby mające duże doświadczenie i profesjonalizm w zakresie edukacji seksualnej, kierujące się własnymi koncepcjami;

W pracy osób prowadzących edukację seksualną najtrudniejsze okazuje się **opanowanie umiejętności oddzielenia wiedzy od własnych doświadczeń życiowych i poglądów**: nieuznawanie ich za uniwersalne, unikanie podawania rad i przestróg wynikających z własnych sukcesów i błędów, posługiwanie się językiem wiedzy. Nie należy przy tym zapominać, że na początku zajęć z edukacji seksualnej młodzież jest nieufna, rzadko zdobywa się na szczerość, często stosuje różnego rodzaju prowokacje. Dowodem na autentyczną chęć nawiązania kontaktu ze strony nauczyciela jest otwarcie na każdy temat na właściwym poziomie i dawanie możliwości wyboru poruszanej tematyki zajęć, narzucanie omawianych zagadnień jest z reguły źle przyjmowane. [17]

3.2.2 Omówienie niektórych programów edukacji seksualnej w Polsce i na świecie

Jednym z kryteriów analizy i klasyfikacji programów (modeli) edukacji seksualnej jest ocena różnych aspektów aktywności seksualnej człowieka. Stosując takie kryterium można wyróżnić trzy kategorie programów:

Programy restrykcyjne

Cechuje je krytyczny stosunek do aktywności seksualnej przejawiający się w działaniach na rzecz jej zapobiegania, ograniczania, powstrzymywania lub odraczania. W obrębie tych programów omawia się groźne dla zdrowia skutki przedwczesnej inicjacji oraz stosowania różnych środków antykoncepcyjnych. Przypomina się też zagrożenia związane z występowaniem chorób przenoszonych drogą płciową oraz powikłań będących efektem takich działań. Zgodnie z prezentowanym ujęciem aktywność seksualna jest wartościowa tylko wtedy, gdy jest składnikiem miłości, małżeństwa i czynnikiem prokreacji a stosunki przedmałżeńskie, antykoncepcja i przerywanie ciąży niszczą miłość i więź.

Programy permissywne

Wyróżnia je afirmacja aktywności seksualnej w różnych jej przejawach, związana z przekonaniem, że aktywność ta jest niezbędna dla osiągnięcia szczęścia i satysfakcji życiowej. Zgodnie z takim podejściem podstawowym zadaniem edukacji seksualnej jest uczenie pełnego i bezpiecznego wykorzystania wszystkich potencjalnych możliwości tkwiących w seksualności człowieka. Omawiane programy prezentują pogląd, że seks i prokreacja nie muszą iść w parze, a antykoncepcja i aborcja są dwiema dopuszczalnymi metodami regulacji urodzin. Ze względu na fakt, że każda forma zaspokajania potrzeb seksualnych jest akceptowana moralnie, uznaje się równorzędność hetero- i homoseksualizmu.

Programy umiarkowane, „złotego środka”

Prezentują odpowiedzialne podejście do aktywności seksualnej, co oznacza, że postulują pozytywny stosunek, jednak sygnalizują pewną ostrożność i odpowiedzialność w tej sferze życia. Promują pogląd, że rozpoczęcie aktywności seksualnej musi się wiązać z dojrzałością, wzajemną miłością i odpowiedzialnością za siebie oraz partnera. Zaleca się w nich dostarczanie odpowiedniej wiedzy dotyczącej fizjologii, antykoncepcji, prawidłowości współżycia oraz oczekiwań i potrzeb partnera. Każdy rodzaj antykoncepcji jest tutaj traktowany jako moralnie akceptowalny, zarówno w stosunkach przedmażeńskich, jak i w trakcie życia małżeńskiego.

Wyróżniono ponadto trzy podstawowe rodzaje wychowania seksualnego:

- A.** Wychowanie do czystości, czyli abstynencji seksualnej,
- B.** Biologiczną edukację seksualną,
- C.** Złożoną edukację seksualną, która zawiera oba powyższe podejścia.

Wskazania do wychowania w rodzinie wymienione w punkcie **A.** opierają się głównie na ogłoszonej przez Papieską Radę ds. Rodziny w 1995 roku instrukcji dotyczącej ludzkiej płodności: prawda i znaczenie.

Program wymieniony w punkcie **B.** dotyczący biologicznej edukacji seksualnej opiera się wyłącznie na przekazie informacji biologicznych, metod zapobiegania ciąży, ale nie zajmuje się promowaniem zasad moralnych czy duchowych.

Program przedstawiony w punkcie **C.** oparty jest na sześciu grupach zagadnień:

1. Wiedzy biologicznej dotyczącej ludzkiej prokreacji,
2. Informacji na temat rozwoju płciowego,
3. Informacji na temat kontroli urodzeń,
4. Informacji na temat przeciwdziałania wykorzystywaniu seksualnego,
5. Informacji dotyczących środków antykoncepcyjnych i ich dostępności,
6. Informacji dotyczących aborcji i jej dostępności.

Wśród wielu różnych proponowanych w Europie i na świecie **programów edukacji seksualnej** wybrano dwa przykłady, prezentując ich założenia i skutki:

Abstynencki program edukacji seksualnej w USA

Właśnie w tym kraju rozpoczyna się w latach 90 pozytywny proces wycofywania się władz państwowych i oświatowych z programów liberalnej i permissywnej edukacji seksualnej z równoczesnym promowaniem programów wychowania skierowanych na przedmałżeńską abstynencję seksualną i wierność małżeńską.

Największe zmiany dotyczące polityki zdrowotnej w dziedzinie edukacji seksualnej amerykańskiej młodzieży dotyczą lat 90- tych ubiegłego stulecia. W tym czasie amerykańskie ministerstwo zdrowia zaczęło wdrażać w życie strategiczny plan *Zdrowia Ludności 2010*, zakładający zmniejszenie liczby aktywnej seksualnej młodzieży. Największą zmianą jaka się dokonała, było wdrożenie *Abstynenckich Programów Edukacji Seksualnej*, które stały się rewolucyjnymi programami w tej dziedzinie. Opierając się na danych statystycznych jedynie 2% nauczycieli amerykańskich szkół w tym czasie promowało abstynencję seksualną jako jedyny podstawowy środek zapobiegania niechcianej ciąży i chorób przenoszonych drogą płciową. Już w roku 1999 liczba nauczycieli wzrosła do 23% . Dane te zostały opublikowane przez the School Health Policies and Programs Study. Warto podkreślić, iż w 96% szkołach średnich naucza się, że abstynencja stanowi najlepszą metodę antykoncepcji (dane z 2000 roku). Z danych tych wynika, że 83% nastolatków i 86% nastolatek uzyskało *formalny przekaz* jak należy odmawiać podjęcia aktywności seksualnej. Dzięki wprowadzonej w 1996 roku w USA reformie z funduszy federalnych uzyskano 250 mln dolarów na abstynencką edukację seksualną. Jedynym i podstawowym jej celem jest nauczanie o społecznych, zdrowotnych i psychologicznych korzyściach wynikających z abstynencji seksualnej.

