

## Apel do Marszałka Sejmu RP Pana Marka Jurka

Ul. Wiejska 4/6, 00-902 Warszawa

Kierując się, ogólnoludzkim nakazem etycznym głoszącym bezwarunkowy szacunek dla życia każdego człowieka, a w szczególności nauczaniem największego z rodu Polaków, Sługi Bożego Jana Pawła II — wielkiego obrońcy życia; świadomi potęgujących się zamachów na życie niewinnych ludzi: terroryzmu, aborcji, eutanazji, postulujemy wzmocnienie prawnej ochrony życia człowieka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej poprzez przeprowadzenie takiej nowelizacji jej 38 artykułu, by przyjął on brzmienie: „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia od momentu poczęcia do naturalnej śmierci”.

| Lp. | Nazwisko i imię | Adres | Podpis |
|-----|-----------------|-------|--------|
| 1   |                 |       |        |
| 2   |                 |       |        |
| 3   |                 |       |        |
| 4   |                 |       |        |
| 5   |                 |       |        |
| 6   |                 |       |        |
| 7   |                 |       |        |
| 8   |                 |       |        |

**Prosimy: włącz się w tę akcję!**

Zbierz podpisy, prześlij pod adresem naszej redakcji – my przeliczymy wszystkie podpisy i prześlemy do Kancelarii Sejmu

### Uczcijmy Narodowy Dzień Życia!

Propozycja dla władz samorządowych oraz duszpasterzy rodzin na 2007 rok

## WYSTAWA W OBRONIE ŻYCIA

„Ojciec Święty w sprawie najmniejszych”

Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka przygotowało — z myślą o obchodach Narodowego Dnia Życia — wystawę: „Ojciec Święty w sprawie najmniejszych”.

W 2004 roku Sejm RP ustanowił Narodowy Dzień Życia, obchodzony corocznie 24 marca. Dzień ten ma stać się okazją do narodowej refleksji nad odpowiedzialnością władz państwowych, społeczeństwa i opinii publicznej za ochronę i budowanie szacunku dla życia ludzkiego. Powinien być zachętą dla wszelkich działań służących wsparciu i ochronie życia ludzkiego.

Wystawa to 12 plasz formatu 90 x 60 cm przedstawiających m. in. wypowiedzi Papieża Jana Pawła II związane z obroną życia oraz podstawowe informacje na temat rozwoju dziecka przed narodzeniem.

Wystawa została opracowana przez artystę Jadwige Mączkę. Plaszce z plexi umieszczone są na składanych sztalugach.

Wystawa nie zawiera żadnych drastycznych zdjęć. Wystawę uzupełniają filmy o rozwoju człowieka od poczęcia oraz film nt. aborcji. Wystawa była z powodzeniem prezentowana w gmachu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

w lutym 2005 r., a także w wielu kościołach, m.in. w Katedrze Opolskiej, Sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Krakowie-Łagiewnikach, w kościele św. Krzyża w Warszawie. Dokumentacja wystawy dostępna jest w internecie pod adresem: <http://www.life.net.pl/wystawa>

Urządzenie takiej wystawy (wraz z projekcjami filmowymi) w urzędzie miejskim czy gminnym, domu kultury, w bibliotece lub w szkole może być doskonałą formą uczczenia Narodowego Dnia Życia.

Koszt wystawy — 12 plasz ze sztalugami, prawem do publicznego wyświetlania filmów wynosi 2350 zł (w wersji bez sztalug 1350 zł). Ceny netto, nie zawierają 22% podatku VAT i kosztów transportu.

Już dzisiaj władze samorządowe powinny zarezerwować środki budżetowe na zorganizowanie takiej wystawy w marcu przyszłego roku!

**Zamówienia prosimy kierować do Zakładu „Wychowawca”  
Fundacji „Źródło”, ul. Mikołajska 17/19,  
31-027 Kraków,  
tel. /fax (12) 423 22 57.**



Zeszyty Problemowe  
nr 1/2007, koszt wydania 1,40 zł  
ISSN 1507-9864

# Służba ŻYCIU



## Sukces abstynenckiej edukacji seksualnej (typu A)

- Wśród światowych programów edukacji seksualnej istnieją trzy główne rodzaje wychowania seksualnego:
  - A) wychowanie do abstynencji seksualnej
  - B) biologiczna edukacja seksualna (promująca tylko wiedzę nt. życia seksualnego oraz stosowanie antykoncepcji; bez promowania zasad etycznych)
  - C) złożona edukacja seksualna zawierająca oba podejścia.
- Badania empiryczne i porównanie sytuacji zdrowotnej krajów stosujących odmienne podejścia do edukacji seksualnej (typu A lub typu B i C) wskazują, że abstynencka edukacja seksualna jest metodą najbardziej efektywną — skutkującą obniżeniem liczby ciąż u nieletnich oraz obniżeniem liczby chorób przenoszonych drogą płciową (w tym HIV/AIDS).
- Z zaleceń Amerykańskiej Akademii Pediatrii: „Abstynencja pozostaje głównym środkiem prewencyjnym w wysiłkach mających na celu obniżenie wskaźnika ciąż nieletnich, chorób przenoszonych drogą płciową i infekcji HIV. (...) Nieletni powinni być zachęceni do powstrzymania się od stosunków seksualnych, ponieważ jest to najpewniejszy sposób zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową, łącznie z HIV, oraz zapobiegania ciąży”.



## Dawca życia Zwycięzca śmierci

### Drodzy Przyjaciele!

#### Drodzy Przyjaciele!

W mediach nieustannie podaje się informację: w polskich szkołach nie ma edukacji seksualnej; politycy lewicy, feministki powtarzają to nieprawdziwe stwierdzenie i nachalnie postulują wprowadzenie do naszych szkół edukacji seksualnej takiej, jaką ma zachodnia Europa, co miałoby rzekomo zmniejszyć liczbę nieplanowanych ciąż u nieletnich kobiet i ograniczyć liczbę zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową.

W bieżącym numerze „Służby Życiu. Zeszyty Problemowe” wykazujemy: w polskich szkołach od lat dziewięćdziesiątych XX wieku prowadzona jest edukacja seksualna typu A (według klasyfikacji opracowanej przez Amerykańską Akademię Pediatrii i przyjętej przez rząd G. Busha w USA). Ten typ edukacji przyjmuje za główny cel wychowawczy nauczanie młodzieży czystości i wstrzemięźliwości seksualnej, oczywiście w oparciu o wartości etyczne, widząc w tym najlepszą metodę eliminacji nieplanowanych ciąż wśród nastolatek oraz skuteczne zabezpieczenie przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV/AIDS.

Już administracja prezydenta Billa Clintona (obserwując klęskę edukacji seksualnej typu B i C) wprowadziła do amerykańskich szkół państwowych edukację seksualną typu A, przeznaczając na ten typ edukacji dodatkowe środki (ponad 130 mln dol.). Administracja kolejnego prezydenta George'a W. Busha, powiększając z roku na rok fundusze na abstynentną edukację seksualną, doprowadziła do sytuacji, w której w niemal w 100% amerykańskich szkół realizowane są abstynenckie programy edukacji seksualnej.

Mamy już liczne dowody pozytywnych zmian, jakie nastąpiły wśród amerykańskiej młodzieży wskutek edukacji abstynenckiej typu A.

W Europie zachodniej panuje permissywna seksedukacja typu B lub C, która prowadzi do wielu niepożądanych zjawisk wśród młodych ludzi (a także i starszych pokoleń): wzrostu zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową, zabijania poczętych dzieci i rodzenia dzieci przez młodociane matki.

W Polsce dzięki wprowadzeniu za czasów rządów AWS „wychowania do życia w rodzinie”, które można zaklasyfikować jako edukację seksualną typu A, mamy dobrą sytuację; co nie oznacza, że realizowane dzisiaj programy nie mają być udoskonalane a praktyczna ich realizacja przez nauczycieli ulepszona.

Polskie badania przeprowadzone na naszej młodzieży wykazały pozytywne pożądane zmiany opinii i postaw młodego pokolenia wskutek realizacji programów „wychowania do życia w rodzinie”, które są formą edukacji seksualnej typu A. Porównanie sytuacji wśród wśród polskiej młodzieży w aspekcie: ciąż wśród nastolatek, aborcji wśród nastolatek czy zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową z sytuacją w krajach europejskich wykazuje totalną klęskę edukacji seksualnej typu B lub C i kto proponuje wprowadzenie do polskich szkół edukacji seksualnej „brytyjskiej” lub „szwedzkiej” nie wie, o czym mówi, bo nie chce nikogo posądzić o świadome działania mające na celu niszczenie polskiej młodzieży.

Trzeba chociaż krótko podkreślić wielką, pozytywną rolę Kościoła katolickiego, który od dziesięcioleci — w formie zorganizowanej w duszpasterstwie rodzin katechezie młodych prowadzi nieustrudzenie działalność wychowawczą na rzecz czystości, wstrzemięźliwości (abstynencji), wierności małżeńskiej, co stanowi główne cechy współczesnej edukacji seksualnej typu A.

Z bólem trzeba podkreślić zdecydowanie negatywną rolę (w ogólności; są bardzo nieliczne pozytywne wyjątki) potężnych mediów, które jakże często promują rozwiązłość, podważają zasady wierności małżeńskiej, podają fałszywe informacje na temat rzekomej prawie stuprocentowej skuteczności środków antykoncepcyjnych.

Wyrażam nadzieję, że ten numer „Służby Życiu” stanie się elementem poważnej, merytorycznej dyskusji nad polskim modelem „wychowania do życia w rodzinie” i skutecznie zablokuje próby wprowadzenia fałszywej w skutkach permissywnej edukacji seksualnej typu B lub C.

dr inż. Antoni Zięba  
redaktor naczelny

W  
b  
i  
e  
ż  
ą  
c  
y  
m  
n  
u  
m  
e  
r  
z  
e

|   |    |
|---|----|
| Doświadczenia USA i Wielkiej Brytanii: nieskuteczność biologicznej edukacji seksualnej oraz skuteczność abstynenckiej edukacji seksualnej . . . . . | 3  |
| Porównanie sytuacji zdrowotnej w wybranych krajach . . . . .  | 10 |
| Przyczyny nieskuteczności permissywnej edukacji seksualnej . . . . .  | 13 |
| Abstynencję zalecają . . . . .  | 16 |
| Prewencja HIV . . . . .   | 18 |
| O skuteczności metod planowania rodziny . . . . .   | 20 |
| Podstawy programowe do zajęć „wychowanie do życia w rodzinie” . . . . .   | 21 |
| Polskie doświadczenia w wychowaniu do życia w rodzinie . . . . .  | 23 |
| Prawa rodziców (akty prawne) . . . . .  | 25 |
| Dokumenty Kościoła katolickiego nt. wychowania i etyki seksualnej . . . . .   | 27 |



„Służba Życiu.  
Zeszyty Problemowe”  
wydawana jest przez Polskie  
Stowarzyszenie Obrońców  
Życia Człowieka

Redaguje zespół: Antoni Zięba (redaktor naczelny), Czesław Chytra, Halina Chytra, Rafał Michalik, ks. Franciszek Płonka, Wanda Półtawska, Katarzyna Urban  
Adres redakcji: ul. Mikołajska 17, 31-027 Kraków, tel./fax (012) 421 08 43, e-mail: sluzba@life.net.pl  
Sekretariat redakcji czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00–15.00.

foto. na str. 1: J. Wrześniński

Druk: RR Donnelly Poligrafia SA

Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka w ramach działalności statutowej wydaje i nieodpłatnie rozprowadza pismo „Służba Życiu”, licząc na ofiarności obrońców życia. Wszyscy, którzy prześlą na konto Stowarzyszenia dar – minimum 14 zł – otrzymają 6 kolejnych numerów „Służby Życiu”.

Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka  
31-142 Kraków, ul. Krowoderska 24/1  
numer konta:  
39 1060 0076 0000 3200 0089 3373

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstów, nadawania tytułów oraz śródtytułów oraz przekazywania praw autorskich do opublikowanych artykułów innym redakcjom i organizacjom pro-life. Tekstów niezamówionych nie odsyłamy.

Zapraszamy na naszą stronę internetową: [www.pro-life.pl](http://www.pro-life.pl)



# Doświadczenia USA i Wielkiej Brytanii:

Nieskuteczność biologicznej edukacji seksualnej (typu B lub C) oraz skuteczność abstynenckiej edukacji seksualnej (typu A)

Początki działań związanych z wprowadzeniem do szkół edukacji seksualnej należy wiązać z założoną w 1928 r. w Berlinie przez Mangusa Hirschfelda Światową Ligą Reformy Seksualnej, skupiającą znanych wówczas liberalnych seksuologów, którzy zamierzali doprowadzić m.in. do rozpowszechnienia antykoncepcji, legalizacji aborcji, legalizacji prostytucji, upowszechnienia rozwodów i wprowadzenia do szkół edukacji seksualnej bez zasad etycznych, a ograniczonej do biologizmu i instruktażu stosowania środków antykoncepcyjnych.

W początkowym etapie działań realizujących powyższe cele aktywną działalność wykazała założona w Szwecji w r. 1933 Narodowa Liga Wychowania Seksualnego, której już w 1945 r. udało się wprowadzić do szwedzkich szkół obowiązkową edukację seksualną. W Stanach Zjednoczonych aktywną działalność na rzecz edukacji seksualnej prowadzi powstała w 1964 r. Rada Stanów Zjednoczonych ds. Informacji i Edukacji Seksualnej (SIECUS) wraz z Amerykańskim Stowarzyszeniem Wykładowców, Doradców i Terapeutów ds. Seksu (AASECT). Aktualnie w skali świata najbardziej aktywną działalność prowadzi Międzynarodowa Federacja Planowanego Rodzicielstwa (International Planned Parenthood Federation), założona w 1952 r. i posiadająca filie w ponad 100 krajach (w Polsce jej filią jest Towarzystwo Rozwoju Rodziny). Wymienić w tym kontekście należy także niektóre agendy ONZ, UNICEF-u, WHO, Bank Światowy, a także amerykańskie fundacje: Fundację Forda oraz Fundację Rockefellera. Powszechnie edukację seksualną zaczęto wprowadzać w Stanach Zjednoczonych i w Europie Zachodniej z końcem lat sześćdziesiątych i na początku lat siedemdziesiątych. Największe zbiory informacji nt. skutków edukacji seksualnej odnoszą się do USA i właśnie od tego kraju — w latach dziewięćdziesiątych — rozpoczyna się pozytywny proces: wycofywanie się władz

oświatowych i państwowych z programów liberalnej i permisywnej edukacji seksualnej i wprowadzanie programów wychowania promujących pozamażeńską abstynencję seksualną oraz wierność małżeńską.

## Trzy rodzaje edukacji seksualnej

W literaturze przedmiotu wyróżnia się trzy główne rodzaje wychowania seksualnego:

A) wychowanie do czystości — abstynencji seksualnej (chastity education, abstinence-only education)

B) biologiczną edukację seksualną (biological sex education)

C) złożoną edukację seksualną zawierającą oba powyższe podejścia (comprehensive sex education)<sup>1</sup>.

Program wymieniony w punkcie A przyjmuje za podstawę ogłoszoną przez Papieską Radę ds. Rodziny w 1995 r. instrukcję „Ludzka płciowość: prawda i znaczenie. Wskazania dla wychowania w rodzinie”. Wymieniona w punkcie B biologiczna seksedukacja opiera się na przekazie informacji biologicznych, informacji nt. metod zapobiegania ciąży, lecz nie promuje zasad moralnych czy formacji duchowej.

Podany w punkcie C rodzaj edukacji seksualnej, realizowany przez wspomnianą Federację Planowanego Rodzicielstwa, bazuje na sześciu grupach zagadnień:

- wiedza biologiczna nt. ludzkiej prokreacji;
- informacje nt. rozwoju płciowego;
- informacje nt. zapobiegania wykorzystywania seksualnego
- informacje nt. kontroli urodzeń
- informacje nt. aborcji i jej dostępności;
- informacje nt. środków antykoncepcyjnych oraz ich dostępności.

## Zmiana polityki w USA

Początki zmian w polityce zdrowotnej w dziedzinie edukacji seksualnej młodzieży w USA mają miejsce od lat 90. ubiegłego wieku. Od tego czasu amerykańskie ministerstwo zdrowia wdraża strategiczny plan „Zdrowa ludność 2010”, który zakłada m.in. zmniejszenie liczby nastolatków aktywnych seksualnie. Największą zmianą było jednak wprowadzenie abstynenckich programów edukacji seksualnej, które dokonują pozytywnej rewolucji w tamtejszym społeczeństwie.

W 1988 r. jedynie 2 proc. amerykańskich nauczycieli w szkołach średnich zalecało abstynencję jako jedyny pewny środek zapobiegania ciąży oraz chorobom wenerycznym — w 1999 r. robiło to już 23 proc. nauczycieli<sup>2</sup>. Obecnie, według danych the School Health Policies and Programs Study, w **96% amerykańskich szkół średnich abstynencja jest nauczana jako najlepsza metoda zapobiegania niechcianej ciąży (dane za rok 2000)**<sup>3</sup>. Z najnowszych badań wynika, że dotąd 86% amerykańskich nastolatków i 83% nastolatków otrzymało „formalny przekaz”, jak odmawiać podjęcia aktywności seksualnej<sup>4</sup>.

**1996 Welfare Reform.** Reforma wprowadzona w 1996 r. w USA przeznaczyła 250 mln \$ z funduszy federalnych na abstenencką edukację seksualną. Reformę wprowadzono na mocy przepisów prawa zawartych w Public Law 104–193 sekcja 510 Social Security Act. Prawo precyzyjnie określa, czym jest „abstinence education” — edukacja abstenencka:

- jedynym celem tej edukacji jest uczenie społecznych, psychologicznych i zdrowotnych korzyści wynikających z abstynencji seksualnej;
- przedstawia seksualną abstynencję poza małżeństwem jako pożądaną normę dla uczniów na wszystkich poziomach nauczania;
- uczy, że abstynencja seksualna jest jedyną pewną drogą zapobiegania chorobom wenerycznym i innych związanych z nimi problemom zdrowotnym, a także pewnym sposobem uniknięcia ciąży pozamałżeńskich;
- uczy, że monogamiczne, wierne małżeństwo powinno stanowić standard dla współżycia seksualnego;
- pokazuje, że pozamałżeńskie kontakty seksualne powodują negatywne skutki fizyczne i psychiczne;
- wskazuje, że posiadanie dzieci pozamałżeńskich jest związane z ne-

gatywnymi skutkami dla nich samych, rodziców i społeczeństwa;

- uczy młodych ludzi, jak odrzucać propozycje seksualne oraz że alkohol i narkotyki zwiększają skłonność do przyjmowania ofert seksualnych;
- uczy, jak ważne jest uzyskanie samowystarczalności przed podjęciem aktywności seksualnej.

Amerykański program edukacji seksualnej, aby mógł być finansowany z powyższych funduszy przewidzianych dla programów „abstinence — only”, musi jednoznacznie wychowywać młodzież do wykluczenia jakiegokolwiek współżycia seksualnego poza małżeństwem i odrzucać nauczanie antykoncepcji.

Zmiana polityki nauczania w ramach edukacji seksualnej ma już wymierne skutki. „USA doświadczyły spadku zarówno ciąży, jak i aborcji u nieletnich. 30-procentowy spadek ciąży u nieletnich

w USA spowodował powrót do najniższego poziomu od 1946 r. Polityka USA zasługuje na poważne rozważenie. Jedynie jak dotąd opublikowane badania zrecenzowane przez ekspertów, dotyczące wyjaśnienia przyczyn wskazują, że zmiana pierwszorzędnego zachowań seksualnych [ograniczenie bądź redukcja stosunków seksualnych, nie zaś stosowanie zabezpieczeń] ma tu znaczącą rolę. **66-procentowy spadek ciąży u niezamężnych nastolatków między rokiem 1991 a 1995 przypisuje się wzrostowi zachowań abstenenckich. 53-procentowy spadek w liczbie ciąży nieletnich między rokiem 1991 a 2001 przypisuje się zmianom w zachowaniach seksualnych, włączając w to abstynencję.** Ale jak dotąd rząd Wielkiej Brytanii zdaje się nie zauważać tak uderzających dowodów[...] W Wielkiej Brytanii panuje obawa, że zwiększenie dostępu do antykoncepcji bez rozważenia szerszych na-

Pozytywne trendy w USA, będące wynikiem zmiany w podejściu do edukacji seksualnej (wprowadzenia programów abstenenckich typu A)

| rok  | 1991  | 1993 | 1995 | 1997 | 1999 | 2001 | 2002 |
|--|-------|------|------|------|------|------|------|
| Wskaźnik ciąży wśród nastolatków (15–19 lat)   | 115,3 | 108  | 99,6 | 91,4 | 85,7 | 79,5 | 75,4 |
| Wskaźnik aborcji wśród nastolatków (15–19 lat) | 37,4  | 33,9 | 29,4 | 27,1 | 24,7 | 22,8 | 21,7 |

Za: Guttmacher Institute, US Pregnancy Rate Statistics, Sept. 2006

Wyniki badania National Youth Risk Behaviour Survey, przeprowadzanego co dwa lata w szkołach publicznych i prywatnych w USA na uczniach z poziomów kształcenia od 9 do 12.

| 1991  | 1993 | 1995 | 1997 | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|
| Procent uczniów, którzy kiedykolwiek odbyli stosunek seksualny  |      |      |      |      |      |      |      |
| 54,1  | 53   | 53,1 | 48,4 | 49,9 | 45,6 | 46,7 | 46,8 |
| Procent uczniów, którzy mieli minimum 4 (lub więcej) partnerów seksualnych                                  |      |      |      |      |      |      |      |
| 18,7  | 18,7 | 17,8 | 16   | 16,2 | 14,2 | 14,4 | 14,3 |
| Procent uczniów aktualnie aktywnych seksualnie (mieli stosunek seksualny w ciągu 3 miesięcy przed badaniem) |      |      |      |      |      |      |      |
| 37,5  | 37,5 | 37,9 | 34,8 | 36,3 | 33,4 | 34,3 | 33,9 |
| Procent aktywnych seksualnie uczniów, którzy zażywali pigułki antykoncepcyjne przed ostatnim stosunkiem     |      |      |      |      |      |      |      |
| 20,8  | 18,4 | 17,4 | 16,6 | 16,2 | 18,2 | 17   | 17,6 |
| Procent uczniów, którzy kiedykolwiek byli uczeni nt. prewencji HIV/AIDS                                     |      |      |      |      |      |      |      |
| 83,3  | 86,1 | 86,3 | 91,5 | 90,6 | 89   | 87,9 | 87,9 |

Źródło danych: CDC, Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services [http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/trends/2005\\_YRBS\\_Sexual\\_Behaviors.pdf](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/trends/2005_YRBS_Sexual_Behaviors.pdf)

**Obecnie w USA są trzy federalne programy, w ramach których się abstenencką edukację seksualną:**

- 1) Adolescent Family Life, program wprowadzony w 1981 r. na mocy Title XX of The Public Health Services Act (P. L. 97–35)
- 2) Block Grants, wprowadzony w 1996 r. na mocy Welfare Reform bill section 912 of Public Law 104–193
- 3) SPRANTS Direct Grants (Special Projects of Regional and National Significance) wprowadzony w 2000 r. w ramach dodatkowych przepisów prawnych (P. L. 106–246).

**Przykładowe wielkości funduszy na abstenencką edukację seksualną w USA<sup>5</sup>:**

- 2001 r. — 80,157 mln \$
- 2002 r. — 102 mln \$
- 2003 r. — 117 mln \$

stępsstw tego kroku dla zachowań seksualnych, może okazać się kontrproduktywne w skutkach dla zdrowia seksualnego i doprowadzić do wzrostu odsetek ciąży u nastolatków i zarażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową”. — napisał w „Postgraduate Medicine Journal” brytyjski naukowiec dr T. Stammers<sup>6</sup>. Druga z przytoczonych liczb (53%) jest średnią dla populacji nastolatków w USA. Warto podkreślić, że w poszczególnych grupach społecznych otrzymano różne wyniki: np. w grupie białych kobiet stwierdzono 63,9% udział czynnika pierwszorzędowej zmiany zachowań seksualnych (redukcja liczby doświadczeń seksualnych) w obniżeniu wskaźnika ciąży<sup>7</sup>. Tabele na str. 4 ukazują pozytywne efekty abstynenckiej edukacji seksualnej, która jest realizowana w USA od lat 90. ubiegłego wieku. Obniża się odsetek nastolatków aktywnych seksualnie oraz obniża się odsetek nastolatków po inicjacji seksualnej. Zmniejsza się ilość nastolatków posiadających więcej niż 4 partnerów seksualnych.

### Inne pozytywne trendy wśród młodzieży w USA:

- wskaźnik urodzeń wśród nastolatków w wieku 10–14 lat obniżył się do poziomu najniższego od 1946 r. W 1994 r. miało miejsce najwięcej żywych urodzeń u nastolatków w tej grupie wiekowej — 12 901. W roku 2002 liczba ta zmalała do 7315 — o 38 procent, mimo 16-procentowego wzrostu populacji kobiet w tym przedziale wiekowym. W 1990 r. wskaźnik żywych urodzeń u nastolatków między 10 a 14 rokiem życia wyniósł 1,4 przypadków na 1000 kobiet, w 2002 wskaźnik ten wyniósł 0,7<sup>8</sup>.

