

# Zdrowie seksualne młodzieży

## – wybrane zagadnienia

Izabela Jąderek – Klinika Psychiatrii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

### Spis zagadnień

---

- 199 Wstęp
- 199 Zachowania seksualne młodzieży
- 201 Inicjacja seksualna – procedury prawne i medyczne
- 203 Wiedza dotycząca zdrowia seksualnego i nauczanie edukacji seksualnej
- 204 Wybrane ryzykowne zachowania seksualne wśród młodzieży
- 207 Norma, ostrożność i profilaktyka
- 207 Zachowania ryzykowne wynikające z doświadczenia stresu mniejszościowego
- 209 Podsumowanie
- 210 Bibliografia
- 214 Akty prawne

## Wstęp

**Z**achowania seksualne młodzieży to zjawisko budzące szerokie społeczne zainteresowanie. Zachowania te zwykle budzą lęk dorosłych, w tym rodziców i nauczycieli, którzy najczęściej nie potrafią rozmawiać z nastolatkami na tematy związane z seksualnością lub pomijają je w rozmowach. W konsekwencji nie przekazują dziecku wiedzy dotyczącej fizjologii dojrzewania i rozwoju emocjonalnego, jak również bagatelizują obszary związane z zachowaniem bezpieczeństwa w relacjach i internecie. Wzrost niepokoju doświadczanego przez dorosłych związany jest przede wszystkim z wpływem treści z mediów społecznościowych i wzorców kultury na młodzież oraz coraz większą liczbą zjawisk mogących stanowić zagrożenie dla bezpiecznego rozwoju psychoseksualnego młodzieży, jak np. obecność materiałów pornograficznych, hejt w internecie i inne formy przemocy rówieśniczej. Dodatkowo wielu dorosłych upatruje zagrożeń dla bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w postępujących i szybkich zmianach społecznych oraz kulturowych. Dorośli często ich nie rozumieją, co wywołuje zwiększoną kontrolę nad zachowaniami dzieci.

Celem rozdziału jest przedstawienie rozwoju zachowań seksualnych młodzieży, możliwości i rekomendacji dla wspierania samodzielnych oraz autonomicznych decyzji dotyczących zdrowia seksualnego młodzieży i omówienie wybranych ryzykowanych zachowań seksualnych. Rozdział ma charakter przekrojowy i zostaną w nim przedstawione informacje dotyczące definicji normatywnego zachowania seksualnego nastolatków, kwestii prawnych związanych z wiekiem przyzwolenia na aktywność seksualną, dostępu do opieki ginekologicznej dla nastolatków z perspektywy prawnej i wieku przyzwolenia, wiedzy nastolatków na temat zdrowia seksualnego i antykoncepcji oraz podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych.

## Zachowania seksualne młodzieży

Seksualność (łac. *sexus* – płeć) to innymi słowy płciowość człowieka, przynależność do określonej płci i doświadczenie wszelkich płynących z tego następstw (Beisert, 2006a). „Jest wrodzonym atrybutem i wrodzoną funkcją ludzkiego organizmu, podlegającą złożonym zewnętrznym i wewnętrznym uwarunkowaniom, które wymagają szerokiego spojrzenia i interdyscyplinarnego wysiłku” (Izdebski, 2008). Seksualność jest komponentem osobowości i w dużej mierze wpływa na życie człowieka, jego wybory, decyzje i sposób myślenia o sobie. Przejawia się ona zarówno w sposobie przeżywania siebie, jak i manifestowania swoich potrzeb. Jest to związane z identyfikacją i przeżywaniem swojej tożsamości płciowej i seksualnej, z zachowaniami seksualnymi, jak również gotowością i umiejętnością zaspokajania takich potrzeb jak potrzeba miłości, intymności czy czułości (Beisert, 2006b). Seksualność kształtuje się od dzieciństwa: na początku w wyniku socjalizacji, której nadawcami są pierwsi opiekunowie dziecka

(zwykle rodzice), którzy sami niejednokrotnie nie otrzymali wiedzy dotyczącej seksualności. Ich brak wiedzy skutkuje ograniczonymi możliwościami przekazywania dzieciom wiedzy i prawidłowych postaw dotyczących seksualności. W wielu domach rodzice wydają się być niezainteresowani edukowaniem dzieci w kwestii seksualności – unikają tego tematu, wyobrażając sobie, że ten problem niejako rozwiąże się sam, kiedy dziecko będzie wystarczająco duże. Inni rodzice wycofują się z samodzielnych rozmów z dziećmi, cedując odpowiedzialność za edukację na szkołę i oczekując od niej przekazywania wiedzy w tym zakresie oraz wychowywania w duchu określonych wartości i postaw dotyczących relacji oraz seksualności. Jeszcze inni – oczekują od szkoły całkowitego zaprzestania przekazywania dzieciom takiej wiedzy, uważając, że ten obszar należy do kwestii wyłącznie światopoglądowych, za którą całkowitą odpowiedzialność ponoszą opiekunowie. Jest też grupa rodziców, która zauważa konieczność współdziałania szkoły i domu rodzinnego w zakresie prowadzenia zajęć z edukacji seksualnej i wspiera szkołę w organizacji takich lekcji (Beisert, 1991; Zielona-Jenek i Chodecka, 2010).

Pozostawienie młodzieży bez edukacji w tym obszarze, bagatelizowanie i zniekształcanie istoty rozwoju psychoseksualnego sprawia, że młode osoby nie rozumieją procesów zachodzących w ich ciałach, nie dysponują wiedzą o zdrowiu, normach, emocjonalności oraz budowaniu relacji i – wreszcie – nie rozumieją własnej seksualności. W rezultacie młodzież ponosi koszty emocjonalne: zagnębienie, zawstydzanie siebie i lęk, inne koszty psychiczne w postaci nieświadomego wzmocnienia szkodliwych stereotypów oraz przekonań na temat własnej i odmiennej płci, ról płciowych i porównywania się, jak również koszty behawioralne w postaci ograniczenia zdolności podejmowania odpowiedzialnych decyzji i przewidywania ich skutków oraz planowania przyszłości. Dodatkowo presja wywierana przez środowisko rówieśnicze sprawia, że część nastolatków jest przekonana, że ich rówieśnicy są bardziej aktywni seksualnie niż w rzeczywistości, i tym samym angażuje się w różne formy aktywności seksualnej, nie będąc na to przygotowana ani emocjonalnie, ani fizycznie (Izdebski, 2008).

Wspominając o zachowaniach seksualnych nastolatków, należy uprzednio określić normy ich dotyczące: co może być uznawane za charakterystyczne dla tej grupy wiekowej, co mieści się w granicach normy rozwojowej lub co można określić jako zachowania wymagające interwencji. Za aktywność seksualną dzieci i młodzieży mieszczącą się w granicach normy uznaje się taką, która:

- nie utrudnia zadań rozwojowych przewidzianych dla tego okresu,
- mieści się w repertuarze zachowań seksualnych charakterystycznych dla danego wieku,
- dokonuje się między osobami będącymi w zbliżonym wieku,
- oparta jest na zasadzie dobrowolności,
- prowadzi do realizacji celów seksualnych,
- nie narusza zdrowia,
- nie narusza rażąco przyjętego porządku społecznego (Beisert, 2006c).

Warto pamiętać, że kontakty seksualne podejmowane przez nastolatki mają określone znaczenie rozwojowe – zarówno służą przygotowaniu do podjęcia określonych ról w przyszłości (partnera/partnerki), jak i stanowią podstawę kształtowania postaw relacyjnych i interpersonalnych oraz rozwoju emocjonalnego i społecznego młodych osób. Aktywność seksualna młodzieży zwykle przebiega w podobny, charakterystyczny sposób, czyli od form mniej do coraz bardziej dojrzałych. Rozpoczyna się zwykle od masturbacji przez pocałunki i kontakty seksualne niepenetracyjne (np. *petting*) aż do inicjacji seksualnej, poprzez którą najczęściej rozumie się kontakt genitalny penetracyjny (Beisert, 1991, 2006b; Lew-Starowicz, 2000). Należy mieć jednak na uwadze, że takie rozumienie jest wykluczające dla osób w relacjach różnopłciowych z doświadczeniami seksualnych kontaktów oralnych lub analnych oraz dla osób w relacjach jedнопłciowych. Ponadto coraz częściej inicjacja seksualna jest konceptualizowana również jako wszelka forma zaawansowanych pieszczot całego ciała o charakterze niepenetracyjnym. Warto w tym miejscu pamiętać, że cały proces charakteryzuje wysokie zróżnicowanie i może on przebiegać bez faz pośrednich.