Abstynencka edukacja seksualna przedstawiona jest jako jedyna pożądana norma w życiu pozamałżeńskim, a także metoda zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową oraz unikania ciąż pozamałżeńskich. Według programu, wierne monogamiczne małżeństwo powinno stanowić standard współżycia seksualnego. Istotnym jest, że program ten uczy młodych ludzi w jaki sposób mogą odrzucać propozycje seksualne, a także pokazuje, że narkotyki i alkohol stanowią czynniki zwiększające skłonność do przyjmowania ofert seksualnych.

Należy podkreślić, że aby program ten mógł być finansowany przez fundację musi być spełniony warunek wychowania młodzieży, polegający na wykluczeniu współżycia seksualnego pozamałżeńskiego oraz antykoncepcji. Wdrożenie tego programu ma już wymierne skutki w postaci spadku zarówno ilości aborcji jak i ciąż niepożądanych ciąż. Przykłady: w latach 1991 – 1995 zanotowano spadek ciąż nieletnich nastolatek o 66% a w przedziale 1991 – 2001 o 53%, co było skutkiem promowanych zachowań abstynenckich.

YPDP – Rządowy Program Edukacji Seksualnej w Wielkiej Brytanii

Mimo prowadzonej od kilkadziesiąt lat w szkołach edukacji seksualnej, Wielka Brytania, w porównaniu do innych krajów Europy Zachodniej czy też do USA, wypada bardzo niekorzystnie, co prawdopodobnie wynika z faktu, iż wprowadzono tam *permissywną edukację seksualną typu B lub C*. Ta edukacja oparta jest na przekazywaniu wyłącznie biologicznej wiedzy dotyczącej życia seksualnego i promowaniu oraz motywowaniu do stosowania antykoncepcji.

Projekt ten został zarekomendowany brytyjskiemu rządowi przez niezależną instytucję doradczą Advisory Group on Teenage Pregnancy. Przewodniczący tej grupy opowiedział się za rozdawaniem prezerwatyw 12-latkom, gdyż wszelka antykoncepcja w tym kraju jest darmowa i ogólnie dostępna. W przychodniach, szkołach rozdawane są broszurki, ulotki dotyczące antykoncepcji, zawierające odpowiedzi na wszelkie pytania z tej właśnie dziedziny, od opisu działania tabletek antykoncepcyjnych po problematykę chorób wenerycznych. Aby otrzymać środki antykoncepcyjne nie jest nawet wymagana wizyta u lekarza pierwszego kontaktu. W prawie każdej dzielnicy funkcjonują kliniki planowania rodziny, wystarczy się tylko tam udać a środki antykoncepcyjne są tam zalecane nastolatkom a nawet dziesięcioletnim dziewczynkom. W lutym 2001 roku angielskie władze oświatowe wprowadziły bezpłatne rozdawanie pigułek poronnych typu RU- 486 nawet 11-letnim uczennicom bez zgody rodziców.

W szkołach edukacji seksualnej poddaje się młodzież w wieku 11-14 lat i jest ona obowiązkowa, a rodzice nie są na ogół pytani o zgodę. Obecnie pojawiły się również pomysły objęcia edukacją seksualną pięciolatek.

Rządowy program edukacji seksualnej YPDP (Young Peoples Development Programme) kosztował podatników 5,9ml funtów (na jedną osobę uczestniczącą w projekcie wydano ok. 2500 funtów). W programie , który obejmował okres trzech lat wzięło udział 2 371 nastolatek wytypowanych przez pracowników socjalnych, pracowników służby zdrowia, nauczycieli jako osoby z **grupy ryzyka**. Okazało się, że prawdopodobieństwo zajścia w ciążę nastolatek biorących udział w projekcie jest większy niż tych, które miały możliwość korzystania z innych programów i nie otrzymywały darmowej antykoncepcji. Instytut Edukacji Uniwersytetu w Londynie i Londyńska Szkoła Higieny i Medycyny opublikowały wyniki badań, z których wynika, że 16% nastolatek, które wzięły udział w rządowym projekcie YPDP, zaszło w ciążę. Wśród nastolatek biorących udział w innych programach odsetek takich przypadków wyniósł 6%. Najwyższy wskaźnik ciąż u nieletnich w Europie występuje właśnie w Wielkiej Brytanii (26 urodzeń na 1000 – kobiet w wieku 15-19lat) . W latach 90 obniżył się wiek pierwszej inicjacji seksualnej do 16 lat (u kobiet w pierwszej, a u mężczyzn w drugiej dekadzie). W ciągu ostatnich lat nastąpił 20% wzrost u mężczyzn i aż 56% wzrost u kobiet, ostrych zachorowań na choroby weneryczne. Wynik badań jest zaskakujący i dowodzi , że tego typu programy są nieskuteczne i czasem szkodliwe.

Skuteczna edukacja i profilaktyka dotycząca sfery seksualności powinny ukazywać osobę w kontekście wszystkich aspektów człowieczeństwa: fizycznego, emocjonalnego, intelektualnego, duchowego i społecznego. Relacja seksualna powinna być wpisywana w kontekst miłości, wierności, szacunku i odpowiedzialności. Edukacja seksualna, która koncentrowałaby się na sprawach samego ciała, fizjologii i fizycznego wymiaru kontaktów seksualnych, stanowiłaby czynnik pogłębiający seksualizację, a nie przeciwdziałający uprzedmiotowieniu. Badania ewaluacyjne programów edukacji seksualnej wskazują poza tym, na wychowanie jako ważny aspekt tych działań. Wychowanie, a więc wspieranie rozwoju młodzieży i umacnianie czynników chroniących, kształtowanie przekonañ normatywnych, uzupełnia samą profilaktykę akcentującą problemy i zagrożenia.

4. Teoria i praktyka „gender” jako współczesne zagrożenie dla zdrowia seksualnego i prokreacyjnego człowieka.

4.1 Założenia teorii „gender” i ich realizacja przez środowiska lewicowe.

4.1.1 Teoria gender- wprowadzenie

Słownik PWN terminem ideologia określa całokształt idei i poglądów na świat i życie społeczne właściwy danej warstwie, grupie społecznej, danemu kierunkowi, prądowi politycznemu, ekonomicznemu, oraz artystycznemu.