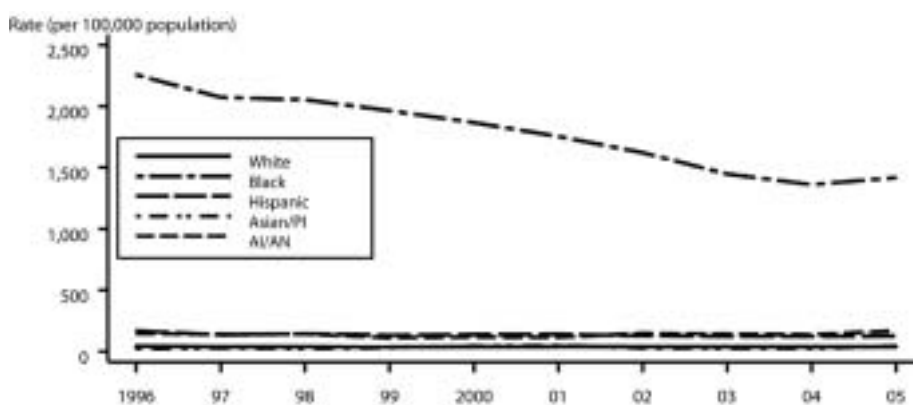
- procent chłopców w wieku 15-17 po inicjacji seksualnej spadł z 43 w roku 1995 do 31 w 2002, zaś w przedziale wiekowym 18–19 z 75% do 64%<sup>9</sup>

- procent dziewcząt w wieku 15-17 lat po inicjacji seksualnej spadł z 38 w 1995 do 30 w 2002<sup>10</sup>.

- zmniejsza się procent najmłodszych nastolatków (poniżej 15. roku życia) po inicjacji seksualnej. Dla chłopców wskaźnik po inicjacji seksualnej wynosił w 1995 r. 21%, zaś w 2002 — 15%. Dla dziewczynek wskaźnik po inicjacji seksualnej wynosił w 1995 r. 19%, zaś w 2002 — 13%<sup>11</sup>.

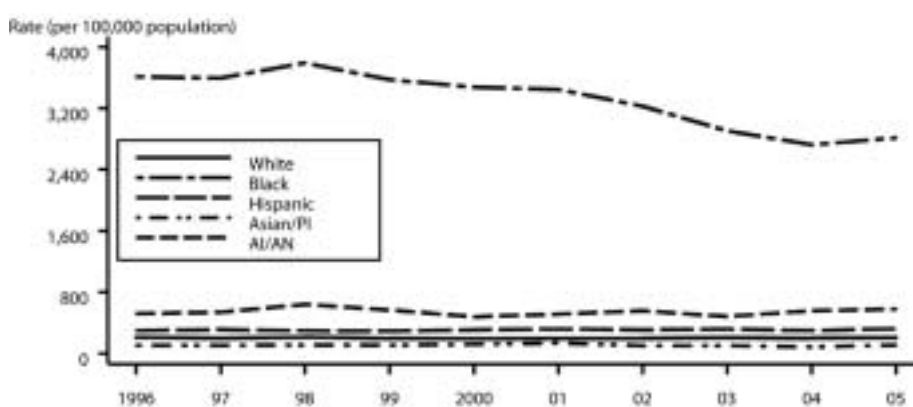
- W ciągu 12 lat między rokiem 1988 a 2000 nastąpił 17-procentowy spadek przypadków opryszczki typu 2, najczęstsze przypadki opryszczki narządów

### Spadek liczby przypadków rzeżączki u chłopców w wieku 15–19 lat w USA



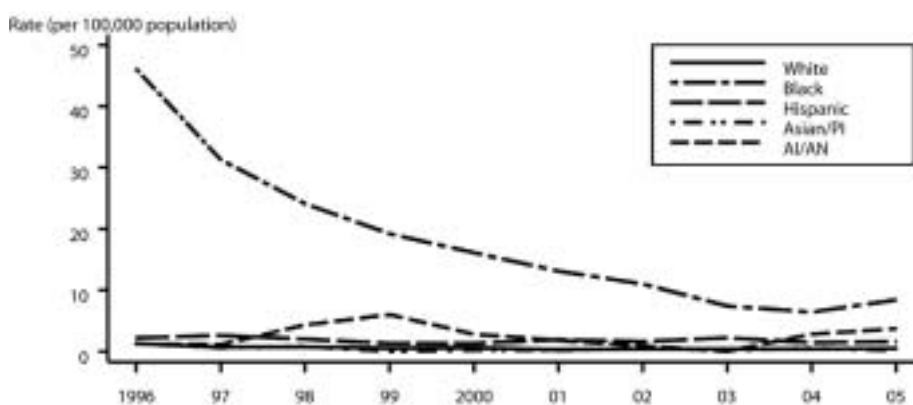
<http://www.cdc.gov/std/stats/figures/figR.htm>

### Spadek liczby przypadków rzeżączki u dziewcząt w wieku 15–19 lat w USA



<http://www.cdc.gov/std/stats/figures/figQ.htm>

### Spadek liczby przypadków syfilisu u dziewcząt w wieku 15–19 lat w USA



<http://www.cdc.gov/std/stats/figures/figQ.htm>

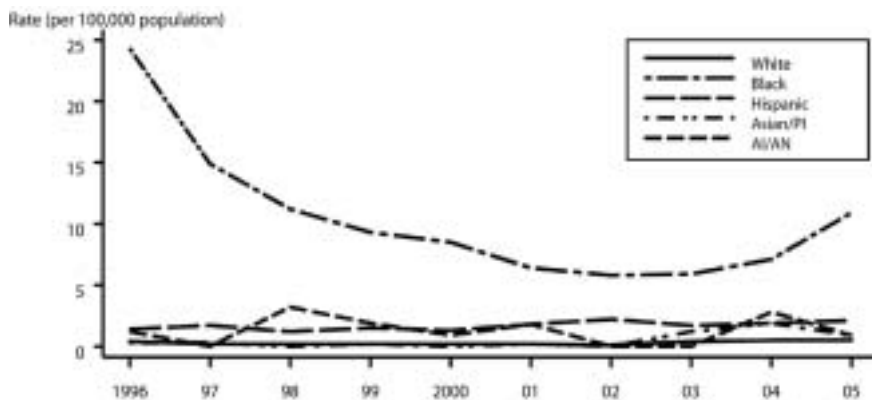
płciowych wśród ludzi w wieku 14 do 49 lat<sup>12</sup>.

Powyższe dane ukazują pozytywne zmiany w zakresie zachowań seksualnych, ciąży u nieletnich oraz zdrowia nastolatków w USA na przestrzeni ostatnich 20 lat. Warto podkreślić, że jest to sytuacja precedensowa, w innych krajach — wskutek szero-

kich zmian społeczno-kulturowych — mają miejsce przeciwne trendy. Te dane, wsparte szacunkami badaczy zajmujących się problematyką edukacji seksualnej, potwierdzają tezę, że abstynencka edukacja seksualna, jaka ma miejsce w USA, doprowadziła do pozytywnych zmian w społeczeństwie.



Spadek liczby przypadków syfilisu u chłopców w wieku 15-19 lat w USA



<http://www.cdc.gov/std/stats/figures/figU.htm>

### Sytuacja w Wielkiej Brytanii

Wielka Brytania ma najwyższy wskaźnik ciąży wśród nieletnich w Europie (26 urodzeń na 1000 kobiet w wieku 15–19 lat<sup>13</sup>). Wiek inicjacji seksualnej obniżył się w latach dziewięćdziesiątych do 16 lat (wśród kobiet nastąpiło to w pierwszej, a wśród mężczyzn w drugiej połowie ostatniej dekady). Wzrasta także średnia liczba partnerów seksualnych wśród Brytyjczyków<sup>14</sup>. W ciągu ostatnich 10 lat nastąpił 20-procentowy wzrost ostrych zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową wśród mężczyzn i 56-procentowy wśród kobiet. Zapadalność na chłamydię przenoszona drogą płciową wzrosła o 223% od 1996 i wynosi 109 000 zarejestrowanych przypadków<sup>15</sup>. Wśród 17-latek 20 921 zaszło w ciążę w r. 2004 w porównaniu do 20 835 w roku poprzednim

Wzrost liczby przypadków chorób przenoszonych drogą płciową w Wielkiej Brytanii w latach 1996–2002

| Infekcje                      | Liczba przypadków 2002 r. | Procentowy wzrost między rokiem 1996 a 2002 |
|-------------------------------|---------------------------|---|
| chłamydia                     | 20 908                    | 67%   |
| kłyciny sromu                 | 12 219                    | 23%   |
| rzeżączka                     | 4 994                     | 117%  |
| opryszczka narządów płciowych | 2747                      | 26%   |
| syfilis                       | 47                        | 571%  |

Źródło: Parlament WB, Parliamentary Office of Science and Technology, Postnote, April 2004 No 217 <http://www.parliament.uk/documents/upload/POSTpn217.pdf>

(41 proc. z nich dokonało aborcji). Ilość dziewczynek poniżej 14. roku życia, które zaszły w ciążę wzrosła z 334 w r. 2003 do 341 w 2004 r. (60 % tych ciąż zakończyło się aborcją). Nieznaczny spadek ciąż zaobserwowano wśród 14- i 15-latek<sup>16</sup>.

Oficjalne brytyjskie statystyki (UK's Office for National Statistics) mówią o wzroście procentu dzieci rodzących się poza związkiem małżeńskim: w 1980 r. było to 12%, w 2004 — 42%. Wielka Brytania jest obecnie czwartym krajem w Europie pod względem ilości dzieci rodzących się poza małżeństwem (po Szwecji, Danii i Francji)<sup>17</sup>.

### Edukacja seksualna typu B lub C: promocja antykoncepcji

Wielka Brytania prowadzi permissywną edukację seksualną typu B lub

C, opartą na przekazywaniu biologicznej wiedzy nt. życia seksualnego i motywowaniu do stosowania antykoncepcji. Cała młodzież w wieku od 11 do 14 lat objęta jest w szkołach edukacją seksualną. Obecnie wszystkie szkoły mają obowiązek przeprowadzania lekcji edukacji seksualnej wśród uczniów w przedziale wiekowym między 11–14 lat<sup>19</sup>. Pojawiają się już nawet pomysły objęcia edukacją seksualną pięciolatków. Niezależna instytucja doradcza Advisory Gro-

Aborcje wśród nastolatków w Wielkiej Brytanii (w tysiącach) ([www.statistics.gov.uk](http://www.statistics.gov.uk))

| Lata | Aborcje u dziewcząt poniżej 16. roku życia | Aborcje u dziewcząt między 16. a 19. rokiem życia |
|------|--|---|
| 1991 | 3,2  | 31,1  |
| 1996 | 3,6  | 28,8  |
| 1997 | 3,4  | 29,9  |
| 1998 | 3,8  | 33,2  |
| 1999 | 3,6  | 32,8  |
| 2000 | 3,7  | 33,2  |
| 2001 | 3,7  | 33,4  |
| 2002 | 3,7  | 33,0  |
| 2003 | 4,0  | 34,2  |
| 2004 | 3,8  | 35,5  |
| 2005 | 3,8  | 35,3  |

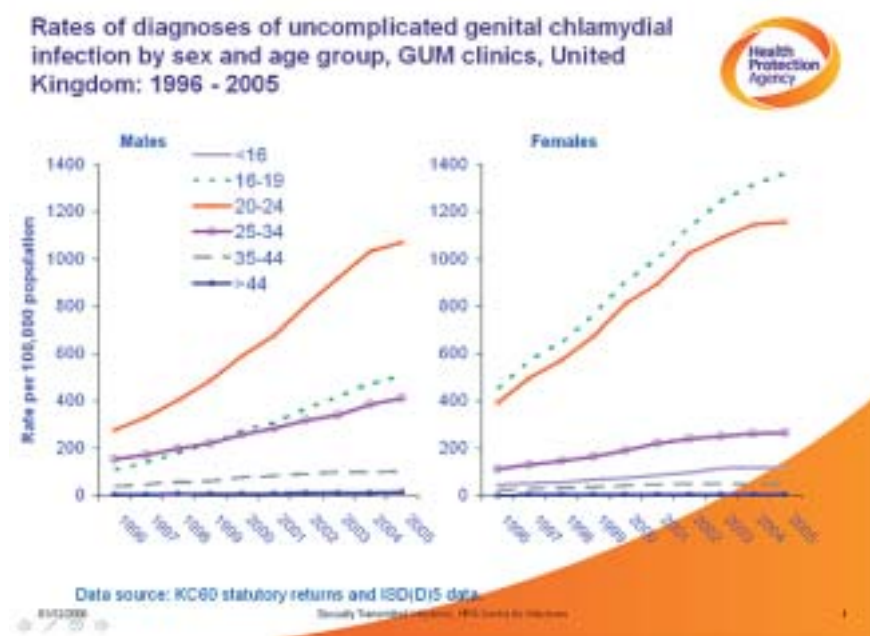
Warto podkreślić, że w omawianym okresie liczba osób w wieku 15–24 lata w Wielkiej Brytanii zmalała z 8 168 000 w roku 1991 do 7 228 000 w roku 2001<sup>18</sup>, więc wzrost liczby aborcji wśród nastolatków w tym kraju oznacza znaczące pogorszenie sytuacji.

up on Teenage Pregnancy zarekomendowała brytyjskiemu rządowi uczenie dzieci o aborcji już w wieku 5 lat<sup>20</sup>. Przewodnicząca tej grupy Gill Frances opowiedziała się za rozdawaniem prezerwatyw 12-latkom.

### Darmowa antykoncepcja i środki wczesnoporonne

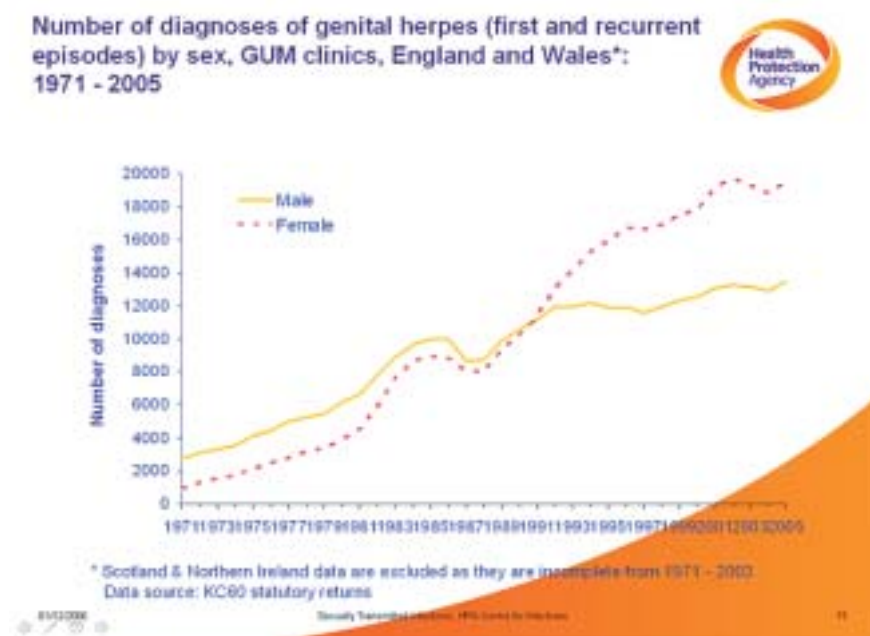
W szpitalach i przychodniach rozdawane są broszury z odpowiedziami

Zapadalność na chłamydię w Wielkiej Brytanii (za: Health Protection Agency)



[http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/hiv\\_and\\_sti/images/sti\\_slides/slide\\_4.gif](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/images/sti_slides/slide_4.gif)

Zapadalność na opryszczkę w Wielkiej Brytanii (za: Health Protection Agency)



[http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/hiv\\_and\\_sti/images/sti\\_slides/slide\\_19.gif](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/images/sti_slides/slide_19.gif)

na wszelkie pytania z tej dziedziny — od opisu działania pigułek po choroby weneryczne. Wszelka antykoncepcja jest darmowa. Żeby dostać środki antykoncepcyjne nie trzeba nawet iść do lekarza pierwszego kontaktu. Wystarczy udać się do kliniki planowania rodziny, a te funkcjonują w prawie każdej dzielnicy. Pi-

gułki antykoncepcyjne przepisuje się nawet 10-letnim dziewczynom<sup>21</sup>. Nastolatki (do 16. roku życia) mogą się udać do specjalnych, przeznaczonych dla nich klinik. W Szkocji np. działa organizacja Crew 2000, rozdająca prezerwatywy młodzieży od 13. roku życia. W ramach pilotażowego programu

edukacji seksualnej prowadzonego przez North Devon Primary Care Trust 14-latkę z Braunton Community College otrzymują darmowe środki wczesnoporonne oraz prezerwatywy (warunkiem ich uzyskania jest uczestniczenie w zajęciach).<sup>22</sup> Angielskie władze oświatowe wprowadziły w lutym 2001 r. bezpłatne rozdawnictwo nawet 11-letnim uczennicom (bez wiedzy i zgody rodziców) pigułek poronnych typu RU-486.

## Nowe propozycje

Rządowe propozycje wysunięte przez National Institute for Clinical Excellence dla lekarzy pierwszego kontaktu sprowadzają się do oferowania antykoncepcji dzieciom zgłaszającym się do lekarza z różnych powodów. Program ma objąć już 13-latków — nawet tych, którzy nie proszą o konsultację w tej sprawie<sup>23</sup>. Z kolei Institute for Public Policy Research rekomenduje nauczanie dzieci o antykoncepcji już w wieku 10–11 lat.<sup>24</sup>

## Głosy krytyki

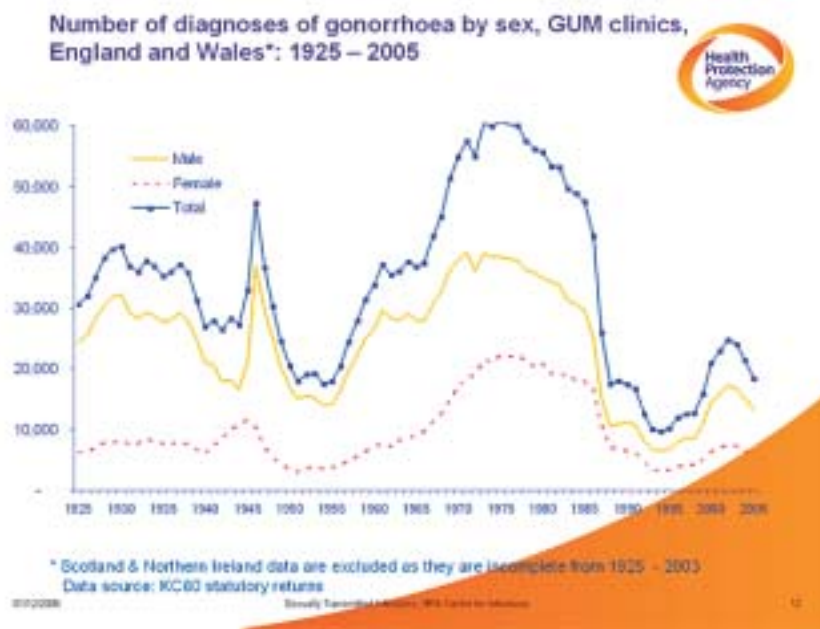
W 2006 r. podniosły się w Wielkiej Brytanii głosy o konieczności likwidacji ministerialnej instytucji odpowiedzialnej za zapobieganie ciąży nieletnich (Teenage Pregnancy Unit). Zainwestowanie 150 milionów funtów w kampanię mającą zmniejszyć ilość ciąży u nieletnich nie przyniosło efektów. Wręcz przeciwnie: profesor David Paton z Nottingham University Business School stwierdził: „Pieniądze podatników wydawane przez Teenage Pregnancy Unit nie przynoszą efektów. Rząd powinien przemyśleć zamknięcie tej instytucji”<sup>25</sup>.

## Podsumowanie

**Doświadczenia Wielkiej Brytanii (gdzie prowadzona od lat permisywna seksedukacja, nastawiona na promocję antykoncepcji oraz środków wczesnoporonnych doprowadziła do pogorszenia sytuacji zdrowotnej i społecznej**

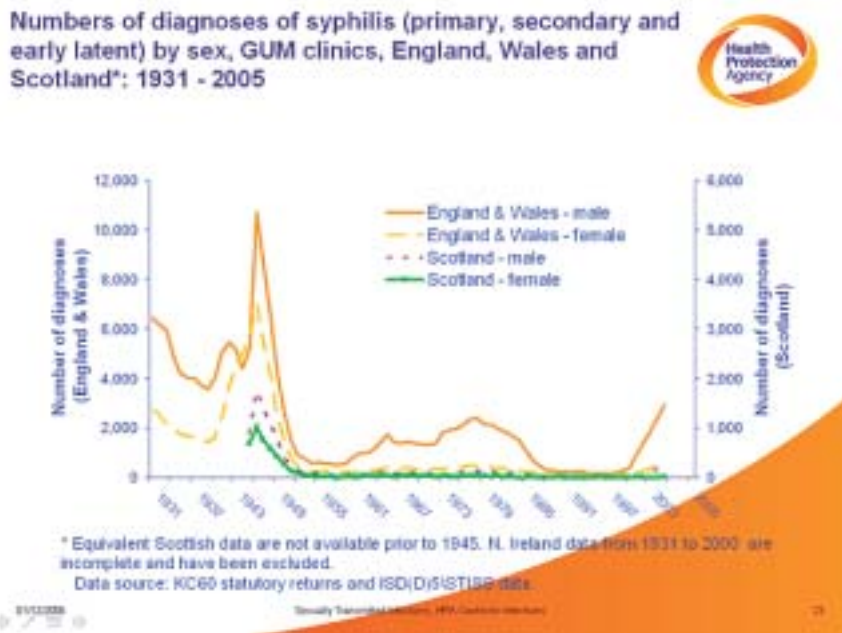


Zapadalność na rzeżączkę w Wielkiej Brytanii (za: Health Protection Agency)



[http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/hiv\\_and\\_sti/images/sti\\_slides/slide\\_12.gif](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/images/sti_slides/slide_12.gif)

Zapadalność na syfilis w Wielkiej Brytanii (za: Health Protection Agency)



[http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/hiv\\_and\\_sti/images/sti\\_slides/slide\\_23.gif](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/images/sti_slides/slide_23.gif)

wśród nastolatków) oraz USA (gdzie jasno widać pozytywne efekty konsekwentnej abstynenckiej edukacji seksualnej typu A) jednoznacznie wskazują, że jedynym skutecznym sposobem zmniejszenia liczby cięż u nieletnich, zmniejszenia liczby za-

każeń przenoszonych drogami płciowymi (w tym HIV/AIDS) jest promowanie w szkołach abstynencji seksualnej wśród młodzieży (czyli konsekwentne realizowanie edukacji seksualnej typu A — abstinence only).

## Badania empiryczne nad skutecznością abstynenckich programów edukacji seksualnej typu A

Najlepsze programy abstynenckiej edukacji seksualnej w USA<sup>26</sup>

Poniżej przytaczamy listę programów abstynenckich, których skuteczność w redukowaniu wczesnej aktywności seksualnej została udowodniona empirycznie. (Wszystkie wymienione poniżej szczegółowe programy zawierają się oczywiście w edukacji seksualnej typu A — abstinence only).

1. Virginty Pledge Programs
2. Not Me, Not Now
3. Operation Keepsake
4. Abstinence by Choice
5. Virginty Pledge Movement
6. Teen Aid, Sex Respect oraz Values and Choices
7. Family Accountability Communicating Teen Sexuality (FACTS)
8. Postponing Sexual Involvement (PSI)
9. Project Taking Charge
10. Teen Aid Family Life Education Project.

● Innym programem abstynenckim, którego skuteczność (mierzona redukcją stosunków seksualnych w ciągu ostatniego miesiąca wśród młodzieży biorącej w nim udział w porównaniu z grupą kontrolną) jest program Sex Can Wait<sup>27</sup>.

● Pozytywne efekty zbadano również wśród uczniów uczestniczących w programie Choosing the Best. **Po roku od uczestniczenia w zajęciach 11% uczniów deklarowało aktywność seksualną w porównaniu do 21% w grupie kontrolnej** uczniów nieuczestniczących w tym programie. Badania przeprowadził Medical Institute for Sexual Health<sup>28</sup>.

● Szerokie badania na 2069 uczniach nad skutecznością programów abstynenckich przeprowadzono w 2001 roku<sup>29</sup>. Uczniowie uczestniczący w abstynenckich pro-

gramach wykazywali po 5 miesiącach od zakończenia programu znaczący wzrost wiedzy nt. ryzyka zarażenia HIV i chorobami wenerycznymi oraz w przekonaniach abstynenckich. Zmniejszyły się zarówno intencje podejmowania aktywności seksualnej, jak i stosowania prezerwatyw. **Uczniowie, którzy podjęli w ciągu 5 miesięcy od ukończenia programu aktywność seksualną, mieli zarówno mniejszą ilość partnerów seksualnych jak i stosunków.** Zaobserwowano również pozytywne zmiany w postawach dotyczących aktywności seksualnej (zwłaszcza dotyczących przygodnych kontaktów) w grupie uczniów dotychczas już aktywnych seksualnie.