## Inicjacja seksualna – procedury prawne i medyczne

W Polsce, podobnie jak w większości państw na świecie, stale obniża się wiek inicjacji seksualnej. Obecnie przypada on między 15 a 18 r.ż. (Baisert, 1991; Jarząbek-Bielecka i in., 2012; Wojtasiński, 2021; Woynarowska, 2014). Analizując doniesienia naukowe, można jednak stwierdzić, że aktywność seksualna przed ukończeniem 18 r.ż. dotyczy ok. 80% nastolatków, co czyni ją wśród tej grupy wiekowej powszechną (Woynarowska i in., 2004).

Wiek ten ma znaczenie wobec procedur medyczno-prawnych dotyczących oczekiwania przez osobę nieletnią podejmującą aktywność seksualną porady specjalisty ginekologa, przeprowadzenia badania lub przepisania hormonalnych środków antykoncepcyjnych. Zasady prawne i medyczne stoją wobec siebie w kontraście – ustalony wiek przyzwolenia w Polsce (ukończony 15 r.ż.) i decyzja o podjęciu aktywności seksualnej przez nastolatki rozmią się z ich funkcjonowaniem w obszarze opieki prawnej, przynależnej do 18 r.ż. najczęściej do rodzica, i koniecznością wyrażenia zgody przez opiekuna na określone świadczenia zdrowotne. Podobnie jest w przypadku opieki zdrowotnej – osoba, która nie ukończyła 18 r.ż., pełne prawa jako pacjent uzyskuje, ukończywszy 16 lat. W Polsce brakuje w tej kwestii wspólnego stanowiska środowisk prawnych i medycznych (Jarząbek-Bielecka i in., 2012). Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej każdy pacjent ma prawo do decydowania o sobie, poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz poszanowania prywatności. Według tych zasad udział opiekuna prawnego pacjenta, który ukończył 16 lat, dotyczy współdecydowania o wykonaniu świadczenia zdrowotnego. Wyniki badań podmiotowych i przedmiotowych osoby nieletniej teoretycznie nie muszą być przekazywane jej opiekunowi prawnemu, jeżeli domaga się ona zachowania poufności

i kiedy zachowanie poufności nie ma wpływu na jej zdrowie oraz ewentualnie planowane procedury medyczne. Zgodnie z tymi procedurami osoby nieletnie mają prawo do ochrony i opieki zdrowotnej w zakresie, jaki jest konieczny dla ich dobra, oraz w odpowiedni, uwzględniający ich wiek i stopień dojrzałości, sposób. Ponadto młode osoby powinny móc swobodnie wypowiadać swoje poglądy, a ich zdanie powinno być uwzględniane w sprawach ich dotyczących (Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry [Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152]; Ustawa z dnia

25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy [Dz.U. 1964 Nr 9 poz. 59]; Konwencja Praw Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. [Dz.U. Nr 120 poz. 526]).

O ile w Polsce na przyjęcie osoby nieletniej (do 18 r.ż.) do szpitala i przeprowadzenie badań zgodę wyraża wyłącznie opiekun prawny, o tyle w warunkach ambulatoryjnych sytuacja może wyglądać inaczej. W niektórych poradniach rodzinnych, kiedy nieletni pacjent zgłasza się na wizytę, lekarz zwykle zakłada domniemaną zgodę opiekuna i bada pacjenta. W przypadku kontaktu pacjentki z lekarzem ginekologiem decyzja o postępowaniu nie jest jednak tak jasno określona. Możliwość przeprowadzenia poradnictwa dotyczącego aktywności seksualnej, przepisania środków antykoncepcyjnych lub wykonanie badania ginekologicznego są dyskusyjne (Jarząbek-Bielecka i in., 2011; Jarząbek-Bielecka i in., 2012; Sowińska-Przepiera i in., 2008). Wiąże się to z tym, że w przypadku młodzieży możliwość przepisania i stosowania antykoncepcji od lat stanowi w Polsce przedmiot wielu dyskusji. W sporach często używa się argumentów medycznych, etycznych, moralnych i religijnych. Różne, często osobiste, przekonania, a zatem i niejednoznaczne stanowiska, utrudniają ustalenie jasnych procedur oraz adekwatną pomoc nieletniej pacjentce. Pamiętając, że dziewczyna powinna zostać pacjentką poradni ginekologicznej

”

*Ostatnio jestem przygnębiona, dużo się stresuję i źle śpię. Doświadczam hejtu przez to, że należę do środowiska LGBT+. Moja rodzina jest homofobiczna. Trudno mi jest sobie wyobrazić ujawnienie przed nią tego, kim jestem. Jak mam to powiedzieć mojej mamie?*

*Dziewczyna, 14 lat  
Z telefonów i maili do 116 111  
– telefonu zaufania dla dzieci  
i młodzieży*

najczęściej po wystąpieniu pierwszej miesiączki (czyli mniej więcej w wieku 13 lat) należy przyrzeć się zjawisku i możliwości dostępu do pomocy medycznej (Jarząbek-Bielecka i in., 2012). Podjęcie świadomej zgody na aktywność seksualną i możliwość skorzystania z opieki medycznej są traktowane rozłącznie, a pojęcie dojrzałości dziecka – w zależności od kategorii – jest nieostre i nacechowane subiektywnym osądem (Kędziora, 2003; Kmiecik, 2017). Do oceny tej rozbieżności i wskazania potencjalnych możliwości skorzystania z opieki zdrowotnej przez osoby małoletnie według ekspertów warte podkreślenia wydają się granice wiekowe odnoszące się do czynności prawnych osób nieletnich (Sowińska-Przepiera i in., 2013):

- 13 r.ż. – dziecko uzyskuje pewną zdolność do czynności prawnych, ale jako zdolność ograniczoną;
- 15 r.ż. – końcowa granica uznania obcowania płciowego z osobą nieletnią za przestępstwo;
- 16 r.ż. – uzyskanie przez nieletnich ograniczonych praw pacjenta.

W polskim systemie prawnym doprowadzenie osoby poniżej 15 r.ż. do obcowania płciowego, poddania się innej czynności seksualnej lub wykonania takiej czynności jest przestępstwem (Kunicka-Michalska i Wojciechowska, 2001). Według ustawy każdy, kto podejmuje czynności seksualne z osobą małoletnią poniżej 15 r.ż., narusza jej wolność seksualną, ponieważ ofiara takiego czynu nie jest w stanie wyrazić ważnej prawnie decyzji w przedmiocie przyzwolenia na te czynności. Podobnie ta kwestia wygląda w innych państwach w Europie, w których dominuje granica 15 r.ż., co jest zgodne ze standardami Rady Europy. Ustalona granica wieku wynika z dwóch faktów – zgodnie z doniesieniami naukowymi jest adekwatna co do wieku, w którym większość nastolatków decyduje się na podjęcie inicjacji seksualnej, oraz jest akceptowalna przez specjalistów dziedziny prawa (Filar, 2004). Równocześnie w przepisach prawa polskiego dziecko do 18 r.ż. nie może samodzielnie i bez kontroli realizować praw pacjenta, ponieważ w decyzji o diagnostyce i leczeniu konieczny jest udział jego opiekuna prawnego. Zatem dziecko po ukończeniu 16 lat, a nie ukończywszy 18 r.ż., może realizować prawa pacjenta pod kontrolą opiekuna prawnego, którego

zgoda jest niezbędna do wykonywania wobec dziecka określonych czynności. Od 16 r.ż. dziecko uzyskuje prawo do bezpośredniego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących procedur medycznych i świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do siebie (Dercz i Rek, 2003). Biorąc pod uwagę wiek inicjacji seksualnej, wiek wskazujący na możliwość wyrażenia świadomej zgody na czynności seksualne i prawne regulacje dotyczące udzielenia zgody na postępowanie medyczne, ograniczenia te wydają się nielogiczne. Środowisko lekarzy ginekologów postuluje zmianę zasad postępowania wobec nieletnich pacjentek poradni ginekologicznych. Spośród zaproponowanych istotne dla tego rozdziału wydają się następujące:

- Wiek – po ukończeniu 15 r.ż. i przed osiągnięciem 16 r.ż.:
  - wizyta u lekarza powinna odbyć się przy udziale opiekuna prawnego;
  - badanie ginekologiczne wymaga zgody opiekuna prawnego;
  - stwierdzenie współżycia nie powinno być zatajone przed opiekunem prawnym;
  - przepisanie tabletek antykoncepcyjnych, jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, wymaga zgód opiekuna prawnego i pacjentki, jeśli podjęta ona bądź ma zamiar wkrótce podjąć współżycie seksualne.
- Wiek – po ukończeniu 16 r.ż. i przed osiągnięciem 18 r.ż.:
  - pacjentka powinna potwierdzić, że wizyta u lekarza odbywa się za zgodą opiekuna prawnego. Niekonieczna jest zgoda pisemna, jeżeli pacjentka zgłasza się sama w celu przeprowadzenia badania ginekologicznego;
  - badanie ginekologiczne powinno być przeprowadzone za zgodą pacjentki, bez konieczności zgody opiekuna prawnego;
  - stwierdzenie współżycia seksualnego nie musi być przekazane opiekunowi prawnemu, jeżeli pacjentka o to prosi i jeżeli nie ma to wpływu na dalsze procedury medyczne;
  - przepisanie środków antykoncepcyjnych – odmowa przy bezwzględnych przeciwwskazaniach medycznych, wymóg zgody opiekuna prawnego przy przeciwwskazaniach względnych. Środki mogą być przepisane bez zgody opiekuna prawnego, jeżeli

pacjentka jest zdrowa (co jest potwierdzone badaniem), odmawia poinformowania opiekuna o chęci przyjmowania takich środków, podejmuje współżycie oraz istnieje ustalona więź emocjonalna z partnerem. W takiej sytuacji postuluje się odnotowanie w historii choroby przepisanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych i brak gotowości nieletniej do poinformowania o tym opiekuna prawnego (Jarząbek-Bielecka i in., 2012; Sowińska-Przepiera i in., 2013).