Ideologia gender, nazwana od angielskiego słowa gender – rodzaj (w odróżnieniu od słowa sex – płeć) to wielowymiarowe zjawisko kształtowane przez lewicowe środowiska feministyczne w XX wieku. Ideologia ta wywodząca się z ruchów walczących z dyskryminacją kobiet o równe dla nich prawa wyborcze, o możliwość nauki, o porównywalną płacę na równorzędnych stanowiskach na przestrzeni wielu lat zmieniała zasadniczo swoje oblicze. W propagowanych dzisiaj coraz agresywniej formach oddziaływania ujawnia się fakt, iż w ideologii tej tkwi istotny błąd antropologiczny – zaprzeczanie naturze człowieka, jego godności, istocie kobiecości i męskości, istocie rodziny. [4] Kluczowym pojęciem, wokół którego zbudowana została teoria gender jest „tożsamość płciowa” (ang. gender identity - płciowa identyfikacja). Termin ten oznacza utrwalone i intensywne doświadczenie odczuwania i przeżywania własnej płciowości, która może być zgodna lub nie z płcią biologiczną. Inaczej mówiąc jest to czyjeś wewnętrzne pojęcie "ja" jako mężczyzna lub kobieta, kombinacja obu tych pojęć lub żadna z nich. Twórcy ideologii nazywają to osobistym poczuciem własnej płci społeczno-kulturowej. [14]

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele różnych prób zdefiniowania pojęcia gender jako tzw. konstruktu społecznego, jest z tym poważny problem gdyż ideolodzy rozróżniają kilka znaczeń tego pojęcia. Wydaje się, że najtrafniej opisuje to francuski badacz o. Joseph Verlinde mówiąc, że teoria ta dotyczy tożsamości płciowej tworzonej przez każdą jednostkę na podstawie subiektywnego postrzegania własnej płci i orientacji seksualnej. Według tej przesłanki męskość i kobiecość nie byłyby już oparte na danych biologicznych ale na subiektywnym przekonaniu jakie każdy tworzy o własnej tożsamości. Inaczej mówiąc twórcy tego zjawiska sugerują możliwość całkowitego rozdzielenia tożsamości płciowej i płci biologicznej określonej przez geny dziedziczone po rodzicach. Ktoś kto będąc anatomicznie mężczyzną przyjął kobiecą tożsamość płciową miałby być uznany za kobietę a ktoś kto będąc biologicznie kobietą przyjął męską tożsamość płciową winien być uznawany za mężczyznę. Osoba określa się na podstawie własnego poczucia i wybiera swoje zachowania seksualne niezależnie od swej anatomii. [17].

Kolejnym utworzonym na potrzeby tej teorii określeniem jest pojęcie – „stereotyp płciowy” uważając, że płeć będąc cechą uniwersalną i łatwo identyfikowalną jest szczególnie podatna na tworzenie stereotypów. Stereotypy będąc zespołem uproszczonych i sztywnych przekonań na temat osobistych atrybutów grupy osób, czy kategorii społecznych np. kobiet i mężczyzn, jako stereotypy płci opisują przekonania, że szczególne zachowania charakteryzujące jedną płeć, nie odnoszą się do drugiej.

Pojęcie „stereotypy płci” (gender stereotypes) stosowane jest zamiennie w literaturze przedmiotu z następującymi pojęciami: „stereotypy związane z płcią”, „stereotypy płci socjokulturowej”, „stereotypy płci kulturowej”, „stereotypy płci psychologicznej”, „stereotypy rodzaju”, ale i z rzadziej stosowanymi terminami, takimi jak „stereotypy płciowe” czy „stereotypy męskości i kobiecości” [16]

Najczęstszym przykładem takiego stereotypu (wg genderystów) jest wychowywanie dziewczynek na "dziewczynki" i chłopców na "chłopców":

Zwykle, w kulturze zachodniej, dziewczynkom kupowane są zabawki związane z gotowaniem, sprzątaniami lub robieniem makijażu. To zaś od najmłodszych lat uczy je pełnić określone role społeczne, które w społeczeństwie Zachodu są im przypisane.

W przypadku chłopców zwykle podarowanymi zabawkami są samochody, narzędzia, żołnierzyki, czy plastikowa broń. Jak widać przedmioty te również mają na celu wczesne przygotowanie ich do pełnienia określonych ról społecznych.

Twórcy teorii gender uważają, że każdy człowiek od początku swojego życia jest przyuczany do pełnienia poszczególnych, przypisanych płci biologicznej ról i odznaczania się pewnymi zachowaniami, które są mu przekazywane z pokolenia na pokolenie (a także w procesie socjalizacji przez środowisko). Mowa tu o stosownym sposobie ubierania się, zachowania, byciu takim a nie innym rodzicem, pełnieniu określonej funkcji na gruncie zawodowym, a także o obowiązku bycia osobą o orientacji heteroseksualnej. Ideolodzy określają to wychowanie jako opresyjne i domagają się, żeby dać każdej osobie przestrzeń, by sama mogła powiedzieć kim jest i jaka jest jej tożsamość.

Należy tutaj zauważyć, że absurd założeń ideologii gender faktycznie skazałyby ją na szybkie unicestwienie. Praktyka wskazuje jednak na to, że jest ona krok po kroku aplikowana odgórnie, poprzez próby powolnej zmiany świadomości społecznej, zmiany postaw, a także poprzez akty prawne pozornie promujące dobro (np. konwencja przeciw przemocy, ustawy antidyskryminacyjne), ale zawierające pułapkę –konieczność akceptacji ideologii gender.

Ideologia gender wchodzi do naszego kraju wieloma kanałami m.in. poprzez różnorodne przekazy, szczególnie medialne ,kształtujące postawy wrogie powszechnie dotychczas akceptowanej cywilizacji, wrogie chrześcijaństwu, wrogie Kościołowi. Do przyjęcia ideologii gender przygotowywane są uczelnie-na wielu z nich kształceni są aktywiści ruchu bazującego na założeniach gender; do przyjęcia ideologii przygotowywane są środowiska: medyczne, artystyczne, naukowe, prawne. W myśl ideologii gender przeprowadza się w wielu środowiskach liczne szkolenia dla nauczycieli, policjantów, prawników...W promocje gender włączyło się wielu naukowców. Zgodnie z tym nurtem źle widziane jest publikowanie opracowań naukowych, które świadczą o wartości i znaczeniu małżeństwa i rodziny. Nagłaśniane są natomiast wyniki tych badań (najczęściej zmanipulowanych lub nierzetelnych), które są zgodne z ideologią gender.

4.1.2 Rola uczelni wyższych w promowaniu teorii gender jako dyscypliny akademickiej.

Pierwszym krokiem do zaimplementowania ideologii gender jako dyscypliny akademickiej było nadanie jej cech naukowości poprzez wzbudzenie zainteresowania tą ideologią wśród wielu przedstawicieli społeczności akademickiej. Kolejnym etapem było stworzenie na uczelniach katedr zajmujących się tzw. gender studies by firmowały publikacje autorów swoim naukowym autorytetem oraz wdrażały w tematykę gender swoich studentów. Treści zawarte w programach tych studiów mają na celu zmianę kierunku myślenia o ludzkiej płciowości i seksualności oraz przyjęcie badawczo-teoretycznych postulatów genderowych. Lewicowe autorytety przekonują, że serwują młodzieży niewinne i obiektywne tezy będące jednak w istocie koncepcją quasi-naukową. Wykładowcy wprowadzają studentów w kluczowe obszary gender obejmujące „tożsamość płciową”, „stereotyp płciowy”, „dekonstrukcję kobiecości i męskości” itd. tym samym kształtując absolwentów, którzy w przyszłości zasilą „nowe kadry”.