● Badania<sup>30</sup> przeprowadzone na 1400 młodych kobietach w USA wykazały, że **kobiety uczestniczące w szkole w abstynenckiej edukacji seksualnej lub łączonej abstynenckiej edukacji z edukacją nt. antykoncepcji 1,68 raza rzadziej zachodziły w ciążę niż kobiety, które nie brały udziału w takiej edukacji.** Badano również wpływ edukacji seksualnej polegającej głównie na przekazywaniu informacji nt. antykoncepcji i stwierdzono, że „znaczaco mniej kobiet doświadczyło nieplanowanej ciąży, gdy uczestniczyły one w edukacji seksualnej, w której główny nacisk kładziono na abstynencję”. „Ważnym wnioskiem z tego badania jest, że **niższy wskaźnik nieplanowanych ciąż występował u kobiet, które uczestniczyły w edukacji seksualnej skoncentrowanej na abstynencji** niż u kobiet, których edukacja seksualna koncentrowała się przede wszystkim na antykoncepcji lub nie dotyczyła w ogóle żadnej metody kontroli urodzeń”. Autorki badania przywołują w swoim artykule podobne wyniki uzyskane przy badaniu wpływu abstynenckiej edukacji seksualnej na ilość aborcji wśród młodych kobiet oraz swoje wcześniejsze badania nad kobietami korzystającymi z internetowych serwisów dotyczących ciąży i antykoncepcji. Również w tych wcześniejszych badaniach (Bonner, Terwilliger, Kuba, Birth Control Education Variables as Predictors of Unplanned Pregnancy, Western Psychological Association, April 1999) stwierdzono niższy wskaźnik ciąż u kobiet, które doświadczyły abstynenckiej edukacji seksualnej.

● Kolejnym badaniem stwierdzającym pozytywne efekty abstynenckiej edukacji seksualnej są badania nad programem FACTS (Family Accountability Communicating Teen Sexuality). Bada-

nia trwały 3,5 roku. 140 uczniów podzielono na 6 grup. W 4 z grup badanie wykazało znaczący wzrost postaw abstynenckich wśród uczniów<sup>31</sup>.

● **Analiza abstynenckiego programu Best Friends z Columbii, który obecnie jest stosowany w 100 szkołach w całych Stanach Zjednoczonych wykazała, że uczniowie uczestniczący w programie niemal 6,5 razy częściej wstrzymują się od aktywności seksualnej niż grupa kontrolna**<sup>32</sup>.

● Dr Elaine Borawski przeprowadziła badania nad skutecznością programów abstynenckich nauczanych w szkołach w Cleveland. Wyniki jej badań opublikował „Journal of Health Behavior” w październiku 2005 roku. Z badań nad 2069 uczniami wynika, że po pięciu miesiącach po zakończeniu programu abstynenckiego „For Keeps” prowadzonego przez organizację Operation Keepsake uczniowie biorący w nim udział mieli mniej zarówno stosunków seksualnych jak i partnerów seksualnych<sup>33</sup>.

● Badania na Uniwersytecie Brigham w Utah (USA) wykazały, że programy abstynenckie są skuteczne, a ich autorzy zalecają dalsze wprowadzenie tych programów do szkół publicznych. Autorzy zwracają uwagę, że skuteczność tych programów jest wysoka nawet wśród uczniów szkół średnich<sup>34</sup>.

● W amerykańskim stanie Illinois przeprowadzono ewaluację programu edukacji seksualnej, który promował abstynencję. Udokumentowano zmianę w postawach uczniów — przed zajęciami 60 proc, z nich uważało abstynencję za najlepszy sposób uniknięcia niechcianej ciąży. Natomiast po przeprowadzeniu programu 80 proc. uczniów stwierdziło, że abstynencja jest najbardziej zdrowym sposobem uniknięcia niechcianej ciąży<sup>35</sup>.

● W 20 amerykańskich stanach w 112 szkołach wprowadzono program edukacji seksualnej sygnowany przez Fundację Josepha P. Kennedy’ego Jr. W jednej ze szkół wskutek tego programu ilość ciąż w 9 klasie spadła z 14 w roku poprzedzającym kurs do 2 w roku następnym<sup>36</sup>.

● „W dążeniu do ograniczenia epidemii chorób przenoszonych drogą płciową i ciąż wśród nastolatków amerykańskie służby medyczne polegały niemal wyłącznie na upowszechnianiu stosowania środków antykoncepcyjnych. Działania zmierzające do opóźnienia inicjacji seksualnej wśród nastolatków mogą lepiej odpowiedzieć na ten problem”

— stwierdził amerykański badacz J. Mc Ilhaney w amerykańskim czasopiśmie medycznym „American Journal of Obstetrics & Gynecology”<sup>37</sup>. W innym miejscu autorzy pisma „American Journal of Obstetrics & Gynecology” stwierdzają: „**Poprzez wspieranie nieletnich w opóźnieniu inicjacji seksualnej możemy dać dużej części z nich nadzieję. Lekarze powinni przodować w podkreślaniu tego podejścia zarówno wśród swoich pacjentów, jak i w organizacjach medycznych**”<sup>38</sup>.

## Badania zrealizowane w Kenii, Zambii i Chile

● **Kenia.** Na międzynarodowej konferencji w Waszyngtonie (International Conference on Global Health) przedstawiono wyniki badań nad skutecznością abstynenckiego programu edukacji seksualnej w Kenii (Stay Alive Program). Badania prowadzono przez dwa i pół roku na 957 uczniach z 51 różnych szkół. **Zaobserwowano 61-procentowy spadek ciąż wśród nieletnich po przeprowadzeniu programu abstynenckiego. Przed programem wskaźnik ciąż u nieletnich w badanych populacjach wynosił 20,8 na tysiąc, rok po programie 8,2 na tysiąc**<sup>39</sup>.

● **Zambia.** Badania nad 933 studentami z University of Zimbabwe wykazały, że program SHAPE (Sustainability, Hope, Action, Prevention, Education, nakierunkowany na prewencję HIV/AIDS) przyczynił się do zwiększenia zachowań abstynenckich wśród studentów (liczba osób po inicjacji seksualnej w grupie uczestniczącej w programie wynosiła 78,6% w porównaniu do 85,2% w grupie kontrolnej). **Studenci aktywni seksualnie po uczestniczeniu w programie mieli znacząco mniej partnerów seksualnych niż grupa kontrolna (w ciągu roku średnio 1,4 w porównaniu 2,2 w grupie kontrolnej)**<sup>40</sup>.

● **Chile.** Tamtejsze ministerstwo zdrowia wprowadziło „Krajowe Normy o Regulacji Płodności”, umożliwiające bezpłatne rozdawanie nastolatkom powyżej 14. roku życia środków antykoncepcyjnych oraz wczesnoporonnych (włącznie z tzw. pigułką „dzień po”)<sup>41</sup>. Stało się taki mimo badań, z których wynikała wysoka skuteczność programów abstynenckich wśród tamtejszej młodzieży. W Santiago do szkół wprowadzono program abstynencki TeenSTAR, a następnie przeprowadzono badania po-

równawcze nad uczniami biorącymi w nim udział oraz tymi, którzy nie byli nauczeni według tego programu. Badania przeprowadzono na ponad 1200 studentkach szkół wyższych. Okazało się, że wśród dziewcząt biorących udział w abstynenckim programie edukacji seksualnej wskaźnik ciąży wyniósł 3,3% oraz 4,4% (odpowiednio w roku 1997 i 1998) natomiast wśród dziewcząt nieuczestniczących w tym programie wskaźnik ciąży wyniósł odpowiednio 18,9% i 22,6%<sup>42</sup>.

Amerykańscy badacze opracowali listę zadań-zagadnień charakterystycznych dla efektywnych programów edukacji seksualnej (czyli takich, które spowodowały zmniejszenie się liczby ciąży u nieletnich, podwyższenie wieku inicjacji seksualnej oraz spadek liczby zachorowań na choroby weneryczne u nieletnich). Te zagadnienia to m.in.:

- włączenie i zaangażowanie rodziców
- uświadamianie dzieciom konsekwencji swobody seksualnej
- wpajanie wartości moralnych
- uczenie abstynencji seksualnej
- usunięcie sprzecznych informacji nt. abstynencji
- redukcowanie społecznej presji (głównie w mediach) związanej z nakłanianiem młodzieży do aktywności seksualnej,

- nauczanie młodzieży umiejętności komunikacji, negocjacji i odmawiania<sup>43</sup>.

**Katarzyna Urban**

1. American Academy of Pediatrics, *Condom use by adolescents*, *Pediatrics*, Vol. 107, No. 6 June 2001. za: Clowes, *The Facts of Life*, Human Life International, Virginia 2000, p. 252
2. Darroch J. E., Landry D. J., Singh S., *Changing Emphases in Sexuality Education in U. S. Public Secondary Schools*, 1988-99, *Family Planning Perspectives*, Vol. 32, No. 5, September/October 2000
3. Santelli J., Ott M., *Abstinence-only education policies and programs: A position paper of the Society for Adolescent Medicine*, *Journal of Adolescent Health* 38 (2006) 83-87
4. CDC, *Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing*, 2002. Series 23, No. 24. 58 pp. (PHS) 2005-1976
5. Republican Study Committee, *Federal Abstinence Programs*, Sept. 2003
6. Stammers T., *As easy as ABC? Primary prevention of sexually transmitted infections*, *Postgraduate Medicine Journal*, 2005; 81
7. Santelli J., Abma J., Ventura S., et al., *Can Changes in Sexual Behaviours Among High School Students Explain the Decline in Teen Pregnancy Rates in the 1990s?*, *Journal of Adolescent Health* 2004; 35: 80-90
8. CDC Office of Enterprise Communication, *Press release Nov. 15, 2004*
9. CDC, *Teens Delaying Sexual Activity: Using Contraception More Effectively*, Dec. 10, 2004
10. CDC, *Teenagers...*
11. CDC, *Teenagers...*
12. <http://www.medicalnewstoday.com/medical-news.php?newsid=6457>
13. *Telegraph* 30.10.2006
14. S. Grzelak, *Ocena skutków wychowania w dziedzinie seksualności w świetle zagranicznych badań naukowych*, *Wychowawca*, nr 3/2002
15. *Telegraph* 30.10.2006
16. *Telegraph* 12 Feb. 2006
17. *LifeSiteNews* 21 Feb. 2006
18. [http://www.statistics.gov.uk/downloads/ theme\\_population/PT111.pdf](http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_population/PT111.pdf)
19. *Guardian* 23 Oct. 2006
20. *Daily Mail* 7 Sept. 2006
21. *The Courier* 10.05.2005 r
22. *BBC News* Feb. 2006
23. *Telegraph* 30.10.2006
24. *Guardian* 23 Oct 2006
25. *Telegraph* 27 Feb. 2006
26. Kirby Douglas, *Do Abstinence-Only Programs Delay the Initiation of Sex Among Young People and Reduce Teen Pregnancy?*, The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, October 2002
27. Denny G., Ypung M., Rausch S., Spear, *An Evaluation of An Abstinence Education Curriculum Series: Sex Can wait*, *American Journal of Health Behavior*; 2002; 26 (5)
28. *The Washington Times*, 27.05.05
29. Borawski E., Trapl E., Lovegreen L., Colabianchi N., Block T., *Effectiveness of Abstinence-only Intervention in Middle School Teens*, *American Journal of Health Behavior*, 2005; 29 (5)
30. Williams M., Bonner L., *Sex Education Attitudes and Outcomes Among North American Women*, *Adolescence*, Vol. 41, No. 161 2006
31. Carter-Jessop L., Franklin L., Heath J., Jimenez-Irizarry G., Peace M., *Abstinence Education for Urban Youth*, *Journal of Community Health*, Vol. 25, No. 4 2000
32. Lerner, R., *Can Abstinence Work? An Analysis of the Best Friends Program*, *Adolescent and Family Health*, 2005 Vol. 3, No. 4
33. *LifeSiteNews* 8 Sept. 2005
34. Olsen J., Weed S., Jensen L., *The effects of three abstinence sex education programs on student attitudes toward sexual activity*, *Adolescence*, 1991 Vol. 26 (103) pp. 631-41
35. Khouznam H., *Promotion of sexual abstinence: reducing adolescent sexual activity and pregnancies*, *South Medical Journal*, 1995 Vol. 88 (7), pp. 709-11
36. Khouznam op. cit.
37. Ihaney S., *Sexually transmitted infection and teenage sexuality*, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2000 Aug. 183
38. Ihaney S., op.cit.
39. *LifeSiteNews* June 30, 2006
40. Terry P., Mhloyi M., Masvaure T., Adlis S., *An examination of knowledge, attitudes and practices related to HIV/AIDS prevention in Zimbabwean university students*, *International Journal of Infectious Diseases* 2006, 10
41. KAI 11.01.07
42. Cabezon C., Vigil P., Rojas I., Leiva E., Riquelme R., Aranda W., Garcia C., *Adolescent pregnancy prevention: an abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school*, *Journal of Adolescent Health*, 36 (2005) 64-69
43. Kirby D., *School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness*, *Public Health Reports*, 109 (3); 339-360, 1994

## Porównanie sytuacji zdrowotnej w wybranych krajach

Tabela 1. Liczba legalnych, zarejestrowanych aborcji w wybranych krajach

| Państwo         | Populacja w tys. w r. 2004 <sup>1</sup> | Liczba legalnych aborcji rocznie (ogółem) w r. 2004 <sup>2</sup> | Liczba legalnych aborcji u nieletnich rocznie (15-19) <sup>3</sup> w r. 2004 | Liczba urodzeń wśród nieletnich (15-19) <sup>4</sup> w r. 2004 | Liczba kobiet nieletnich (15-19) <sup>5</sup> w r. 2004 | Liczba kobiet w wieku reprodukcyjnym (15-44) w r. 2004 <sup>6</sup> | Urodzenia w r. 2004 <sup>7</sup> |
|-----------------|---|--|--|--|---|---|----------------------------------|
| Francja         | 60 381                                  | 205 593 <sup>8</sup>   | 27 062 <sup>9</sup>  | 15 181   | 1 902 932   | 12 272 523 <sup>10</sup>  | 767 816                          |
| Niemcy          | 82 501                                  | 129 650  | 16 737   | 25 268   | 2 320 251   | 16 584 853  | 705 622                          |
| Polska          | 38 180                                  | 199  | b.d.<br>(mniej niż 199)  | 20 461   | 1 487 431   | 8 384 255   | 356 131                          |
| USA             | 293 623                                 | 1 287 000  | 215 000 <sup>11</sup>  | 415 408  | 10 249 000 <sup>12</sup>                                | 62 044 887  | 4 115 590                        |
| Szwecja         | 8 994                                   | 34 454   | 6 400  | 1 594  | 274 188   | 1 719 169   | 100 928                          |
| Wielka Brytania | 59 835                                  | 197 913 <sup>13</sup>  | 40 387 <sup>14</sup>   | 49 633   | 1 894 754   | 14 304 830  | 695 549                          |



Tabela 2. Wskaźniki legalnych, zarejestrowanych aborcji w wybranych krajach

| Państwo         | liczba aborcji na 1000 urodzeń | liczba aborcji na 1000 kobiet w wieku reprodukcyjnym | liczba aborcji wśród nieletnich na 1000 mieszkańców | liczba aborcji wśród nieletnich na 1000 kobiet nieletnich |
|-----------------|--------------------------------|--|---|---|
| Francja         | 267,76                         | 16,75  | 0,45  | 14,22   |
| Niemcy          | 183,74                         | 7,82   | 0,20  | 7,21  |
| Polska          | 0,56                           | 0,02   | 0,00  | 0,00  |
| USA             | 312,71                         | 20,74  | 0,73  | 20,98   |
| Szwecja         | 341,37                         | 20,04  | 0,71  | 23,34   |
| Wielka Brytania | 284,54                         | 13,83  | 0,67  | 21,31   |

Tabela 3. Choroby przenoszone drogą płciową w wybranych krajach

| Państwo         | Liczba przypadków kiły na 100 000 mieszkańców w 2005 r. <sup>15</sup> | Liczba przypadków rzeżączki na 100 000 mieszkańców w 2005 r. <sup>16</sup> | Liczba przypadków chlamydiezy na 100 000 mieszkańców w 2005 r. <sup>17</sup> | Liczba osób żyjących z HIV/AIDS w r. 2003 <sup>18</sup> | Liczba osób żyjących z HIV/AIDS na 1000 mieszkańców r. 2003 |
|-----------------|---|--|--|---|---|
| Francja         | 0,66  | 0,88   | b.d.   | 120 000   | 1,99  |
| Niemcy          | 4,08  | b.d.   | b.d.   | 43 000  | 0,52  |
| Polska          | 0,52  | 0,26   | 0,87   | 14 000  | 0,37  |
| USA             | 3,01 <sup>19</sup>  | 115,62 <sup>20</sup>   | 332,53 <sup>21</sup>   | 950 000   | 3,23  |
| Szwecja         | 2,2   | 6,47   | 364,18   | 3600  | 0,40  |
| Wielka Brytania | 3,81  | 37,25  | 166,41   | 51 000  | 0,85  |

### Komentarz

#### Ad. Tabela 1

W Tabeli 1 podano liczby zarejestrowanych aborcji w wymienionych krajach, nie uwzględniając one jednak oczywiście aborcji dokonywanych w tzw. podziemiu. Podziemie aborcyjne w Polsce szacowane jest na 7 tys. do 14 tys. przerwania ciąży rocznie; zjawisko podziemia aborcyjnego występuje także w pozostałych krajach, ale z uwagi na „legalność” aborcji ma relatywnie mniejszą skalę (wg szacunków organizacji międzynarodowych, liczba podziemnych aborcji wynosi od 1,5 do 5% w stosunku do liczby urodzeń).

Trzeba podkreślić, że liczby aborcji podane w tej tabeli nie obejmują aborcji wywołanych wczesnoporonną tzw. pigułką „dzień po” i wczesnoporonną pigułką RU 486, które to środki niszczące życie ludzkie na najwcześniejszym etapie rozwoju są prawnie dopuszczalne i są, niestety, stosowane we wszystkich wymienionych w Tabeli 1 krajach za wyjątkiem Polski.

#### Ad. Tabela 2

Dane w Tabeli 2 jednoznacznie wykazują, że prowadzone od wielu lat w Polsce wychowanie prorodzinne (edukacja seksualna typu A) daje najlepsze wyniki; wskaźniki aborcji wśród nieletnich są u nas tak niskie, że nie mieszczą się nawet w dolnych granicach dokładności opracowania (0,00) a wskaźniki sumaryczne aborcji u kobiet w wieku reprodukcyjnym są w Polsce 200 do 1000 razy niższe niż u kobiet w porównywanych krajach zachodnich.

#### Ad. Tabela 3.

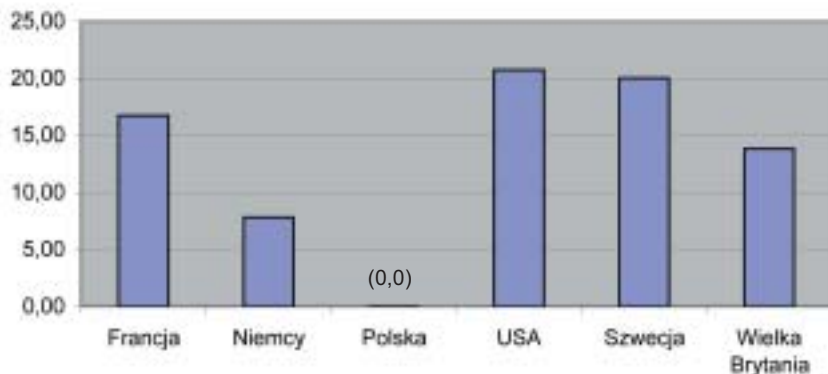
Informacje z tej tabeli wskazują, że w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową: kiły, rzeżączki, chlamydiezy oraz HIV/AIDS sytuacja w Polsce jest zdecydowanie najlepsza; a niektóre wskaźniki zachorowalności mamy nawet 1000 razy niższe niż w omawianych krajach zachodnich.

**Antoni Zięba**

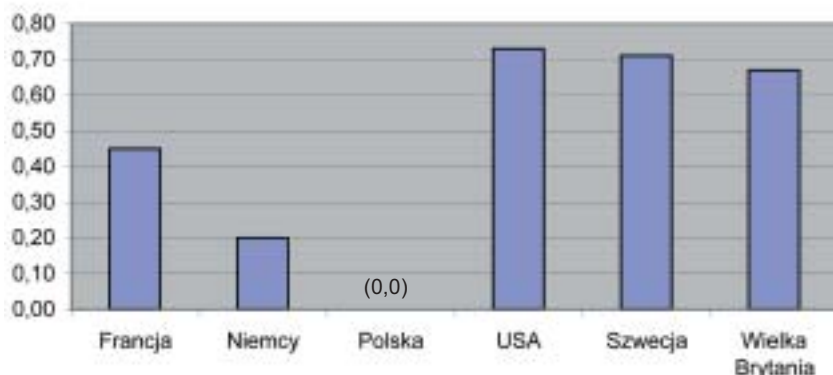


źródło danych: jak w tabelach powyżej, dot. legalnych, zarejestrowanych aborcji

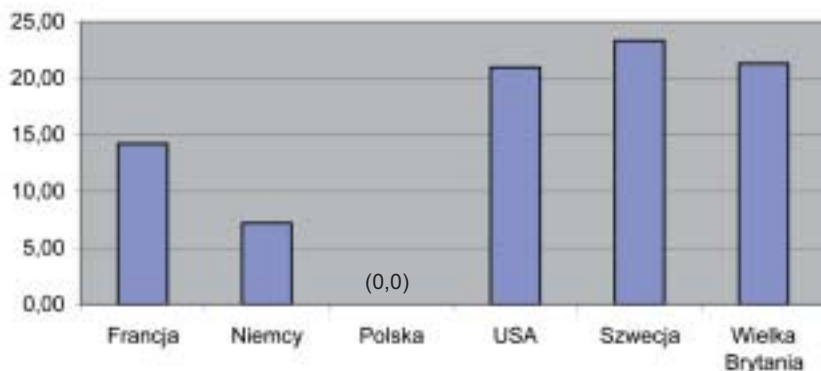
liczba aborcji na 1000 kobiet w wieku reprodukcyjnym



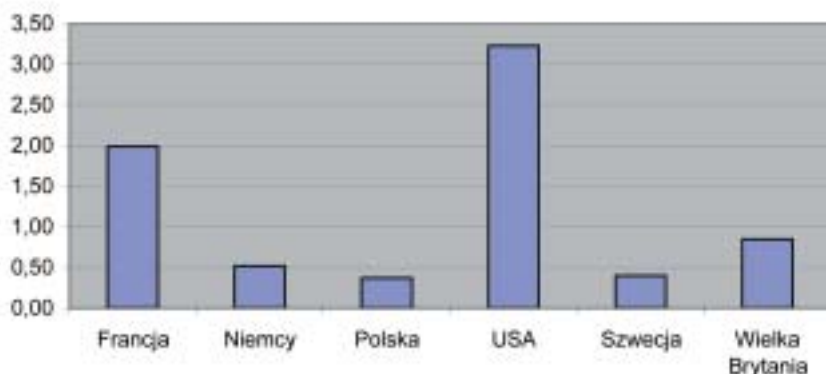
liczba aborcji wśród nieletnich na 1000 mieszkańców



liczba aborcji wśród nieletnich na 1000 kobiet nieletnich



liczba osób żyjących z HIV/AIDS na 1000 mieszkańców



Źródła danych

1. Dane za: UN *Demographic Yearbook 2004* — <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2.htm>
2. Dane za: UN *Demographic Yearbook 2004*, USA: za 2003, Guttmacher Institute, *Estimates of US Abortion Incidence 2001-2003*, August 2006
3. Dane za: UN *Demographic Yearbook 2004*
4. Dane za UN *Demographic Yearbook 2004*, dane za 2004
5. Dane za UN *Demographic Yearbook 2004*
6. Dane za UN *Demographic Yearbook 2004*
7. Dane za UN *Demographic Yearbook 2004*
8. Dane za 2002, ostatnie dostępne
9. Dane za 2002, ostatnie dostępne
10. Dane za 2003, ostatnie dostępne
11. Dane za 2002, National Center for Health Statistics, <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/teenpreg1990-2002/teenpreg1990-2002.htm>
12. Dane za 2005, za Census Bureau <http://www.census.gov/prod/www/statistical-abstract.html>
13. Dane za 2001, ostatnie dostępne
14. Dane za 2001, ostatnie dostępne
15. WHO, Regional Office for Europe, 2007 <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=115429>
16. WHO, Regional Office for Europe, 2007
17. WHO, Regional Office for Europe, 2007
18. UNAIDS 2004 *Report on the Global AIDS Epidemic*, July 2004
19. CDC, *Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in the United States*, 2005
20. CDC, op.cit.
21. CDC, op.cit.