W tym miejscu należy podkreślić, że często występujące przekonanie, jakoby dziecko było własnością rodziców, jest nie tylko nieprawidłowe, ale także szkodliwe dla jego psychiki. Zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym obowiązkiem i prawem rodziców względem dziecka – aż do uzyskania przez nie pełni praw – jest zapewnienie mu należytej pieczy i strzeżenia jego interesów. Podejmowane przez rodziców decyzje względem dziecka powinny uwzględniać jego autonomię w zakresie decydowania o sobie, w tym jego wiek, dojrzałość oraz przekonania (Andrzejewski, 2014; Szok i Terlecki, 2016). W prawie rodzinnym przyjęto zasadę dobra dziecka, którą opiekunowie prawni powinni się kierować i która oznacza, że interes dziecka rozstrzyga, jak rodzice powinni wykonywać swoje zadania względem dziecka (Pawlak, 2015).

## Wiedza dotycząca zdrowia seksualnego i nauczanie edukacji seksualnej

Z możliwością dostępu do lekarzy ginekologów i swobodną rozmową na tematy związane ze zdrowiem seksualnym łączy się również wiedza nastolatków na temat antykoncepcji i zdrowia seksualnego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) postuluje, że nauczanie o różnych metodach antykoncepcji powinno być wynikiem wspólnej pracy rodziców, nauczycieli oraz wszystkich innych dorosłych będących w otoczeniu dziecka i mających wpływ na jego edukację, a także lekarzy ginekologów i pediatrów (WHO, Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej w Kolonii, 2012). Na podstawie danych z piśmiennictwa i opinii własnych ekspertów *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) podkreśla, że niezbędnym czynnikiem prowadzenia edukacji

seksualnej jest zapewnienie nastolatkom atmosfery prywatności oraz bezpieczeństwa, dzięki której będą mogli zadawać pytania i mówić o swoich wątpliwościach (ACOG, 2016). Badania z ostatnich lat wskazują na bardzo niski poziom wiedzy nastolatków na temat antykoncepcji. Nastolatki dość szybko podejmują decyzję o rozpoczęciu współżycia seksualnego, chcą uchronić za dojrzałych, często również ulegają presji rówieśniczej lub presji ze strony partnera/partnerki. Dane z piśmiennictwa wskazują tendencję młodych ludzi do coraz wcześniejszego rozpoczynania współżycia seksualnego. Średni wiek inicjacji seksualnej dla kobiet w 1997 r. wyniósł 19,34 roku, w 2001 r. – 19,2 roku, a w 2005 r. – 18,83 roku. W przypadku mężczyzn dane są podobne, w 1997 r. było to 18,43 roku, w 2001 r. – 18,32 roku, a w 2005 r. – 18,06 roku (Jankowiak i Gulczyńska, 2014). Powody podjęcia decyzji o rozpoczęciu współżycia są różnorodne. Większość dziewczyn (70,7%) wskazuje na miłość, natomiast chłopcy deklarują podniecenie seksualne i ciekawość (odpowiednio, 64,3% i 60,6%; Pastwa-Wojciechowska i Izdebski, 2014). Brak edukacji seksualnej przyczynia się do wczesnego rozpoczynania aktywności seksualnej, tym samym do wzrostu liczby ciąży u młodych dziewczyn, a także do wzrostu częstości zakażeń przenoszonych drogą płciową. Szacunkowe dane wskazują, że ok. 40% ciąży na całym świecie jest niezamierzonych. Zwykle spowodowane jest to niestosowaniem antykoncepcji, niepowodzeniem w stosowaniu metody antykoncepcyjnej lub jej nieskutecznością (Wendot i in., 2018). W polskim środowisku społeczno-politycznym od lat trwa konflikt o zasadność wprowadzenia rzetelnej, neutralnej światopoglądowo edukacji seksualnej do szkół podstawowych i średnich (Dec-Piotrowska i Walendzik-Ostrowska, 2020; Jeznach, 2021; Rzecznik Praw Obywatelskich, 2022). Polityczni przeciwnicy jej wprowadzenia uzasadniają swoje przekonania rzekomą seksualizacją dzieci i młodzieży przez osoby prowadzącego tego typu zajęcia, promowaniem złych oraz niewłaściwych postaw, a także zachęcaniem dzieci przez edukatorów do podejmowania aktywności seksualnej. Wydaje się zatem istotne, aby zwrócić uwagę na zarówno nastawienie społeczne do edukacji seksualnej, jak i opinie ekspertów. Wielu specjalistów jest zdania, że polskie społeczeństwo nie jest wystarczająco dojrzałe do podejmowania rozmów na temat antykoncepcji. Jednocześnie badania już

w 2007 r. wskazywały na zarówno znaczącą aprobatę społeczeństwa polskiego (84%) dla zajęć z edukacji seksualnej, jak i duży odsetek populacji wspierający stosowanie różnorodnych form zapobiegania ciąży (Centrum Badania Opinii Społecznej [CBOS], 2007). Badania przeprowadzone przez CBOS w 2019 r., pokazały, że większość badanych (74%) nie zgadza się z opinią o demoralizującym wpływie edukacji seksualnej na dzieci. Dodatkowo 70% dorosłych Polek i Polaków nie dostrzega związku edukacji seksualnej z wczesnym rozpoczęciem życia seksualnego oraz rozbudzaniem w dzieciach zainteresowania seksem. Osoby badane uważały, że wiedzę na temat seksualności człowieka dzieci powinny uzyskiwać od rodziców (sądziło tak 87% badanych), a następnie od nauczycieli, lub psychologów bądź pedagogów szkolnych (75%). Badani wskazali również na specjalistów spoza szkoły, np. seksuologa (51%). Chociaż odpowiedzialność za edukację seksualną badani cedują głównie na rodziców, to wskazują również potrzebę wsparcia ze strony szkoły oraz osób profesjonalnie przygotowanych do realizowania edukacji seksualnej (CBOS, 2019). Raport Instytutu Badań Edukacyjnych (IBE) z 2015 r. wskazuje podobną tendencję. Większość badanych zarówno osiemnastolatków (87%), jak i rodziców dzieci w wieku szkolnym (88%) wskazywało na potrzebę realizowania zajęć z edukacji seksualnej w szkole. Ponad połowa nastolatków (54%) uważała, że zajęcia powinny być prowadzone przez specjalistę niezwiązanego ze szkołą: psychologa, lekarza lub edukatora seksualnego. O konieczności edukacji seksualnej wypowiada się duża część społeczeństwa, jej wprowadzenie wspierają konsensusy ekspertów i organizacje pozarządowe, jednak mimo jasno określonego stanowiska nadal trudno o porozumienie między jej zwolennikami a przeciwnikami, przy czym ci ostatni zwykle upowszechniają treści niepełne, nieprawdziwe lub manipulujące. Część zajęć prowadzonych jest również przez osoby nie mające do tego ani wiedzy, ani przygotowania (IBE, 2015).