Pewna grupa młodych ludzi próbuje żyć według tej ideologii podporządkowując jej swoją osobowość i styl życia. Z powodu dekonstrukcji swoich naturalnych ról społecznych są pogubieni i pełni agresji wobec osób żyjących zgodnie z cywilizowanymi normami kulturowymi. Można zobaczyć ich na manifestacjach i protestach, żyją najczęściej w tzw. kolektywach (komunach) i mieszkają w opuszczonych budynkach, czyli „na squatach”.

Uniwersytety w zachodnim chrześcijańskim świecie od zawsze stanowiły fundament cywilizacji, a panująca wolność nauki doprowadziła do zwycięstwa rozumu właśnie wtedy, kiedy to kościół był promotorem postępu naukowego. Natomiast to, co na uczelniach robi obecnie ideologia gender jest zaprzeczeniem naukowości, wolności nauki i prawa do głoszenia własnych poglądów, jeśli nie są zgodne z jej tezami. Tropi się i prześladowuje nauczycieli akademickich za wyrażanie przekonań religijnych, filozoficznych i światopoglądowych. [16]

Przykładem takich działań jest sprawa oskarżenia prof. Ewy Budzyńskiej przez studentów Uniwersytetu Śląskiego o szerzenie mowy nienawiści (chodziło o przekazywanie wiedzy o tradycyjnej rodzinie jako podstawowej komórce społecznej). Władze uczelni zawiesiły ją w obowiązkach wykładowcy oraz wszczęły wobec niej postępowanie dyscyplinarne, którego skutkiem była kara dyscyplinarna w formie nagany. Podobna dyskryminacja głoszonych poglądów spotkała również wykładowcę Uniwersytetu im. M. Kopernika w Toruniu, prof. Aleksandra Nalaskowskiego. Za napisanie felietonu krytycznego wobec działań osób LGBT został zawieszony w obowiązkach nauczyciela akademickiego, a rzecznik dyscyplinarny wszczął postępowanie wyjaśniające.

W polskim systemie szkolnictwa wyższego, jeśli w ogóle w ofertach jednostek naukowych pojawiają się gender studies, to mają one charakter studiów podyplomowych lub przedmiotów oferowanych w ramach innych kierunków. Nie można uzyskać w tym obszarze żadnych tytułów zawodowych ani naukowych. [16]

Z drugiej strony problematyka związana z gender jest obecna w wielu ośrodkach akademickich w Polsce. Na niektórych polskich uczelniach powstały jednostki zajmujące się tzw. gender studies. Są to na przykład: Zespół Badań nad Kobietami i Rodziną Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Ośrodek Naukowo-Badawczy Problematyki Kobiet na

Uniwersytecie Łódzkim, Pracownia Krytyki Feministycznej Uniwersytetu Adama Mickiewicza oraz Interdyscyplinarna Grupa Gender Studies na Uniwersytecie Wrocławskim. Działają też studia podyplomowe w zakresie gender w Instytucie Sztuk Wizualnych UJ, Instytucie Socjologii UJ czy Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych UW.[16]

Studia nad społeczno-kulturową tożsamością płciową są fenomenem, który coraz mocniej oddziałuje na kształt opinii publicznej w wielu krajach. Możliwe, że nie wszystkie stawiane przez badaczy gender postulaty społeczno-praktyczne są destruktywne, a formułowane tezy oraz hipotezy nietrafne. Jednak bez wątplenia należałoby to gruntownie „prześwietlać” zgodnie z cytowanymi poniżej wskazówkami będącymi refleksją Friedricha A. von Hayeka, wybitnego dwudziestowiecznego austriackiego myśliciela:

„Jest może prawdą, iż my jako uczeni skłonni jesteśmy przeceniać wpływ, jaki wywieramy na bieg spraw współczesnych. Wątpię jednak, czy można przecenić oddziaływanie idei w długich okresach. Nie ulega więc kwestii, że naszym szczególnym obowiązkiem jest rozpoznanie prądów myślowych formujących opinię publiczną, zbadanie ich znaczenia oraz, jeśli to konieczne, to ich obalenie.”[10]

4.2 Zmiany społeczno-kulturowe jako zamierzony efekt ideologii gender w praktyce.

4.2.1 Dekonstrukcja człowieka jako skutek ideologii gender.

Uwarunkowania obecnego czasu, naznaczonego kryzysem wartości, ideowym pluralizmem, permissywizmem moralnym i intensywnie postępującym procesem kontestacji wszelkich norm stanowią poważne wyzwanie dla istnienia oraz funkcjonowania ważnych struktur społecznych. Przeobrażenia społeczno-kulturowe ostatnich dziesięcioleci mają charakter bardzo intensywny, zmierzający do dekompozycji wszelkiej normatywności.

Jednym z przejawów kultury ponowoczesnej jest wypieranie modelu wspólnoty „my” przez afirmację „ja”. W miejsce dotychczas cenionego poświęcenia, altruizmu, postawy „bycia-dla” stawia się samorealizację, szczęście osobiste, wolność wyboru jednostki. Mówi się nawet o swoistym kulcie samorealizacji, gdzie wszelkie działania człowieka koncentrują się wokół własnego „ja”.

Ideologia gender jest ważną częścią postmodernistycznej wizji świata i człowieka, w której kluczowe elementy stanowią: dekonstrukcja, determinizm, subiektywizm, historyczność, relatywizm, zależność od kultur oraz czasowość wszelkich wytworów ludzkiego rozumu. Ta koncepcja świata, nazwana przez Z. Baumaną płynną nowoczesnością, jest przyczyną destrukcyjnego wpływu ideologii gender na kształtowanie poglądów i postaw współczesnej młodzieży. Człowiek, który w klasycznej teorii wychowania jako powołany do proegzystencji, „bycia dla drugiego” był zobowiązany do stałej pracy nad swoim charakterem, przekraczaniem egoizmu i egocentryzmu, od teraz ma być skupiony przede wszystkim na sobie oraz realizacji własnych pragnień i potrzeb, nierzadko zredukowanych do fizjologii i najprymitywniejszych instynktów. Można w myśl tych teorii odrzucić konieczność pracy nad swoim charakterem, poświęcaniem się dla innych a w zamian korzystać z wszelkich dóbr i z każdej nadarzającej się przyjemności, która prowadzi do

samozadowolenia. Genderyści skupiają się na krytyce dotychczasowych koncepcji antropologicznych, społecznych i kulturowych człowieka oraz na tworzeniu a także propagowaniu własnych. Człowiek ich zdaniem winien teraz czuć się całkowicie wolny gdyż nie jest ograniczony prawami natury ani kultury. [13]