źródła danych: jak w tabelach na s. 10–11, wskaźniki aborcyjne dotyczą aborcji legalnych, zarejestrowanych

## Przyczyny nieskuteczności permissywnej edukacji seksualnej (typu C)

Nieskuteczność antykoncepcji wśród młodzieży:

**50% nastolatków zamieszkujących razem doświadcza zawodności w ciągu roku stosowania antykoncepcji (a 30% w ciągu roku zarażą się chorobą przenoszoną drogą płciową)<sup>1</sup>.**

**47% młodocianych niezamężnych kobiet mieszkających razem z partnerem doświadcza zawodności środka antykoncepcyjnego<sup>2</sup>.**

Z danych opublikowanych przez Amerykańską Akademię Pediatrii w „Pediatrics”<sup>3</sup> wynika, że zawodność stosowania hormonalnej pigułki antykoncepcyjnej u nieletnich kobiet jest kilkanaście razy wyższa w stosunku do zawodności u kobiet dojrzałych i dochodzi do 15 proc.

Skuteczność antykoncepcyjna prezerwatywy: odsetek (%) kobiet zachodzących w ciążę podczas stosowania prezerwatywy przez rok.

| Źródło  | Skuteczność w warunkach idealnych | Skuteczność w warunkach typowych |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| FDA (Consumer-Friendly Birth Control Information) 1997  | 3%                                | 14%                              |
| The Alan Guttmacher Institute-AGI (Facts in Brief) 2000 | 3%                                | 16%                              |
| CDC, MMWR 48 (47); 1073-80, 1999                        | 3%                                | 14%                              |
| WHO Fact Sheet No. 243, June 2000                       | –                                 | 10-14%                           |

### Zawodność antykoncepcji

Z badań przeprowadzonych na 163 kobietach, które poddały się aborcji we Francji, wynika, że **46% z nich na 6 miesięcy przed aborcją stosowało pigułkę antykoncepcyjną bądź spiralę IUD, 20,5% używało prezerwatyw, 10,1% innej metody zapobiegania ciąży, a jedynie 13,7% kobiet wcale nie stosowało antykoncepcji.** Zaraz przed aborcją 25,2% nie stosowało żadnej metody, 23,2% stosowało pigułkę, 9,4% spiralę IUD, 23% prezerwatywy, 19,2% inne metody<sup>5</sup>.

Z innych badań, przeprowadzonych na 14 704 Francuzkach wynika, że wśród 1034 kobiet, które zaszły w nie-

Zawodność antykoncepcji wśród nastolatków w ciągu roku (w proc.) na podstawie badania National Survey of Family Growth 1995 (przeprowadzonego na 10 847 kobietach w USA)<sup>3</sup>

| Metoda antykoncepcji | Niski status socjoekonomiczny     |                               | Niski status socjoekonomiczny     |                               |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
|                      | Niezamężni, nie mieszkający razem | Mieszkający razem, niezamężni | Niezamężni, nie mieszkający razem | Mieszkający razem, niezamężni |
| Pigułka              | 12,9                              | 48,4                          | 7,6                               | 31,4                          |
| Prezerwatywa         | 23,2                              | 71,7                          | 14,0                              | 51,3                          |

planowaną ciążę lub poddało się aborcji w ciągu ostatnich 5 lat, 65% stosowało antykoncepcję (21% stosowało pigułkę antykoncepcyjną, 9% spiralę, 12% prezerwatywę a 23% inną metodę)<sup>6</sup>.

*Family Planning Perspectives* 31 (2) 1999 w artykule poświęconym wynikom badania National Survey of Family Growth

opinii kobiet, lecz regularność stosowania pigułki antykoncepcyjnej mierzono elektronicznie, wykazano, że jedynie 19-33% kobiet nie zapomniało zażyć pigułki w ciągu miesiąca (w porównaniu do liczby opartej na deklaracjach kobiet: 53–59%)<sup>8</sup>.

„W Stanach Zjednoczonych 60 proc. ciąż (3,1 mln rocznie) to ciążę nieplanowane. 47 proc. z tych ciąż powstaje, gdy kobieta stosuje antykoncepcję. Tak wysoki wskaźnik jest szczególnie zaskakujący wobec niskiej zawodności przypisywanej długoterminowym metodom antykoncepcyjnym oraz wobec faktu, że antykoncepcję doustną stosuje 73 proc. wszystkich Amerykanów stosujących antykoncepcję w ogóle”<sup>9</sup>.

**„W ciągu całego życia statystyczna kobieta doświadczy 1,8 raza zawodności środków antykoncepcyjnych”<sup>10</sup>.**

Dostępność pigułki wczesnoporonnej „dzień po” nie redukuje liczby aborcji „późniejszych”

Dr Elizabeth G. Raymond z Family Health International w Research Triangle Park w Północnej Karolinie przeprowadziła badania, czy dostępność pigułki „dzień po” zmniejsza ilość ciąż. 749-osobowej grupie kobiet udostępniła pigułkę „dzień po” (miały mieć minimum dwa opakowania przy sobie non stop, ilość ta miała być uzupełniana w razie potrzeby) przez okres 12 miesięcy. Następnie porównała sytuację tych kobiet z sytuacją kobiet z 744-osobowej grupy kontrolnej. W porównaniu z grupą kontrolną kobiety, które miały bezpośredni dostęp do pigułki „dzień po” zażywały ją wcześniej (12 godzin po niezabezpieczonym stosunku w porównaniu do 36 go-



Zawodność antykoncepcyjna prezerwatyw w określonych grupach (liczona jako liczba niezaplanowanych ciąży występujących u 100 kobiet stosujących prezerwatywy w ciągu roku). Źródło: Family Planning Perspective, 1999, 31(2)

| KOBIECY UBOGIE |                     |       |       |      |                           |       |       |      |                       |       |       |      |
|----------------|---------------------|-------|-------|------|---------------------------|-------|-------|------|-----------------------|-------|-------|------|
| wiek           | zameżne niezameżne, |       |       |      | nie żyjące w konkubinacie |       |       |      | żyjące w konkubinacie |       |       |      |
|                | <20                 | 20-24 | 25-29 | >=30 | <20                       | 20-24 | 25-29 | >=30 | <20                   | 20-24 | 25-29 | >=30 |
|                | 23,1                | 20,6  | 16,6  | 10,7 | 23,2                      | 22,7  | 23,6  | 14,9 | 71,7                  | 41,1  | 23,7  | 19,5 |

| KOBIECY ŚREDNIOZAMOŻNE |                     |       |       |      |                           |       |       |      |                       |       |       |      |
|------------------------|---------------------|-------|-------|------|---------------------------|-------|-------|------|-----------------------|-------|-------|------|
| wiek                   | zameżne niezameżne, |       |       |      | nie żyjące w konkubinacie |       |       |      | żyjące w konkubinacie |       |       |      |
|                        | <20                 | 20-24 | 25-29 | >=30 | <20                       | 20-24 | 25-29 | >=30 | <20                   | 20-24 | 25-29 | >=30 |
|                        | 13,9                | 12,3  | 9,8   | 6,2  | 14,0                      | 13,7  | 14,3  | 8,8  | 51,3                  | 26,1  | 14,3  | 11,7 |

**75% aborcji dokonały kobiety stosujące antykoncepcję – wynika z brytyjskich badań**  
 W *The Guardian* ukazał się artykuł Polly Curtis na temat najnowszych badań seksuologów z Edynburga, ([http://zdrowie.onet.pl/1384333,2042,,,,co\\_wiemy\\_o\\_antykoncepcji,seks.html](http://zdrowie.onet.pl/1384333,2042,,,,co_wiemy_o_antykoncepcji,seks.html)) na temat antykoncepcji i aborcji. Badania seksuologów z Edynburga są reprezentacyjne i miarodajne, gdyż naukowcy objęli nimi prawie trzy tysiące kobiet w ciąży oraz 900 kobiet, które zamierzały poddać się aborcji. Kobiety pytano o to, czy zamierzały zająć w ciążę, jakie środki antykoncepcyjne stosowały i czy uważają, że moment zajścia w ciążę był właściwy. Dwie trzecie kobiet oczekujących narodzin dziecka świadomie pragnęło potomstwa, zaś co dziesiąta zdecydowanie nie chciała zająć w ciążę. Najbardziej symptomatycznym wynikiem badań przeprowadzonych przez seksuologów z Edynburga jest fakt, że aż 75% wszystkich przypadków aborcji dokonują te kobiety, które stosują antykoncepcję! Tylko 25% ogólnej liczby aborcji dokonują kobiety, które nie stosują antykoncepcji! Te wyniki mogą być zaskakujące jedynie dla tych, którzy podchodzą do sprawy antykoncepcji w sposób ideologiczny, a nie w sposób realistyczny. Stosowanie antykoncepcji oznacza, że dana osoba rezygnuje z wiedzy na temat cyklicznej płodności pary ludzkiej i że szuka w tej dziedzinie rozwiązań opartych na ignorancji oraz na tym, co łatwiejsze, a nie na tym, co mądrzejsze. W konsekwencji takiej filozofii życia osoby, które decydują się na stosowanie antykoncepcji w miejsce odpowiedzialnego rodzicielstwa, łatwo ulegają pokusie aborcji wtedy, gdy antykoncepcja zawodzi. Badania seksuologów z Edynburga to kolejne, empiryczne potwierdzenie faktu, że antykoncepcja nie tylko nie zmniejsza liczby aborcji, ale przeciwnie – zwiększa skalę tego dramatycznego zjawiska. Najnowsze badania naukowców angielskich to zatem kolejny dowód na to, że najskuteczniejszym sposobem zmniejszenia liczby aborcji nie jest upowszechnianie antykoncepcji lecz przekazywanie solidnej wiedzy na temat płodności pary ludzkiej oraz pomaganie nastolatkom w tworzeniu dojrzałych więzi międzyludzkich, chronionych mądrą hierarchią wartości.

**Ks. Marek Dziewiecki, psycholog, UKSW (2007)**

dzin w grupie kontrolnej). Nie zmieniło to jednak współczynnika ciąży, który w grupie kobiet posiadających cały czas pigułkę „dzień po” wyniósł 9,9 na sto kobiet w ciągu roku, w grupie kontrolnej zaś 10,5. Badania opublikowało prestiżowe pismo medyczne „Obstetrics and Gynecology” w listopadzie 2006 r.<sup>11</sup> Trussel i Raymond stwierdzają również, że „nie opublikowano do tej pory żąd-

nych badań demonstrujących redukcję wskaźnika ciąży ani aborcji wskutek zwiększonej dostępności ECP — [emergency contraceptive pills — pigułek „dzień po”], chociaż jeden projekt pokazowy oraz 3 próby kliniczne przeprowadzono, by zbadać ten problem. Wy tłumaczeniem tych rezultatów może być nie stosowanie przez kobiety wystarczająco często tych środków — nawet jeśli są

one dostarczone zawczasu”<sup>12</sup>. Do podobnych wniosków o braku wpływu stosowania pigułki „dzień po” na redukcję nieplanowanych ciąży doszli badacze Tine Raine et al., którzy zaprezentowali wyniki swoich badań w periodyku JAMA w 2005 r.<sup>13</sup> oraz Hu et al. (*Contraception* 2005) i Williams (*Scottish Council on Human Bioethics*, 2005<sup>14</sup>).

Anna Glasier, dyrektor ośrodka medycznego w Edynburgu napisała w *British Medical Journal*: „W Wielkiej Brytanii mimo oczywistego wzrostu używania tzw. pigułki »dzień po« współczynnik aborcji nie spadł. Współczynnik ten wzrósł z 11 na 1000 kobiet w wieku 15-44 lat (136 388 aborcji) w 1984 r. do 17,8 w roku 2004 (185 400 aborcji)”. Szwedzkie badania wykazują podobną tendencję<sup>15</sup>.

### Uczestniczenie w permissywnej edukacji seksualnej (typu B lub C) prowadzi do obniżenia wieku inicjacji seksualnej u nieletnich

Wśród amerykańskich nastolatek w przedziale wiekowym 14-15 lat udział w zajęciach z edukacji seksualnej zwiększał ryzyko przyspieszenia inicjacji seksualnej<sup>16</sup>.

„Jedne z badań nad efektami szkolnej edukacji seksualnej dokonane zostały w 1986 r. w USA przez prof. Jacqueline Kasun z Uniwersytetu Humboldta. Według raportu (...) działania te nie spowodowały ograniczenia problemu niechcianej ciąży u nastolatek, ale problem znacznie powiększyły. Jednym z głównych

elementów tej edukacji było dostarczenie młodzieży szerokiego dostępu do bezpłatnej antykoncepcji (tak jak i innych form regulacji urodzeń). Raport Kasun pokazuje, iż pomiędzy poszczególnymi stanami istnieje znaczna rozbieżność w ilości ciąż u nieletnich. **W 1980 r. Kalifornia, Hawaje, Georgia i Nowy Jork stworzyły wprawdzie największą dostępność do bezpłatnych form kontroli urodzeń również dla młodzieży, jednak równocześnie zanotowano we wszystkich tych stanach najwyższy w kraju wskaźnik ciąż u nieletnich oraz aborcji. Tam natomiast, gdzie najmniej wydatkowano na kontrolę urodzeń (Utah, Dakota Południowa, Idaho, Dakota Północna), zanotowano najniższy wskaźnik aborcji oraz ciąż u niezamężnych.** Zdaniem Kasun, to właśnie te rządowe programy stworzyły problem. W Kalifornii w latach 1971–73 przeznaczono na kontrolę urodzeń 4 miliony dolarów, natomiast w 1983 już 95 milionów. W ciągu tego okresu wskaźnik ciąż u nieletnich wzrósł tam aż 30 proc. ponad poziom całego kraju, potroiła się również liczba aborcji w tej grupie wiekowej (60 proc. ponad narodowy poziom). We wszystkich stanach natomiast, w których zredukowano fundowanie kontroli urodzeń, wystąpił spadek ciąż u nieletnich (Minnesota, Utah). (...) Badania Kasun potwierdzono są przez innych autorów<sup>17</sup>.

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych na chłopcach w wieku 15–19 lat dowiodły, że tematyka poruszana na zajęciach z edukacji seksualnej ma zasadniczy wpływ na to, czy uczniowie będą bardziej lub mniej skłonni do podjęcia decyzji o rozpoczęciu współżycia płciowego. **I tak, gdy na zajęciach omawiano jedynie biologiczne tematy oraz problematykę antykoncepcji, wtedy wpływało to na obniżanie wieku inicjacji seksualnej uczniów. Gdy natomiast na lekcjach dyskutowano o zagrożeniu AIDS oraz instruowano, jak mówić „nie” wobec propozycji seksualnej, wtedy uczniowie odkładali moment inicjacji seksualnej<sup>18</sup>.**

## Konsultacja antykoncepcyjna nie redukuje liczby nieplanowanych ciąż

W Wielkiej Brytanii przeprowadzono badania na ciężarnych kobietach poniżej dwudziestego roku życia.

Okazało się, że w roku poprzedzającym poczęcie udzielono im porady antykoncepcyjnej i że korzystały one z tych porad częściej niż kobiety z grupy kontrolnej (ich rówieśniczki, które w tym czasie nie były w ciąży). Badania te wykazały również, że stosowanie wczesnoporonnych, doraźnych środków kontroli urodzin (tzw. pigułki „dzień po”) wpływa na zwiększenie prawdopodobieństwa aborcji u danej kobiety w przyszłości<sup>19</sup>.

## Samo zwiększanie dostępności antykoncepcji nie redukuje liczby ciąż u nieletnich

Amerykańskie badania prowadzone w Seattle wykazały, że rozprawdzenie wśród uczniów ponad 133 tys. prezerwatyw nie zwiększyło korzystania z nich przez młodzież nawet w najmniejszym stopniu<sup>20</sup>. W Stanach Zjednoczonych przebadano wpływ istnienia sześciu przyszkolonych klinik z poradnictwem antykoncepcyjnym na wskaźnik ciąż wśród uczniów tych szkół. Okazało się, że działalność tych klinik nie spowodowała zmniejszenia ilości ciąż<sup>21</sup>.

„Wprowadzenie w 1984 r. w Anglii zakazu rozpowszechniania środków antykoncepcyjnych wśród dziewcząt poniżej 16 lat spowodowało spadek aborcji w tej grupie wiekowej<sup>22</sup>.

„Większość badań prowadzonych w ciągu ostatnich 20 lat wykazało, że zwiększanie dostępności antykoncepcji nie zwiększyło w sposób znaczący ani stopnia stosowania antykoncepcji ani nie obniżyło liczby ciąż u nieletnich” — stwierdził amerykański badacz Douglas Kirby w piśmie „Journal of School Health”<sup>23</sup>.

## Samo przekazywanie wiedzy na temat seksualności człowieka nie jest w stanie zmienić zachowań młodzieży

Dwadzieścia lat amerykańskich badań wykazało, że zwiększenie wiedzy jest słabo skorelowane z dalszymi faktycznymi zachowaniami uczniów, a programy edukacyjne, które skupiają się na przekazaniu wiedzy, owszem: zwiększają wiedzę ucznia, ale nie mają znaczącego wpływu na jego seksualne czy antykoncepcyjne zachowania<sup>24</sup>.

Amerykańskie badania (National Research Council) dowiodły, że szkolne programy edukacji seksualnej, które przekazują wyłącznie suchą wiedzę, nie promując żadnych wartości ani nie zachęcając do abstynencji są nieskuteczne w zapobieganiu niechcianej ciąży u nieletnich<sup>25</sup>.

## Ograniczenia polityki promowania prezerwatywy

W „Postgraduate Medical Journal” (2005) czytamy: „Od wielu lat wszelkie interwencje mające na celu zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową skupiały się na stosowaniu prezerwatyw. Praktyczna skuteczność tej strategii jest jednak ograniczona przez trzy istotne czynniki. Po pierwsze **prezerwatywy zapewniają niepełną ochronę przed przenoszeniem się przy kontakcie ze skórą chorób** takich jak HPV (wirus brodawczaka ludzkiego), opryszczka, syfilis lub wrzód weneryczny, gdyż nie pokrywają wszystkich narażonych na zakażenie powierzchni. Zatem bezpośredni kontakt skóry z patogenami przez powierzchnię zewnętrznych narządów płciowych ogranicza ochronę, jaką zapewnia prezerwatywa. Po drugie **znaczny jest odsetek uszkodzeń mechanicznych i błędów w stosowaniu prezerwatyw, szczególnie wśród ludzi młodych.** Wreszcie odkształcalność tworzywa poważnie osłabia skuteczność prezerwatyw w ochronie przed zakażeniami przenoszonymi z wydzieliną, takich jak HIV, chłamydia i rzeżączka. Badania wykazały, że **edukacja w kwestii stosowania prezerwatyw oraz rozwinięta świadomość zagrożeń nie skutkuje podejmowaniem bezpieczniejszych wyborów seksualnych przez nastolatków w sytuacjach pobudzenia seksualnego**, a zaledwie mniej niż połowa osób podejmujących ryzykowne kontakty seksualne konsekwentnie stosuje prezerwatywy. Ma to poważne następstwa, bowiem „nieregularne stosowanie prezerwatyw nie zapewnia żadnej ochrony przed zakażeniem HIV i chorobami przenoszonymi drogą płciową”<sup>26</sup>.

*Katarzyna Urban*

1. Dinerman L., Wilson M., Duggan A., Joffe A., *Outcomes of adolescents using levonorgestrel implants vs oral contraceptives or other contraceptive methods, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1995, 149 No. 9

2. Haishan Fu, Darroch J., Haas T., Rajnit N., *Contraceptive Failure Rates: New Estimates From the 1995 National Survey of Family Growth, Family Planning Perspectives*, 1999, 31 (2): 56-63

3. Haishan Fu, op. cit

4. Vol. 104, November 1999

5. Bajos N., Lamarche Vadel A., Gilbert F., Ferrand M., *Contraception at the time of abortion: high risk time or high risk women?*, *Human Reproduction* 2006, Vol. 21, No. 11

6. Bajos N., Leridon H., Goulard H., Oustry P., Job-Spira N., *Contraception: from accessibility to efficiency*, *Human Reproduction*, 2003, Vol. 18, No. 5

7. Kelly J., *Using condoms to prevent transmission of HIV*, A. Grazioli, *Abstinence and fidelity are only fully effective means of prevention*, *BMJ*, 1996, 312 (8 June), s. 1478

8. Moreau C., Bouyer J., Gilbert F., *Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence from France, Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006, 38 (40)

9. Potter L. S., *How Effective Are Contraceptives? The Determination and Measurement of*

*Pregnancy Rates, Obstetrics & Gynecology*, Vol. 88, no 3 (Supplement), September 1996

10. Trussell J., Vaughan B., *Contraceptive Failure, Method-Related Discontinuation and Resumption of Use: Results from the 1995 National Survey of Family Growth, Family Planning Perspectives*, 1999, 31 (2): 64-72 & 93

11. za: Reuters Health 23 Nov 2006

12. J. Trussell, E. Raymond, *Emergency Contraception: A Cost-Effective Approach to Preventing Unintended Pregnancy*, Nov 2006, <http://ec.princeton.edu/references/index.html#pub>

13. Raine T. Et al., *Direct Access to Emergency Contraception Through Pharmacies and Effect on Unintended Pregnancy and STIs*, *JAMA* Vol. 293 No. 1, January 5, 2005

14. Williams A., *The Morning After Pill, Scottish Council of Human Bioethics*, Nov. 2005

15. *UK Abortion Rates Continue to Climb Despite Increasing Emergency Contraception Use*, *LifeSiteNews* Sept. 15, 2006

16. Kirby D., Barth R. P., Fetro J., *Family Planning Perspectives*; 1991; Vol. 23 (6) pp. 253-263

17. Czachorowski M., *Nowy Imperializm*, *Ad Astra* Warszawa 1997, s. 22-23

18. Kirby D., *School based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness*, *Public Health Rep.* 1994, 109, 339-360

19. *BMJ* 2000, 321: 486-489 (19 August)

20. Przypadek ten jest analizowany w literaturze, por. Kirby D., *Emerging Answers*, The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, May 2001; Kirby D., *J. Sch. Health*, 1999 Mar. Vol. 69 (3), pp. 89-94; *West J Med* 2000, 172: 149-151; *American Journal of Public Health*, Vol. 89, Issue 2 182-187

21. Kirby D., *School...*

22. Czachorowski op. cit.

23. Kirby D., *Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy*, *Journal of School Health* 1999 (3: 69)

24. Kirby D., *Reflections...*

25. Khouznam H., *Promotion of sexual abstinence: reducing adolescent sexual activity and pregnancies*, *South Medical Journal*, 1995; Vol. 88 (7), pp. 709-711

26. Genuis S. J., Genuis S. K., *Primary prevention of sexually transmitted disease: applying the ABC strategy*, *Postgraduate Medical Journal*, 2005; 81: 299-301

# Abstynencję zalecają:

Z zaleceń Amerykańskiej Akademii Pediatrii:

„Abstynencja pozostaje głównym środkiem prewencyjnym w wysiłkach mających na celu obniżenie wskaźnika cięż nieletnich, chorób przenoszonych drogą płciową i infekcji HIV. (...) Pediatrzy powinni zachęcać i promować abstynencję seksualną wśród swoich nieletnich pacjentów w każdych nadarzających się okolicznościach. (...) Nieletni powinni być zachęceni do powstrzymywania się od stosunków seksualnych, ponieważ jest to najpewniejszy sposób zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową, łącznie z HIV, oraz zapobiegania ciąży. Nieletnim, którzy już wcześniej byli aktywni seksualnie, powinno wskazywać się korzyści z odkładania na przyszłość dalszych stosunków seksualnych.”<sup>1</sup>

„Abstynencja powinna być propagowana jako najbardziej efektywna strategia zapobiegania HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową jak również niechcianym ciążom. Nastolatkom podejmującym aktywność seksualną wymagają dodatkowego doradztwa”<sup>2</sup>.

Z zaleceń National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion w USA:

„Abstynencja seksualna jest jedynym stuprocentowo skutecznym sposobem zapobiegania HIV i innym chorobom przenoszonym drogą płciową oraz niechcianym ciążom. Poprawne i stałe stosowanie prezerwatywy może zredukować ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV. Jednakże żadne zabezpieczenie nie jest stuprocentowo skuteczne i prezerwatywa nie gwarantuje absolutnej ochrony przed chorobami wenerycznymi ani ciążą”<sup>3</sup>.

Z zaleceń Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses):

„Nieletni powinni otrzymywać pozytywne wsparcie dla odpowiedzialnych zachowań seksualnych **włączając w to abstynencję** i, gdzie jest to odpowiednie, użycie metod kontroli urodzeń”<sup>4</sup>.