”

*Osoby w moim otoczeniu mnie nie akceptują, bo jestem lesbijką. Strasznie boli mnie to, że moi przyjaciele odrzucili mnie, kiedy dowiedzieli się o mojej orientacji. Zrozumiałam, że jednak nie byli moimi przyjaciółmi.*

*Dziewczyna, 14 lat  
Z telefonów i maili do 116 111  
– telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży*

Mimo wieloletniej wytrwałej i konsekwentnej pracy wielu środowisk na rzecz rzetelnej wiedzy nastolatki wciąż nie wiedzą, w jaki sposób budować relacje romantyczne i seksualne. Młode osoby często skupiają się nie na tym, jak współżycie może wyglądać, ale na tym, aby jak najszybciej do niego doprowadzić. Często również padają ofiarami przemocy ze strony środowiska rówieśniczego lub narażają się na treści nieadekwatne dla ich wieku, wobec których nie mają krytycyzmu. Nie ma więc wątpliwości, że włączenie rzetelnych programów edukacji seksualnej mogłoby znacząco wpłynąć na decyzje o podjęciu aktywności seksualnej i stosowaniu antykoncepcji,

a zatem zmniejszyć liczbę niechcianych ciąż oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową, jak również wspierać młodzież w budowaniu relacji i nauczyć ostrożności w korzystaniu z internetu oraz mediów społecznościowych. Lekarze wszystkich specjalności i przedstawiciele pozostałych zawodów medycznych powinni dysponować wiedzą na temat seksualności nastolatków i ich potrzeb. Przekazywanie młodzieży wiedzy o antykoncepcji, w tym o jej zaletach i konsekwencjach jej niestosowania, jest najważniejszym czynnikiem chroniącym młodzież przed niechcianą i zbyt wczesną ciążą. Pamiętając, że edukacja seksualna jest jednym z podstawowych elementów edukacji zdrowotnej, należałoby opracować konkretne regulacje opieki zdrowotnej dla młodzieży oraz podstawę programową zajęć z edukacji seksualnej, co mogłoby wpłynąć na poprawę kształtowania się właściwych nawyków i zachowań nastolatków.

## Wybrane ryzykowne zachowania seksualne wśród młodzieży

Tendencję młodych osób do podejmowania ryzykownych działań uważa się za normatywną cechę dojrzewania (Arnett, 2007; Jankowiak i Wojtyńkiewicz, 2018). Z reguły jest to związane ze sprawdzaniem granic swojej niezależności, skłonnością do eksperymentowania

i poszukiwaniem różnorodnych doświadczeń, wpływających na rozumienie i kształtowanie własnej tożsamości. Innymi słowy, oprócz realnego ryzyka zagrożeń, zachowania ryzykowne niosą i mogą mieć walor rozwojowy poprzez przyczynianie się do nauki samodzielności i niezależności oraz osiąganie nowych celów. Młodzież w inny sposób postrzega ryzyko, mając tendencję do zaniżania go. Dojrzewanie to proces rozciągnięty w „rytuał przejścia” między dorosłością a byciem dzieckiem (Pringle i in., 2017), kiedy młodzież zwykle zamyka się we własnym świecie i wycofuje z relacji z dotychczasowymi autorytetami (zarówno rodzinnymi, jak i szkolnymi). Towarzyszy temu ambiwalencja oraz labilność emocjonalna i behawioralna – sprzeczność zachowań, wybuchowość i gwałtowne reakcje emocjonalne, jak również lęk dotyczący własnej seksualności. Skutkuje to często bezradnością, bezsilnością wobec zmian w ciele i w rezultacie próbami radzenia sobie z tymi zmianami w sposób o zróżnicowanym stopniu adaptacyjności (Jankowiak i Wojtyńkiewicz, 2018; Smith i in., 2013; Valle i in., 2009). Silne przeżywanie lęku, napięcia i niechęci wobec doświadczanych trudności może być łagodzone przez częste korzystanie z internetu. W rozumieniu etapu rozwojowego, jakim jest dojrzewanie, kiedy przynależność do grupy rówieśniczej jest sposobem na określanie swojej tożsamości i odrębności od świata dorosłych, internet umożliwia wyrażanie uczuć i poglądów, a także bycie w swojej społeczności. Dla części młodych osób pełni on także funkcję zewnętrznego kontenera na doświadczane trudności, w którym mogą odreagować lęk, frustrację, trudności w budowaniu relacji koleżeńskich i problemy w nauce, czy wreszcie – niepokoje związane z własną seksualnością. Odpowiedzią na te niepokoje mogą być portale społecznościowe, na których młodzież próbuje budować relacje, ale także czerpie inspiracje dla swojego wizerunku i atrakcyjności, co jest związane z mnogością dostępnych tam treści skupiających się przede wszystkim na tych aspektach. To skutkuje potrzebą wyrażenia siebie, chęcią dopasowania do obecnie panujących wzorców, a zatem częstszym dzieleniem się odważnymi zdjęciami o charakterze seksualnym i tworzeniem takich treści. Internet i portale społecznościowe dają możliwość łatwej komunikacji z innymi osobami. Fora internetowe,

portale społecznościowe i ich zalety w postaci anonimowości i łatwości w komunikacji stanowią jednak okazję dla osób dorosłych szukających kontaktu z nieletnimi w celach seksualnych i nawiązania relacji z nimi.

*Zachowanie ryzykowne* to termin, który zwykle jest używany, aby połączyć w jedno pojęcie zachowania, które są potencjalnie szkodliwe dla zdrowia (w odróżnieniu od zachowań prozdrowotnych). Można wśród nich wymienić m.in. przedwczesne lub ryzykowne zachowania seksualne, używanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania i zachowania związane z samobójstwem. Z piśmiennictwa wynika, że zachowania ryzykowne młodzieży są ze sobą skorelowane, co oznacza, że angażowanie się w jeden ich rodzaj może wskazywać na zwiększone prawdopodobieństwo angażowania się w inne ich rodzaje lub wzory (Nadworna-Cieślak i Ogińska-Bulik, 2011; Romer i in., 2017; Tinner i in., 2021). Doniesienia naukowe z badań prowadzonych wśród dzieci i młodzieży wskazują, że do najczęstszych zachowań tego typu należy palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, zbyt wczesna inicjacja seksualna, przemoc rówieśnicza i dręczenie (w tym również drogą internetową). Podejmowanie takich zachowań wiąże się z nasileniem objawów stresu i stanów depresyjnych, problemami w szkole, trudnościami w relacjach z rówieśnikami oraz rodzicami, a także zwiększonym ryzykiem utrzymania się niebezpiecznych zachowań w przyszłości (Topping, 2012). Do najważniejszych i najczęściej występujących ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży zalicza się podejmowanie zbyt wczesnej aktywności seksualnej oraz podejmowanie tej aktywności bez odpowiedniego zabezpieczenia (omówione wcześniej w rozdziale), jak również *sexting* (przesyłanie treści o charakterze erotycznym przez telefon lub internet) oraz *grooming* (uwodzenie przez internet).

*Sexting*, czyli wysyłanie zdjęć lub krótkich filmików o treści erotycznej do drugiej osoby, odbywa się zwykle za pomocą telefonu komórkowego (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2020). Zachowanie to często dotyczy osób, które próbują przezwyciężyć swoją nieśmiałość w relacjach interpersonalnych, chcą zainteresować sobą osobę tej samej bądź odmiennej płci, odczuwają lęk przed odrzuceniem lub którymś brakuje umiejętności nawiązania relacji



w tradycyjnym kontakcie. Zwykle wiąże się to z wyrazem zaufania wobec partnera lub partnerki lub odczuwaniem z nim/nią więzi. Według badań *Internet Watch Foundation*, angielskiej organizacji pozarządowej, prawie 90% zdjęć tego typu wykonanych przez nastolatków jest wykradanych, a następnie umieszczanych na stronach pornograficznych (UK Safer Internet Centre, 2017). Upublicznienie takiego wizerunku często wiąże się z szantażem lub wykluczeniem nastolatka z grupy rówieśniczej. Inne brytyjskie badania wskazują, że wśród młodzieży w wieku 14–16 lat 40% zna kogoś, kto wysyła nagie zdjęcia, a 27% zna osoby, które robią to regularnie. Ponadto 20% młodzieży nie widzi nic złego w rozpowszechnianiu zdjęć ukazujących pełną nagość, a 40% sądzi, że przesyłanie zdjęć topless jest w pełni akceptowalne (Kamieniecki i in., 2017). Jeśli chodzi o Polskę, to z danych z badania przeprowadzonego przez Instytut Badawczy NASK *Nastolatki 3.0* w 2021 r. wynika, że 8,3% nastolatków w wieku 15–18 lat otrzymało kiedyś nagie zdjęcie lub film, a 2,2% – wysłało swoje nagie zdjęcie lub film innej osobie, co jest spadkiem co najmniej kilkunastoprocentowym w porównaniu z danymi z poprzednich lat (Pyżalski i in., 2019). Z kolei z badania *EU Kids Online* przeprowadzonego w Polsce w 2018 r. wynika, że w ciągu roku 3,8% ankietowanych miało styczność z *sextingiem*, a co czwarty nastolatek z tej grupy przynajmniej raz w miesiącu wysyła swoje intymne materiały innym osobom (Pyżalski i in., 2019). Coraz częściej również można spotkać się ze zjawiskiem wytwarzania przez osoby małoletnie i publikowania w sieci treści o charakterze seksualnym. Dane zespołu Dyżurnet wskazują, że w 2019 r. z 2157 zgłoszeń treści pokazujących seksualne wykorzystanie dziecka (*child sexual abuse material*, CSAM) 9% było samodzielnie wytworzone przez osobę małoletnią. W 2020 r. odsetek ten wynosił 14% przy 2517 zgłoszonych CSAM, a w 2021 r. 8% przy 2069 zgłoszonych CSAM (NASK, 2021).