Dynamicznie postępująca seksualizacja kultury kształtuje nowy sposób postrzegania człowieka, wedle którego jego wartość jest zależna od atrakcyjności seksualnej, a osoba ludzka jest postrzegana wyłącznie jako obiekt seksualny. Nowe konfiguracje międzyludzkich relacji we współczesnej genderowej kulturze są budowane według scenariusza prowadzącego do realizacji dowolnych potrzeb seksualnych. Ma to ukształtować człowieka, dla którego główny cel i sens egzystencji to maksymalizacja doznań i przyjemności seksualnej. W tym ostatnim mieści się nie tylko tolerowanie, lecz promocja każdej formy seksualnego „bycia innym”. [18]

Współzycie seksualne bez jakichkolwiek zobowiązań jest coraz częściej traktowane jako naturalne, niczym nieskrępowane źródło przyjemnego spędzania wolnego czasu z drugą osobą. Życie płciowe i aktywność seksualna człowieka pozostają już od dawna całkowicie oddzielone od prokreacji i ukierunkowane głównie na realizację popędów w poszukiwaniu erotycznej satysfakcji. Relacje międzyludzkie, także w sferze intymnej według teorii gender mogą mieć charakter doraźny, zmienny i krótkotrwały.

Podsumowując, powstanie i rozwój teorii gender jest konsekwencją utraty przez jej twórców właściwej perspektywy ontologicznej i metafizycznej, to kolejna utopijna ideologia ateistów dla których bogiem stal się seks. Oddziaływanie gender otwiera drogę do destrukcji fundamentów małżeństwa i rodziny oraz relacji międzyludzkich. [18]

4.2.2 Tożsamość społeczno-kulturowa w teorii „gender”.

Zachodnia rewolucja kulturowa ubiegłego stulecia drastycznie odeszła od chrześcijańskiej wizji społeczeństwa i człowieka. Jednocześnie przybrała formę opozycji i sprzeciwu dla odwiecznie istniejących wartości i norm kulturowych. Obecnie coraz bardziej staje się ona widoczna na obszarze globalnym poprzez eksponowanie „nowych wartości” feministycznych i seksualnych. Szybkie rozprzestrzenianie się kultury zachodniej znacząco wpłynęło na instytucję małżeństwa i rodziny, uderzając w poszczególne jej obszary. W sposób widoczny dokonało się to w ramach nowej ideologii, która wyrosła z postmodernizmu – ideologii gender. [18]

Przesłanie ideologii gender nie zamyka się jedynie w kwestii uznania różnic społeczno-kulturowych. Podejmowane przez zwolenników tej ideologii próby definiowania „konstruktów społecznych” oparte są na charakterystycznej dla niej antropologii. Zwolennicy ideologii gender, celowo ignorując czy wręcz deprecjonując dotychczasową naukę i uwarunkowania kulturowe, twierdzą, że dotychczasowy sposób postrzegania człowieka wynika z wszechogarniającej patriarchalnej kultury. Uznanie założeń ideologii gender prowadzi do przyjęcia takiej perspektywy antropologicznej, w której natura ludzka pozbawiona byłaby cech przynależnych

jej w sposób absolutny i zgodny z biologią. Wolny od jakiegokolwiek zdeterminowania człowiek mógłby, a nawet powinien, konstytuować siebie według swego upodobania czego efektem byłby rozpad rodzinnych więzi oraz dekonstrukcja społecznych ról męskich i kobiecych.[16]

Pod pozorami dyskryminacji grupy propagujące ideologię gender domagają się akceptacji dla zachowań niemoralnych i szkodliwych społecznie. Celem tych grup nie jest jednak równość czy obrona przed prześladowaniami, lecz niczym nieograniczona możliwość ekspresji swoich żądań rozumiana przez nie jako wolność. Jak słusznie zauważa jeden z autorów zajmujący się tą problematyką: „szacunek dla każdego człowieka, niezależnie od jego tożsamości seksualnej, nie polega jednak na tym, bypodnieść pojedyncze problemy tożsamości płciowej do rangi normy społecznej” Przyjęcie takiego rozwiązania oznaczałoby w rzeczywistości atak na strukturę osoby ludzkiej polegający na promowaniu kultu przyjemności i popędu, „zdrowia reprodukcyjnego” oraz płci społeczno-kulturowej, a także wzmocnienie pozycji kobiet pod pretekstem ich wyzwolenia. Powyższe tezy w sposób szczególny stały się zagrożeniem dla pierwszej podstawowej komórki społecznej, jaką jest małżeństwo i rodzina.[18]

Założenia ideologii gender destrukcyjnie wpłynęły na kulturę chrześcijańską, a w sposób szczególny na tradycyjny model małżeństwa i rodziny. Rewolucja, która obecnie osiągnęła globalny zasięg, wyrosła z kultury postmodernistycznej. „Gender”, rozumiana jako płć społeczno-kulturowa, zaprzecza, że człowiek istnieje jako mężczyzna i kobieta, gdyż fakt ten został mu odgórnie narzucony i dotyczy jedynie jego wyobraźni, stając się przyczyną zniewolenia. Odrzucenie personalistycznej wizji człowieka doprowadziło do powstania tzw. nowego „wyzwolenia”, którego podłożem była akceptacja wszelkich form i przejawów zachowań seksualnych. Wyrazem tego stała się legalizacja „małżeństw” homoseksualnych z ugruntowanym prawem do adopcji dzieci, możliwość wyboru tożsamości płciowej i orientacji seksualnej, a także wycofanie w wielu krajach podstawowych słów – „matka” i ojciec” i zastępowanie ich określeniami – „rodzic nr1 i rodzic nr 2 „. Podsumowując trzeba podkreślić, że Gender to główny oręż nienawiści wobec Kościoła i wiary, wobec rodziny, normalności i moralności opartej na tradycji chrześcijańskiej. Dlatego należy nazywać rzeczy po imieniu, bronić uniwersalnych wartości, jeśli współczesny świat, jeśli cywilizacja łacińska ma przetrwać. [17]

4.3 Praktyczne aspekty wpływu teorii gender na zdrowie seksualne i prokreacyjne człowieka.

4.3.1 „Spektrum płci” człowieka w teorii „gender” a fakty naukowe.

Po napisaniu powyższych tekstów mających na celu zapoznanie czytelników z ideologią gender i źródłami jej funkcjonowania okazało się, że następnym krokiem powinno być przybliżenie genderowej nowomowy dotyczącej płci człowieka, gdyż coraz częściej pojawia się ona w przestrzeni publicznej. Zanim jednak zostanie omówione to zagadnienie należy najpierw przedstawić kilka faktów naukowych.