Służba medyczna uniwersytetu Yale (Yale University Health Service) zaleca na pierwszym miejscu abstynencję seksualną jako metodę zapobiegania ciążom oraz chorobom wenerycznym. Na stronie tej organizacji czytamy, że abstynencja jest wysoko skuteczną metodą i najlepszą ochroną przeciwko chorobom przenoszonym drogą płciową oraz nieplanowanym ciążom.<sup>5</sup>

## Zalety abstynencji seksualnej

Z badań Heritage Foundation (USA) wynika, że abstynencja seksualna u młodzieży jest skorelowana z szeregiem korzyści. I tak m.in. w porównaniu z nastolatkami aktywnymi seksualnie nastolatki pozostające w abstynencji seksualnej w czasie uczęszczania do szkoły średniej:

- mają prawie dwukrotnie większe szanse ukończenia collegu (15,8% w stosunku do 7,4%)
- o 60% mniejsze prawdopodobieństwo na bycie wydalonym ze szkoły (3,5% w stosunku do 9,9%)
- o 50% mniejsze prawdopodobieństwo na rezygnację z uczęszczania do szkoły (8,6% w stosunku do 21%)

To wyniki badań przeprowadzonych na 14 000 amerykańskich nastolatkach trzykrotnie: w roku 1994, 1995, 2001, by odkryć zależność między aktywnością seksualną a dalszymi wynikami w nauce młodzieży.<sup>6</sup>



Osoby aktywne seksualnie przed zawarciem małżeństwa są o 50% bardziej skłonne do rozwodu w późniejszym życiu niż osoby, które rozpoczynają współżycie po ślubie — wynika z amerykańskich badań<sup>7</sup>.

Z badań opublikowanych w periodyku „Pediatrics” Amerykańskiej Akademii Pediatrii wynika, że aktywni seksualnie chłopcy w wieku między 12 a 16 rokiem życia są 4 razy bardziej skłonni do palenia papierosów i 6 razy bardziej do sięgania po alkohol niż chłopcy, którzy nie przeszli jeszcze inicjacji seksualnej. Wśród dziewczynek w tej grupie wiekowej aktywność seksualna jest skorelowana z 7-krotnie większym ryzykiem sięgnięcia po papierosy, 10-krotnym po marihuanę<sup>8</sup>. Również z badań amerykańskiego Alan Guttmacher Institute wynika korelacja między aktywnością seksualną nastolatków a zwiększonym ryzykiem korzystania z alkoholu, nikotyny i marihuany<sup>9</sup>. Korelację wczesnej inicjacji seksualnej ze zwiększonym ryzykiem niechcianej ciąży, większej ilości partnerów seksualnych w przyszłości, większej skłonności do podejmowania stosunków seksualnych bez zabezpieczenia wykazują badania m. in. następujących badaczy: Finer, Darroch, Singh 1999, Shrier, Emams, Wood, DuRant 1996.

## Nastolatki chcą poczekać

Ogólnonarodowe amerykańskie badania National Campaign to Prevent Teen Pregnancy wykazało, że nastolatki, które rozpoczęły współżycie seksualne w bardzo młodym wieku częściej żałują swojej inicjacji seksualnej niż starsze nastolatki. I tak **83% nastolatków, którzy rozpoczęli współżycie w przedziale wiekowym 12–14 żałuje tego, w porównaniu z 60% z przedziału wiekowego 15–19 lat**<sup>10</sup>. Z badań na amerykańskich nastolatkach wynika, że 67% nastolatków po inicjacji seksualnej przyznaje, że żałuje, iż nie czekało dłużej z rozpoczęciem współżycia<sup>11</sup>. Podobne wnioski wynikają z badania Kaiser Family Foundation (USA): 49% nastolatków żałuje, że nie poczekali z inicjacją seksualną aż będą starsi, 92% nastolatków uważa za właściwe niepodejmowanie aktywności seksualnej w szkole średniej<sup>12</sup>.

## Společne poparcie dla programów abstynenckich w USA

**94% proc. dorosłych i 92% nastolatków uważa, że istotnym jest, aby**

**młodzież otrzymywała jasny przekaz, że nie powinno się rozpoczynać współżycia przynajmniej do czasu zakończenia szkoły średniej**<sup>13</sup>.

Z badań instytutu Harrisa (przeprowadzonych na 1961 osobach w grudniu 2005 roku) wynika, że większość młodych w wieku 18 do 29 lat uważa, że programy abstynenckie są skutecznym podejściem w edukacji seksualnej. 56% młodych ludzi w wieku 18–24 lata oraz 60% w wieku 25–29 lat uważa, że abstynecja jest skutecznym podejściem w zapobieganiu HIV/AIDS. Zaś 49% młodych w wieku 18–24 oraz 52% w wieku 25–29 lat uważa, że programy abstynenckie pomagają w zapobieganiu niechcianym ciążom. Podobne wyniki badań (nad oceną skuteczności programu abstynenckiego For Keeps przeprowadzoną przez Ohio’s Case Western Reserve University) przytacza „The Washington Times” (22 January 2006)<sup>14</sup>.

Komitet Reform Rządowych amerykańskiej Izby Reprezentantów przytacza badania opinii publicznej z 2004 r., z których wynika, że ponad 90 proc. Amerykanów uważa, że nastolatki powinny otrzymywać silny abstynencki przekaz, aby nie podejmowały aktywności seksualnej przynajmniej do czasu ukończenia szkoły średniej. Niemal 80 proc. rodziców uważa, że nastolatki powinny być uczzone opóźniania inicjacji seksualnej do czasu zawarcia małżeństwa lub do czasu wstąpienia w dojrzały związek prowadzący do małżeństwa. Ponad 60% nastolatków uważa, że nauczanie wartości jest równie ważne jak przekazywanie informacji nt. zachowań seksualnych i metod uniknięcia niepożądanego ciąży<sup>15</sup>.

Z badań międzynarodowego instytutu badania opinii publicznej Zogby wynika, że 96 proc. amerykańskich rodziców uważa, że lekcje edukacji seksualnej powinny nauczać abstynencji seksualnej jako najlepszej drogi dla nastolatków. Jedynie 7 proc. rodziców popiera edukację pozwalającą uczniom na aktywność seksualną, jeśli tylko używają prezerwatyw<sup>16</sup>.

## Młodzi niezadowoleni z edukacji seksualnej typu B lub C

Prawie trzy czwarte młodych osób ze Szkocji stwierdziło, że nie są usatysfakcjonowani prowadzoną w szkole edukacją seksualną. Dziennik „Daily Record” zamówił przeprowadzenie ankiety na temat szeroko rozumianej seksualności

młodzieży kończącej szkoły i problematyki z nią związanej. Badania przeprowadzono wśród osób w wieku 18–24 lata. W sondażu wzięło udział 62% populacji w tej grupie wiekowej. Wyniki badań ujawniły, że **75% badanych nie jest zadowolonych ze sposobu edukacji seksualnej prowadzonej w szkołach**. Zaledwie 14% respondentów stwierdziło, że w jakimś stopniu przygotowują one do rzeczywistych problemów, które napotyka się w życiu. Wiele dziewcząt przyznało, że zdecydowało się na inicjację seksualną pod wpływem subtelnej presji — jeśli to zrobią, będą należały do tej grupy, która pewne rzeczy ma już za sobą. Na lekcjach zachęcano do stosowania antykoncepcji, ale proponowane środki wielu młodym nie odpowiadały. Nastolatki, które zostały matkami wspominały, że w ich przypadku edukacja seksualna była bardzo powierzchowna, bez odniesienia do wieku i bez odniesień do odpowiedzialności za pojęte decyzje<sup>17</sup>.

## Współpraca rodziców

Profesorowie Jonathan Klick i Thomas Stratmann z George Mason University w USA opublikowali badania w **The Journal of Law Economics and Organization**, z których wynika, że **na ograniczenie ryzykownych zachowań seksualnych wśród młodzieży pozytywny wpływ posiada ustawodawstwo wymagające zgody rodziców przy aborcji dokonywanej przez nieletnich. Zaobserwowano, że w stanach, w których obowiązuje takie prawo, współczynnik zapadalności na rzeźączkę wśród nieletnich jest o 12–20% niższy** (w zależności od grupy społecznej)<sup>18</sup>. Z kolei badacze z Teksasu stwierdzili w periodyku „Behavioral Medicine”, że udział rodziców w programach seksedukacji wpływa pozytywnie na ograniczanie ciąż wśród nieletnich oraz prewencję HIV/AIDS<sup>19</sup>.

## Przysięgi abstynenckie składane przez młodzież

Przysięgi abstynenckie (virginity pledges) są popularne wśród amerykańskich nastolatków. Mówi się o ponad milionie młodych ludzi, którzy je złożyli. W USA działają liczne organizacje, głównie o charakterze kościelnym, promujące tego typu zachowania.

Amerykańskie badania wykazują, że wśród dziewcząt, które podjęły przysięgę abstynencką 14% rodzi dziecko poza związkiem małżeńskim. W grupie kontrolnej dziewcząt, które nie podjęły takiej przysięgi 29% urodziło dziecko poza małżeństwem.<sup>20</sup>

Z kolejnych badań wynika, że **dziewczeta, które złożyły przysięgę abstynencką:**

- **rzadziej zachodzą w ciążę** przed 18 rokiem życia (6,5% w stosunku do 9,7% w grupie kontrolnej)

- **rzadziej podejmują aktywność seksualną** przed ukończeniem szkoły średniej (39% w stosunku do 63% w grupie kontrolnej)

- **rzadziej podejmują ryzykowne zachowania seksualne** i rzadziej odbywają stosunki bez zabezpieczenia

- **mają mniej partnerów seksualnych**<sup>21</sup>.

Nastolatki, które składają przysięgę abstynencką o 25% rzadziej zapadają na choroby przenoszone drogą płciową w porównaniu do nastolatków, którzy jej nie składają a pochodzą z identycznych pod względem socjoekonomicznym środowisk<sup>22</sup>. Inne badania wykazały, że składanie prywatnej przysięgi opóźnienia podjęcia współżycia seksualnego znacznie obniża ryzyko podjęcia pełnego współżycia o okres jednego roku, nawet po uwzględnieniu istotnych demograficznych i psychospołecznych zmiennych wynika, że nastolatki, które składa-

ją przysięgi abstynenckie średnio po półtora roku później rozpoczynają współżycie seksualne<sup>23</sup>. Podobne wyniki uzyskał Bearman w r. 2001<sup>24</sup>.

*Stanisław Kowalski*

1. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence, *Sexuality Education for Children and Adolescents*, *Pediatrics* Vol. 108 No. 2 August 2001
2. American Academy of Pediatrics, *Condom use by adolescents*, *Pediatrics*, Vol. 107, No. 6 June 2001
3. www.cdc.gov/HealthyYouth/sexualbehaviors/
4. Zwane I., Mngadi P., Nxumalo M., *Adolescent's views on decision-making regarding risky sexual behaviour*, *International Nursing Review*, International Council of Nurses 2004, 51, 15-22
5. www.yale.edu/uhs/med\_services/health\_ed/contraception.htm
6. Rector R., Johnson K., *Teenage Abstinence and Academic Achievement*, Heritage Foundation, 27 Oct 2005
7. Kahn J., London K., *Premarital Sex and the Risk of Divorce*, *Journal of Marriage and the Family*, Nov 1991
8. Orr D., Beiter M., Ingersoll G., *Premature Sexual Activity as an Indicator of Psychosocial Risk*, *Pediatrics* Vol. 87, No. 2 Feb 1, 1991
9. Alan Guttmacher Institute, *Sex and America's Teenagers* June 1994
10. Manlove J., Papillio A., Ikramullah E., *Not Yet: Programs to Delay First Sex among Teens*, *National Campaign to Prevent Teen Pregnancy*, Sept. 2004
11. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, *American Opinion on Teen Pregnancy and Related Issues* 2003

12. Kaiser Family Foundation, *SexSmarts Survey: Virginity and the First Time*, Oct. 2003
13. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, op.cit.
14. LifeSiteNews Jan. 24, 2006
15. US House of Representatives, Committee on Government Reform, *Abstinence and its Critics*, Oct. 2006
16. Zogby International for Focus on the Family, *Survey on Parental Opinions of Character – or Relationship-Based Abstinence Education versus Comprehensive Sex Education*, Jan. 2004
17. *Daily Record* – 19.09.2006 r.
18. LifeSiteNews Sept 28, 2006
19. Lederman R., Chan W., Roberts-Gray C., *Sexual Risk Attitudes and Intentions of Youth Aged 12-14 Years: Survey Comparison of Parent-Teen Prevention and Control Group*, *Behavioral Medicine*, Vol. 29, Winter 2004
20. Johnson K., *Adolescents Who Take Virginity Pledges Have Lower Rates of Out-of-Wedlock Births*, Heritage Foundation, 30 March 2004
21. Rector R., Johnson K., Marshall J., *Teens Who Make Virginity Pledges Have Substantially Improved Life Outcomes*, Heritage Foundation, Sept. 21 2004
22. Rector R., Johnson K., *Virginity Pledgers Have Lower STD Rates and Engage in Fewer Risky Sexual Behaviors*, Heritage Foundation, June 14, 2005
23. Bersamin H., et al., *Promising to wait: virginity pledges and adolescent sexual behaviour*, *Journal of Adolescent Health* 36 (2005) 428-436
24. Bearman P., Bruckner H., *Promising the Future: Virginity Pledges as They Affect the Transition to First Intercourse*, *American Journal of Sociology* Jan. 2001

## Abstynencja seksualna i wierność to jedyne skuteczne metody zapobiegania HIV/AIDS

### Nieskuteczność prezerwatyw w prewencji HIV/AIDS

Prezerwatywa nie zapewnia 100 proc. ochrony przed HIV z tych samych powodów, dla których nie zapewnia 100 proc. ochrony przed zajściem w ciążę. Odsetek kobiet, które zachodzą w ciążę w ciągu roku podczas stosowania prezerwatywy wg różnych źródeł wynosi: 14 (FDA 1997), 16 (Guttmacher Institute 2000). Family Planning Perspective (1999) zawadność antykoncepcyjną prezerwatyw w grupie ubogich dziewcząt żyjących w konkubinacie określa nawet na 71,7

(jako liczbę niezaplanowanych ciąży u 100 kobiet stosujących prezerwatywę w ciągu roku). W BMJ opisano badania, wykazujące, że 52% osób badanych zdarzyło się pęknięcie lub ześlizgnięcie prezerwatywy w ciągu ostatnich 3 miesięcy<sup>1</sup>.

Skuteczność prezerwatyw w prewencji HIV/AIDS wynosi od 60 do 90 proc. (Pinkerton, Abramson 1997)<sup>2</sup>. Według innych badaczy, jest ona szacowana „na 86,6 proc., jednak prawdziwa efektywność może być tak niska jak 60 proc. lub tak wysoka jak 95,8 proc.” (Davis, Weller Family Planning Perspectives 1999).

Amerykański urząd FDA, wyraźnie stwierdza: „Prezerwatywy nie czynią sek-

su 100 proc. bezpiecznym, chociaż jeśli są prawidłowo stosowane, mogą zredukować ryzyko chorób przenoszonych drogą płciową, włączając w to AIDS” (FDA, Levine, 1990<sup>3</sup>). Jest to zgodne z większością przytaczanych opinii osób i organizacji zajmujących się tym problemem, a także z danymi epidemiologicznymi.

### Promowanie prezerwatywy daje fałszywe poczucie bezpieczeństwa

Dlatego autorzy tak prestiżowych medycznych pism jak m.in. „Lancet” podają:

„Intensywna polityka promowania prezerwatyw może przyczynić się do wzrostu a nie spadku ryzyka związanego z podejmowaniem stosunków seksualnych bez zabezpieczenia, gdyż ma niezamierzony efekt zachęcania do większej aktywności seksualnej” (Richens, Imrie, Copas 2000, *Lancet*)<sup>4</sup>.

Autorzy pisma JAMA stwierdzają: „zachęcanie do stosowania prezerwatyw może w niektórych okolicznościach okazać się nawet szkodliwe, szczególnie gdy daje fałszywe poczucie bezpieczeństwa w sytuacjach dużego ryzyka zakażenia, takich jak w przypadku par, w których jeden z partnerów jest zakażony HIV” (Hearst, Hulley 1988)<sup>5</sup>.

W 1996 r. w *BMJ (British Medical Journal)* opisano, że na VIII Światowym Kongresie Seksuologii w Heidelbergu (Niemcy) w 1987 r. około 800 uczestników poproszono o wskazanie przez podniesienie ręki, czy zdecydowałiby się na kontakt seksualny z osobą HIV pozytywną używając jako jedynej ochrony prezerwatyw. Jedna osoba podniosła rękę — dziennikarz, który powiedział, że zrobiłby to także bez prezerwatywy. Na X kongresie w Amsterdamie w 1991 r. to samo pytanie padło na warsztatach dotyczących edukacji seksualnej. Nikt z 60 obecnych profesjonalistów nie podniósł ręki.

Abstynencja najskuteczniejszą formą zapobiegania zakażeniu HIV przenoszonemu drogą płciową

Większość autorów publikacji na ten temat jest zgodna, że jedynymi metodami zapewniającymi 100 proc. skuteczność w prewencji zakażenia HIV są abstynencja seksualna oraz oparte na wzajemnej wierności kontakty seksualne z osobą niezakażoną (m.in. AMA, FDA). WHO podaje: „Abstynencja jest najbezpieczniejszą, najskuteczniejszą formą zapobiegania zakażeniu HIV przenoszonemu drogą płciową” („Fact Sheet on HIV/AIDS for nurses and midwives”)<sup>6</sup>.

## Sukces Ugandy: 70-procentowa redukcja epidemii HIV

Stanowisko naukowców potwierdza rzeczywistość. Prof. Farzin Davachi, lekarz amerykański, specjalista ds. HIV/AIDS, pracował w Ugandzie: „W 1989 zostałem zaproszony na konsultację z rządem. Wówczas Uganda była epicentrum AIDS na świecie. 38 proc. dziewcząt od 15 do 18 lat było zakażonych. (...) Doradziłem więc, by w szkołach w całym kraju rozpoczęto kampanię edukacyjną na rzecz abstynencji i wierności małżeńskiej. WHO doniosła w 1999, że stopień zakażenia wirusem HIV wśród dziewcząt od 15 do 18 lat zmniejszył się do 7,3 procent. To spadek o 80 procent! Takich wyników nie notujemy nigdzie indziej na świecie”<sup>7</sup>.

Te dane potwierdzają najnowsze doniesienia naukowców z Uniwersytetu Cambridge zajmujących się problemem AIDS w Ugandzie<sup>8</sup>, którzy stwierdzili, że w Ugandzie nastąpił 70% spadek w epidemii HIV, połączony z 60-procentową redukcją przypadkowych kontaktów seksualnych. W innych krajach afrykańskich mimo podobnego stopnia powszechności prezerwatyw oraz podobnego podejścia biomedycznego nie uzyskano obniżenia zapadalności na HIV na taką skalę. Stoneburner i Low-Beer stwierdzają, że podejście do epidemii HIV/AIDS, jakie zastosowano w Ugandzie jest równie efektywne jak szczepionka o 80-procentowej skuteczności.

Kanadyjscy naukowcy w periodyku „Postgraduate Medical Journal”<sup>9</sup> następująco opisują sytuację w Ugandzie:

„W celu uporania się z kryzysową sytuacją związaną z występowaniem HIV, w ciągu ostatniej dekady w Ugandzie wdrożono kampanię medialną, która kładła silny nacisk na «zmianę w zachowaniach» u ogółu populacji oraz umożliwieniu kobietom dokonywania zdrowych wyborów seksualnych. W związku z tym programem zanotowano następujące zmiany: w jednym z okręgów Ugandy wskaźnik osób w wieku 13–16 lat aktywnych seksualnie spadł z blisko 60% w 1994 r. do poniżej 5% w 2001 r.; mniej niż 10% niezamężnych kobiet w Ugandzie we wszystkich grupach wiekowych zadeklarowało współżycie z wieloma partnerami (stan ten różni się znacznie od sytuacji w innych krajach afrykańskich jak Kenia czy Malawi, gdzie odsetek ten wynosi 20%-65% kobiet); wzrost wskaźnik osób deklaruujących korzystanie z zabezpieczeń barierowych w sto-

sunkach z przygodnymi partnerami. Mniej więcej w tym samym okresie wskaźnik występowania HIV zmalał z notowanych 30% w 1992 r. do około 5% w 2001 r. Gołym okiem widać, jakie następstwa dla zdrowia publicznego mogłyby wyniknąć z powielenia w innych krajach rezultatów uzyskanych w Ugandzie.

**Zanotowano, że główny czynnik odpowiedzialny za wyraźne obniżenie wskaźnika HIV w Ugandzie stanowiła «zmiana w zachowaniach odmienna od stosowania prezerwatywy».**

Choć korzystanie z zabezpieczenia barierowego przy stosunkach z przygodnymi partnerami wzrosło w ciągu ostatnich pięciu lat, odsetek kobiet, które kiedykolwiek współżyły z mężczyznami używającymi prezerwatywy pozostał niski (16% z 2000 badanych kobiet), zaś badania przeprowadzone na całej populacji jednego z okręgów wykazały, że jedynie 4,4% deklaruowało konsekwentne korzystanie z prezerwatyw”.

Inny badacz<sup>10</sup> stwierdza: „Trzy artykuły opublikowane w 2004 r. w *British Medical Journal*, które w zapobieganiu szerzeniu się HIV kładą nacisk na redukcję liczby partnerów, ponownie zwróciły uwagę opinii na znaczenie wierności seksualnej. Wdrożona w Ugandzie polityka promująca wierne, monogamiczne związki („zero grazing”) przyniosła znaczące rezultaty. Odsetek mężczyzn współżyjących z jedną lub więcej przygodną partnerką w roku poprzedzającym badanie spadł z 35% w 1989 r. do 15% w 1995, zaś wśród kobiet zanotowano spadek odpowiednio z 16% do 6%. W swojej publikacji Shelton et al. stwierdza, że chociaż nie można dowieść bezpośredniego związku pomiędzy kampanią «zero grazing» a jednoczesnym spadkiem występowania HIV, «wydaje się prawdopodobnym, że miała ona decydujący wpływ na sukces odniesiony w Ugandzie». Zmniejszenie liczby partnerów zanotowano również we wszystkich innych przypadkach na świecie, gdzie nastąpiła skuteczna redukcja występowania HIV”.