Kontakt z treściami o charakterze seksualnym jest dla nastolatka krępujący oraz wzbudzający lęk, bezsilność i bezradność. Z danych dla całej Unii Europejskiej wynika, że wśród zagrożeń internetowych to właśnie *sexting* należy do doświadczeń dostarczających dzieciom najwięcej emocji, z którymi nie mogą sobie poradzić. Warto pamiętać, że dziecko jest całkowicie bezbronne wobec krzywdzenia

i nie wie, jak sobie radzić z ekspozycją na tego typu treści – 45–60% dzieci nie podejmuje żadnych środków zaradczych (Kamieniecki i in., 2017). Konfrontacja z nieznaną i niezrozumiałą treścią jest dla nich emocjonalnie szczególnie trudna. Także osoby wysyłające treści z podtekstem seksualnym narażają się na niebezpieczeństwo – mogą spotkać się z szantażem i wymuszeniem korzyści w zamian za zachowanie wysłanych, kompromitujących nadawcę zdjęć/filmów w tajemnicy.

Według raportu z badania *Nastolatki 3.0* duża grupa nastolatków komunikuje się przez internet z osobami, których nigdy wcześniej nie poznała. Na pytanie o porozumiewanie się ze „znajomymi z internetu, których nie poznałeś w świecie realnym” odpowiedź *nigdy* wybrała mniej niż połowa respondentów (48%). Następnymi w kolejności odpowiedziami było *kilka razy dziennie* (14,6%), *kilka razy w roku* (13,5%), *kilka razy w miesiącu* (8,9%), *kilka razy w tygodniu* (8,6%) i *raz dziennie* (6,4%). Na pytanie „Czy sądzisz, że spotkania z osobami dorosłymi poznanymi w Internecie mogą być niebezpieczne?” 8,4% ankietowanych dzieci odpowiedziało *nie*, natomiast aż 19,1% – *trudno powiedzieć* (NASK, 2016). Wyniki wskazują więc na dość duży odsetek dzieci niewidzących zagrożenia w komunikacji z osobami poznanymi w sieci, podczas gdy te osoby, posługując się licznymi technikami manipulacyjnymi, mogą wpływać na dziecko, tworząc odpowiednią dla siebie relację. Bezbronne oraz ufne dziecko ma wrażenie, że taki rozmówca jest życzliwą osobą, i jest skłonne zwierzać się ze swoich tajemnic i problemów, podać domowy adres czy umówić się na spotkanie. Wyniki powinny skłaniać do refleksji niezależnie od liczby dzieci mających świadomość potencjalnego zagrożenia. Zadaniem rodziców i szkół jest przekazanie dzieciom wiedzy o konieczności zachowania należytej ostrożności i o ryzyku, jakie niesie za sobą spotkanie w świecie rzeczywistym, gdyż według danych liczba takich spotkań znacząco wzrasta (w roku 2016 było to 12,6%, w roku 2018 – 23,1%). Według oficjalnych danych polskiej policji w 2020 r. wszczęto 584 postępowania w związku *groomingiem*, z czego faktycznie stwierdzono przestępstwo w 456 przypadkach, a w 316 przypadkach udało się wykryć sprawcę (Informacyjny Serwis Policyjny, 2021; Policja, 2021).

## Norma, ostrożność i profilaktyka

Kształtowanie zachowań zdrowotnych jest istotne już w okresie dzieciństwa i wczesnego dojrzewania. Wtedy właśnie powstają wzorce zachowań bezpośrednio wpływających na zachowania w późniejszym okresie życia. Mając to na uwadze, działania dorosłych powinny być przede wszystkim ukierunkowane na edukację, rozszerzanie możliwości refleksyjnego myślenia o swoich doświadczeniach oraz budowanie stabilnej, uważnej więzi z rodzicem i opiekunem. Korzystne dla rozwoju dziecka jest czułe, ciepłe i pełne miłości rodzicielstwo, rozumiane jako stabilna więź z rodzicem oparta na zaufaniu, a także promowanie przez instytucje szkolne relacji społecznych i prospołecznych postaw. To praktyki w postaci dyscyplinowania i przymusu, jak również brak konsekwentnego działania ze strony rodzica mogą przyczynić się do wzmocnienia agresywności i opozycyjności wśród dzieci. Po stronie czynników ryzyka można również wymienić odrzucanie dziecka, karanie za zainteresowanie seksualnością, brak spójności w sposobie wychowywania, niski poziom ochrony i zainteresowania dzieckiem oraz brak ciepła i pozytywnego wzmocnienia (Beisert, 1991, 2001; Berger i Font, 2015; Bojarska, 2005; Grossman i in., 2018; Halim i in., 2017; Juul, 2007; Rasmussen i in., 2015).

Zapobieganie różnym problemom związanym z potencjalną ryzykowną aktywnością seksualną dziecka oraz zachowanie ostrożności podczas korzystania z internetu powinno się zacząć od jak najmłodszych lat. Wtedy dziecko zaczyna zadawać pytania i tworzy zręby budowania relacji, które obserwuje w najbliższym mu środowisku. Edukacja powinna trwać od początku kontaktu dziecka z siecią, ale należy pamiętać, że każdy moment jest właściwy na włączenie się w świat dziecka i zainteresowanie się nim. Ochrona dzieci przed ryzykownymi zachowaniami seksualnymi powinna koncentrować się na przeciwdziałaniu przemocy seksualnej (także online) oraz wspieraniu w budowaniu relacji z rówieśnikami i innymi osobami. Zadaniem rodzica jest jak najwcześniejsze przekazywanie dzieciom wiedzy o tym, czym są granice (w tym również cielesne) dziecka i rówieśników, w jaki sposób należy je szanować i dlaczego jest to ważne. Wiąże się to uczeniem dzieci o budowie ciała, wskazywaniem, które części tego ciała są „osobiste”

i nie powinny być dotykane przez nikogo innego, czym jest presja lub nacisk i co należy zrobić, kiedy ktoś w taki sposób próbuje się zachowywać. W okresie dorastania przekazywana wiedza na temat budowania bliskich relacji, zmianach własnego ciała i różnorodności przeżywania swojej seksualności pozwala tworzyć bezpieczne, przyjazne środowisko, wspiera tworzenie odpowiedzialnych relacji i reagowanie w sytuacjach, kiedy pojawia się presja zbyt szybkiego podejmowania zachowań o charakterze seksualnym, oraz przeciwdziałania innym ryzykownym działaniom, jak np. wysyłaniu zdjęć o charakterze seksualnym (Penfoldi i in., 2009; Pilarczyk, 2021; Seidman, 2012; WHO, 2019).

## Zachowania ryzykowne wynikające z doświadczenia stresu mniejszościowego

Tematem niezwiązanym bezpośrednio z omówieniem ryzykownych zachowań seksualnych, ale koniecznym do poruszenia na tle rozwoju tożsamości, są zachowania podejmowane przez młodzież nieheteroseksualną, transpłciową lub niebinarną (w skrócie LGBT – lesbijki, geje, osoby biseksualne, osoby transpłciowe) w wyniku doświadczania dyskryminacji i odrzucenia. Jak wcześniej wspomniano, termin zachowania ryzykowne odnosi się do wielu zachowań potencjalnie szkodliwych dla zdrowia, w którego spektrum są zarówno zachowania seksualne, jak i te odnoszące się samookaleczenia lub samobójstwa. Grupą szczególnie narażoną na ryzykowne zachowania w postaci samookaleczeń czy podejmowania prób samobójczych jest młodzież o orientacji innej niż heteroseksualna i w różnym stopniu nieutożsamiająca się z nadaną im płcią metrykalną. Chociaż od wielu lat środowiska naukowe podkreślają, że przynależność do mniejszości seksualnej nie jest przyczyną zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym (Iniewicz i in., 2012), to zwraca się również uwagę na swoistą sytuację społeczną osób nieheteroseksualnych oraz transpłciowych i w niej upatruje się istotnych czynników powstawania i utrzymywania się zaburzeń psychicznych, prowadzących między innymi do zachowań ryzykownych (Testa i in., 2015).