Płć człowieka determinowana jest już na poziomie genetycznym i zależy od konfiguracji tzw. pary chromosomów płciowych X - żeński i Y - męski. Jeśli po połączeniu

się komórek rozrodczych powstanie układ XX, oznacza to płeć żeńską, a zestawienie chromosomów XY - męską. Jest to opisana naukowo płeć biologiczna, która objawia się na kilku poziomach: genowym, chromosomowym, anatomicznym, fizjologicznym itd.. Na tej podstawie można przypisać osobę do konkretnej płci jeszcze w okresie płodowym.

W momencie przyjścia na świat płeć dziecka stwierdza się na podstawie ukształtowanych w okresie płodowym zewnętrznych narządów płciowych, powstałych w efekcie oddziaływania opisanych powyżej czynników. W wyniku nadania tej kategorii rodzice wybierają swojemu potomkowi określone zabawki, określony kolor ubrań, który według nich przynależy stricte do tej płci – w ten sposób starają się je przygotować do przyszłej roli społecznej wynikającej w sposób naturalny z jego płci.

Ten tradycyjny sposób wychowywania i kształtowania osobowości dziecka jest poddawany przez środowiska genderowe wieloaspektowej krytyce, a na jej potrzeby stworzono cały szereg pojęć i określeń opisujących nową antropologię będącą zaprzeczeniem tradycyjnej koncepcji człowieka. Terminologia stworzona na potrzeby teorii gender wywodzi się z twierdzenia, że płeć człowieka zdeterminowana genetycznie jest opresją społeczną i kulturową stworzoną w ciągu wieków przez tradycyjną naukę. Głównym założeniem genderowej koncepcji nowego człowieka jest postulat dotyczący tego, że deklarowana płeć człowieka jest płynna (ang. *gender fluidity*) i może się zmieniać w ciągu jego życia. Nie musi być też zgodna z płcią biologiczną i metrykalną, oznaczaną w dokumentach jako K i M.

W celu przybliżenia nazewnictwa genderowego przypisanego do tzw. spektrum płci, najpierw omówione zostanie określenie „**osoby binarne i niebinarne**”. Osoba binarna to po prostu ktoś, kto potrafi określić jasno swoją płeć: kobieta czy mężczyzna. **Niebinarność** to nazwa zbiorcza na wszystkie te tożsamości płciowe, które łączy wyjście poza binarny podział na dwie płcie. Osoby niebinarne nie są ani kobietami ani mężczyznami. Mogą być osobami apłciowymi (*agender*), neutralnymi płciowo (*genderneutral*), jak i też płynnymi płciowo (*genderfluid*). Niebinarność to też pojęcie uwzględniające te osoby, które utożsamiają się z więcej niż jedną płcią (np. *bigender*).

Inny podział występujący w nomenklaturze utworzonej na potrzeby spektrum płci to tzw. **osoby cis- i trans-**. Cis-kobieta i cis-mężczyzna identyfikują się po prostu z własną płcią biologiczną. W przypadku **transpłciowości**, mamy do czynienia z osobami postrzegającymi się odmiennie niż wynika to z ich cech biologicznych, jednak w obrębie klasycznej dychotomii płciowej: kobieta czy mężczyzna. Osobą transpłciową jest więc kobieta postrzegająca się jako mężczyzna lub mężczyzna postrzegający się jako kobieta. Transpłciowość często bywa przyczyną operacji korekty płci.

Powyżej przedstawiono tylko podstawowy podział **spektrum płci** wg teorii gender, który mógłby wzbudzać wesołość i kpiny gdyby nie uporczywe włączanie (i osławianie) tych pojęć do codziennego języka polskiego oraz pojawianie się konkretnych przykładów prób zmiany płci w społeczeństwie.

Pierwszą osobą transpłciową, która pojawiła się w przestrzeni publicznej była Anna Grodzka, poseł na Sejm RP, a zmiana płci była jednym z jej „atutów wyborczych”. Przez

wiele lat funkcjonowała w życiu jako mężczyzna- Krzysztof (mający żonę i dziecko), który dość późno zdecydował się na tę zmianę.

Innym, głośnym przykładem osoby deklarującej **spektrum płci** jest znany powszechnie Michał Szutowicz (Margot) określający siebie jako osobę niebinarną. Zasłynął atakiem na furgonetkę Pro Life i jej kierowcę. W areszcie, do którego trafił, zażądał z powodu swojej „niebinarności” osobnej celi (ani kobiecej ani męskiej), którą mu przyznano. Margot jest działaczem lewicowego kolektywu „Stop bzdurom” istniejącym na squocie, na Wilczej w Warszawie, gdzie mieszka z partnerką.

Kolejną osobą z „łódzkiego podwórka” jest lewicowy działacz Michał „Kasia” Gauza od pewnego czasu określający się jako kobieta transpłciowa. Od kilku lat pozostaje on w związku z feministyczną aktywistką Aleksandrą. Michał „Kasia” i Aleksandra mają wspólnego synka, a mimo to Michał niezmiennie trzyma się swojej kobiecej ekspresji płciowej, jednocześnie zachowując, a także korzystając ze zdolności prokreacyjnej typowej dla mężczyzny. Michał, również jako mężczyzna, jakiś czas temu ożenił się z Aleksandrą w łódzkim USC. Na swój ślub przyszedł jednak przebrany za kobietę.

„Wisienką na torcie” jest inicjatywa najstarszej w Polsce, szacownej uczelni – Uniwersytetu Jagiellońskiego. Na stronie tej Alma Mater opublikowana jest szczególna ankieta osobista dla studentów z pytaniem o płeć. Zaproponowano im do wyboru 5 możliwości: kobieta, mężczyzna, transkobieta, transmężczyzna, osoba niebinarna. Wiedza tak pozyskana ma służyć zapewnieniu bezpieczeństwa wszystkim studiującym, nic dodać nic ująć.

Te przykłady pokazują jak duże zamieszanie i nihilizm ideologia gender wprowadza do filozofii seksualności determinowanej przez płeć biologiczną, a także szeroko pojętej tożsamości człowieka nie tylko w kontekście seksualnym i prokreacyjnym. Podsumowując, należy podkreślić, że płeć i seksualność człowieka stały się obiektem ciągłych ataków działaczy lewicowych na spójność małżeństwa jako związku kobiety i mężczyzny oraz na rodzinę.

4.3.2 Seksualizacja dzieci jako zagrożenie ich zdrowia seksualnego i prokreacyjnego

W ostatnim czasie temat edukacji seksualnej jest coraz bardziej obecny i aktualny w świadomości społecznej. Jest on kontrowersyjny, wzbudza silne emocje, prowadzi do różnicy zdań. Zwolennicy ideologii gender w Polsce podejmują różne starania, aby ich pomysł na edukację seksualną stał się obowiązującym w Polsce prawem.