Naukowcy z Harvard School of Public Health: Green, Halperin, Natulya i Hogle<sup>11</sup> stwierdzili:

„Przyczyny drastycznego spadku liczby zarażonych wirusem HIV w Ugandzie, czyli pierwszego i najbardziej spektakularnego sukcesu w prewencji AIDS, budzą ogromne zainteresowanie. Zarów-



no przeprowadzone badania, jak i inne dane sugerują, że **zmianą zachowania najczęściej kojarzoną z redukcją występowania HIV jest spadek częstotliwości współżycia z wieloma partnerami**. Wydaje się, że programy mające na celu wywołanie zmian zachowania, w szczególności promujące wierność

i zmniejszenie liczby partnerów (tzw. »zero grazing«), w większości opracowane przed rząd Ugandy oraz lokalne organizacje pozarządowe, m.in. grupy wierzni, organizacje kobiece, grupy nosiciele wirusa HIV (people-living-with-AIDS) i inne grupy zrzeszające członków lokalnych społeczności, przyczyniły się w po-

czątkowym okresie do redukcji współżycia z przygodnymi lub z wieloma partnerami oraz występowania HIV. Razem z innymi czynnikami, takimi jak używanie prezerwatyw, programy te przyczyniły się również później do ostrego spadku występowania HIV”.

oprac. Redakcja

## Apel 150 naukowców świata

Jedno z najpoważniejszych pism medycznych świata *Lancet* opublikowało w grudniu 2004 r. apel 150 naukowców z całego świata, którzy jednoznacznie pokazują skuteczne metody prewencji HIV/AIDS. W apelu czytamy:

**„W przypadku ludzi młodych, którzy nie rozpoczęli jeszcze aktywności płciowej, priorytetem powinno być zachęcanie do wstrzemięźliwości lub opóźnienia inicjacji seksualnej i w ten sposób podkreślanie unikania ryzyka jako najlepszego sposobu zapobiegania HIV i innym infekcjom przenoszonym**

**drogą płciową, jak również niechcianym ciążom. Po inicjacji seksualnej, powrót do abstynencji lub wzajemna wierność niezarażonych partnerów są najskuteczniejszymi sposobami na uniknięcie zarażenia. (...) W przypadku dorosłych aktywnych seksualnie jako priorytet powinno się traktować zachęcanie do wzajemnej wierności między niezarażonymi partnerami jako najpewniejszego sposobu na zapobieganie zarażeniu HIV”.**

Stosowanie prezerwatywy autorzy apelu polecają praktycznie wyłącznie ludziom z grupy wysokiego ryzyka: „W przypadku ludzi wystawionych na wysokie ryzyko zarażenia wi-

rusem HIV (tj. zajmujących się usługami seksualnymi, utrzymujących kontakty seksualne z wieloma partnerami, stosunki analne z partnerami należącymi do grupy wysokiego ryzyka, czy stosunki z osobą zarażoną albo prawdopodobnie zarażoną HIV lub inną chorobą przenoszoną drogą płciową), najważniejsze jest promować prawidłowe i konsekwentne stosowanie prezerwatyw, połączone z innymi metodami, jak unikanie zachowań i partnerów wzmożonego ryzyka”. Autorzy zwracają się z ogólnosiątkowym apelem: **„Pragniemy zakończenia polaryzujących debat i wzywamy społeczność międzynarodową, by zjednoczyła się w globalnym, opartym na dowodach sposobie podejścia do zapobiegania HIV, w celu spowolnienia tempa rozprzestrzeniania się wirusa drogą płciową”.**

1. J. Kelly, *Using condoms to prevent transmission of HIV*, A. Grazioli, *Abstinence and fidelity are only fully effective means of prevention*, *BMJ*, 1996, 312 (8 June), s. 1478
2. S. D. Pinkerton, P. R. Abramson, *Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission*, *Soc Sci Med*, May 1997, 44/9, s. 1303-1312
3. J. Levine, *Latex Condoms Lessen Risk of STDs*, US Food and Drug Administration, September 1990.
4. Richens J., Imrie J., Copas A., *Condoms and seat belts: the parallels and the lessons*, *Lancet* 2000, 355 (9201), 400-403.
5. N. Hearst, S. B. Hulley, *Preventing the*

6. *Heterosexual Spread of AIDS, Are We Giving Our Patients the Best Advice?*, *JAMA (Journal of the American Medical Association)* 259/16 1988, s. 2428-32
7. *Fact Sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives, Fact Sheet 12 - Strategies for prevention of HIV*, WHO, [http://www.who.int/HIV\\_AIDS/Nursesmidwivesfs/factsheet-12/index.html](http://www.who.int/HIV_AIDS/Nursesmidwivesfs/factsheet-12/index.html)
8. *Rzeczpospolita* 2001.09.07
9. Stoneburner RL, Low-Beer D., *Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda*, *Science* 2004 Apr 30;304(5671):714-8
10. Genuis S.J., Genuis S.K., *Primary*

11. Green E.C., Halperin D.T., Natulya V., i Hogle J.A., *Uganda's HIV prevention success: the role of sexual behavior change and the national response*, *AIDS and Behavior*, 2006 Jul;10(4):335-46
12. *The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV*, *Lancet*, vol. 364 No. 27 2004 [apel podpisany przez 150 naukowców z całego świata]

## O skuteczności metod planowania rodziny

W literaturze medycznej istnieje duża rozbieżność co do skuteczności metod i środków planowania rodziny. Z tego względu zdecydowaliśmy się na przytoczenie wykresu wskaźnika zawodności (Pearla) podanego w „Ginekologii praktycznej” wydanej przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich (w 1994 r.) pod redakcją W. Psychrembel, G. Straussa, E. Petriego, który przedstawia uśrednione wartości z piśmiennictwa fachowego. Z wykresu wynika, że wbrew obiegowym opiniom nie ma stuprocentowo skutecznej metody antykoncepcyjnej oraz że ekologiczne metody naturalne: metoda termicz-

na i objawowo-termiczna są wysoko skuteczne. Dodać należy, że naturalna metoda: metoda objawowa (metoda Billingsów) jest też wysoce skuteczna: posiada wskaźnik efektywności 98,8% (Wilson M., *The family planning method of the future*, *BMJ*, Vol. 307, 20 1993). Metoda owulacji Billingsa i metoda objawowo-termiczna — mają 95–98% skuteczności — wynika z najnowszych doniesień naukowych (Germano E., et. al., *New Approaches to Fertility Awareness-Based Methods: Incorporating the Standard Days and TwoDays Methods into Practice*, *Journal of Midwifery and Women's Health* 2006, Vol. 51, No. 6).



# Aktualnie obowiązujące podstawy programowe zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie”

(wg rozporządzenia z dnia 26 lutego 2002 r. Dz. U. nr 51)

Obecne kierownictwo Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, zgodnie z przewyborczymi deklaracjami SLD, od początku kadencji usiłuje wprowadzić do szkół edukację seksualną. Próby zastąpienia treści prorodzinnych (dobrych, sprawdzonych i skutecznych — pozytywne skutki zajęć „Wychowania do życia w rodzinie” opisano na str. 23-24) liberalną i permissywną edukacją seksualną w podstawie programowej kształcenia ogólnego zostały w znacznym stopniu udaremnione dzięki zdecydowanym reakcjom wybitnych specjalistów i prawników parlamentarzyistów. Do protestów włączyły się również liczne organizacje i stowarzyszenia prorodzinne oraz wiele indywidualnych osób. Poniżej podajemy obecnie obowiązujące podstawy programowe „Wychowania do życia w rodzinie” w naszym kraju. \*

## 1. Wychowanie do życia w rodzinie (szkoła podstawowa)

### Cele edukacyjne

Celem wychowania do życia w rodzinie jest ukazywanie wartości rodziny w życiu osobistym człowieka oraz pomoc w przygotowaniu się do zrozumienia i akceptacji przemian okresu dojrzewania.

### Zadania szkoły

1. Integrowanie wychowawczych działań szkoły i rodziny.
2. Wzmacnianie prawidłowych relacji dziecka z rodziną.
3. Współpraca z rodzicami w przygotowaniu uczniów do okresu dojrzewania i pozytywnego przyjęcia przejawów związanych z rozwojem fizycznym i psychicznym dziecka.
4. Pomoc w kształtowaniu pozytywnego stosunku do płciowości.
5. Wspieranie prawidłowego rozwoju emocjonalnego i społecznego, w tym koleżeństwa i przyjaźni.

### Treści nauczania

1. Podstawowe funkcje rodziny z podkreśleniem miejsca dziecka w rodzinie.
2. Przekaz wartości i tradycji w rodzinie, wspólne świętowanie, spędzanie wolnego czasu.
3. Więź rodzinna, związki uczuciowe i inne relacje w rodzinie; konflikty i ich rozwiązywanie.

4. Macierzyństwo i ojcostwo. Podstawowa wiedza dotycząca budowy i funkcjonowania układu rozrodczego człowieka.

5. Ciąża, rozwój płodu, poród, przyjęcie dziecka jako nowego członka rodziny.

6. Różnice i podobieństwa między chłopcami i dziewczętami. Identyfikacja z własną płcią. Akceptacja i szacunek dla ciała.

7. Zmiany fizyczne i psychiczne okresu dojrzewania. Zróżnicowane, indywidualne tempo rozwoju.

8. Higiena okresu dojrzewania.

9. Prawo człowieka do intymności i ochrona tego prawa; postawy asertywne.

10. Istota koleżeństwa i przyjaźni, wzajemny szacunek, udzielanie sobie pomocy, współpraca, empatia.

11. Mass media — zasady i kryteria wyboru czasopism, książek, filmów i programów telewizyjnych.

12. Odpowiedzialność za własny rozwój. Samowychowanie.

### Osiągnięcia

1. Prawidłowe komunikowanie, rozwiązywanie konfliktów; empatia.
2. Dostrzeganie potrzeb własnych i innych ludzi; wyrażanie uczuć, asertywność.
3. Rozpoznawanie i rozumienie psychofizycznych przejawów dojrzewania.
4. Akceptowanie i poszanowanie własnego ciała.
5. Aktywny udział w życiu rodziny.
6. Umiejętne korzystanie z mass mediów.

## Wychowanie do życia w rodzinie (gimnazjum)

### Cele edukacyjne

1. Przyjęcie integralnej wizji osoby; wybór i urzeczywistnianie wartości służących osobowemu rozwojowi.
2. Rozwiązywanie problemów i pokonywanie trudności okresu dorastania.

### Zadania szkoły

1. Stymulowanie procesu samowychowania.
2. Współpraca z rodzicami w zakresie prawidłowych relacji między nimi a dzieckiem.
3. Pomoc we właściwym przeżywaniu okresu dojrzewania.
4. Wzmacnianie procesu identyfikacji z własną płcią.

5. Wspieranie rozwoju moralnego i kształtowania hierarchii wartości.

6. Promowanie integralnej wizji seksualności człowieka; ukazanie jedności pomiędzy aktywnością seksualną a miłością i odpowiedzialnością.

7. Tworzenie klimatu dla koleżeństwa, przyjaźni oraz szacunku dla człowieka.

8. Pomoc w poszukiwaniu odpowiedzi na podstawowe pytania egzystencjalne.

9. Informowanie o możliwościach pomocy — system poradnictwa dla dzieci i młodzieży.

### Treści nauczania

1. Rozwój człowieka: faza prenatalna, narodziny, faza niemowlęca, wczesnodziecięca, przedpokwitaniowa, dojrzewania, młodości, wieku średniego, wieku późnego. Życie jako fundamentalna wartość.

2. Budowa prawidłowych relacji z rodzicami. Konflikt pokoleń; przyczyny i sposoby rozwiązywania konfliktów. Odpowiedzialność wszystkich za atmosferę panującą w rodzinie. Rodzina niepełna.

3. Rola autorytetów w życiu człowieka.

4. Relacje międzyosobowe i ich znaczenie. Przyjaźń, zakochanie, miłość; pierwsze fascynacje, miłość platoniczna, miłość młodzieńcza, miłość dojrzała.

5. Zachowania asertywne.

6. Podstawowe informacje o rozwoju seksualnym człowieka: tożsamość płciowa — kobiecość i męskość.

7. Dojrzewanie. Rozumienie i akceptacja kryteriów dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej.

8. Problemy i trudności okresu dojrzewania (np. napięcia seksualne, masturbacja), sposoby radzenia sobie z nimi, pomoc w rozeznaniu sytuacji wymagających porady lekarza lub innych specjalistów.

9. Różnice w rozwoju psychoseksualnym dziewcząt i chłopców; postawy i wzajemne oczekiwania.

10. Zagrożenia okresu dojrzewania: presja seksualna, uzależnienia, pornografia.

11. Główne funkcje płciowości: wyrażanie miłości, budowanie więzi i rodzicielstwo.

12. Inicjacja seksualna; związek pomiędzy aktywnością seksualną a miłością i odpowiedzialnością; dysfunkcje związane z przedmiotowym traktowaniem człowieka w dziedzinie seksualnej. Ryzyko związane z wczesną inicjacją.

13. Kształtowanie i akceptacja tożsamości płciowej. Możliwości pomocy w pokonywaniu trudności związanych z tożsamością płciową.

14. Płodność wspólną sprawą kobiety i mężczyzny.

15. Planowanie rodziny. Metody rozpoznawania płodności. Antykoncepcja. Aspekt zdrowotny, psychologiczny i etyczny.

16. Infekcje przenoszone drogą płciową. AIDS: drogi przenoszenia zakażenia, profilaktyka, aspekt społeczny.

17. Wartości związane z seksualnością człowieka: męskość, kobiecość, miłość, małżeństwo, rodzicielstwo. Znaczenie odpowiedzialności w przeżywaniu własnej płciowości oraz budowaniu trwałych i szczęśliwych więzi.

18. Wpływ sposobu spędzania wolnego czasu (w tym korzystania ze środków masowego przekazu) na człowieka.

### Osiągnięcia

1. Znajomość organizmu ludzkiego i zachodzących w nim zmian oraz akceptacja własnej płciowości.

2. Poznawanie, analizowanie i wyrażanie uczuć.

3. Kierowanie własnym rozwojem, podejmowanie wysiłku samowychowawczego.

4. Przyjęcie integralnej wizji ludzkiej seksualności.

5. Umiejętność obrony własnej intymności i nietykalności seksualnej oraz szacunek dla ciała innej osoby.

6. Korzystanie ze środków przekazu w sposób selektywny, umożliwiający obronę przed ich destrukcyjnym oddziaływaniem.

7. Wnoszenie pozytywnego wkładu w życie swojej rodziny.

8. Okazywanie szacunku innym ludziom, docenianie ich wysiłku i pracy, przyjęcie postawy szacunku wobec siebie.

9. Umiejętność korzystania z systemu poradnictwa dla dzieci i młodzieży.

### Wychowanie do życia w rodzinie (szkoła ponadgimnazjalna)

#### Cele edukacyjne

1. Rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów związanych z okresem dojrzewania, dorastania i wyborem drogi życiowej.

2. Pogłębianie wiedzy związanej z funkcjami rodziny, miłością, przyjaźnią, pełnieniem ról małżeńskich i rodzicielskich, seksualnością człowieka i prokreacją.

3. Przyjęcie pozytywnej postawy wobec życia ludzkiego, osób niepełnosprawnych i chorych.

4. Kształtowanie postaw prozdrowotnych, prospołecznych i prorodzinnych.

5. Uzyskanie przez uczniów lepszego rozumienia siebie i najbliższego otoczenia.

#### Zadania szkoły

1. Wspieranie wychowawczej roli rodziny. Integrowanie działań szkoły i rodziców.

2. Pomoc w kształtowaniu pozytywnego stosunku do płciowości. Odniesienie płciowości do wartości i pojęć takich jak: poszanowanie życia, miłość, małżeństwo, rodzina, przyjaźń, akceptacja i szacunek w relacjach międzyludzkich.

3. Pomoc w osiąganiu dojrzałości psychoseksualnej.

4. Uświadomienie roli rodziny w życiu człowieka. Promowanie trwałych związków, których podstawą jest więź emocjonalna, efektywne sposoby komunikowania się, wzajemne zrozumienie.

5. Przekazywanie rzetelnej, dostosowanej do poziomu rozwoju ucznia, wiedzy na temat zmian biologicznych, psychicznych i społecznych w różnych fazach rozwoju człowieka.

### Treści nauczania

1. Tożsamość i wielowymiarowość człowieka. Poczucie sensu życia.

2. Komunikacja interpersonalna, asertywność, techniki negocjacji, empatia.

3. Tolerancja wobec odmienności kulturowych, etnicznych, religijnych, seksualnych.

4. Rozwój psychoseksualny człowieka w kolejnych fazach życia.

5. Dojrzewanie: rozumienie i akceptacja kryteriów dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej. Problemy okresu dojrzewania i sposoby radzenia sobie z nimi.

6. Wartości i pojęcia związane z płciowością człowieka: męskość, kobiecość, miłość, rodzina, rodzicielstwo. Znaczenie odpowiedzialności w przeżywaniu własnej płciowości i budowaniu emocjonalnych więzi. Role kobiet i mężczyzn a panujące stereotypy.

7. Inicjacja seksualna, jej uwarunkowania i następstwa. Argumenty biomedyczne, psychologiczne i moralne za opóźnieniem wieku inicjacji seksualnej.

8. Istota seksualności człowieka i jej aspekty. Integracja seksualna.

9. Komplementarność płci — wzajemne dopełnianie się płci w sferach fizycznej, psychicznej, emocjonalnej i społecznej. Rozumienie, akceptacja i szacunek dla osób płci odmiennej.

10. Istota, rodzaje i etapy rozwoju miłości. Różnice w przeżywaniu miłości.

11. Metody rozpoznawania płodności.

12. Metody i środki antykoncepcji. Sposoby ich działania i zasady doboru.

13. Choroby przenoszone drogą płciową i zapobieganie im. AIDS: profilaktyka, aspekt społeczny i etyczny, chory na AIDS w rodzinie.

14. Trudności w osiąganiu tożsamości płciowej, możliwości pomocy.

15. Normy zachowań seksualnych. Przemoc i przestępstwa seksualne; możliwości zapobiegania, sposoby obrony. Informacja o ośrodkach pomocy psychologicznej, medycznej i prawnej.

16. Przygotowanie do małżeństwa. Problemy wierności, zaufania i dialogu.

17. Małżeństwo — jego fazy; trudności i konflikty oraz sposoby ich rozwiązywania; wartość małżeństwa. Macierzyństwo i ojco-

stwo. Przygotowanie do ról rodzicielskich. Adopcja. Bezdzielnosc.

18. Przebieg i higiena ciąży. Rozwój prenatalny dziecka. Szkoła rodzenia, poród i naturalne karmienie. Rola rodziców w okresie oczekiwania na narodziny dziecka, w czasie porodu i po narodzinach.

19. Funkcje rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem wychowania dzieci w rodzinie. Znaczenie prawidłowych postaw rodzicielskich dla rozwoju dziecka. Samotne rodzicielstwo.

20. Nieplanowana ciąża; sposoby szukania pomocy w sytuacjach trudnych.

21. Aborcja jako zagrożenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego — aspekty: prawny, medyczny i etyczny.

22. Konflikty w rodzinie i ich przyczyny. Sposoby rozwiązywania konfliktów.

23. Przemoc w rodzinie. Wykorzystywanie seksualne. Profilaktyka. Możliwości uzyskiwania pomocy.

24. Zagrożenia życia społecznego: alkoholizm, narkomania, agresja, sekty, pornografia.

25. Prawodawstwo dotyczące rodziny. Zawarcie małżeństwa, separacja, rozwód. Prawa i obowiązki małżonków i rodziców, prawa dziecka. Obowiązki państwa wobec rodziny.

26. Człowiek wobec niepełnosprawności, starości, choroby, umierania i śmierci, w tym w aspekcie życia rodzinnego.

27. Poradnictwo młodzieżowe i rodzinne w Polsce.

### Osiągnięcia

1. Umiejętność podejmowania odpowiedzialnych decyzji dotyczących wyboru drogi życiowej, małżeństwa i rodziny.

2. Umiejętność świadomego kreowania własnej osobowości.

3. Przygotowanie, na podstawie wiedzy i wykształconych umiejętności, do poszanowania godności życia ludzkiego i dojrzałego funkcjonowania w rodzinie.

4. Znajomość podstawowych zasad postępowania w sferze ludzkiej płciowości i płodności.

5. Umiejętność poszukiwania i udzielania odpowiedzi na pytania: Kim jest człowiek? Jakie są jego cele i zadania życiowe? Jaki jest sens życia?

\* Sposób nauczania szkolnego i zakres treści zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie” określa rozporządzenie ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania, wydane na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z 1995 r. Nr 66, poz. 334, z 1996 r. Nr 139, poz. 646, z 1997 r. Nr 141, poz. 943 i Nr 157, poz. 1040, z 1999 r. Nr 5, poz. 32 oraz z 2001 r. Dz. U. Nr 154, poz. 1792).



# Polskie doświadczenia

Uniwersytet Gdański (Pracownia Realizacji Badań Socjologicznych) przeprowadził w 1999 r. badania nad wpływem zajęć szkolnych „Wychowanie do życia w rodzinie” na normy i wartości uczniów. W tym celu przeprowadzono badania na próbie 1043 uczniów w ponadpodstawowych szkołach województwa pomorskiego. Okazało się, że dobrze przygotowane i przeprowadzone zajęcia mają pozytywny wpływ na wyznawane przez młodzież wartości.

Wdrożone w 1998 roku do nauczania szkolnego zajęcia edukacyjne „Wychowanie do życia w rodzinie” charakteryzowały się:

1. Integralnym ujęciem ludzkiej seksualności, tj. uwzględnieniem sfery biologicznej, psychicznej i duchowej człowieka.
2. Przekazywaniem rzetelnej wiedzy z dziedziny socjologii małżeństwa i rodziny, psychologii rozwojowej i psychologii komunikacji, biologii (w tym podstawowych informacji z seksuologii), edukacji prozdrowotnej, profilaktyki uzależnień oraz etyki życia małżeńsko-rodzinnego opartej na wartościach chrześcijańskich.
3. Kształtowaniem szacunku dla życia ludzkiego od poczęcia do naturalnej śmierci.
4. Ekologicznym ujęciem zagadnień dotyczących prokreacji (promocja naturalnych metod planowania rodziny).
5. Kształtowaniem postaw prorodzinnych, prozdrowotnych i prospołecznych.

„Przeprowadzonym badaniom postawiono dwa nadrzędne cele. Pierwszy dotyczył diagnozy stanu świadomości, wiedzy oraz postaw i intencji zachowań młodzieży szkół ponadpodstawowych w zakresie rodzinnym, społecznym, zdrowotnym. Drugim celem było zbadanie wpływu przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie” na kształtowanie i ewaluację tych postaw, intencji zachowań i wiedzy z ww. zakresu oraz odbiór samego przedmiotu przez badanych. W tym celu badanie przeprowadzone zo-

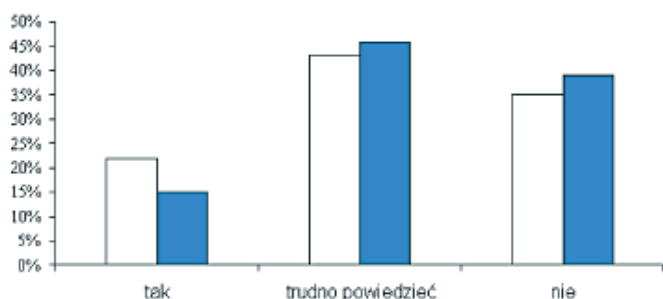
stało przed wprowadzeniem ww. przedmiotu do szkół (badanie stany rzeczy), by po zakończeniu programu (10 godzin lekcyjnych) powtórzyć je na tej samej próbie (badanie ewaluacji). (...) Dobór szkół był losowo-kwotowy. Próba ma więc charakter reprezentatywny. Spośród wszystkich szkół wytypowano te, w których — z informacji uzyskanych od dyrekcji szkoły — miały być realizowane zajęcia z „Wychowania do życia w rodzinie”. (...) Badanej młodzieży postawiono pytanie dotyczące deklaracji

wiary. Największa ilość (73%) określiło się jako „wierzący”. Stosunkowo duży odsetek uczniów określił się jako „poszukujący/wątpiący” (20%), oraz „niewierzący (8%)”. (Za: Uniwersytet Gdański, Pracownia Realizacji Badań Socjologicznych, *Ewaluacja postaw młodzieży wobec norm i wartości związanych z życiem rodzinnym, zdrowotnym i społecznym pod wpływem zajęć szkolnych „Wychowanie do życia w rodzinie”*, Gdańsk 2000)

Oto wyniki badań, charakteryzujące zmiany postaw młodzieży pod wpływem zdjęć „Wychowanie do życia w rodzinie”

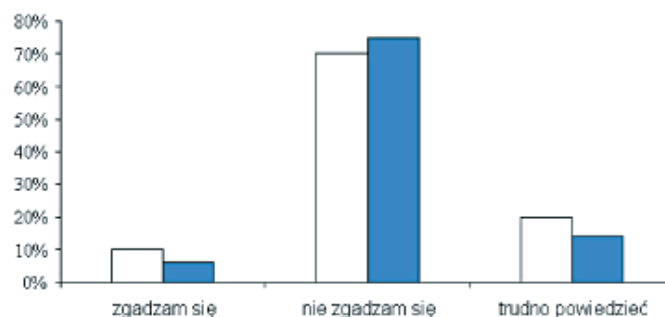
**Czy dopuszczasz w swoim życiu możliwość życia w konkubinacie?**

□ badanie I (pretest) ■ badanie II (posttest)



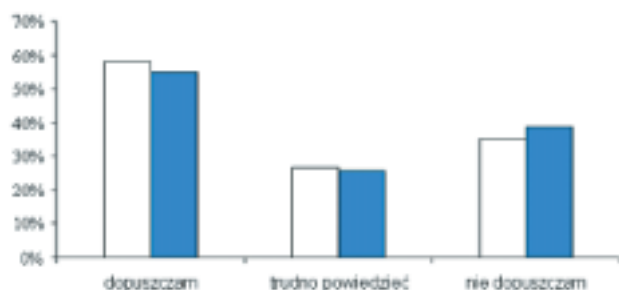
**Czy zgadzasz się z poglądem, że małżeństwo jest przestarzałą formą związku kobiety z mężczyzną?**

□ badanie I (pretest) ■ badanie II (posttest)



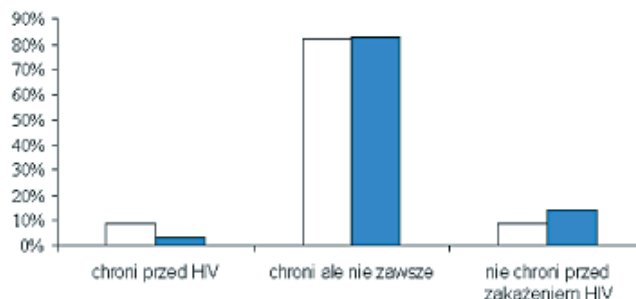
Czy współżycie seksualne z osobą, co do której nie ma się poważnych zamiarów małżeńskich jest przez Ciebie dopuszczalne czy też nie?

□ badanie I (pretest) ■ badanie II (posttest)



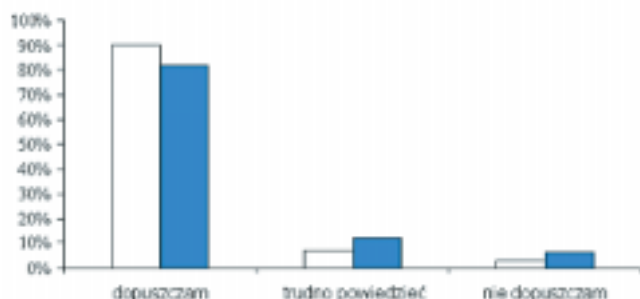
Jak oceniasz skuteczność prezerwatyw w zapobieganiu zakażeniem wirusem HIV?