Kontekst społeczno-kulturowy, w tym homofobia i transfobia, jest istotnym czynnikiem ryzyka wpływu na

dobrostan psychiczny osób LGBT. Innymi słowy, swoistym czynnikiem powstawania i utrzymywania się problemów natury psychicznej wśród osób należących do mniejszości seksualnych jest opresja, wywołana i podtrzymywana przez elementy przynależne i wynikające z doświadczenia zjawiska tzw. stresu mniejszościowego (Iniewicz i in., 2012; Meyer, 2003). Ten termin, wywodzący się z obszarów psychologii i socjologii, oznacza wpływ norm społecznych, prawnych, środowiskowych, panujących w danym społeczeństwie na funkcjonowanie psychiczne osób, których to zjawisko dotyczy. Stres mniejszościowy odnosi się zatem do długotrwałego, wyjątkowego napięcia psychicznego, będącego skutkiem doświadczeń uprzedzeń oraz dyskryminacji i ich przewidywania ze względu na orientację seksualną czy tożsamość płciową. Heteronormatywność i cisplciowość są postrzegane w społeczeństwie jako właściwe i pożądane, a skutki nieutożsamiania się z nimi są unieważniane lub bagatelizowane. Wpływ stresu mniejszościowego na zdrowie psychiczne nie może jednak być pomijany, a stresory możemy podzielić na dystalne (zewnętrzne) i proksymalne (uwewnętrzzone). Do stresorów dystalnych należą m.in. przemoc psychiczna i fizyczna (ze strony rodziny, osób nieznanymi, rówieśników), brak akceptacji ze strony pracowników różnych organizacji (w tym szkoły, uczelni, firm, instytucji) oraz brak praw lub ich ograniczenia. Stresory te wpływają na internalizację doświadczeń i ukształtowanie negatywnego spostrzegania siebie, nienawiści i niechęci do siebie, kwestionowania własnej tożsamości i – w rezultacie – powstawanie zaburzeń psychicznych (Lefevor i in., 2019; Talan i in., 2017).

Szczególna sytuacja dotyczy dzieci i nastolatków, które, jak wcześniej wspomniano, wobec wielu uwarunkowań społecznych, prawnych, a przede wszystkim rodzicielskich, są bezbronne i zdane na swojego opiekuna. W szkołach w Polsce nie ma rzetelnej edukacji seksualnej, a zatem tematyka mniejszości seksualnych jest zwykle pomijana lub

”

*Jestem w ciąży z moim chłopakiem. Moja mama ciągle mnie krytykuje i obwinia z tego powodu. Poza tym nalega, żebyśmy jak najszybciej wzięli ślub. Ufam chłopakowi i wiem, że mogę na niego liczyć, ale nie chcemy jeszcze brać ślubu. Nie wiem, co mam zrobić.*

*Dziewczyna, 18 lat  
Z telefonów i maili do 116 111  
– telefonu zaufania dla dzieci  
i młodzieży*

podczas jej omawiania są przekazywane nieprawdziwe informacje. Ponadto bywa ona omawiana w odniesieniu do wiary, a orientację seksualną i tożsamość płciową przedstawia się jako coś, co godzi w „naturalny” porządek rozwoju i funkcjonowania człowieka. Podobnie wielu rodziców nie akceptuje informacji o odmiennej niż heteroseksualnej orientacji ich dziecka bądź nie cisplciowej tożsamości. Młodzież, w tym również LGBT, potrzebuje wsparcia emocjonalnego i poczucia bezpieczeństwa ze strony swoich opiekunów, podczas gdy przynależność do mniejszości seksualnych jest związane z narażeniem na wykluczenie z grupy, wyzwiska i przemoc fizyczną. W Polsce cały czas brakuje

miejsz, w tym również szkół oraz placówek wychowawczych, w których można zdobyć rzetelną i podstawową wiedzę z zakresu seksualności. Badania wskazują, że wiedza na temat przynależności do grup mniejszościowych zmniejsza stereotypowe podejście i przeciwdziała wykluczeniu społecznemu. Młodzież często sama podkreśla potrzebę wsparcia nauczycieli w procesie samoakceptacji swojej orientacji seksualnej oraz w zwalczaniu przejawów agresji i zachowań przemocowych mających miejsce w szkole. Podobnie, duża część młodzieży LGBT nie mówi swoim rodzicom o swojej tożsamości, z uwagi na ich negatywne zdanie i lęk przed odrzuceniem czy przemocą, a najczęściej o orientacji seksualnej czy tożsamości płciowej najpierw są informowani najbliżsi przyjaciele (Antonio i Moleiro, 2015; Kampania Przeciw Homofobii [KPH], 2017; Marshall i in., 2015; Ryan i in., 2010; Schoeps i in., 2020).

Analiza piśmiennictwa wskazuje, że u osób nieheteroseksualnych i doświadczających niezgodności płciowej trudności, takie jak negatywny obraz siebie, niska samoocena, zaburzenia adaptacyjne i depresyjne oraz skłonność do zachowań autodestrukcyjnych, w tym samobójczych, występują częściej niż u osób heteroseksualnych i tych, których tożsamość płciowa jest spójna z płcią metrykalną (cisplciowych). W 2017 r. opublikowano raport dotyczący

sytuacji osób LGBT w Polsce wydany przez KPH, Fundację Lambda Warszawa i Fundację Trans-Fuzja, w którym 69,4% osób LGBT poniżej 18 r.ż. przyznało, że ma myśli samobójcze, a prawie 12% stwierdziło, że zdarza się to często. W badaniu analizowano również występowanie depresji wśród młodzieży LGBT. Okazało się, że poważne jej objawy stwierdzono u 49,4% badanych (KPH, 2017). W analogicznym badaniu dotyczącym lat 2019–2020 statystyki dotyczące funkcjonowania młodzieży są znacznie bardziej niepokojące – 74,29% nastoletnich osób LGBT czuło się osamotnione, a 75% – deklaroowało, że miewa myśli samobójcze. Z raportu wynika również, że instytucjonalnego wsparcie doświadczają tylko kilka procent z nich (KPH, 2021). Podobnie jak w przypadku innych ryzykownych zachowań to osoba dorosła jest odpowiedzialna za bezpieczeństwo dziecka, młodzież może nie wiedzieć o istnieniu takich organizacji, ale też nie mieć do nich dostępu. Podobne dane na temat myśli samobójczych wśród młodych osób, przedstawiono w dokumencie UNSECO pt. *Out in the open*. Zaprezentowane w nim statystyki pokazują, że młodzież LGBT z Polski (ale również Belgii, Stanów Zjednoczonych i Holandii) miewa myśli samobójcze od dwóch do ponad pięciu razy częściej niż ich heteroseksualni czy cisplciowi rówieśnicy (UNESCO, 2016). U młodzieży, która ma małe wsparcie ze strony rodziców, wykazano występowanie bardziej nasilonego lęku. Według innych badań młodzież, która nie otrzymuje wsparcia ze strony rodziców, zgłasza 8,4 razy częściej próbę samobójczą w porównaniu z równolatkami, którzy to wsparcie ze strony rodziców otrzymali (Bergeron i in., 2015; Katz-Wise i in., 2016). Z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, że 15% młodzieży LGBT usiłowało popełnić samobójstwo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, a 40% – poważnie to rozważało. Najbardziej narażoną grupą są nastolatki w wieku 13–17 lat. Z danych wynika, że 39% nastolatków LGBT rozważało próbę samobójczą, spośród których 44% podjęło próbę samobójczą, będąc w wieku 13–17 lat, a 29% – 18–24 lat. Ponadto 48% młodzieży LGBT stwierdziło również, że w ciągu ostatniego roku od przed badaniem dokonywało samookaleczenia. Ten problem dotyczył przede wszystkim młodzieży transplciowej i niebinarnej (ponad 60%). Jak wskazują dane, młodzież nieheteroseksualna i transplciowa jest prawie pięć razy bardziej skłonna do

próby samobójczej w porównaniu z młodzieżą heteroseksualną i cisplciową (The Trevor Project, 2020).

Z doniesień naukowych można wnioskować, że rodzice oraz nauczyciele, którzy akceptują oraz wspierają swoich nieheteroseksualnych i transplciowych nastolatków, stanowią skuteczny bufor przeciw rozwojowi u nich depresji i stanów lękowych, co w konsekwencji zmniejsza częstość zachowań ryzykownych. Określone zachowania opiekuńcze, takie jak pomoc dziecku, kiedy doświadcza złego traktowania, lub wspieranie ekspresji płciowej nastolatka, są powiązane z mniejszym ryzykiem zaburzeń depresyjnych i lękowych, nadużywania substancji psychoaktywnych oraz myśli i prób samobójczych. Spośród zachowań wspierających wymienia się wyrażanie ciepłych uczuć, gdy dziecko mówi lub opiekun dowiaduje się orientacji lub tożsamości płciowej dziecka, oczekiwanie i wymaganie szacunku dla dziecka od innych członków rodziny, zapraszanie i przywitanie bliskich osób dziecka w domu oraz podkreślanie wsparcia dla tożsamości dziecka (Birkett i in., 2015; Clark i in., 2020; Puckett i in., 2015).