Grupa lewicowych posłów próbowała kilkakrotnie wprowadzić do Sejmu projekt ustawy o nowym, obowiązkowym przedmiocie szkolnym „Wiedza o seksualności człowieka”, który realizowałby edukację seksualną według standardów WHO (Światowej Organizacji Zdrowia). „Standardy edukacji seksualnej w Europie” w uzasadnieniu wspomnianego projektu ustawy, zostały przedstawione jako normatywny punkt odniesienia: „informacje, które powinny być przekazane, umiejętności, które powinny zostać przyswojone przez dzieci/młodzież, a także postawy, jakie powinno się ukształtować w następstwie rozwoju i edukacji”

„Standardy Edukacji Seksualnej w Europie” zawierają "Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem". Wielu krytyków dokumentu uważa, że realizowanie jego zapisów może się przyczynić do seksualizacji małych dzieci. Inni uważają, że zalecenia przygotowane przez WHO to zbiór treści, które są odpowiedzią na szereg problemów związanych ze zdrowiem seksualnym - przemocą seksualną, niechcianymi ciążami wśród nastolatków czy chorobami przenoszonymi drogą płciową. Człowiek wychowany według Standardów WHO ma być dzieckiem, które od lat przedszkolnych się masturbuje, w pierwszej –drugiej klasie szkoły podstawowej jest przekonane, że akceptowalny seks jest za zgodą obu stron (te kryteria spełnia pedofilia, jeśli dorosły uzyska zgodę dziecka), w klasie czwartej i piątej wie sporo o środkach antykoncepcyjnych i potrafi je zdobyć, a w gimnazjum potrafi negocjować w celu uzyskania przyjemnego i bezpiecznego seksu. Dziecko coraz bardziej jest przekonane, że związki są różnorodne, tradycyjne normy są przestarzałe, coraz bardziej świadome swych „praw seksualnych”. Mówiąc krótko: chodzi o to, aby jak najwcześniej dziecko zostało rozbudzone seksualnie i rozpoczęło współżycie seksualne. Zalecenia WHO dotyczące edukacji seksualnej zdaniem wielu ekspertów prowadzą wprost do szkodliwego zjawiska seksualizacji dzieci. [20]

Według definicji seksualizacja to: “proces, w wyniku którego wartościowanie kogoś jest dokonywane z punktu widzenia atrakcyjności seksualnej”. ... Seksualizacją nazywamy sytuację, w której dziecko obarcza się wiedzą lub przekazem o treści seksualnej, przerastającą możliwości poznawcze i intelektualne dziecka. Zostaje sprowadzona do czysto fizycznego (popędowego) aspektu życia człowieka. Zyskuje nienaturalnie nadmierne i wyolbrzymione znaczenie w perspektywie innych obszarów aktywności i wartości ludzkich, nadaje człowiekowi wartość obiektu seksualnego.

Seksualność jest narzucona osobie w niewłaściwy sposób - odnosi się to w szczególności do dzieci. Wszyscy (dziewczeta, chłopcy, mężczyźni, kobiety) mogą być przedmiotem seksualizacji jednak w przypadku dzieci, najczęściej jest im narzucana „dorosła seksualność”. [4]

Seksualizacja proponowana przez środowiska gender jest narażeniem dziecka na treści nieodpowiednie, które są dla niego za trudne i niezrozumiałe. Seksualizacją może być zarówno eksponowanie nagości, nieukrywanie jej, jak i dostęp do treści pornograficznych w internecie lub w telewizji. Jeżeli dziecko ma nieograniczony dostęp do treści seksualnych, to zaczyna się nimi w sposób nieprawidłowy interesować. Dziecko niewiele z tych treści rozumie, a dorośli nie spieszą się, żeby mu je wyjaśnić.

Jednym z najbardziej niebezpiecznych zjawisk będących pochodną genderowej edukacji seksualnej jest niebezpieczna „moda” na transseksualizm sugerowany dzieciom we wczesnych latach szkolnych. Rosnąca liczba transseksualnej młodzieży to wynik rosnącej presji kulturowej i społecznej oraz działań niektórych placówek medycznych będących w założeniu miejscami terapii tzw. dysforii płciowej (dziewczynki czują się chłopcami i odwrotnie) występującej wśród dzieci. Placówki te w krajach Europy zachodniej oferują tzw. „usługi rozwoju tożsamości płciowej” polegające na stosowaniu terapii hormonalnej, chirurgicznej i psychologicznej w celu zmiany jego płci biologicznej. Takie działania często okazują się błędem w wyniku którego dorastające dzieci cierpią i są okaleczone w życiu dorosłym.[15]

Genderowa edukacja seksualna to nauka od wczesnego dzieciństwa dotycząca masturbacji, antykoncepcji, praw seksualnych a także możliwości dowolnej zmiany płci biologicznej. To przekonywanie dzieci, że rodzina złożona z taty, mamy i dzieci to tylko jedna z możliwych form, bo równie dobre dla dzieci są związki np. dwu osób homoseksualnych.

Genderowa edukacja seksualna chce przekazywać dzieciom i młodzieży tylko techniczne informacje dotyczące seksu. Nie ma w niej miejsca na takie tematy jak: miłość, rodzina, ojciec, matka, dzieci. Nie ma w niej miejsca na przygotowanie do zbudowania silnej, trwałej, szczęśliwej rodziny. [16]

4.3.3 Proceder stosowania blokerów dojrzewania u dzieci i młodzieży.

„Znajoma pisze pracę dyplomową na temat wpływu blokerów dojrzewania na proces rozwoju osobniczego dziecka”... To zdanie wypowiedziane przez Kogoś Bliskiego mieszkającego w Anglii wstrząsnęło mną i spowodowało, że bliżej zainteresowałam się tą problematyką. Wspomniałam o tym zjawisku w poprzednim tekście krótko, a teraz ten aktualny temat rozwinę. Okazało się, że ten przerażający proceder szerzy się w kręgach medycznych różnych państw zachodnich takich jak Anglia, Niemcy czy USA.