□ badanie I (pretest) ■ badanie II (posttest)



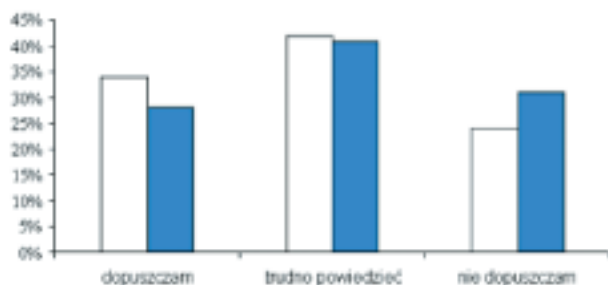
Czy używanie środków antykoncepcyjnych (np. prezerwatywy) jest przez Ciebie dopuszczalne czy też nie?

□ badanie I (pretest) ■ badanie II (posttest)



Czy używanie środków wczesnoporonnych np. wkładek domacicznych jest Twoim zdaniem dopuszczalne czy też nie?

□ badanie I (pretest) ■ badanie II (posttest)



## Rola mediów

Należy z uznaniem podkreślić powyższe pozytywne wyniki szkolnej edukacji, które osiągnięto mimo narastającej fali demoralizacji i antyrodzinnych wzorców masowo przekazywanych przez media. Generalnie prasa młodzieżowa (za wyjątkiem niskonakładowych pism katolickich), radiostacje i telewizje komercyjne i publiczne promują antywartości: rozwiązłość, fałszywe wzorce życia rodzinnego, często także nieprawdę np. o rzekomej skuteczności prezerwatywy w ochronie przed AIDS, braku skutków ubocznych środków antykoncepcyjnych, ich rzekomej „stuprocentowej” skuteczności czy też kłamstwa o wysokiej zawodności naturalnych metod planowania rodziny. Już na początku tzw. rewolucji seksualnej na Zachodzie niektórzy naukowcy ostrzegali przed jej skutkami, nie tylko w sferze duchowej, ale także w zakresie zdrowia. Dr Arthur Wigfield (brytyjski specjalista ds. chorób wenerycznych) pisał już w 1971 r. w czasopiśmie *British Medical Journal* (4: 342, 1971): „Część społeczeństwa, która zajmuje postawę przyzwalającą względem takiego seksu, okazuje więcej niż ignorancję, obojętność lub pogardę wobec chorób wenerycznych. My, wenerolodzy, chcielibyśmy wiedzieć, jak je powstrzymać, zanim wymkną się spod kontroli”. Ten naukowiec już na początku lat siedemdziesiątych przewidział: „kult zmysłowości, lubieżności i sensacji”, a także ogromny wpływ „tych, którzy kontrolują środki masowego przekazu. W ich rękach spoczywa zdrowie i moralność ludzkości. Czy górę weźmie wrogą materializm z jego gonitwą za sprzedażą i zyskiem, czy życzliwa troska o ludzkie szczęście?” Odnosząc się krytycznie do większości potężnych polskich mediów, pragniemy wskazać pedagogom i wychowawcom dobre młodzieżowe gazety: Dwutygodnik Młodzieży Katolickiej „Nasza Droga”, 31-027 Kraków, ul. Mikołajska 17/19, tel. /fax (0\*12) 411 93 38; Miesięcznik „Wzrastanie”, 32-800 Brzesko, ul. Głowackiego 2, tel. (0\*14) 686 37 06; Dwumiesięcznik „Miłujcie się”, 60-962 Poznań, ul. Panny Marii 4, tel. /fax (0\*61) 852 32 82. Warto też zachęcić młodych do słuchania młodzieżowych audycji w Radiu Maryja, sieci Radia Plus i oglądania Telewizji Puls.

AZ

# Prawa rodziców

Rodzice mają prawo i pierwszeństwo do wychowywania swoich dzieci. Zobowiązania w zakresie spraw dotyczących praw rodziców zostały wyrażone w aktach prawnych Rzeczypospolitej Polskiej oraz dokumentach międzynarodowych.

## Konstytucja Rzeczypospolitej

(uchwalona 2 kwietnia 1997 r.)

**Art. 48.** 1. Rodzice mają prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniem. Wychowanie to powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, a także wolność jego sumienia i wyznania oraz jego przekonania. 2. Ograniczenie lub pozbawienie praw rodzicielskich może nastąpić tylko w przypadkach określonych w ustawie i tylko na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu.

**Art. 53.** 3. Rodzice mają prawo do zapewnienia dzieciom wychowania i nauczania moralnego i religijnego zgodnie ze swoimi przekonaniem. Przepis art. 48 ust. 1 stosuje się odpowiednio.

**Art. 70.** 3. Rodzice mają wolność wyboru dla swoich dzieci szkół innych niż publiczne. Obywatele i instytucje mają prawo zakładania szkół podstawowych, ponadpodstawowych i wyższych oraz zakładów wychowawczych. Warunki zakładania i działalności szkół niepublicznych oraz udziału władz publicznych w ich finansowaniu, a także zasady nadzoru pedagogicznego nad szkołami i zakładami wychowawczymi, określa ustawa.

**Art. 72** Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka. Każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją.

## Konkordat między Stolicą Apostolską a Rzeczpospolitą Polską,

(podpisany 28 lipca 1993 r., ratyfikowany 23 lutego 1998 r.)

**Art. 12.** 1. Uznając prawo rodziców do religijnego wychowania dzieci oraz zasadę tolerancji Państwo gwarantuje, że szkoły publiczne podstawowe i ponadpodstawowe oraz przedszkola, prowadzone przez organy administracji państwowej i samo-

ządowej, organizują zgodnie z wolą zainteresowanych naukę religii w ramach planu zajęć szkolnych i przedszkolnych.

## Ustawa o systemie oświaty

(z dnia 7 września 1991 r.  
z późniejszymi zmianami)

**Art. 1.** System oświaty zapewnia w szczególności: — wspomaganie przez szkołę wychowawczej roli rodziny.

**Art. 12.** 1. Publiczne przedszkola, szkoły podstawowe i gimnazja organizują naukę religii na życzenie rodziców, publiczne szkoły ponadgimnazjalne na życzenie bądź rodziców, bądź samych uczniów; po osiągnięciu pełnoletności o pobieraniu nauki religii decydują uczniowie.

**Art. 48.** 1. Organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego może powołać radę oświatową działającą przy tym organie. 2. Do zadań rady oświatowej należy: 1) badanie potrzeb oświatowych na obszarze działania jednostki samorządu terytorialnego oraz przygotowywanie projektów ich zaspokajania, 2) opiniowanie budżetu jednostki samorządu terytorialnego w części dotyczącej wydatków na oświatę, 3) opiniowanie projektów sieci publicznych szkół i placówek, 4) opiniowanie projektów aktów prawa miejscowego wydawanych w sprawach oświaty, 5) wyrażanie opinii i wniosków w innych sprawach dotyczących oświaty. 3. Właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego jest obowiązany przedstawić radzie oświatowej projekty aktów, o których mowa w ust. 2 pkt 2-4.

**Art. 50.** 1. W szkołach i placówkach mogą działać rady szkół i placówek. 2. Rada szkoły lub placówki uczestniczy w rozwiązywaniu spraw wewnętrznych szkoły lub placówki, a także: 1) uchwała statut szkoły lub placówki, 2) przedstawia wniosek w sprawie rocznego planu finansowego środków specjalnych szkoły lub placówki i opiniuje plan finansowy szkoły lub placówki, 3) może występować do organu sprawującego nadzór pedagogiczny nad

szkołą lub placówką z wnioskami o zbadanie i dokonanie oceny działalności szkoły lub placówki, jej dyrektora lub innego nauczyciela zatrudnionego w szkole lub placówce; wnioski te mają dla organu charakter wiążący, 4) opiniuje plan pracy szkoły lub placówki, projekty innowacji i eksperymentów pedagogicznych oraz inne sprawy istotne dla szkoły lub placówki, 5) z własnej inicjatywy ocenia sytuację oraz stan szkoły lub placówki i występuje z wnioskami do dyrektora, rady pedagogicznej, organu prowadzącego szkołę lub placówkę oraz do wojewódzkiej rady oświatowej, w szczególności w sprawach organizacji zajęć pozalekcyjnych i przedmiotów nadobowiązkowych. 3. W celu wspierania działalności statutowej szkoły lub placówki rada szkoły lub placówki może gromadzić fundusze z dobrowolnych składek oraz innych źródeł. Zasady wydatkowania funduszy rady szkoły lub placówki określa regulamin, o którym mowa w art. 51 ust. 5.

**Art. 51.** 1. W skład rady szkoły lub placówki wchodzi w równej liczbie: 1) nauczyciele wybrani przez ogół nauczycieli, 2) rodzice wybrani przez ogół rodziców, 3) uczniowie wybrani przez ogół uczniów. 2. Rada powinna liczyć co najmniej 6 osób. 3. Tryb wyboru członków rady szkoły lub placówki określa statut szkoły lub placówki. Statut szkoły lub placówki może przewidywać rozszerzenie składu rady o inne osoby niż wymienione w ust. 1. 4. Kadencja rady szkoły lub placówki trwa 3 lata. Statut szkoły lub placówki może dopuszczać dokonywanie corocznej zmiany jednej trzeciej składu rady. 5. Rada szkoły lub placówki uchwała regulamin swojej działalności oraz wybiera przewodniczącego. Zebrania rady są protokołowane. 5 a. W regulaminie, o którym mowa w ust. 5, mogą być określone rodzaje spraw, w których rozpatrywaniu nie biorą udziału przedstawiciele uczniów. 6. W posiedzeniach rady szkoły lub placówki może brać udział, z głosem doradczym, dyrektor szkoły lub placówki. 7. Do udziału w posiedzeniach rady szkoły lub placówki mogą być zapraszane przez przewodniczącego, za zgodą lub na wniosek rady, inne osoby z głosem doradczym. 8. Rady szkół lub placówek mogą porozumiewać się ze sobą, ustalając zasady i zakres współpracy. 9. Powstanie rady szkoły lub placówki pierwszej kadencji organizuje dyrektor szkoły lub placówki na łączny wniosek dwóch spośród następujących podmiotów: 1) rady pedagogicznej, 2) rady rodziców, 3) samorządu uczniowskiego.

**Art. 52.** 1. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania określi ty-



py szkół i placówek, w których w skład rady szkoły lub placówki nie wchodzi rodzice lub uczniowie. 2. W szkołach lub placówkach, w których rada nie została powołana, zadania rady wykonuje rada pedagogiczna.

**Art. 53.** 1. W szkole i placówce może działać rada rodziców, stanowiąca reprezentację rodziców uczniów. 2. Zasady tworzenia rady rodziców uchwała ogół rodziców uczniów tej szkoły lub placówki. 3. Rada rodziców uchwała regulamin swojej działalności, który nie może być sprzeczny ze statutem szkoły lub placówki. 4. Reprezentacja rodziców może także przybrać inną nazwę niż określona w ust. 1.

**Art. 54.** 1. Rada rodziców może występować do rady szkoły lub placówki, rady pedagogicznej i dyrektora szkoły lub placówki z wnioskami i opiniami dotyczącymi wszystkich spraw szkoły lub placówki. 2. W celu wspierania działalności statutowej szkoły lub placówki rada rodziców może gromadzić fundusze z dobrowolnych składek rodziców oraz innych źródeł. Zasady wydatkowania funduszy rady rodziców określa regulamin, o którym mowa w art. 53 ust. 3.

## Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej

(z dnia 12 sierpnia 1999 r.)

w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego.

§ 2 Realizacja treści programowych zajęć powinna stanowić spójną całość z pozostałymi działaniami wychowawczymi szkoły, a w szczególności: 1) wspierać wychowawczą rolę rodziny, 2) promować integralne ujęcie ludzkiej seksualności, 3) kształtować postawy prorodzinne, prozdrowotne i prospołeczne.

§ 41. Udział ucznia w zajęciach nie jest obowiązkowy. 2. Na udział w zajęciach uczniów niepełnoletnich zgodę w formie pisemnej wyrażają rodzice lub prawni opiekunowie, po spełnieniu przez szkołę warunków określonych w § 5 ust. 1. Po osiągnięciu pełnoletności o udziale w zajęciach decydują sami uczniowie, deklarując swój udział na piśmie. W przypadku uczniów pełnoletnich z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim o udziale w zajęciach decydują rodzice lub prawni opiekunowie.

§ 51. W każdym roku szkolnym przed przystąpieniem do realizacji zajęć nauczyciel prowadzący zajęcia wraz z wychowawcą klasy przeprowadza co najmniej jedno spotkanie informacyjne z rodzicami uczniów niepełnoletnich oraz uczniami pełnoletnimi. Nauczyciel jest obowiązany przedstawić pełną informację o celach i treściach realizowanego programu nauczania, podręcznikach szkolnych oraz środkach dydaktycznych.

## Kodeks rodzinny i opiekuńczy

(ustawa z dnia 25 lutego 1964 r., obowiązująca od dnia 1 stycznia 1965 r.) Dz. U. Nr 9, poz. 59 z 1964 r., ostatnia uwzględniona zmiana: Dz. U. Nr 117, poz. 757 z 1998 r.

**Art. 87.** Rodzice i dzieci obowiązani są wspierać się wzajemnie.

**Art. 92.** Dziecko pozostaje aż do pełnoletności pod władzą rodzicielską.

### Art. 95.

§ 1. Władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz wychowania dziecka.

§ 3. Władza rodzicielska powinna być wykonywana tak, jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny.

**Art. 96.** Rodzice wychowują dziecko pozostające pod ich władzą rodzicielską i kierują nim. Obowiązani są troszczyć o fizyczny i duchowy rozwój dziecka i przygotować je należycie do pracy dla dobra społeczeństwa odpowiednio do jego uzdolnień.

## Konwencja ONZ o prawach dziecka uchwalona w 1989 r.

(Polska ratyfikowała konwencję 30 września 1991 r. z zastrzeżeniami oraz deklaracjami interpretacyjnymi.)

**Art. 3.** 2. Państwa-Strony działają na rzecz zapewnienia dziecku ochrony i opieki w takim stopniu, w jakim jest to niezbędne dla jego dobra, biorąc pod uwagę prawa i obowiązki jego rodziców, opiekunów prawnych lub innych osób prawnie za nie odpowiedzialnych, i w tym celu będą podejmowały wszelkie właściwe kroki ustawodawcze oraz administracyjne.

**Art. 5.** Państwa-Strony będą szanowały odpowiedzialność, prawo i obowiązek rodziców lub, w odpowiednich przypadkach, członków dalszej rodziny lub środowiska, zgodnie z miejscowymi obyczajami, opiekunów prawnych lub innych osób prawnie odpowiedzialnych za dziecko, do

zapewnienia mu, w sposób odpowiadający rozwojowi jego zdolności, możliwości ukierunkowania go i udzielenia mu rad przy korzystaniu przez nie z praw przyznanych mu w niniejszej konwencji.

**Art. 14.** 2. Państwa-Strony będą respektowały prawa i obowiązki rodziców lub, w odpowiednich przypadkach, opiekunów prawnych odnośnie do ukierunkowania dziecka w korzystaniu z jego prawa w sposób zgodny z rozwijającymi się zdolnościami dziecka.

**Art. 18.** 1. Państwa-Strony podejmą wszelkie możliwe starania dla pełnego uznania zasady, że oboje rodzice ponoszą wspólną odpowiedzialność za wychowanie i rozwój dziecka. Rodzice lub w określonych przypadkach opiekunowie prawni ponoszą główną odpowiedzialność za wychowanie i rozwój dziecka. Jak najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka ma być przedmiotem ich największej troski. 2. W celu zagwarantowania i popierania praw zawartych w niniejszej konwencji Państwa-Strony będą okazywały odpowiednią pomoc rodzicom oraz opiekunom prawnym w wykonywaniu przez nich obowiązków związanych z wychowaniem dzieci oraz zapewnią rozwój instytucji, zakładów i usług w zakresie opieki nad dziećmi.

## Deklaracje dołączone do polskiego aktu ratyfikacyjnego konwencji o prawach dziecka

– **Rzeczpospolita Polska uważa, że wykonania przez dziecko jego praw określonych w konwencji, w szczególności praw określonych w artykułach od 12 do 16, dokonuje się z poszanowaniem władzy rodzicielskiej, zgodnie z polskimi zwyczajami i tradycjami dotyczącymi miejsca dziecka w rodzinie i poza rodziną.** — W odniesieniu do artykułu 24 ustęp 2 litera f) konwencji Rzeczpospolita Polska uważa, że poradnictwo dla rodziców oraz wychowanie w zakresie planowania rodziny powinno pozostawać w zgodzie z zasadami moralności. (źródło: Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526)

## Powszechna Deklaracja Praw Człowieka

(uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych 10 grudnia 1948 r.)

**Art. III.** „Każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa swej osoby”.

**Art. XXVI** 1. Każdy człowiek ma prawo do nauki. Nauka będzie bezpłatna, przynajmniej na szczeblu podstawowym. Nauka podstawowa będzie obowiązkowa. Oświata techniczna i zawodowa będzie powszechnie dostępna, a studia wyższe będą dostępne dla wszystkich na równych zasadach w zależności od uzdolnień. 2. Nauczanie będzie ukierunkowane na pełen rozwój osobowości ludzkiej i umocnienie poszanowania praw człowieka i podstawowych wolności. Będzie ono krzewić wzajemne zrozumienie, tolerancję i przyjaźń między wszystkimi narodami, grupami rasowymi i religiami, a także wspierać działalność Organizacji Narodów Zjednoczonych zmierzającą do utrzymania pokoju. 3. Rodzice mają prawo pierwszeństwa w wyborze rodzaju nauczania, którym objęte będą ich dzieci.

## Europejska Karta Praw i Obowiązków Rodziców

(ogłoszona przez Europejskie Stowarzyszenie Rodziców — European Parents Association w 1992 r.)

### Preambuła

Rodzice w Europie mają prawo być otaczani szacunkiem za ich odpowiedzialność jako pierwszych i najważniejszych wychowawców młodzieży. Oznacza to poszanowanie ich rodzicielskiej roli i wynikających z niej obowiązków. W swych wysiłkach wychowawczych powinni być wspierani przez całe społeczeństwo, a w szczególności przez osoby zaangażowane w edukację.

## Prawa i obowiązki rodziców w Europie

1. Rodzice mają prawo do wychowywania swoich dzieci w duchu tolerancji i zrozumienia dla innych, bez dyskryminacji wynikającej z koloru skóry, rasy, narodowości, wyznania, płci oraz pozycji ekonomicznej. Rodzice mają obowiązek wychowywać swoje dzieci w duchu odpowiedzialności za siebie i za cały ludzki świat. 2. Rodzice mają prawo do uznania ich prymatu jako „pierwszych nauczycieli” swoich dzieci. Rodzice mają obowiązek wychowywać swoje dzieci w sposób odpowiedzialny i nie zaniedbywać ich. 3. Rodzice mają prawo do pełnego dostępu do formalnego systemu edukacji dla swoich dzieci z uwzględnieniem ich potrzeb, możliwości i osiągnięć. Rodzice mają obowiązek zaangażowania się jako partnerzy w nauczaniu ich dzieci w szkole. 4. Rodzice mają prawo dostępu do wszelkich informacji o instytucjach oświatowych, które mogą dotyczyć ich dzieci. Rodzice mają obowiązek przekazywania wszelkich informacji szkołom, do których uczęszczają ich dzieci, informacji dotyczących możliwości osiągnięcia wspólnych, (tj. domu i szkoły) celów edukacyjnych. 5. Rodzice mają prawo wyboru takiej drogi edukacji dla swoich dzieci, która jest najbliższa ich przekonaniom i wartościom uznawanym za najważniejsze dla rozwoju ich dzieci. Rodzice mają obowiązek dokonania świadomego wyboru drogi

edukacyjnej, jaką ich dzieci powinny zmierzać. 6. Rodzice mają prawo domaganie się od formalnego systemu edukacji tego, aby ich dzieci osiągnęły wiedzę duchową i kulturową. Rodzice mają obowiązek wychowywać swoje dzieci w poszanowaniu i akceptowaniu innych ludzi i ich przekonań. **7. Rodzice mają prawo wpływać na politykę oświatową realizowaną w szkołach ich dzieci. Rodzice mają obowiązek osobiście włączać się w życie szkół ich dzieci i stanowić istotną część społeczności lokalnej.** 8. Rodzice i ich stowarzyszenia mają prawo wydawania opinii i przeprowadzania konsultacji z władzami odpowiedzialnymi za edukację na wszystkich poziomach ich struktur. Rodzice mają obowiązek tworzyć demokratyczne, reprezentatywne organizacje na wszystkich poziomach. Organizacje te będą reprezentowały rodziców i ich interesy. 9. Rodzice mają prawo do pomocy materialnej ze strony władz publicznych, eliminującej wszelkie bariery finansowe, które mogłyby utrudnić dostęp ich dzieci do edukacji. Rodzice mają obowiązek poświęcać swój czas i uwagę swoim dzieciom i ich szkołom, tak aby wzmocnić ich wysiłki skierowane na osiągnięcie określonych celów nauczania. **10. Rodzice mają prawo żądać od odpowiedzialnych władz publicznych wysokiej jakości usługi edukacyjnej.** Rodzice mają obowiązek poznać siebie nawzajem, współpracować ze sobą i doskonalić swoje umiejętności „pierwszych nauczycieli” i partnerów w kontakcie: szkoła-dom.

Na kolejnych stronach prezentujemy stanowisko Kościoła katolickiego w sprawach etyki seksualnej i wychowania do życia w rodzinie.

Katechizm Kościoła Katolickiego (fragmenty)

# O niektórych problemach etyki seksualnej

## I „MĘŻCZYZNĄ I NIEWIASTĄ STWORZYŁ ICH”

332 Płciowość wywiera wpływ na wszystkie sfery osoby ludzkiej w jedności ciała i duszy. Dotyczy ona szczególnie uczuciowości, zdolności do miłości oraz prokreacji i — w sposób ogólniejszy — umiejętności nawiązywania więzów komunii z drugim człowiekiem. 2333 Każdy człowiek, mężczyzna i kobieta, powinien uznać i przyjąć swoją tożsamość płciową. Różnicowanie i komplementarność fizyczna, moralna i duchowa są ukierunko-

wane na dobro małżeństwa i rozwój życia rodzinnego. Harmonia małżeństwa i społeczeństwa zależy częściowo od sposobu, w jaki mężczyzna i kobieta przeżywają swoją komplementarność oraz wzajemnie okazywaną pomoc.

## II. POWOŁANIE DO CZYSTOŚCI

2337 Czystość oznacza osiągniętą integrację płciowości w osobie, a w konsekwencji wewnętrzną jedność człowieka w jego bycie cielesnym i duchowym.

Płciowość, w której wyraża się przynależność człowieka do świata cielesnego i biologicznego, staje się osobowa i prawdziwie ludzka, gdy zostaje włączona w relację osoby do osoby, we wzajemny dar mężczyzny i kobiety, który jest całkowity i nieograniczony w czasie. Cnota czystości obejmuje zatem integralność osoby i integralność daru.

### Integralność osoby

2338 Osoba żyjąca w czystości zachowuje integralność obecnych w niej sił życia i miłości. Integralność ta zapewnia

jedność osoby i sprzeciwia się wszelkiemu raniącemu ją postępowaniu. Nie toleruje ani podwójnego życia, ani podwójnej mowy. 2339 Czystość domaga się osiągnięcia panowania nad sobą, które jest pedagogią ludzkiej wolności. Alternatywa jest oczywista: albo człowiek panuje nad swoimi namiętnościami i osiąga pokój, albo pozwala zniewolić się przez nie i staje się nieszczęśliwy. „Godność człowieka wymaga, aby działał ze świadomego i wolnego wyboru, to znaczy osobowo, od wewnątrz poruszony i naprowadzony, a nie pod wpływem ślepego popędu wewnętrznego lub też zgoła przymusu zewnętrznego. Taką zaś wolność zdobywa człowiek, gdy uwalniając się od wszelkiej niewoli namiętności, dąży do swojego celu drogą wolnego wyboru dobra oraz zapewnia sobie skutecznie i pilnie odpowiednio pomoce”. 2340 Kto chce pozostać wierny przyrzeczeniom chrztu i przeciwstawić się pokusom, podejmie w tym celu środki, takie jak: poznanie siebie, praktykowanie ascezy odpowiedniej do spotykanych sytuacji, posłuszeństwo przykazaniom Bożym, ćwiczenie się w cnotach moralnych i wierność modlitwie. „Czystość integruje nas na nowo i prowadzi do jedności, którą utraciliśmy, rozprasząc się w wielości”. 2341 Cnota czystości pozostaje w zależności od kardynalnej cnoty umiarkowania, która mierza do przeniknięcia rozumem uczuć i popędów ludzkiej zmysłowości. 2342 Panowanie nad sobą jest zadaniem długotrwałym. Nigdy nie należy uważać, że zdobyło się je raz na zawsze. Zakłada ono wysiłek podejmowany we wszystkich okresach życia. Wymagany wysiłek powinien być bardziej intensywny w pewnych okresach — gdy kształtuje się osobowość, w dzieciństwie i w młodości. 2344 Czystość jest zadaniem wyjątkowo osobistym; zakłada również wysiłek kulturowy, gdyż istnieje „wzajemna zależność między postępek osoby ludzkiej i rozwojem społeczeństwa”. Czystość zakłada poszanowanie praw osoby, szczególnie prawa do otrzymywania informacji i wychowania, które szanują moralne i duchowe wymiary życia ludzkiego.

### Integralność daru z siebie

2346 Miłość jest formą wszystkich cnot. Pod jej wpływem czystość jawi się jako szkoła daru z własnej osoby. Panowanie nad sobą jest podporządkowane darowi z siebie. Czystość prowadzi tego, kto ją praktykuje, do stawania się wobec bliźniego świadkiem wierności i czułości Boga.

### Różne formy czystości

2350 Narzeczeni są powołani do życia w czystości przez zachowanie wstrzeźliwości. Poddani w ten sposób próbie, odkrywają wzajemny szacunek, będą uczyć się wierności i nadziei na otrzymanie siebie nawzajem od Boga. Przejawy czułości właściwe miłości małżeńskiej powinni zachować na czas małżeństwa. Powinni pomagać sobie wzajemnie we wzrastaniu w czystości.

### Wykroczenia przeciw czystości

2351 Rozwiążność jest nieuporządkowanym pożądaniem lub nieumiarkowanym korzystaniem z przyjemności cielesnych. Przyjemność seksualna jest moralnie nieuporządkowana, gdy szuka się jej dla niej samej w oderwaniu od nastawienia na prokreację i zjednoczenie. 2352 Przez masturbację należy rozumieć dobrowolne pobudzanie narządów płciowych w celu uzyskania przyjemności cielesnej. „Zarówno Urząd Nauczycielski Kościoła wraz z niezmienną tradycją, jak i zmysł moralny chrześcijan stanowczo stwierdzają, że masturbacja jest aktem wewnętrznym i poważnie nieuporządkowanym”. „Bez względu na świadomy i dobrowolny motyw użycie narządów płciowych poza prawidłowym współżyciem małżeńskim w sposób istotny sprzeciwia się ich celowości”. Poszukuje się w niej przyjemności płciowej poza „relacją płciową, wymaganą przez porządek moralny, która urzeczywistnia (w kontekście prawdziwej miłości pełny sens wzajemnego oddawania się sobie i przekazywania życia ludzkiego). W celu sformułowania wyważonej oceny odpowiedzialności moralnej konkretnych osób i ukierunkowania działań duszpasterskich należy wziąć pod uwagę niedojrzałość uczuciową, nabyte nawyki, stany lękowe lub inne czynniki psychiczne czy społeczne, które nawet redukują do minimum winę moralną. 2353 Nierząd jest zjednoczeniem cielesnym między wolnym mężczyzną i wolną kobietą poza małżeństwem. Jest on w poważnej sprzeczności z godnością osoby ludzkiej i jej płciowości w sposób naturalny podporządkowanej dobru małżonków, jak również przekazywaniu życia i wychowaniu dzieci. Poza tym nierząd jest poważnym wykroczeniem, gdy powoduje deprawację młodzieży. 2354 Pornografia polega na wyrwaniu aktów płciowych, rzeczywistych lub symulowanych, z intymności partnerów, aby w sposób zamierzony pokazywać je innym. Znieważa ona czystość, ponieważ stanowi wy-

naturzenie aktu małżeńskiego, wzajemnego intymnego daru małżonków. Narusza poważnie godność tych, którzy się jej oddają (aktorzy, sprzedawcy, publiczność), ponieważ jedni stają się dla drugich przedmiotem prymitywnej przyjemności i niedozwolonego zarobku. Przenosi ona ich wszystkich w świat iluzoryczny. Pornografia jest ciężką winą. Władze cywilne powinny zabronić wytwarzania i rozpowszechniania materiałów pornograficznych. 2355 Prostytycja narusza godność osoby, która oddaje się prostytucji, stając się przedmiotem przyjemności cielesnej kogoś drugiego. Ten, kto płaci, grzeszy ciężko przeciw sobie samemu; niszczy czystość, do której zobowiązuje go chrzest, i znieważa swoje ciało, świątynię Ducha Świętego. Prostytycja stanowi plagę społeczną. Dotyka na ogół kobiety, lecz także mężczyzn, dzieci i młodzież (w dwóch ostatnich przypadkach grzech jest jednocześnie zgorszeniem). Oddawanie się prostytucji jest zawsze grzechem ciężkim, jednak nędza, szantaż i presja społeczna mogą zmniejszyć odpowiedzialność za winę. 2356 Gwałt oznacza wtargnięcie przemocą w intymność płciową osoby. Jest naruszeniem sprawiedliwości i miłości. Rani on głęboko prawo każdego człowieka do szacunku, wolności oraz integralności fizycznej i moralnej. Wyrządza poważną krzywdę ofierze i może wyrzec piętno na całym jej życiu. Jest zawsze czynem wewnątrznie złym. Jeszcze poważniejszy jest gwałt popełniony przez rodziców (por. kazirodztwo) lub wychowawców na dzieciach, które są im powierzone.

### III MIŁOŚĆ MAŁŻONKÓW

2360 Płciowość jest podporządkowana miłości małżeńskiej mężczyzny i kobiety. W małżeństwie cielesna intymność małżonków staje się znakiem i rękojmnią komunii duchowej. Między ochrzczonymi więzy małżeńskie są uświęcone przez sakrament.

2363 Przez zjednoczenie małżonków urzeczywistnia się podwójny cel małżeństwa: dobro samych małżonków i przekazywanie życia. Nie można rozdzielać tych dwóch znaczeń, czyli wartości małżeństwa, bez naruszenie życia duchowego małżonków i narażenia dobra małżeństwa oraz przyszłości rodziny. Miłość małżeńska mężczyzny i kobiety powinna więc spełniać podwójne wymaganie: wierności i płodności.



### Wierność małżeńska

2364 „Wspólnota życia i miłości małżeńskiej, ustanowiona przez Stwórcę i normowana Jego prawami, zawiązuje się przez przymierze małżeńskie, czyli przez nieodwołalną osobistą zgodę”. Małżonkowie oddają się sobie wzajemnie w sposób ostateczny i całkowity. Już nie są dwoje, ale stanowią odtąd jedno ciało. Przymierze dobrowolnie zawarte przez małżonków nakłada na nich obowiązek podtrzymania jego jedności i nierozzerwalności. Co... Bóg złączył, tego człowiek niech nie rozdziela! (Mk 10,9).

### Płodność małżeńska

2366 Płodność jest darem celem małżeństwa, ponieważ miłość małżeńska ze swojej natury zmierza do tego, by być płodną. Dziecko nie przychodzi z zewnątrz jako dodane do wzajemnej miłości małżonków; wyłania się w samym centrum tego wzajemnego daru, którego jest owocem i wypełnieniem. Dlatego Kościół, który „opowiada się za życiem”, naucza, że „każdy akt małżeński powinien pozostać otwarty na przekazywanie życia ludzkiego”. Nauka ta, wielokrotnie podawana przez Urząd Nauczycielski

Kościół, ma swoją podstawę w ustanowionym przez Boga nierozzerwalnym związku, którego człowiekowi nie wolno samowolnie zrywać, mieści się między podwójnym znaczeniem aktu małżeńskiego: znaczeniem jednoczącym i prokreacyjnym”.

### Dziecko jako dar

2373 Pismo Święte oraz tradycyjna praktyka Kościoła widzą w rodzinach wielodzietnych znak Bożego błogosławieństwa i wielkoduszności rodziców. 2378 Dziecko nie jest czymś należnym, ale jest darem. Największym darem małżeństwa jest osoba ludzka.

## IV WYKROCZENIA PRZECIW GODNOŚCI MAŁŻEŃSTWA

2380 Cudzołóstwo. Słowo to oznacza niewierność małżeńską. Gdy dwoje partnerów, z których jedno przynajmniej jest w związku małżeńskim, nawiązuje stosunki płciowe, nawet przelotne, popełniają oni cudzołóstwo. Chrystus potępia cudzołóstwo nawet w postaci zwykłego pożądania. Szóste przykazanie

i Nowy Testament bezwzględnie zakazują cudzołóstwa. Prorocy ukazują jego ciężar. Widzą w cudzołóstwie figurę grzechu bałwochwalstwa. 2381 Cudzołóstwo jest niesprawiedliwością. Ten, kto je popełnia, nie dotrzymuje podjętych zobowiązań. Rani znak przymierza, jakim jest węzeł małżeński, narusza prawo współmałżonka i godzi w instytucję małżeństwa, nie dotrzymując umowy znajdującej się u jego podstaw. Narusza na niebezpieczeństwo dobro rodzicielstwa ludzkiego oraz dzieci, które potrzebują trwałego związku rodziców.

### Rozwód

2382 Pan Jezus podkreślił pierwotny plan Stwórcy, który chciał nierozzerwalności małżeństwa. Znosi pobłażliwość, która przeniknęła do Starego Prawa. Między ochrzczonymi „małżeństwo zawarte i dopełnione, nie może być rozwiązane żadną ludzką władzą i z żadnej przyczyny, oprócz śmierci”. 2383 Separacja małżonków z utrzymywaniem węzła małżeńskiego może być uzasadniona w pewnych przypadkach przewidzianych przez prawo kanoniczne.

# Karta Praw Rodziny

(uchwalona przez Stolicę Apostolską 23 października 1983 r. i podpisana przez Ojca Świętego Jana Pawła II, fragmenty)

## Wstęp

B. rodzina zbudowana jest na małżeństwie, głębokim i uzupełniającym się związku mężczyzny i kobiety, który opiera się na nierozzerwalnej więzi małżeństwa zawartego dobrowolnie i publicznie, otwartego na przekazywanie życia;

I. społeczeństwo, a w szczególności państwo i organizacje międzynarodowe, winny czynić wszystko, co możliwe, celem zabezpieczenia wszelkiej pomocy — politycznej, ekonomicznej, społecznej i prawnej — niezbędnej do umocnienia jedności i stabilności rodziny, tak aby mogła ona sprostać swym specyficznym zadaniom;

## ARTYKUŁ 3

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.

## ARTYKUŁ 4

Życie ludzkie, od samego poczęcia, bezwzględnie winno być otoczone troską i szacunkiem. a. Spędzanie płodu jest bezpośrednim pogwałceniem podstawowego prawa każdej istoty ludzkiej — prawa do życia. b. Poszanowanie dla godności ludzkiej wyklucza jakiegokolwiek manipulacje eksperymentalnie dokonywane na ludzkim embrionie lub inne jego wykorzystywanie. d. Zarówno przed, jak i po narodzeniu, dzieci mają prawo do ochrony i specjalnej opieki; to samo do-

tyczy matek w okresie ciąży i — w rozsądnych wymiarach — po porodzie.

## ARTYKUŁ 5

**Rodzice, ponieważ dali życie dzieciom, mają pierwotne, niezbywalne prawo i pierwszeństwo do wychowania potomstwa i dlatego muszą być uznani za pierwszych i głównych jego wychowawców.**

a. Rodzice mają prawo do wychowania dzieci zgodnie ze swoimi przekonaniami moralnymi i religijnymi, z uwzględnieniem tradycji kulturalnych rodziny, które sprzyjają dobru i godności dziecka; winni także otrzymywać od społeczeństwa odpowiednią pomoc i wsparcie konieczne do wypełnienia roli wychowawców. **c. Rodzice mają prawo do tego, że ich dzieci nie będą musiały uczęszczać do szkół, które nie zgadzają się z ich własnymi przekonaniami moralnymi i religijnymi. W szczególności wychowanie seksualne, stanowiące podstawowe prawo rodziców, winno dokonywać się zawsze pod ich troskliwym kierunkiem, zarówno w domu, jak i w wybranych i kontrolowanych przez nich ośrodkach wychowawczych.** e. Podstawowe

prawo rodziców do wychowywania dzieci powinno być wspierane przez rozmaite formy współpracy rodziców z nauczycielami i kierownictwem szkoły, a w szczególności przez dopuszczenie obywateli do uczestnictwa w działalności szkoły oraz w określaniu i wprowadzaniu w życie polityki wychowawczej.

## ARTYKUŁ 10

a. Wynagrodzenie za pracę winno być wystarczające do założenia i godnego utrzymania rodziny, czy to dzięki odpowiedniej płacy, określonej jako „płaca rodzinna”, czy też dzięki innym środkom społecznym, jak zasiłki rodzinne bądź

wynagrodzenie pracy domowej jednego z rodziców; powinno być ono takie, aby matka nie była zmuszona do pracy poza domem ze szkodą dla życia rodziny, a zwłaszcza wychowywania dzieci. b. Należy uznać i szanować pracę matki w domu, zgodnie z wartością, jaką przynosi ona rodzinie i społeczeństwu

# Humanae Vitae

(fragmenty encykliki ogłoszonej przez Ojca Świętego Pawła VI 25 lipca 1968 r.)

## ODPOWIEDZIALNE RODZICIELSTWO

10. (...) miłość małżonków domaga się od nich, aby poznali należycie swoje zadanie w dziedzinie odpowiedzialnego rodzicielstwa. Ponieważ dziś słusznie kładzie się na nie tak wielki nacisk, dlatego musi ono być należycie rozumiane. Rozpatrzyj je przeto należy pod różnymi, ściśle ze sobą powiązаныmi i słusznymi aspektami. Biorąc najpierw pod uwagę procesy biologiczne, odpowiedzialne rodzicielstwo oznacza znajomość i poszanowanie właściwych im funkcji; rozum człowieka bowiem odkrywa w zdolności dawania życia prawa biologiczne, które są częścią osoby ludzkiej. Następnie, gdy chodzi o wrodzone popędy i namiętności, to odpowiedzialne rodzicielstwo oznacza konieczność opanowania ich przez rozum i wolę. Jeżeli zaś z kolei uwzględnimy warunki fizyczne, ekonomiczne, psychologiczne i społeczne, należy uznać, że ci małżonkowie realizują odpowiedzialne rodzicielstwo, którzy kierują się roztropnym namysłem i wielkoduszością, decydują się na przyjęcie liczniejszego potomstwa, albo też, dla ważnych przyczyn i przy poszanowaniu nakazów moralnych, postanawiają okresowo lub nawet na czas nieograniczony unikać dalszego dziecka. Dlatego do zadań odpowiedzialnego rodzicielstwa należy, aby małżonkowie uznali swe obowiązki wobec Boga, wobec siebie samych, rodziny i społeczeństwa, przy należyтым zachowaniu porządku rzeczy i hierarchii wartości. Konsekwentnie, w pełnieniu obowiązku przekazywania życia nie mogą oni postępować dowolnie tak, jak gdyby wolno im było na własną rękę i w sposób niezależny określać poprawne moralnie meto-

dy postępowania; przeciwnie, są oni zobowiązani dostosować swoje postępowanie do planu Boga-Stwórcy, wyrażonego z jednej strony w samej naturze małżeństwa oraz w jego aktach, a z drugiej — określonego w stałym nauczaniu Kościoła.

## NIEDOPUSZCZALNE SPOSOBY OGRANICZANIA ILOŚCI POTOMSTWA

14. W oparciu o te podstawowe zasady ludzkiej i chrześcijańskiej nauki o małżeństwie czujemy się w obowiązku raz jeszcze oświadczyć, że należy bezwarunkowo odrzucić — jako moralnie niedopuszczalny sposób ograniczania ilości potomstwa — bezpośrednie naruszenie rozpoczętego już procesu życia, a zwłaszcza bezpośrednio przerywanie ciąży, choćby dokonywane ze względów leczniczych. Podobnie — jak to już Nauczycielski Urząd Kościoła wielokrotnie oświadczył — odrzucić należy bezpośrednie obojętne, czy to stałe, czy czasowe, zarówno męzczyzny, jak i kobiety. Odrzucić również należy wszelkie działanie, które — bądź to w przewidywaniu zbliżenia małżeńskiego, bądź podczas jego spełniania, czy w rozwoju jego naturalnych skutków — miałyby za cel uniemożliwienie poczęcia lub prowadziły do tego. Nie można też dla usprawiedliwienia stosunków małżeńskich z rozmysłem pozbawionych płodności odwoływać się do następujących, rzekomo przekonywujących racji: że mianowicie z dwójga złego należy wybierać to, które wydaje się mniejsze; albo że takie stosunki płciowe tworzą pewną całość ze stosunkami płodnymi, które je poprzedziły lub po nich następują, tak

że przejmują od nich tę samą wartość moralną.

## MORALNA DOPUSZCZALNOŚĆ KORZYSTANIA Z OKRESÓW NIEPŁODNOŚCI

Jeśli więc istnieją słuszne powody do wprowadzenia przerwy między kolejnymi urodzeniami dzieci, wynikające bądź z warunków fizycznych czy psychicznych małżonków, bądź z okoliczności zewnętrznych, Kościół naucza, że wolno wówczas małżonkom uwzględniać naturalną okoliczność właściwą funkcjom rozrodczym i podejmować stosunki małżeńskie tylko w okresach niepłodności, regulując w ten sposób ilość poczęć, bez łamania zasad moralnych, które dopiero co wyłożyliśmy. Kościół jest zgodny z samym sobą i ze swoją nauką zarówno wtedy, gdy uznaje za dozwolone uwzględnianie przez małżonków okresów niepłodności, jak i wtedy, gdy potępia, jako zawsze zabronione, stosowanie środków bezpośrednio zapobiegających poczęciu, choćby nawet ten ostatni sposób postępowania usprawiedliwiono racjami, które mogłyby się wydawać uczciwe i poważne. W rzeczywistości między tymi dwoma sposobami postępowania zachodzi istotna różnica. W pierwszym wypadku małżonkowie w sposób prawidłowy korzystają z pewnej właściwości danej im przez naturę. W drugim zaś stawiają oni przeszkodę naturalnemu przebiegowi procesów związanych z przekazywaniem życia. Jest prawdą, że w obydwu wypadkach małżonkowie przy obopólnej i wyraźnej zgodzie chcą dla słusznych powodów uniknąć przekazywania życia i chcą mieć pewność, że dziecko nie zostanie poczęte. Jednakże trzeba równocześnie przyznać, że tylko w pierwszym wypadku małżonkowie umieją zrezygnować ze współżycia w okresach płodności (ilekroć ze słusznych powodów przekazywanie życia nie jest pożądane); podejmują zaś współżycie małżeńskie w okresach niepłodności po to, aby świadczyć sobie wzajemną miłość i dochować przyrzeczonej wzajemnej

wierności. Postępując w ten sposób dają oni świadectwo prawdziwej i w pełni uczciwej miłości.

## TWORZENIE KLIMATU SPRZYJAJĄCEGO CZYSTOŚCI

22. Pragniemy przy tej okazji zwrócić uwagę wychowawców i tych wszyst-

kich, których prawem i obowiązkiem jest starać się o wspólne dobro społeczności ludzkiej, na konieczność tworzenia klimatu sprzyjającego czystości tak, by dzięki pełnemu przestrzeganiu zasad porządku moralnego, prawdziwa wolność zapanowała nad swawolą. Wszystko więc, co w dziedzinie tzw. nowoczesnych środków społecznego przekazu podnieca zmysły i podsyca rozwiązłość obyczajów, a także wszelkie formy pornografii oraz nieprzyzwoitych widowisk,

powinny spotkać się z otwartym i jednoznacznie potępianiem ze strony tych wszystkich, którzy bądź to troszczą się o rozwój kultury społecznej, bądź też mają obowiązek bronić najwyższych wartości duchowych. Bezpodstawnie bowiem próbowałby ktoś usprawiedliwić tego rodzaju demoralizację, powołując się na rzekome wymogi artystyczne lub naukowe, czy też uzasadniać ją swobodą, na jaką, być może, zezwalała władza danego kraju. (...)

# Wytyczne wychowawcze w odniesieniu do ludzkiej miłości

(fragmenty dokumentu watykańskiej Kongregacji do spraw Wychowania Katolickiego z 1 listopada 1983 r.)

Papież wskazuje zarazem na rolę szkoły, jako odpowiedzialnej za to wychowanie i harmonijną współpracę z rodzicami. „Wychowanie seksualne, stanowiące prawo i podstawowy obowiązek rodziców, winno dokonywać się zawsze pod ich troskliwym kierunkiem zarówno w domu, jak i w wybranych i kontrolowanych przez nich ośrodkach wychowawczych. W tym sensie Kościół potwierdza prawo pomocniczości, które szkoła obowiązana jest przestrzegać współpracując w wychowaniu seksualnym, w takim samym duchu, jaki ożywia rodziców. Do pełnego urzeczywistnienia wartości płciowości ludzkiej „nieodzowne jest wychowanie do czystości, które doprowadza osobę (...) do uszanowania i rozwijania obłubieńczego sensu ciała. Wychowanie to polega na panowaniu nad sobą, na zdolności ukierunkowania instynktu płciowego na służbę miłości i włączenia go w rozwój osobowy. Jako owoc łaski Bożej i naszej współpracy czystość dąży do pełnego zharmonizowania różnorodnych współczynników osobowości, pokonywania słabości natury ludzkiej, naznaczonej przez grzech tak, aby każdy mógł odpowiedzieć na wezwanie Boże względem niego. W chrześcijańskiej wizji człowieka szczególną rolę przyznaje się ciału, ponieważ ono przyczynia się do odsłonięcia sensu życia i powołania ludzkiego. Cieleśność jest bowiem specyficznym sposobem istnienia i działania, właściwym ludzkiemu duchowi. To znaczenie

jest najpierw natury antropologicznej: „ciało objawia człowieka”, „wyraża osobę” i jest w ten sposób pierwszym przekazem informacji Boga do człowieka, jakoby pewien pierwotny „sakrament, rozumiany jako znak, który w świecie widzialnym przekazuje tajemnicę niewidzialną, ukrytą w Bogu od wieków”. Drugie znaczenie cieleśności ma charakter teologiczny: ciało przyczynia się do objawiania Boga i Jego miłości stworczej, ponieważ wyraża charakter człowieka jako istoty stworzonej, jego uzależnienie od podstawowego daru, którym jest dar miłości. „Takim jest ciało: świadkiem stworzenia jako podstawowego daru, a więc świadkiem miłości jako źródła, z którego się rodzi sam dar”. Ciało o tyle o ile jest seksualne, wyraża powołanie człowieka do wzajemności, to znaczy do miłości i wzajemnego daru z siebie samego. Ciało wreszcie wzywa mężczyznę i kobietę do spełnienia ich podstawowego powołania do płodności. Wychowanie przynależy przede wszystkim do rodziny, która jest „szkołą bogatszego człowieczeństwa”. Rodzina jest najbardziej odpowiednim środowiskiem do zapewnienia stopniowego wychowania seksualnego. Ona posiada pewien ładunek afektywny, umożliwiający, bez urażania, akceptację najbardziej delikatnej dziedziny i jej harmonijnego włączenia w osobowość zrównoważoną i bogatą. W świecie współczesnym środki społecznego przekazu z racji swej nachalności i sugestyjności wywierają na mło-

dych i młodocianych swój stały i uwarunkowujący wpływ, dając im informację i znaczeniu dużo większym, niż informacja i formacja rodzinna, również i przede wszystkim w dziedzinie wychowania seksualnego. Jan Paweł II wskazał na sytuację, w jakiej przychodzi się znajdować dzieciom w kontakcie ze środkami masowego przekazu: „Zafascynowane i bezbronne wobec świata i osób dorosłych dzieci są z natury gotowe przyjąć to, co im jest oferowane w dobrym lub w złym. Pociąga je mały ekran, naśladowają każdy pokazywany gest i szybciej oraz bardziej niż ktokolwiek inny przyswajają sobie wyrażone tam emocje i uczucia”. Należy jednak zauważyć, że postęp technologiczny coraz bardziej utrudnia w odpowiednim czasie niezbędną kontrolę. Jest więc bardzo ważne, aby „odbiorcy, a zwłaszcza młodzież, narzuciła sobie w korzystaniu z tych środków społecznego przekazu umiar i zdecydowanie. Niech starają się ponadto dobrze rozumieć oglądane, słyszane lub czytane rzeczy; niech dyskutują z wychowawcami i kompetentnymi osobami, ucząc się w ten sposób właściwego ich oceniania”; to wchodzi w perspektywę dobrego wychowania seksualnego. Celem obrony praw dziecka w tej dziedzinie Jan Paweł II budzi sumienie wszystkich odpowiedzialnych chrześcijan, w szczególności rodziców i twórców społecznego przekazu, aby nie ukrywali pod maską neutralności i szacunku dla spontanicznego rozwoju dziecka tego, co jest w rzeczywistości niepokojącym zubożeniem. Dobrze rozumiejąc to, co zostało powiedziane na temat pierwszorzędnego roli rodziny, zadaniem szkoły jest wspomagać i uzupełniać dzieło rodziców, dostarczając dzieciom i młodzieży oceny „płciowości jako wartości i zadania do wypełnienia przez każdą osobę, stworzoną mężczyzną i kobietą, na obraz Boży”.

(w cytowanych dokumentach pominięto przypisy)