## Podsumowanie

Młode osoby wchodzą w relacje romantyczne i podejmują aktywność seksualną. Ich rozwój psychoseksualny obejmuje przede wszystkim poznanie o doświadczanie siebie pod względem orientacji seksualnej oraz tożsamości płciowej. Internet jest częścią rzeczywistości. Młodzież często nie ma zdolności do refleksji nad relacjami, jakie tworzy, a także nie umie przewidzieć konsekwencji swoich zachowań, oszacować ryzyka związanego z treściami znalezionymi w internecie ani zrozumieć intencji nowo poznanych osób. Rodzice i nauczyciele często unikają poruszania z dziećmi tematu rozwoju psychoseksualnego oraz bezpieczeństwa w sieci z braku odpowiedniej wiedzy i umiejętności. W edukacji warto przede wszystkim kierować się autentyczną, szczerą relacją opartą na zaufaniu, przeznaczonym dziecku czasie oraz zainteresowaniem i uważnością na jego potrzeby. Sprzyjają one zmniejszeniu ryzyka podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych, jak również obniżają ryzyko negatywnych konsekwencji sytuacji, w których dziecko może się znaleźć.

## Bibliografia

- ACOG. (2016). *Adolescent sexuality and sex education resource guide* (4 wyd.). American College of Obstetrics and Gynecology.
- Andrzejewski, M. (2014). *Prawo rodzinne i opiekuńcze*. C.H. Beck.
- Antonio, R., Moleiro, C. (2015). Social and parental support as moderators of the effects of homophobic bullying on psychological distress in youth. *Psychology in the Schools*, 52(8). <http://dx.doi.org/10.1002/pits.21856>
- Arnett, J. J. (2007). *Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach*. Pearson Education.
- Beisert, M. (1991). *Seks twojego dziecka*. Zakład Wydawniczy K. Domke.
- Beisert, M. (2001). Dorastanie seksualne – pomost ku dorosłości. W: J. Miluska (red.), *Psychologia rozwiązywania problemów szkoły*. Oficyna Współczesna.
- Beisert, M. (2006a). W poszukiwaniu modelu seksualności człowieka. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 8–15). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Beisert, M. (red.). (2006b). *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Beisert, M. (2006c). Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 5(3), 43–57.
- Berger, L. M., Font, S. A. (2015). The role of the family and family-centered programs and policies. *The Future of Children*, 25(1), 155–176.
- Bergeron, F. A., Blais, M., Hebert, M. (2015). The role of parental support in the relationship between homophobic bullying, internalized homophobia and psychological distress among sexual-minority youths (SMY): a moderated mediation approach. *Sante mentale au Quebec*, 40(3), 109–127.
- Birkett, M., Newcomb, M.E., Mustanski, B. (2015). Does it get better? A longitudinal analysis of psychological distress and victimization in lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *The Journal of Adolescent Health*, 56(3), 280–285. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.275>
- Bojarska, K. (2005). Psychologiczne i społeczne uwarunkowania stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji. W: M. Pawłęga (red.), *Przeciwdziałanie dyskryminacji. Pakiet edukacyjny dla trenerów i trenerek* (s. 7–20). Stowarzyszenie Lambda Warszawa.
- CBOS. (2007). *O wychowaniu seksualnym młodzieży. Komunikat z badań*. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- CBOS. (2019). *Opinie o warszawskiej karcie LGBT+ i edukacji seksualnej w szkołach. Komunikat z badań nr 66/2019*. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Clark, K. A., Cochran, S. D., Maiolatesi, A. J., Pachankis, J. E. (2020). Prevalence of bullying among youth classified as LGBTQ who died by suicide as reported in the National Violent Death Reporting System, 2003–2017. *JAMA Pediatrics*, 174(12), 1211–1213. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0940>
- Dec-Piotrowska, J., Walendzik-Ostrowska, A. (2020). Wokół problematyki edukacji seksualnej w Polsce. *Wychowanie w Rodzinie*, 23(2), 229–242. <https://doi.org/10.34616/wwr.2020.2.229.242>
- Dercz, M., Rek, T. (2003). Prawa dziecka jako pacjenta. W: *Ochrona praw dziecka. Tom II*. Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Filar, M. (2004). Seksualne wykorzystywanie dzieci w świetle polskiego kodeksu karnego (na tle porównawczym). *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 1(1), 39–52.

- Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. (2020). *Co to jest seksting?* <https://116111.pl/czym-jest-seksting/>
- Grossman, J. M., Jenkins, L. J., Richer, A. M. (2018). Parents' perspectives on family sexuality communication from middle school to high school. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1), 107. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010107>
- Halim, M. L. D., Ruble, D. N., Tamis-LeMonda, C. S., Shrout, P. E., and Amodio, D. M. (2017). Gender attitudes in early childhood: behavioral consequences and cognitive antecedents. *Child Development*, 88(3), 882–899. <https://doi.org/10.1111/cdev.12642>
- IBE. (2015). *Opinie i oczekiwania młodych dorosłych (osiemnastolatków) oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym wobec edukacji dotyczącej rozwoju psychoseksualnego i seksualności*. Instytut Badań Edukacyjnych.
- Informacyjny Serwis Policyjny. (2021, 1 lutego). *Podsumowujemy 2020 rok w Policji*. <https://isp.policja.pl/isp/aktualnosci/15846,Podsumowujemy-2020-rok-w-Policji.html>
- Iniewicz, G., Grabski, B., Mijas, M. (2012). Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego. *Psychiatria Polska*, 46(4), 649–663.
- Izdebski, Z. (2008). *Poradnictwo seksualne – ważny obszar pomocy. Rozdział IX* [maszynopis]. Zielona Góra
- Jankowiak, B., Gulczyńska, A. (2014). Wczesna inicjacja seksualna młodzieży – przyczyny i konsekwencje. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 5(1), 171–187.
- Jankowiak, B., Wojtyńkiewicz, E. (2018). Kształtowanie się tożsamości w okresie adolescencji a podejmowanie zachowań ryzykownych w obszarze używania alkoholu przez młodzież. *Studia Edukacyjne*, 48, 169–185. <https://doi.org/10.14746/se.2018.48.11>
- Jarząbek-Bielecka, G., Durda, M., Sowińska-Przepiera, E., Kaczmarek, M., Kędzia, W. (2012). Aktywność seksualna dziewcząt. Aspekty medyczne i prawne. *Ginekologia Polska*, 83, 827–834.
- Jarząbek-Bielecka, G., Warchoń-Biedermann, K., Sowińska-Przepiera, E., Wachowiak-Ochmańska, K. (2011). Przedwczesne dojrzewanie płciowe. *Ginekologia Polska*, 82, 281–286.
- Jeznach, A. (2021). Zajęcia z edukacji seksualnej nie istnieją. Istnieją lekcje WDŻ-u. *Polska edukacja seksualna z perspektywy młodych dorosłych. Fabrica Societatis*, 4, 101–119.
- Juul, J. (2007). *Twoja kompetentna rodzina*. Wydawnictwo MiND.
- Kamieniecki, W., Bochenek, M., Tanaś, M., Wrońska, A., Lange, R., Fila, M., Loba, B., Konopczyński, F. (2017). *Raport z badania. Nastolatki 3.0. NASK – Instytut Badawczy*. Pobrane z: [https://akademia.nask.pl/publikacje/Raport\\_z\\_badania\\_Nastolatki\\_3\\_0.pdf](https://akademia.nask.pl/publikacje/Raport_z_badania_Nastolatki_3_0.pdf)
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., Tsappis, M. (2016). Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth and family acceptance. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 1011–1025. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.005>
- Kędziora, R. (2003). Problematyka zgody pacjenta w świetle polskiego ustawodawstwa medycznego. *Prokuratura i Prawo*, 7/8, 41–61.
- Kirwil, I. (24–25 października 2011). *Ryzykowne zachowania dzieci i młodzieży w sieci oraz ich konsekwencje*. VIII Ogólnopolska Konferencja „Pomoc dzieciom-ofiarom przestępstw”. Warszawa.
- Kmieciak, B. (2017). *Prawa dziecka jako pacjenta*. C.H. Beck.
- KPH. (2017). *Sytuacja społeczna osób LGBTa w Polsce. Raport za lata 2015–2016*. Kampania Przeciw Homofobii. Pobrane z: <https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2017/11/Sytuacja-spoeczna-osob-LGBTa-w-Polsce.pdf>