Stosowanie tych „medykamentów” wiąże się ze zjawiskiem tzw. „transpłciowości” czyli stanu, w którym płeć psychiczna (również określana mianem GENDER), **nie zgadza się z płcią biologiczną** (inaczej SEX), określoną po porodzie, czyli tą która jest wpisana w dokumenty dziecka. Genderyści uważają, że pierwsze odczucia związane z transpłciowością zaczynają się na ogół już we **wczesnym dzieciństwie** (w wieku przedszkolnym). U takiego dziecka można obserwować **intensywne, względnie stałe pragnienie bycia osobą płci przeciwnej lub wytrwale twierdzenie, że jest osobą płci przeciwnej**. Na przykład dziecko może chcieć być nazywane imieniem, które zgodne jest z jego tożsamością płciową. Dziecko, u którego podejrzewa się transpłciowość, woli bawić się zabawkami lub brać udział w zajęciach, które zwykle uważa się za odpowiednie dla płci przeciwnej. Chłopcy odmawiają zabawy zabawkami, które są uważane za typowe dla chłopców. Dziewczęta odrzucają gry i zabawki, które zazwyczaj przeznaczone są dla dziewczynek. Stałość i intensywność tych objawów jest niezbędnym kryterium, aby w ogóle zacząć podejrzewać u dziecka czy też nastolatka niezgodność płci. Uważa się, wg teorii gender, że aby stwierdzić rozpoznanie transpłciowości, większość z wyżej wymienionych objawów, powinno trwać **co najmniej 6 miesięcy(to jest według mnie dramatycznie krótko i nieuczciwie oszacowane)**. [15]

Wszystkie powyższe tezy dotyczące zjawiska „transpłciowości”u dzieciprezentują wyznawcy teorii gender i w związku z tym zalecają ingerencję w proces dojrzewania dziecka. Proponuje się więc zakłócanie naturalnego procesu dojrzewania, polegające początkowo na wmawianiu dzieciom, że nie są chłopcem czy dziewczynką, ale mają prawo wyboru. Naprawdę oznacza to, że muszą wybrać, czyli najlepiej zmienić płeć, co całe otoczenie przyjmie z zachwytem. Robi się to w wielu szkołach na Zachodzie czy w USA, bez wiedzy, a nawet wbrew woli rodziców. Powoduje to olbrzymie problemy psychiczne i rozkojarzenie tożsamości u dzieci. To jednak nie wystarcza, ponieważ w określonym wieku rusza rozwój hormonalny młodego organizmu i zaczynają się pojawiać typowe cechy płciowe, co stabilizuje sytuację. Zaczyna

się więc coraz szerzej stosować preparaty farmaceutyczne w celu blokowania dojrzewania u tych dzieci, które uznaje się, za mające problemy z własną identyfikacją płciową co określa się mianem „dysfarii płciowej”. Najpierw powoduje się niepokój dziecka, a następnie je okalecza, gdyż stosowanie blokerów dojrzewania może spowodować bardzo poważne i nieodwracalne następstwa. Proces dojrzewania człowieka jest regulowany i stymulowany hormonalnie więc każda ingerencja preparatu blokującego hormony płciowe wywołuje nieodwracalne zaburzenia rozwojowe. [14]

Czym jest preparat stosowany jako bloker dojrzewania? Triptorelina jest lekiem dopuszczonym do stosowania również w Polsce. Używa się go w poważnych schorzeniach, np. w przypadku przedwczesnego dojrzewania płciowego pochodzenia ośrodkowego, np. na skutek guza mózgu. Poleca się go także w leczeniu raka prostaty, kiedy jest wymagane obniżenie stężenia testosteronu. W zaleceniach jest wymagane odstawienie tego preparatu przed ósmym rokiem życia u dziewcząt i dziesiątym rokiem życia u chłopców, gdyż dalsze blokowanie ich dojrzewania byłoby szkodliwe dla prawidłowego rozwoju. W zastrzeżeniach producent podaje, że podczas długotrwałego stosowania mogą występować stany depresyjne, włącznie z przypadkami ciężkiej depresji. Jak wiadomo, stany depresyjne u młodych ludzi często kończą się próbami samobójczymi. [15]

W odniesieniu do stosowania „leczenia dojrzewania płciowego, jak groźnej choroby”, co już się dzieje, trzeba uświadomić sobie, na czym polegają i jak poważne są zagrożenia naszych dzieci, które ktoś usiłuje nam ukraść, okaleczyć, zniszczyć ich potencjalną możliwość rodzicielstwa oraz przerobić według swego uznania i potrzeb zgodnie z założeniami neomarksistowskiej ideologii gender.

dr Anna Kubiak

BIBLIOGRAFIA

1. Augustyn J., (2005) „Integracja seksualna”, Kraków
2. Barciński Z. „Edukacja seksualna według gender”, Informator dla rodziców i nauczycieli, Lublin 2014
3. Bidzan M. (2006) Psychologiczne aspekty niepłodności. Kraków
4. Czupryński W. „Wychowanie w rodzinie w zderzeniu z ideologią gender” „Studia Elckie” 21(2019), nr 4
5. Długołęcka A., Lew-Starowicz Z. (2006) Edukacja seksualna, Warszawa
6. Domżał-Drzewicka R., Gałęziowska E. (2007), Nowoczesne metody rozpoznawania płodności, Lublin
7. Fijałkowski W. (1999) Rodzicielstwo zgodzie z naturą. Poznań
8. Gola B. (2008), Modele zachowań seksualnych, Kraków
9. Grzechocińska B. (2003) Współczesne metody planowania rodziny. Warszawa
10. Hayek F. A. „Nadużycie rozumu”, Warszawa 2013r
11. Nowotny P. (1992) Wszystko o niepłodności i jej leczeniu. Kraków
12. Lichtarowicz Alina (2012) „Kiedy jestem płodna kiedy nie”, wyd. Unia, Katowice
13. Oko D. „Gender jako dzieło rozumu ateistycznego” w „Gender – spojrzenie krytyczne” pod red Ks Jagiełło J. i Ks D. Oko, wyd. Jedność, Kielce, 2016 rok
14. Pulikowski Jacek (2001) „Warto żyć w zgodzie z naturą”. Poznań
15. Rybińska A. „Niebezpieczna moda na transseksualizm”, „Sieci” nr 27, 2021
16. Slany K., J. Struzik J. , Wojnicka K. „Gender w społeczeństwie polskim” Kraków 2013r
17. Sokoluk W. , (2003) Wychowanie do życia w rodzinie, poradnik medyczny dla nauczycieli. Warszawa.
18. Syrek E., Borzucka- Sitkiewicz K. , Edukacja zdrowotna, (2009) Warszawa.
19. Wojnarowska B (2007), Edukacja zdrowotna Warszawa
20. „Standardy edukacji seksualnej w Europie wg WHO, portal abc zdrowie pl
21. http://dlibra.kul.pl/Content/26076/14_karta_praw.pdf
22. <https://www.hli.org.pl/pl/newsy/4202-blokery-hormonow-w-okresie-dojrzewania-nowa-metoda-genderowa-przerabiania-plci-naszyc-dzieci.html>
23. <http://www.doktorekradzi.pl/zjawisko-transplciowosci-u-dzieci-i-mlodziezy/>
24. <https://diecezja.radom.pl/ideologia-gender/>
25. https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Colloquia_Theologica_Ottoniana/Colloquia_Theologica_Ottoniana-r2014-t-n2/Colloquia_Theologica_Ottoniana-r2014-t-n2-s63-73/Colloquia_Theologica_Ottoniana-r2014-t-n2-s63-73.pdf
26. <https://www.zchr.pl/2019/09/25/gender-zagrozeniem-dla-rodziny/>