- KPH. (2021). *Sytuacja społeczna osób LGBTa w Polsce. Raport za lata 2019–2020*. Kampania Przeciw Homofobii. Pobrane z: [https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2021/12/Raport\\_Duzy\\_Digital-1.pdf](https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2021/12/Raport_Duzy_Digital-1.pdf)
- Kunicka-Michalska, B., Wojciechowska, J. (2001). *Przestępstwa przeciwko wolności, wolności sumienia i wyznania, wolności seksualnej i obyczajności oraz czci i nietykalności. Rozdziały XXIII, XXIV, XXV, XXVII Kodeksu karnego. Komentarz*. C.H. Beck.
- Lefevor, G. T., Boyd-Rogers, C. C., Sprague, B. M., Janis, R. A. (2019). Health disparities between genderqueer, transgender, and cisgender individuals: An extension of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, 66(4), 385–395. <https://doi.org/10.1037/cou0000339>
- Lew-Starowicz, Z. (2000). Seksuologia wieku dziecięcego i okresu dojrzewania. W: A. Popielarska, M. Popielarska (red.), *Psychiatria wieku rozwojowego*. Wydawnictwa Lekarskie PZWL.
- Marshall, A., Yarber, W. L., Sherwood-Laughlin, C. M., Gray, M. L., Estell, D. B. (2015). Coping and survival skills: the role school personnel play regarding support for bullied sexual minority-oriented youth. *The Journal of School Health*, 85(5), 334–340. <https://doi.org/10.1111/josh.12254>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Nadworna-Cieślak, M., Ogińska-Bulik, N. (2011). *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Wydawnictwo Difin.
- NASK. (2016). *Nastolatki 3.0. Wybrane wyniki ogólnopolskiego badania uczniów w szkołach*. NASK – Instytut Badawczy. Pobrane z: <https://akademia.nask.pl/badania/RAPORT%20-%20Nastolatki%203.0%20-%20wybrane%20wyniki%20bada%C5%84%20og%C3%B3lnopolskich.pdf>
- NASK. (2021). *Dyzurnet.pl. Raport 2021*. NASK – Instytut Badawczy. Pobrane z: <https://akademia.nask.pl/badania/dyzurnet-raport2021.pdf>
- Pastwa-Wojciechowska, B., Izdebski, Z. (2014). Sexual activity of Polish adults. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(1), 194–197.
- Pawlak, A. (2015). Udział organizacji pozarządowych w ochronie praw dziecka. W: S. L. Stadniczenko (red.), *Konwencja o prawach dziecka. Wybór zagadnień (artykuły i komentarze)* (s. 341–349). Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Penfold, S. C., van Teijlingen, E. R., Tucker, J. S. (2009). Factors associated with self-reported first sexual intercourse in Scottish adolescents. *BMC Research Notes*, 2, 42. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-2-42>
- Pilarczyk, K. (2021). Przegląd wybranych programów profilaktycznych wykorzystywania seksualnego dzieci online. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(3), 106–124.
- Policja. (2021). *Uwodzenie małoletniego poniżej lat 15 z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej (art. 200a)*. <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko-6/64005,uwodzenie-maloletniego-ponizej-lat-15-z-wykorzystaniem-systemu-teleinformatyczne.html>
- Pringle, J., Mills, K. L., McAteer, J., Jepson, R., Hogg, E., Anand, N., Blakemore, S. J. (2017). The physiology of adolescent sexual behaviour: A systematic review. *Cogent Social Sciences*, 3(1), 1368858. <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1368858>
- Puckett, J. A., Woodward, E. N., Mereish, E. H., Pantalone, D. W. (2015). Parental rejection following sexual orientation disclosure: Impact on internalized homophobia, social support, and mental health. *LGBT Health*, 2(3), 265–269. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0024>

- Pyżalski, J., Zdrodowska, A., Tomczyk, Ł., Abramczuk, K. (2019). *Polskie badanie EU Kids Online 2018. Najważniejsze wyniki i wnioski*. Wydawnictwo Naukowe UAM
- Rasmussen, E. E., Ortiz, R. R., White, S. R. (2015). Emerging adults' responses to active mediation of pornography during adolescence. *Journal of Children and Media*, 9(2), 160–176. <https://doi.org/10.1080/17482798.2014.997769>
- Romer, D., Reyna, V. F., Satterthwaite, T. D. (2017). Beyond stereotypes of adolescent risk taking: Placing the adolescent brain in developmental context. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 27, 19–34. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.07.007>
- Ryan, C., Russell, S.T., Huebner, D., Diaz, R., Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Rzecznik Praw Obywatelskich. (2019). *Mity na temat edukacji seksualnej w szkołach*. <https://bip.brpo.gov.pl/content/rpo-mity-na-temat-edukacji-seksualnej-w-szkołach>
- Schoeps, K., Mónaco, E., Cocolí, A., and Montoya-Castilla, I. (2020). The impact of peer attachment on prosocial behavior, emotional difficulties and conduct problems in adolescence: the mediating role of empathy. *PLoS One*, 15, e0227627. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227627>
- Seidman, S. (2012). *Spółeczne tworzenie seksualności*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2001). Rozwojowo-społeczne ujęcie zaburzeń psychicznych a psychologia kliniczna. W: H. Sęk (red.), *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Smith, A. R., Chein, J., Steinberg, L. (2013). Impact of socio-emotional context, brain development, and pubertal maturation on adolescent risk-taking. *Hormones and Behavior*, 64(2), 323–332. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.03.006>
- Sowińska-Przepiera, E., Andrysiak-Mamos, E., Syrenicz, A. (2008). Nieletnia jako pacjent w poradni ginekologii wieku rozwojowego. *Endokrynologia Polska*, 59, 412–419.
- Sowińska-Przepiera, E., Jarząbek-Bielecka, G., Andrysiak-Mamos, E., Syrenicz, A., Friebe, Z., Kędzia, W., Pawlaczyk, M. (2013). Wybrane aspekty prawne w ginekologii wieku rozwojowego. *Ginekologia Polska*, 84, 131–136.
- Szok, N., Terlecki, R. (2016). *Prawo rodzinne i opiekuńcze. Praktyka, orzecznictwo, kazusy*. C.H. Beck.
- Talan, A. J., Drake, C. B., Glick, J. L., Claiborn, C. S., Seal, D. (2017). Sexual and gender minority health curricula and institutional support services at U.S. schools of public health. *Journal of Homosexuality*, 64(10), 1350–1367.
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- The Trevor Project. (2020). *The Trevor Project's 2020 National Survey on LGBTQ Youth Mental Health*. Pobrane z: <https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2020/07/The-Trevor-Project-National-Survey-Results-2020.pdf>
- Tinner, L., Caldwell, D., Hickman, M., Campbell, R. (2021) Understanding adolescent health risk behaviour and socioeconomic position: A grounded theory study of UK young adults. *Sociology of Health & Illness*, 43(2), 528–544. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13240>



- Topping, A. (2012, 22 października). "Parasite" porn websites stealing images and videos posted by young people. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/technology/2012/oct/22/parasite-porn-websites-images-videos>
- UK Safer Internet Centre. (2012). New sexting research by UK Safer Internet Centre & Plymouth University out today. <https://saferinternet.org.uk/blog/new-sexting-research-by-uk-safer-internet-centre-plymouth-university-out-today>
- UK Safer Internet Centre. (2017). *Help shape research into sexting among young people*. <https://saferinternet.org.uk/blog/help-shape-research-into-sexting-among-young-people>
- UNESCO. (2016). *Out In the Open, UNESCO takes on school-related homophobic and transphobic violence*. <https://www.unesco.org/en/articles/out-open-unesco-takes-school-related-homophobic-and-transphobic-violence>
- Valle A.-K., Roysamb E., Sundby J., Klepp K. I. (2009). Parental social position, body image, and other psychosocial determinants and first sexual intercourse among 15- and 16-year olds. *Adolescence*, 44(174), 479–498.
- Wendot, S., Scott, R. H., Nafula, I., Theuri, I., Ikiugu, E., Footman, K. (2018). Evaluating the impact of a quality management intervention on post-abortion contraceptive uptake in private sector clinics in western Kenya: a pre- and post-intervention study. *Reproductive Health*, 15(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0452-4>
- WHO, Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej w Kolonii. (2012). *Standardy edukacji seksualnej w Europie Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem*. Biuro Regionalne WHO dla Europy i Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej w Kolonii, Lublin
- WHO. (2019). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/1>
- Wojtasiński, Z. (2021, 14 czerwca). *Prof. Zbigniew Izdebski: spada aktywność seksualna Polaków. Winny styl życia i zmęczenie?* Puls Medycyny. <https://pulsmedycyny.pl/prof-zbigniew-izdebski-spada-aktywnosc-seksualna-polakow-winnny-styl-zycia-i-zmeczenie-1119325>
- Woynarowska, B. (2014). Zachowania seksualne młodzieży 15-letniej. *HBSC Polska*.
- Woynarowska, B., Izdebski, Z., Kołoto, H. i in. (2004). Inicjacja seksualna i stosowanie prezerwatyw oraz innych metod zapobiegania ciąży przez młodzież 15-letnią w Polsce i w innych krajach. *Ginekologia Polska*, 75(8), 621–632.
- Zielona-Jenek, M., Chodecka, A. (2010). *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

## Akty prawne

- Konwencja Praw Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz.U. Nr 120 poz. 526).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 1964 r. Nr 9 poz. 59 ze zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152).

**Cytowanie:**

Jąderek, I. (2022). Zdrowie seksualne młodzieży – wybrane zagadnienia. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 198–215). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO  
SPRAWIEDLIWOŚCI

[www.ms.gov.pl](http://www.ms.gov.pl)



FUNDUSZ  
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości