

תוכניות התערבות למיניות בריאה במערכת החינוך בישראל לעומת ארצות מפותחות בעולם: מאמר סקירה

מיכל הוכהויזר, יוליה זייצב, אירנה פלדמן, סטלה קלונטרוב

תקציר

מיניות היא מרכיב חיוני בהתפתחותם התקינה של ילדים ובני נוער. הנושא של מיניות בריאה של הנוער מעסיק אנשי מקצוע מתחום הבריאות והחינוך, המשפחה, הקהילה וקובעי המדיניות. סקירה זו מתארת תוכניות התערבות למיניות בריאה בעלות גישות מגוונות הקיימות במערכת החינוך בארה"ב ובאירופה ואת התוכנית העיקרית הקיימת בישראל. כמו כן סקירה זו מתארת את השפעתם החיובית של הורים על מיניות בריאה של הנוער ואת חשיבות שילובם של ההורים בתוכניות התערבות. נוסף על כך, מתוארת בעיה של חשיפת רוב המתבגרים לתכנים מיניים מוטים באינטרנט וברשתות החברתיות שבאמצעותם רוכשים את הידע על מיניות בריאה. מאמר זה דן בסוגיות של בחירת תוכנית התערבות למיניות בריאה במערכת החינוך, דרכי יישום והתמודדות עם תכנים אינטרנטיים והחשיבות בפיתוח דרכי מדידה, איכות ובקרה של תוכניות התערבות למיניות בריאה.

מילות מפתח: מיניות; התנהגות מינית של בני נוער; תוכניות למיניות בריאה.

מבוא

מיניות היא מרכיב חיוני ומהותי בהתפתחותם הבריאה של ילדים ובני נוער. עמדותיו של האדם בנושא מיניות והתנהגותו המינית מתגבשות בתהליך ארוך המתחיל בינקות ונמשך בילדותו והתבגרותו. למידה זו מושפעת ממנהגים, מהנורמות ומהחוקים המקובלים בחברה שבה הוא חי (וייסבלאי, 2010). לפי ההגדרה של ה-World Health Organization (WHO), מיניות בריאה היא מצב של רווחה פיזית, רגשית, נפשית וחברתית המכוונת למיניות ולא רק היעדר של מחלה, תפקוד לקוי או חולשה. מיניות בריאה דורשת גישה חיובית ומכבדת כלפי מיניות האדם ויחסי מין, ומאפשרת לחוות חוויות מיניות מהנות ובטוחות, ללא כפייה, אפליה ואלימות (World Health Organization, 2002).

תהליך של סוציאליזציה מינית של תינוקות וילדים מתחיל מהבית כאשר להורים יש הזדמנות להשריש בילדיהם את הערכים הכי עמוקים שלהם, נוסף על הנורמות החברתיות. שיחות בנושאים של שוני פיזי בין המינים, כמו תגובות ההורים לשימוש של הילדים בביטויים מיניים, מפתחת מודעות למיניות אצל הילדים. סוציאליזציה מינית מתרחשת גם מחוץ לבית, כאשר ילדים ומתבגרים נחשפים לנורמות של הקהילה, למסרים

בערוצי תקשורת וכאשר משתתפים בפעילות תרבותית ודתית (Hirsch, 2003). חינוך מיני פורמלי המבוסס על תוכניות לימוד בבתי הספר ושלא בבתי הספר הוא הדרך העיקרית לקידום התנהגות מינית בריאה ובטוחה בקרב מתבגרים ובוגרים צעירים (Lindberg & Maddow-Zimet, 2012).

ההיסטוריה של התפתחות תוכניות לחינוך מיני בבתי ספר בארה"ב, היא ארוכת שנים ותחילתה בסוף המאה התשע-עשרה והיא מחולקת לארבע תקופות: התקופה של המהפכה התעשייתית, תקופת ימי הביניים, התקופה של המהפכה המינית והתקופה המודרנית (Huber & Firmin, 2014). כיום בחינוך הציבורי בארה"ב קיימות מגוון תוכניות לחינוך מיני הנשענות בעיקר על שתי גישות: הראשונה, הימנעות מחיי המין עד הנישואים, שנועדה למנוע הריונות בקרב המתבגרות; השנייה, שילוב של הימנעות מחיי מין בשילוב עם דחיית הגיל של קיום יחסי מין לראשונה, מניעת מחלות מין וירידה בשיעור הריונות לא רצויים באמצעות שימוש באמצעי מניעה (Millner, Mulekar, & Turrens, 2015).

בישראל, עם קום המדינה, מה שהחל כשיח בלתי רציף על חינוך מיני ועסק בהגברת הילודה וחזוקת יישוב יהודי, הפך בשנות השבעים של המאה הקודמת לממוסד ומקצועי ועסק בוויסות של דפוסי יילוד בעיקר בקרב אוכלוסיות החלשות, התנהגות מינית ומניעת מחלות מין (קאבאליון, 1997). כיום, משרד החינוך הוא הגורם העיקרי המופקד על החינוך המיני בבתי ספר באמצעות היחידה לחינוך למיניות, זוגיות וחיי המשפחה.

למרות ההסכמה והקבלה הרחבה של חשיבותה של בריאות מינית, החינוך למיניות שהיה אמור להבטיח זאת, עדיין נשאר סוגיה רגישה ושנויה במחלוקת. אלה הקונפליקטים החברתיים הקשורים בחינוך מיני: חוסר הסכמה על תפקיד הממשלה בחיי המשפחה ובחינוך למיניות; פיקוח הורים על התוכן של תוכניות חינוך למיניות; ערכי ליבה הנכללים בתוכנית לחינוך מיני, כמו שוויון בין המינים ואחריות אישית (Shtarkshall, Santelli, & Hirsch, 2007). נוסף על כך, אף שתוכניות לחינוך מיני בבתי ספר משמשות כלי חשוב העוזר לשפר את המדדים של בריאות מינית של המתבגרים, דרושים מאמצים נוספים וחדשניים. מספר לא מבוטל של התוכניות של היום המבוססות על העיקרון התאורטי של קבלת החלטות רציונליות, לא מצליחות להגיע ליעדן מפני שהן לא מביאות בחשבון את הגורמים הרגשיים וההנעתיים שמשפיעים על קבלת החלטות בקרב מתבגרים. השינויים הקוגניטיביים, ההורמונליים, הפיזיים והרגשיים שאופייניים לגיל של הבשלה מינית, קריטיים בהשפעתם על התנהגויות סיכון בקרב מתבגרים (Suleiman & Bindis, 2014).

התנהגות מינית בקרב מתבגרים

הסוגיה של התנהגות מינית בקרב בני נוער מעסיקה חוקרים וקובעי מדיניות רבים. על פי הנתונים של ה-CDC (Centers for Disease Control and Prevention) משנת 2017, כ-40% מתלמידי תיכון בארה"ב קיימו יחסי מין, כ-46% מהם לא השתמשו בקונדום בפעם אחרונה שקיימו יחסי מין ול-10% היו ארבעה פרטנרים או יותר (Kann et al., 2018). על פי הערכות ארגון הבריאות העולמי בארה"ב, 67% מהחולים החדשים במחלות מין מדי שנה הם בני נוער וצעירים עד גיל 24. אף שצעירים בגילים 15-24 שנים הם 25% מאוכלוסייה פעילה מינית, הם אחראים לחצי מהחולים החדשים במחלות המועברות בדרכי המין (Weinstock, Berman, & Cates, 2004). בישראל, בסקר של ה-Health

Behaviors in School-Aged Children (HBSC) בנושא התנהגות בריאות של בני נוער, נמצא שכ-44% מן הבנים ו-46% מן הבנות קיימו יחסי מין בגיל 15 (נבדק רק בקרב מגזר יהודי, בני נוער הלומדים בבתי ספר ממלכתיים), ומהנחקרים שקיימו יחסי מין, 68% מן הבנות ו-81% מן הבנים ציינו שהשתמשו בקונדום (הראל-פיש ואחרים, 2016). על פי משרד הבריאות, 17% מן הבנות ו-15% מהבנים ציינו שהשתמשו בגלולה למניעת היריון. ועוד במשרד הבריאות מעריכים כי משנת 1981 ועד שנת 2009 היו בארץ כ-6,900 חולי איידס ונשאי נגיף, בהם 4,870 שדווחו למשרד. מכלל נשאי ה-HIV וחולי האיידס שהיו בישראל בסוף שנת 2009, 142 נדבקו בהיותם בני נוער בגילי 15-19. בשנים 2009-2000 נפטרו מאיידס 14 בני נוער שגילם 15-19 (מור, 2010 כפי שצוטט בתוך רבינוביץ', 2010).

מדד נוסף להתנהגות מינית של מתבגרים הוא הריונות ולידות מתחת לגיל נישואין החוקי במדינה. על פי מכון גוטמאכר (www.guttmacher.org), למרות הירידה הניכרת שחלה בעשור האחרון בארה"ב בשיעור ההריונות של מתבגרות, עדיין הוא גבוה לעומת מדינות מפותחות אחרות. ב-2013 שיעור ההריונות בחתך האוכלוסייה בגילי 15-19 שנים עמד על 43 מכל 1000 מתבגרות, כאשר 11 מתוך 1000 מתבגרות שנכנסו להיריון לא מתוכנן עברו הפלה (Kost, Maddow-Zimet, & Arpaia, 2017). בישראל, על פי הנתונים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2007 ביצעו 1,109 נערות עד גיל 18 הפסקת היריון לפי החוק (שיעור נמוך לעומת מרבית מדינות אירופה). בשנת 2010, ב-66% מההריונות בקרב נערות עד גיל 19 הייתה פנייה לוועדות להפסקת היריון (2,498) כאשר 2.1 (3,786) מסך התינוקות שנולדו בישראל, נולדו לנערות עד גיל 19. בשנת 2014 1,845 (כ-42%) נשים מתחת לגיל 19 פנו לוועדה להפסקת היריון (משרד הבריאות, 2016).

בדרך כלל להריונות בגיל ההתבגרות יש השפעות שליליות במיוחד על נערות מתחת לגיל 18. הן נוטות לנשור מהלימודים הפורמליים, להיות אימהות למספר רב של ילדים ולהיות אימהות חד-הוריות. ועוד נמצא שלילדים במשפחות האלה, לעומת ילדים שנולדו לאימהות מעל גיל 18, ישנה סביבה תומכת פחות עם מעט גירוים התפתחותיים, הישגים לימודיים נמוכים יותר, שיעור גבוה של הפרעות התנהגות, שיעור גבוה של מעורבות בפלילים בקרב זכרים ולידות בגיל נערות בקרב נקבות (Finer & Zolna, 2016).

העובדה שרוב הנוער נמצא במסגרת בית ספרית גם זמן רב לפני קיום יחסי מין לראשונה ובזמן זה, נותן למסגרת בית ספרית הזדמנות ייחודית להפחתה של התנהגות מינית מסוכנת בקרב בני הנוער. השקעה בלימודים, אווירה בית ספרית תומכת, שייכות לקבוצה ושאפה להצלחה אקדמית, נמצאו כגורמים המעלים את הגיל של המגע המיני הראשון, מפחיתים את התדירות של יחסי מין ומורידים את השיעור של הריונות ולידות בקרב מתבגרות (Lammers, Ireland, Resnick, & Blum, 2000). מחנכים רבים סבורים שהסיבות לכך הן אלה: הזמן הנותר המוגבל מהפעילות הלימודית מגביל את העיסוק בפעילות מינית; תכנון המשך השכלה כרוך בתכנון משפחה; עצם זה שבתי הספר מעלים את ההערכה עצמית של מתבגרים מקדם כשירות בקבלת החלטות שקולות ויכולות תקשורתיות; רכישת מיומנויות חברתיות ובריאותיות התומכות בנורמות של התנהגות מינית בריאה מסייעות במניעת הריונות; מחלות המועברות בדרכי המין. נמצא שמיומנויות אלה הנרכשות במערכת החינוך מונעות את יחסי המין הלא מוגנים (Kirby, 2002). אכן, הנוער בסיכון ובמצוקה שנפלט ממערכות החינוך הפורמליות נמצא בקבוצת

אוכלוסייה בסיכון הגבוה ביותר להדבקה ולהידבקות במחלות מין (דוידוביץ', שוחט ודן, 2005).

בעבר, היחס הציבורי למיניות והתנהגות מינית של בני הנוער היה שלילי ברובו ודן בנושא במונחים של התנהגויות סיכון, מניעת הריונות לא רצויים ומחלות המועברות בדרכי מין ודחיית מועד של קיום יחסי מין עד הנישואים. במהלך 15 שנים האחרונות בארה"ב ובמדינות המפותחות, היחס של קובעי המדיניות של חינוך מיני השתנה לאחר חקר מבוסס ראיות של בריאות מינית של מתבגרים. המיניות של המתבגר כוללת רגשות, זהויות, יחסים ואינטראקציות שמייצרים את הבסיס להתפתחות מינית ומגוון של התנסויות מיניות. הנקודות החשובות בהתפתחות מינית של המתבגרים כוללות דימוי גוף חיובי, מסוגלות עצמית בקבלת החלטות ואינטראקציות מיניות, בנייה של כבוד הדדי ביחסים רומנטיים והתנהגויות שמקדמות את הבריאות או מאיימות עליה (Shalet, 2011).

הנוער רוכש ידע ומידע בנושאים הקשורים במיניות גם בערוצים פורמליים, כמו תוכניות לחינוך מיני ואתרים רשמיים של משרד הבריאות או משרד החינוך, ובערוצים בלתי פורמליים, כמו שיחות עם ההורים, חברים, צפייה בסרטים פורנוגרפיים וגלישה באינטרנט. דווקא בנושא אמצעי מניעה עדיין המתבגרים נוטים לסמוך על הידע שהם מקבלים מתוכניות הלימוד הפורמליות ושיחות עם ההורים והחברים יותר ממידע שהם מוצאים ברשת. בשל כך אנשי מקצוע ממליצים לשלב את האתרים המותאמים לגיל ולתכנים עם תוכניות לחינוך מיני למתבגרים (Jones & Biddlecom, 2011). מחקר המבוסס על מודל ההתנהגות המתוכננת (Ajzen, 1985) בדק את הקשר בין גורמים בין-אישיים מנבאים (כגון עמדות, ביטחון עצמי וידע בנושאים הקשורים למין, איכות הקשר הורה-מתבגר, תחושת שייכות לבית הספר וחינוך מיני) ובין התוצרים של התנהגות ובריאות מינית (כגון קיום יחסי מין בגיל צעיר (מתחת לגיל 15), שימוש בקונדום ביחסי המין האחרונים, קיום יחסי מין בהשפעת אלכוהול וסמים ואבחנה של מחלה מועברת בדרכי מין). נמצא קשר הפוך בין יחסי הורה-מתבגר חיוביים וחשיפה לחינוך מיני בנושא מניעת היריון ובין תחילת קיום יחסי מין בגיל צעיר, קשר חיובי חזק לשימוש בקונדום ואמצעי מניעה אחרים, קשר חיובי חזק בין יחסי הורה מתבגר טובים וביטחון עצמי בשימוש בקונדום ביחסי מין, וקשר הפוך בין קבלת חינוך מיני וקשר טוב של הורה-מתבגר ועמדות מיניות ובין קיום יחסי מין בהשפעת אלכוהול וסמים (Shneyderman & Schwartz, 2012).

תוכניות התערבות לבריאות מינית בארה"ב

סקירה היסטורית של התפתחות החינוך המיני בארה"ב מספקת בסיס חיוני להבנה של תמונת מצב העכשווית וקבלת החלטות זהירות שישפיעו על עתידה של תוכניות לחינוך מיני. עד לשנת 1900 אין כמעט עדויות לחינוך מיני בבתי הספר מפני שרוב ילדים התחנכו בביתם. עם פרוץ תקופה הפרוגרסיבית נשבר הסטטוס קוו. התפרצות חמורה של עגבת וזיבה דרשה מהממשלה לנקוט צעדים דרסטיים כדי להגן על האומה האמריקאית. חולי חברתי, מחלות מין וסטנדרטים מיניים הישנים והכפולים שימשו מטרות תקיפה הראשונות שגרמו לקידום החינוך המיני. מתחילת דרכו חינוך מיני היה שנוי במחלוקת והתמקד בעיקר בהתנזרות מיחסי המין עד מועד הנישואים – Abstinence Only Until Marriage Education (AOUM) והימנעות מבגידות לאחר הנישואים. בימי הביניים השתנתה המטרה של חינוך מיני ממניעת המחלות ל"הכנה לחיי המשפחה" כדי לחזק את

הקשרים בתוך המשפחה. בימים של המהפכה המינית, באמצע המאה הקודמת, תוכניות לחינוך מיני השתנו מהתנזרות ממין למניעת הריונות לא רצויים. הגלולה למניעת הריון ומתן תוקף חוקי להפלות סיפקו הזדמנות להתנסות במין ללא חששות מהתוצאות הלא רצויות שהיו בעבר. השינויים התרבותיים האלה בעידוד ארגונים פרו-מיניים ובמימון ממשלתי היו התחלה של יצירת תוכניות מקיפות למניעת הריון (Huber & Firmin, 2014). תוכניות מקיפות בחינוך מיני כוללות תהליך לימודים המבוסס על הוראה ולמידה של ההיבטים הקוגניטיביים, הרגשיים, הפיזיים והחברתיים של המיניות. מטרתן לצייד צעירים בידע, מיומנויות, עמדות וערכים שיעצימו אותם לממש את בריאותם, רווחתם וכבודם; לפתח יחסים חברתיים ומיניים מכובדים; לשקול כיצד הבחירות שלהם משפיעות על רווחתם ועל זה של אחרים; להבין ולהבטיח את ההגנה על זכויותיהם לאורך חייהם (UNESCO, 2018).

החששות הגוברים מהריונות של מתבגרות שהחלו בשנות השישים וממגפת ה-HIV/AIDS לאחר 1981 הראו שיש חיוניות בחינוך מיני פורמלי למתבגרים הכולל נושאים מצילי חיים, כגון אמצעי מניעה, קונדומים ומחלות המועברות במגע מיני. מסוף שנות השמונים ועד 1995 קיבל הנוער בארצות הברית חינוך מיני ברמה משופרת. בשנות התשעים המאוחרות עם הכנסה של רפורמת הרווחה, קיבלה ממשלת ארה"ב תוכנית של התנזרות מיחסי מין עד הנישואים – Abstinence Only Until Marriage Education (AOUM), לשמירה על בריאות מינית של המתבגרים. מעט מחקרים מראים עדות ליעילות גישה זו, כגון מחקר שבו התלמידים דיווחו על תדירות נמוכה יותר בקיום יחסי מין ויחס חיובי כלפי התנזרות וכוונה גדולה להישאר מתנזר (Denny & Young, 2006). הנתונים שעולים ממחקר מטה-אנליזה שבוצע לאחרונה (Marseille et al., 2018) הראו את היעילות הנמוכה של תוכנית AOUM בהורדת שיעור ההריונות בקרב המתבגרות ואף חוסר עלייה בשימוש בקונדום או דחיית גיל תחילת קיום יחסי מין. מחקרם של דונלי, הורן, יאנג ואיוונסו (Donnelly, Horn, Young, & Ivanescu, 2016) שבדק את היעילות של תוכנית חינוך מיני התומכת בהתנזרות, מצא שהשפעתה על הידע וכוונות מיניות בדבר תחילת יחסי מין בקרב המתבגרים לא הייתה שונה מהתוכניות המקיפות במדידה של 18 חודשים בערך לאחר סיום התוכנית. זאת ועוד, מחקרים הראו שהתוכנית המקיפה של חינוך מיני מעלה את שיעור השימוש בקונדום ואמצעי המניעה אחרים וירידה במספר הלידות בקרב המתבגרות (Boonstra, 2009). כמו כן התוכנית המקיפה מעודדת צעירים, בעיקר בנות ושאר בני הנוער בשוליים, לראות את עצמם שווי ערך בחברה ומסוגלים להגן על בריאותם (Haberland & Rogow, 2015). אף שמומחים בנושא מיניות וארגונים לזכויות אדם טענו שהתוכנית של התנזרות מחיי המין (AOUM) מונעת מהמתבגרים מידע על אמצעי מניעה ושימוש בקונדומים, ומקדמת אידאולוגיית דת וסטראוטיפים על מינים הקונגרס אמריקני המשיך לסבסד את התוכנית ברמה פדרלית (Douglas & Fenton, 2013). עם כניסתו של ברק אובמה לתפקיד נשיא ארה"ב, התוכנית המקיפה זכתה לתמיכה כלכלית נדיבה ולעדיפות על תוכניות אחרות כמו AOUM (Huber & Firmin, 2014), ואולם ב-2017 הוערכו ממצאים מ-60 מחקרים שבחנו תוכניות התערבות לחינוך מיני מהמרקזיים והעדכניים ביותר בארה"ב. הם העריכו את האפקטיביות של התוכניות המקיפות בבתי הספר בארה"ב על פי קריטריונים של האגודה למחקר מניעתי (Society of Prevention)

(Research – SPR). החוקרים לא מצאו עדויות מספיקות לאפקטיביות בהורדת היריון בקרב מתבגרות (או STD) או הגדלת התנזרות בני נוער ממין או שימוש בקונדום (Weed & Ericksen, 2017). ממצאים אלו נתמכים לפי הנתונים של המועצה הלאומית למחקר (National Research Council & Committee on Population, 2013), המוכיחים שלמרות השקעה פיננסית ועיסוק רב שנים בתחום חינוך ובריאות מינית של מתבגרים וירידה כללית בשיעור הריונות ולידות בקרב המתבגרות, עדיין ארה"ב נמצאת במקום ראשון בין המדינות המפותחות בלידות בקרב מתבגרות. בתוך האזורים הכפריים, העניים והמאוכלסים במיעוטים אתניים בתוך ארה"ב, שיעור ההריונות והלידות בקרב מתבגרות גבוה במיוחד (Goesling et al., 2014).

על פי הנתונים של ה-CDC (Centers for Disease Control and Prevention) משנת 2012, לעומת תוכניות חינוך הדוגלות בהתנזרות עד הנישואים (שלא הצליחו להוריד את הגיל של התחלת קיום מגע מיני, להוריד את מספר הפרטנרים ולהעלות את מידת השימוש בקונדום), התוכניות המקיפות הראו השפעה חיובית על תדירות של קיום יחסי מין, צמצום מספר פרטנרים מיניים, ירידה בשכיחות של קיום מין לא מוגן ושימוש באמצעי הגנה (גם קונדומים וגם תכשירים הורמונליים). עם זאת, באותו דוח של CDC נמצא ששינוי בהתנהגות לאחר התוכניות המקיפות לא היה מספיק חזק לעומת תוכניות של התנזרות מחיי מין עד הנישואים (Chin et al., 2012).

יש אי נוחות בעניין מיניות של המתבגרים האופיינית למגוון רחב של מוסדות בארה"ב ומשתקפת בשיח פוליטי וקביעת מדיניות. האי נוחות הזו והשפעתה על המדיניות היא לא בלתי נמנעת. מדינות מפותחות אחרות, כמו הולנד ודנמרק, שינו את הגישה כלפי מיניות המתבגרים מאי נוחות היסטורית לטיפוח השיח הלאומי ומדיניות ששמה לה למטרה לתמוך בהתפתחותו המינית וחברתית-כלכלית של הנוער. השינוי בגישה מתבטא בשיפור של המדדים הלאומיים של בריאות מינית בקרב הצעירים (Rose, 2005). לטענת כמה מקובעי מדיניות, ההתמקדות הצרה של תוכניות לחינוך מיני במחלות ומניעת הריונות, מנעה את הגישה ההוליסטית לבריאות מינית של המתבגרים והתעלמה מראיות מדעיות בתחום של התנהגות מינית של מתבגרים והתנהגויות בסיכון (Anderson et al., 2005).

בשל ביקורת זו הממשלה הפדרלית מספקת כיום מימון להערכת גישות מניעה חדשות וחדשניות למניעת היריון, הן מבית הספר והן מחוץ לו, וכן ניסיון לשכפל תוכניות קיימות. כיום בארה"ב ישנם שלושה סוגי תוכניות לחינוך מיני שנתמכות בידי קרנות ברמה פדרלית או מדינית: תוכנית מקיפה לחינוך מיני, התנזרות עד גיל נישואים או ללא תוכנית לימוד של חינוך מיני בבית הספר. עם זה במהלך העשור האחרון חל מעבר לאיתור תוכניות התערבויות מבוססות ראיות. המימון הראשון שהוקם היה במימון הפדרלי להערכת תוכניות לבריאות מינית של מתבגרים בשנת 2010 ותרם לשיפור באיכות ובכמות של מחקר הערכה (Goesling et al., 2014).

כיום בארצות הברית האחראים על הוראת התחום של בריאות מינית הם מורים (התמחות כללית והתמחות בחינוך לבריאות) או אחיות. במחקר שהשווה הוראת תוכנית זהה באמצעות כל אחת מהדיסציפלינות, תלמידים שלמדו אצל מורים נטו יותר לדווח על המורה שלהם כמורה מוכן, נוח עם החומר ומאתגר בחשיבה על הבריאות שלהם לעומת תלמידים שלמדו אצל אחות בית הספר. אלה שלמדו אצל האחיות דיווחו על שינויים

ניכרים ומתמשכים (עד 12 חודשים לאחר ההתערבות) בעמדות, אמונות ויעילות, ואילו אלו שלמדו אצל מורים לחינוך לבריאות דיווחו על שינויים מעטים, עם שיפור בידע על שימוש בקונדום בלבד (Borawski et al., 2015).

בשנים האחרונות, כחלק מקידום התוכניות המקיפות פרסמו חוקרים ואנשי מקצוע מסמך הנחיות בשיתוף עם סוכנויות בין-לאומיות, כמו קרן האומות המאוחדות (United Nations Population Fund (UNFPA) וארגון החינוך, המדע והתרבות של האו"ם (אונסק"ו UNESCO) (UNFPA, 2014). המסמך קורא לכלול בתוכניות הלימוד אספקטים מגדריים וחברתיים המעצימים במיוחד בנות ונוער שוליים.. כמו כן המסמך מגדיר גישות הוראה אפקטיביות ומשתפות, המאפשרות הפנמה של התכנים, חיזוק מיומנויות תקשורת, קבלת החלטות וחשיבה ביקורתית שנמצאו כתורמים לבניית מערכות יחסים והגנה עצמית על הבריאות המינית (Haberland & Rogow, 2015).

תוכניות התערבות לבריאות מינית במדינות מפותחות אחרות: הולנד, צרפת, גרמניה

בתי הספר בהולנד החלו ללמד חינוך מיני בנושא חובה משנת 1993 בתחום קידום הבריאות. תוכניות לחינוך מיני בבתי ספר הן האמצעי העיקרי שבאמצעותו מתבגרים בהולנד רוכשים מידע ומיומנויות הקשורות למין בטוח, תקשורת מינית וניהול מערכות יחסים (Weaver, Smith, & Kippax, 2005). הגישה של חינוך מיני בהולנד מתוארת כליברלית, פתוחה, חיובית ומקיפה. תוכנית לימוד הלאומית הנקראת Long Live Love (LLL) מועברת לתלמידי תיכון בגילים 13-18 בתוכנית הלימודים. צוות המורים עובר הכשרה במחלקות בריאות העירוניות שאחראיות ללמד את המורים איך לעבוד עם התוכנית, להעריך את הביצוע ולפתח את המשך התוכנית. הגישה של החינוך המיני ההולנדי נובעת מההבנה שהנוער מגלה סקרנות טבעית כלפי נושאי מין ומיניות ולכן זקוק, רוצה ואף יש לו זכות למידע מדויק ומקיף על בריאות מינית. הנושאים הנלמדים הם מין בטוח, מניעת מחלות המועברות בדרכי מין, HIV/AIDS. המסר העיקרי הוא "אם אתה מעוניין במגע מיני, תעשה את זה בצורה בטוחה". החינוך המיני בהולנד מעודד את הנוער לחשיבה ביקורתית על בריאותם המינית, פיתוח ידע ומיומנויות תקשורתיות ויכולת לקבל החלטה האם הם בשלים לקיים יחסי מין (Schutte et al., 2014). בהשוואה לנוער האמריקאי לא נמצאו הבדלים בין המדינות בפעילות מינית, אך התגלה שוני בהתנהגות מניעתית, במיוחד שימוש בקונדום לטובת מתבגרים הולנדיים. בשנים האחרונות חלה עלייה קלה בשיעור הריונות של המתבגרות ובשיעור הידבקות במחלות המועברות בדרכי מין, אך בשיעור נמוך יותר ממדינות מפותחות אחרות. נוסף על חינוך בבתי הספר, מתבגרים בהולנד מקבלים מידע וחומרים הקשורים למיניות מהורים, מרפאות, רופאי משפחה ואמצעי תקשורת. אף שחינוך מיני בהולנד עדיין מתמקד בהורדת התנהגויות מיניות מסוכנות, הנושאים הנלמדים מועברים בנקודת מבט חיובית המציגה את המיניות של המתבגרים כנורמטיבית ונמנעת מהעברת מסרים שיכולים לגרום לנוער לתחושת דחייה, פחד או אשמה. הנושאים שהם בדרך כלל טאבו בתוכניות חינוך מיני במדינות אחרות, כמו אוננות וזהות מינית, שכיחים גם כן בהולנד (Ferguson, Vanwesenbeeck, & Knijn, 2008). כיום, התוכנית הלאומית Long Live Love היא מודל ארצי לחינוך מיני

המונגש בדרך מקוונת. התוכנית מבוססת ראיות ומובנית, עם מטרת ברורות ומדידות. היא כוללת אימון פרטני ומפגשים פרונטליים עם המורים בנושאים השונים. כעת התוכנית עוברת הערכת איכות ויעילות במדדי יחסים ללא כפייה, שימוש באמצעי מניעה ומניעת מחלות מין (Mevissen et al., 2018).

בדומה להולנד, החל מ-1996 כל בתי ספר הצרפתיים נדרשו להקדיש לפחות שעתיים לחינוך מיני לתלמידים בגילי 12-14. החוק חל גם על תלמידים מעל גיל 13 שנדרשים לקבל 20-40 שעות של חינוך מיני על פני פרק זמן של ארבע שנים. תוכנית הלימודים ממוקדת לרוב בהתפתחות מינית, רבייה, מחלות המועברות במגע מיני ואמצעי מניעה. את האנטומיה מלמד מורה לביולוגיה ומומחים מוזמנים לבוא וללמד שיעורים בתחומי ידע שלהם. בצרפת, קונדומים ואמצעי מניעה מוצעים בחינם לבני נוער. ביטוח בריאות ממלכתי מכסה את הוצאות הבריאות המינית והפוריות עבור נוער מתחת לגיל 18. הפלות הן גם בחינם עד השבוע העשירי להיריון. בצרפת, בתי ספר, התקשורת והקהילה משתפים פעולה כצוות כדי לעודד התנהגות מינית בריאה בגיל התבגרות (Bell, 2009).

גם בגרמניה החינוך המיני מאופיין בשיתוף פעולה בין ממשלה, בתי ספר, קהילה ומוסדות בריאות. התוכנית הן מקיפות ותלויות בגיל ההתפתחותי. חינוך מיני נלמד לא רק בחטיבות ביניים ובתיכונים, אלא בכל התהליך של חינוך הילדים מגיל הגן. המטרה של מערכת חינוך הגרמני היא לא רק ללמד על שינויים מיניים התפתחותיים ועל מחלות המועברות בדרכי המין, אלא גם ללמד על התפתחות מינית של הפרט, זהות מינית, תפקידי מגדר, יחסים בין-אישיים, היריון וסגנונות מיניים אחרים, כמו הומוסקסואלים, לסביות וטרנסגינדרים. בין התכנים הנלמדים: סובלנות, שימוש באמצעי הגנה וקבלת החלטות מיניות אחראיות. כמו כן מקובלת שיטת הוראה חיובית. גרמניה מספקת בחינם לצעירים ולצעירות עד גיל 20 גולות למניעת היריון, התקנים וחוצצים למיניהם. הפלות הן חוקיות בשליש הראשון של ההיריון. קונדומים נמצאים בזמינות גבוהה במכולות, חנויות, מסעדות, מועדוני לילה, בתי מרקחת, מכונות אוטומטיות ושירותים ציבוריים (Brockschmidt & Hessling, 2015).

תוכניות התערבות לבריאות מינית בישראל

משנת 2010 בבתי הספר בחינוך הממלכתי בישראל ניתן חינוך מיני על רקע תוכנית "כישורי חיים", שהיא תוכנית לימוד חובה. לתוכניות חינוך מיני מוקצות במערכת החינוך הממלכתית כ-100 שעות סך הכול. נושאים כגון מחלות מין, איידס, אמצעי מניעה וזהות מינית מיועדים ללמידה בחטיבות ביניים, ומוקצות לנושא כ-30 שעות שנתיות. בחינוך מיני על-יסודי נלמדים נושאים, כגון זוגיות ללא אלימות וזהות מינית. אף שהתוכנית "כישורי חיים" היא תוכנית חובה בבתי ספר יסודיים וחטיבות ביניים, לפי בדיקה של משרד החינוך היא פועלת ב%60-70 מבתי ספר ממלכתיים בלבד (וסבלאי, 2010). גם כאשר תוכנית מיושמת, לא תמיד נכללים בה שיעורים הממוקדים בחינוך מיני. חינוך מיני בכלל ומניעת מחלות מין בפרט מטופלים במסגרת הפעילות של היחידה המקצועית של המשרד למיניות, מגדר ומשפחה של שירות פסיכולוגי-ייעוצי (שפ"י). היחידה עוסקת במגוון נושאים שקשורים למיניות האדם, מגבשת מדיניות, מפתחת תוכניות מניעה ועוסקת בהכשרת צוותים מקצועיים – פסיכולוגים ויועצים חינוכיים – כדי שהם יוכלו להעביר את התוכניות האלה בקרב המורים והתלמידים בבתי הספר. המחלקה לחינוך

ולקידום בריאות במשרד הבריאות עוסקת אף היא בבניית תוכניות לימודים בנושא זוגיות ומיניות ובהעברתן. צוות המחלקה נותן מענה לבתי ספר הפונים אליו לצורך סיוע בהעברת הנושא, הן במקרים מסוימים והן במסגרת תוכניות רחבות, ומשתף פעולה עם השירות הפסיכולוגי-ייעוצי במשרד החינוך בעניין זה. המעורבות של המחלקה נעשית באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות ליחידה. אין סמכויות פיקוח ואכיפה בכל הנוגע להעברתיות בבתי הספר, ונמצא שכלל שהקהילה שמרנית יותר, כך העיסוק הרשמי בנושאים המיניים ובנטייה המינית פחות (רבינוביץ', 2010). בשנת 2007 בתוכנית של חינוך מיני נכלל הנושא של "זהות הומו-לסבית". אירועי האלימות כנגד הקהילה הגאה (רצח בבר נוער ורצח של נערה שהשתתפה במצעד הגאווה בירושלים), חיזקו את הצורך של מערכת החינוך במאבק באלימות, בהסתה ובגזענות בבתי הספר ובחברה כולה.

התוכנית העיקרית בנושא החינוך המיני המכוונת לחינוך ממלכתי-דתי נקראת "בית ומשפחה – חינוך להתמודדות בעולם משתנה". הפעילות היא אינה חובה ומיועדת לכיתות ז-יב לבנים ולבנות. בשנת 2015 נכלל בה לראשונה עיסוק בנושא הומוסקסואלי שהוצג כנושא שאסור להתעלם ממנו וחשיבותו מוגדרת "פיקוח נפש", בשל סכנת האובדנות של בני נוער על רקע שאלות של זהות ונטייה מינית (בקר, 2015). עד לא מזמן הנושאים הקשורים בחינוך מיני בפרט ובמיניות בכלל היו בגדר "טאבו" חברתי במגזר החרדי. אם היו מתעוררים קשיים חברתיים-רגשיים-התנהגותיים אצל תלמידים, הרבנים היו מטפלים בהם ב"דלתיים סגורות". לאחרונה מתעורר שיח חדש בקרב המגזר החרדי והציוני דתי שתוכנו משתקף בעמדה סובלנית המבוססת על "עקרון כבוד הבריות" ולפיה יהודים עם נטיות הומוסקסואליות הם חלק בלתי נפרד מהקהילה היהודית האורתודוקסית וחל איסור חמור מהתורה להביך, להטרוד או להשפיל אדם בשל נטייתו ההומוסקסואלית או מפני שהוא נמשך לבני מינו (Helfgot et al., 2010). בחברה הערבית בישראל בכלל ובקרב מוסלמים בפרט, השיח הציבורי על מין נדיר ביותר. בבתי הספר במגזר הערבי כמעט ולא קיים מערך הסברה מסודר על מיניות (כמו כן כמעט ולא נהוג במשפחות המוסלמיות המוסריות לשוחח על מין (גיבוראן, 2008). בשנת 1996 הוצאה לאור בפעם הראשונה תוכנית לחינוך מיני בשפה הערבית "אנו וגיל ההתבגרות". תוכנית זו כוללת חומר תאורטי והפעלות בנושאים, למשל החינוך המיני והחינוך לחיי המשפחה, גיל ההתבגרות, הקשר בין הורים למתבגרים, מושג "העצמי" ושינויים גופניים, גופי שלי, קבלת החלטות, חברות, דעות קדומות, החינוך לאסרטיביות, לחץ קבוצתי, מסורת והרגלים, איידס והמחלות המועברות במגע מיני (שדמי, 2007).

תוכניות לחינוך מיני המבוססות ראיות מדעיות – Evidence-Based Intervention (EBI)

ככל הנראה הסיבה העיקרית שהתוכניות לחינוך מיני בבתי הספר לא מצליחות להשיג את יעדן, נובעת מהעובדה שהן בנויות על הבסיס התאורטי של ההבנה שקבלת החלטות המיניות היא רציונלית. קבלת החלטות של המתבגרים רחוקה מלהיות רק רציונלית, היא מושפעת מהגורמים הרגשיים (אמוציונליים ומוטיבציוניים). השינויים הקוגניטיביים, ההורמונליים, הרגשיים והפיזיים המתרחשים בגיל ההתבגרות, ממלאים תפקיד חשוב בקבלת סיכונים מיניים בקרב המתבגרים. חוקרים מתחום מדעי המוח מסבירים את השוני בתהליך של קבלת החלטות המיניות בתהליכים עצביים השונים

משל אדם בוגר במערכת העצבים המרכזית של המתבגרים. גם כאשר מתבגר מפעיל תהליך רציונלי בקבלת החלטות, הוא נותן משקל ליתרונות מיידיים של התנהגות מינית (עוררות מינית וסיפוק מיני) על פני סיכונים ותוצאות השליליות. הכרה ושילוב של הרכיב הרגשי, שימוש בזיכרונות וייצוג מנטלי של האנשים או האירועים הקשורים לסיכון נוסף על הרכיב הקוגניטיבי, נחוצים ביישום והערכה של תוכניות לחינוך מיני, שמטרתם לשפר את התוצאות של הבריאות המינית של המתבגרים (Suleiman & Brindis, 2014). הפער מתבטא בכך שלא תמיד תוכניות התערבות נשענות על ראיות ואינן משקפות את הגורמים שהספרות המדעית הרחבה מזהה כמשפיעים על התנהגות בריאותית ועל נטילת סיכונים, וגם לא נוגעות להתנהגות אישית בנושא הרחב של חיי המתבגרים. לכן לעיתים יש נתק בין מסקנות המחקרים והיתרונות התאורטיים ובין המדיניות והתוכניות לחינוך מיני (Romero, Galbraith, Wilson-Williams, & Gloppen, 2011). החוקרים מהתחום החברתי וההתנהגותי מדגישים את החשיבות של התייחסות לנטייה מינית של הנוער, אמונות כלפי תפקידי מגדר, אי שוויון כלכלי וגזענות שמעצבים את הזהות המינית, מקדמים או מצמצמים את ההתפתחות האישית של המתבגרים. למרות ההסכמה הנרחבת שלמגדר, לגזענות, לסטיגמטיזציה של הנוער הומו-לסבי ולעוני יש השפעה מכרעת על בריאות המתבגרים, מעט תוכניות עוסקות באי-שוויוניות זו (Schalet et al., 2014). עדות לכך היא שנמצא שבבתי הספר בארה"ב שבהם שיטת חינוך המיני היא התנזרות (AOUM) הייתה כמות גבוהה יותר של הטרדה מינית כלפי הנוער ההומו-לסבי או נוער מתלבט בדבר הזהות המינית שלו. בדומה לכך בקצה השני קיימת גם התעלמות ממיעוטים המיניים (או במקרים מסוימים מתן מידע מטעה ומזלזל), כך שתוכניות AOUM עלולות לייצר תחושת דחייה ובידוד חברתי בבתי הספר (Kosciw, Greytak, Bartkiewicz, Boesen, & Palmer, 2012). לכן החקר המדעי והשיטות המדעיות המשמשים לזיהוי בעיות הבריאות בקרב מתבגרים ולפיתוח והערכה של תוכניות לחינוך למיניות בריאה של המתבגרים והערכתן, צריכים לכלול תחומים מגוונים, כגון רפואה, מדעי בריאות, ביולוגיה, מדעי החברה וההתנהגות (Schalet et al., 2014). זאת ועוד, עליהם לעסוק באוכלוסיות היעד מבחינה סוציאוקונומית ובמעגלי התמיכה הקיימים בקהילה (Kirby & Laris, 2016; Coyle et al., 2009). עמדה זו משותפת לחוקרים, קובעי המדיניות, המשפטנים והאזרחים.

השפעת הורים ומחנכים על בריאות המינית של מתבגרים

להורים יש תפקיד חשוב וראשוני בתהליך ההתפתחות המינית של ילדיהם באמצעות תהליך של סוציאליזציה מינית שבה הילדים סופגים את הנורמות החברתיות הקשורות להתנהגות המינית, לתפקידים מגדריים ולמסרים כתגובה להתנהגות המינית של הילדים, כגון אוננות, שפה מינית וכדומה. ההורים אמורים להנחיל לילדיהם ערכים תרבותיים ולעיתים דתיים בעניין יחסים אינטימיים ומיניים. במהלך ההתבגרות גם למחנכים יש תפקיד חיוני בטיפוח אוריינות ובריאות מינית ובמתן תמיכה ברכישת מיומנויות מיניות-חברתיות. בתי ספר ואנשי מקצוע מתחום הבריאות חייבים לתמוך בתפקיד ההורים, וההורים חייבים לתמוך בבתי הספר בקידום חינוך מיני לילדיהם המתבגרים (Starkshall et al., 2007). מתבגרים שתיארו קשר עם הורים או לפחות אחד מהם כחס ותרומך לעומת חבריהם שלא תיארו כך את הקשר, דחו את הגיל של מגע מיני ראשון והיו להם פחות פרטנרים מיניים (Aronowitz, Rennells, & Todd, 2005). במחקר אחר (De Graaf, Van

לתחילת קשרים רומנטיים ומיניים בקרב מתבגרים הצעירים (עד גיל 15), נמצא קשר חזק בין הלכידות הנמוכה של המשפחה לתחילת קיום יחסים רומנטיים ומיניים בקרב בנות. לעומת זאת, בקרב בנים עד גיל 17 לא נמצא קשר בין תחילת היחסים רומנטיים ומיניים ללכידות המשפחה. מחקר אחר (Schalet, 2011) המשווה בין הגישה של הורים אמריקאים למיניות של ילדיהם המתבגרים ובין הגישה של הורים הולנדיים, מתאר את ההורים האמריקאיים כבעלי עמדה שלילית כלפי ההתפתחות המינית של המתבגרים ומרגישים שחובתם מניעת תוצאות שליליות כגון הריונות ומחלות. לפיו, הם מדכאים את המיניות של ילדיהם. ההורים האמריקאיים מאמינים שלמתבגרים אין די ידע וכלים כדי לקבל את ההחלטות האחראיות להתנהגות המינית. לעומתם, להורים הולנדיים אופיינית גישה חיובית למיניות של המתבגרים. הם מאמינים ששיח פתוח עוזר להכין את הנוער לפעילות מינית ואינם מנסים לדכא או לדחות את תחילת פעילות המינית של המתבגרים. הורים למתבגרים בהולנד עדיין שמים גבולות לפעילות המינית של ילדיהם אך אלו מבוססים על מערכת של אמון ושליטה עצמית של המתבגרים (Deaton, 2013). מחקר אחר (Etzkin, Barnett, Smith, Schwartz, & Baugh, 2010) שבדק את ההשפעה של סגנון ההורות על גיל תחילת קיום יחסי מין בקרב מתבגרים יהודים, מצא שסגנון של ההורות הסמכותית הצליח לדחות את הגיל של תחילת יחסי מין לעומת סגנונות הורות האחרים. במשפחות שדגלו בסגנון הורות נמנעת, הגיל של תחילת יחסי המין היה נמוך במידה ניכרת יותר מהממוצע (Etzkin et al, 2010). היבט אחר הוכיח כי שילובם של הורים בתוכניות לחינוך מיני בבתי הספר והשתתפות הורית בפעילויות של הכנת שיעורי בית בנושאים הקשורים לחינוך מיני משפרים את התקשורת בנושאים הנוגעים למיניות ומורידים התנהגויות סיכון בקרב מתבגרים (Grossman, Frye, Charmaraman, & Erkut, 2013). במחקר שבוצע בישראל התבקשו בני הנוער לדרג את ההעדפה של אחד מארבעה מקורות של קבלת חינוך מיני: בית, בתי הספר, מרפאות, תנועת הנוער/מרכזים חברתיים. נמצא שרוב הנוער משני המינים בחרו בבית הספר כמקום מועדף לקבלת חינוך מיני ודירגו את הבית במקום הרביעי. ברם, כרבע מהנשאלים בחרו בהורים כמקור הראשוני לחינוך מיני. לפיכך ראוי להסיק שתמיכה של ההורים היא אחד המשתנים החשובים להצלחה של החינוך המיני הפורמלי (Shtarkshall, Carmel, & Woloski-Wruble, 2002). במחקר שנעשה במדינת פלורידה (ארה"ב) שבדק את התמיכה של ההורים בקבלת חינוך מיני פורמלי בבתי ספר, נמצא שרוב ההורים (79.3%) תמכו במתן חינוך מיני מותאם לגילם ולצרכים האישיים של התלמידים. מתוכם 40.4% תמכו בתוכנית מקיפה הנשענת על עובדות מדעיות, 36.4% תמכו בתוכנית התנזרות מיחסי מין וסכנות בהידבקות במחלות מין (AOU Plus) ו-23% תמכו בתוכנית של התנזרות מיחסי מין (AOU) עד גיל הנישואים (Barr, Morre, Johnson, Forrest, & Jordan, 2014). כפי שתואר לעיל, הגישות הרווחות כלפי תוכניות התערבות בחינוך המיני סותרות עד היום, אך ניכר ששילוב ההורים תורם ליעדים ומקדם שינוי.

השפעת האינטרנט על חינוך למיניות בריאה ועל ההתנהגות המינית של מתבגרים

רוב המתבגרים בארה"ב ובמדינות המפותחות מקבלים חינוך מיני פורמלי. אומנם התוכניות לחינוך מיני שונות זו מזו בנושאים הנלמדים, אך המשותף ביניהן שהן מעודדות את המתבגרים להתעניין ולהמשיך לחקור את הנושאים הקשורים במיניות, מניעת היריון וזהות מינית וכן הלאה. נוסף על כך, בקרב מתבגרים קיימת המוטיבציה הפנימית והטבועה להתעניין ולחפש מידע על הנושאים מין ויחסים רומנטיים. המידע שהמתבגרים מחפשים מתקבל בדרך כלל משני מקורות: מקורות חינוכיים ומקורות פורנוגרפיים. לעיתים המידע עלול להיות לא יעיל ואף מסוכן (Lenhart, 2009). במחקר שבדק קשר בין סוג התוכנית לחינוך מיני בבתי הספר בארה"ב ובין מקורות המידע שבהם מתבגרים מחפשים את המידע בנושאים הקשורים למין, נמצא שלא היה הבדל בין המתבגרים שקיבלו חינוך מיני לפי תוכנית AOUM (התנזרות מיחסי מין עד הנישואים) למתבגרים שלמדו לפי התוכנית המקיפה, בחיפוש אחרי המידע במקורות החינוכיים והאתרים הרשמיים (Kleinert, 2016). אולם מתבגרים שלמדו חינוך מיני לפי תוכנית AOUM חיפשו מידע מיני פורנוגרפי יותר מהמתבגרים שלמדו לפי תוכנית המקיפה (Kleinert, 2016). רוב המתבגרים משתמשים שימוש רציף ויומיומי באינטרנט, אך מעטים מהם מחפשים ברשת מידע על מיניות בריאה, כגון אמצעי מניעה. נמצא שאלה שכן חיפשו מידע בריאותי ברשת עשו זאת בחשש ובחוסר אמון לעומת מידע שקיבלו בבית ספר, מההורים ומהחברים (Jones & Biddelcom, 2011). לעלייה החדה בשימוש בטלפונים הסלולריים החכמים ובאינטרנט באוכלוסייה בכלל ובקרב המתבגרים בפרט, יש משמעות חברתית בעת השיפה למסרים מיניים ותמונות עם תוכן מיני המועברים זה לזה במכשיר הסלולרי. לעיתים השימוש בטכנולוגיה בדרך זו מטרתו לבודד חברתית, לאיים, להעליב או להביך את הזולת. הממצאים על שימוש בטלפונים סלולריים במאה העשרים ואחת מראים שיותר מ-50% מהמתבגרים משתמשים בהודעות טקסט כערוץ התקשורת המועדף. רבים מהם מקבלים גם הודעות עם תוכן מיני כולל תמונות. הסיבות העיקריות לשליחת הודעות עם תוכן מיני הן התחלה וחיזוק של קשרים מיניים ורומנטיים ולמטרת פנאי ובידור שאינם תמיד תואמי גיל (Korenis & Billick, 2014). ההשפעה השלילית של הבריונות ברשת על ההתנהגות המתבגרים כוללת פחד ומבוכה וגורמת להימנעות משימוש באינטרנט, אי יכולת להפסיק לחשוב על האירוע, עצבנות או לחלופין במקרה הפחות רע היעדר עניין בנעשה וריחוק. הקורבנות של הבריונות ברשת מדווחים על דימויי עצמי נמוך, תחושת בדידות, אובדן תקווה ועל שיעור גבוה יותר של דיכאון ואובדנות לעומת קורבנות של בריונות מסוג אחר. על מחנכים קיימת חובה להיות ערניים לביטויים התנהגותיים ורגשיים בקרב המתבגרים המעוררים חשד שהם הפכו קורבנות לבריונות ברשת (Patchin & Hinduja, 2011).

ברחבי העולם ידוע על התרומה של התוכניות המקיפות של חינוך מיני פורמלי (למרות ביקורות) בהפחתת שיעור הריונות של המתבגרות ומניעה של הדבקה במחלות המועברות במגע מיני. עם זה לא מעט ממשלות, כגון בריטניה, אינן משלבות חינוך מיני פורמלי בנושא של לימוד חובה בבתי הספר הממלכתיים, ולעיתים את הנישה שנוצרה ממלא החינוך המיני באינטרנט (Macdowall et al., 2015). פלטפורמות לחינוך מיני דיגיטלי התפתחו ברוב המדינות ביבשות מסוימות, מקצתן במימון וניהול מדיני, ואחרות במימון

ארגונים לא ממשלתיים או בעלות פרטית. כל התוכניות האלה נועדו לקדם חינוך מיני וכוללות מידע על אנטומיה, מניעת מחלות ותכנון משפחה. למרות הכניסה של מיליוני משתמשים לאתרים של חינוך מיני דיגיטלי, מספר כניסות לאתרים פורנוגרפיים מסחריים גדול פי 650 (1.6 מיליארד מבקרים בחודש). המתבגר שיקיש על מילות מפתח הקשורות למין יועבר בדרך כלל לאתר עם תכנים פורנוגרפיים ולא לאתר העוסק בחינוך מיני. דיווחים של תקשורת דיגיטלית מראים כי יש נשים בכל רחבי העולם הנתונות ללחצים מצד בני זוגן לפרסם את תמונותיהן עם תוכן מיני או שמצולמות במהלך קיום יחסי מין בלי ידיעתן או בלי הסכמתן. ניסיונות של הממשלות להגביל את השימוש לגיל מסוים או לצנזר את האתרים עם תוכן פורנוגרפי באמצעות חקיקה, נכשלות בדרך כלל. קובעי מדיניות ומחנכים חייבים להתמודד עם מציאות רוויה מסרים מיניים, לרבות שימוש בפורנוגרפיה, ולשמש שומרי הסף כדי שתוכניות חינוך המיני ושיפור הבריאות המינית יצליחו להשיג את היעד של הורדת שיעור ההריונות בקרב הצעירות, הפחתת תחלואה במחלות מין ואף תמותת האימהות והתינוקות (Oosterhoff, Gilder, & Mueller, 2016).

דיון

במשך עשרות שנים נושא החינוך למיניות בריאה מעסיק את המחנכים, עובדי בריאות הציבור וקובעי המדיניות, כאחד האמצעים העיקריים במניעת התנהגות מינית לא בריאה (Gowen & Wings-Yanez, 2014; Lindberg & Waddow-Zimet, 2012; Suleiman & Brindis, 2014). במחקרים שמשווים בין התוכניות לחינוך מיני לסוגיהן, נמצא שתוכניות AOUM הדוגלות בהתנזרות ממין עד הנישואים לא יעילות בשינוי התנהגויות, כגון דחיית הגיל של תחילת קיום יחסי מין או הורדת מספר פרטנרים מיניים, וכן לא שינו דפוסים בנושא אמצעי מניעה כגון שימוש בקונדום. עבודה אחת הראתה עדות חלשה של דחיית יחסי מין בקרב מתבגרים בני 14-15 שנים (Denny & Young, 2006). שלא כתוכניות AOUM, לתוכניות מקיפות היו ראיות חזקות בהעלאת גיל של תחילת קיום יחסי מין, הורדת תדירות של יחסי מין, הורדת מספר הפרטנרים המיניים ועלייה בשימוש בקונדומים ובאמצעי מניעה אחרים בקרב המתבגרים (Chin et al., 2012; Kirby & Laris, 2009). במחקר של דונלי ואחרים (Donnelly et al., 2016) שבדק את היעילות של תוכנית חינוך מיני התומכת בהתנזרות, נמצא שהשפעתה על הידע וכוונות מיניות כלפי תחילת יחסי מין בקרב המתבגרים לא הייתה שונה מהתוכניות המקיפות במדידה של כ-18 חודשים לאחר סיום התוכנית. זאת ועוד, נמצא שקהילות שמרניות שלא מאמצות את התוכניות המקיפות של החינוך המיני ותומכות בהתנזרות מקיום יחסי מין עד הנישואים אך מסתמכות על ראיות מדעיות, תורמות לבריאות מינית של הצעירים, כגון סכנות של מחלות המועברות בדרכי מין והריונות בגיל צעיר. לעומת זאת, יש הטוענים שנכון להיום מחקרים לא מצאו שום הוכחה לנזק האפשרי לבריאות המתבגר הנגרם דווקא מיחסי מין לפני הנישואים (Ballonoff Suleiman, Johnson, Shirtcliff, & Galvan, 2015). זאת ועוד, מבחינה מסורתית רוב התוכניות לחינוך מיני תמכו ביחסים הטרוסקסואלים שמובילים לזוגיות מונוגמית בלבד, במניעת היריון לא רצוי ובמניעת מחלות המועברות ביחסי מין הלא מוגנים. עם זה חשפו את הנוער בעל נטייה מינית שונה לאיידס ולמחלות האחרות

המועברות ביחסי מין הומוסקסואליים אך מעט מדי (Schalet et al., 2014). התוכניות האלה בכלל ותוכניות התנזרות ממין עד הנישואים בפרט התעלמו מהנוער בעל נטייה מינית שונה (הומוסקסואלים, לסביות, בייסקסואליים, טרנסג'נדרים ונוער המתלבט באשר לנטיות המיניות שלו) והתעלמו ממיעוטים מיניים ואף לפעמים נתנו מידע מוטעה עליהם. ועוד נמצא כי תוכניות התנזרות אלה עלולות להביא לידי תחושת דחייה וניכור בבית הספר והתחושות האלה מעלות את הסיכון לתחלואה נפשית, כגון דיכאון, חרדה ואף עלייה בהתנהגויות של נטילת סיכונים (Almeida, Johnson, & Kosciw et al., 2012; Corliss, Molnar, & Azrael, 2009). צירוף מידע על מיניות נוער הלהטייב אל התוכניות לחינוך מיני עשוי להביא לידי מגמה של התנסויות מיניות בטוחות גם באמצעות התנזרות מיחסי מין בשלב מוקדם מדי וגם באמצעות יחסי מין בטוחים ואף עשוי להקנות תחושה של בטיחות ושייכות לבית הספר, להפחית אלימות ועוונות כלפי המיעוטים המיניים ולבטל את הדעות הקדומות (Gowen & Wings-Yanez, 2014). לסיום, ייתכן שתוכניות התנזרות שיש בהן עמדות מגדריות מסורתיות, קושרות לעיתים קרובות את הגבריות עם פעילות מינית הטרסקסואלית, דחף מיני, יוזמה מינית והיעדר מעורבות רגשית, ואת הנשיות עם פסיביות מינית, איפוק מיני, אחריות ושליטה על תשוקה של בנים ומעורבות רגשית יתרה (Allen, 2003; Bay-Cheng, 2003). הסטנדרטים הכפולים האלה עלולים לפגוע בביטחון העצמי המיני של הבנות, כמו כן לגרום להן להיות מעורבות ביחסי מין שלא ברצונן ובלי שימוש בקונדום (Schalet et al., 2014; Pettifor, MacPhail, Anderson, & Maman, 2012).

מכל מקום, גם כאשר תוכניות התערבויות מבוססות ראיות מועתקות ומיושמות כמה שקרוב ביותר לפרוטוקול המקורי שלהן, יש צורך בהתאמות כדי להבטיח שתוכן ההתערבות, השפה, דוגמאות והשיטות רלוונטיים מבחינה תרבותית. כך יגדילו את ההיענות, יעילות התוכנית והשפעתה לאורך זמן (Catalano et al., 2012).

הדבר החשוב הנוסף המשפיע על חינוך מיני הפורמלי והבלתי פורמלי של הנוער, הוא מעורבות ההורים. החינוך המיני שההורים נותנים משתקף בערכים הקשורים לבחירות של המתבגרים בעניין הקשרים הזוגיים ומועד תחילת יחסי המין (Longmore, Eng, & Giordano, & Manning, 2009). במחקר מטה-אנליזה (Widman, Chaucas-Bradley, Noar, & Nesi, & Garrett, 2016), נמצא קשר חיובי מובהק בין תקשורת של ההורה עם המתבגר בנושאים הקשורים למין ובין התנהגות מינית בטוחה של המתבגר. זאת ועוד, מלבד תקשורת טובה של ההורים עם המתבגרים נמצא שפיקוח הורי על חיי החברה של המתבגרים עשוי לדחות את גיל תחילת קיום יחסי מין בקרב מתבגרים הצעירים (Grossman et al., 2013; Etzkin et al., 2010).

עלייה בשימוש בטכנולוגיה דיגיטלית ואינטרנט בתוך הכיתה ומחוץ לה כאמצעי לחינוך מיני, עשויה לשפר ולהעשיר את הידע של המתבגרים (Kleinert, 2016; Jones & Biddlecom, 2011). נמצא ששימוש בטכנולוגיה וירטואלית יכול לתמוך בלמידה חברתית ורגשית באמצעות יצירת מצבים דמיוניים, באווירה בית ספרית תומכת, שבהם מתבגרים מתבקשים לקבל החלטות בנוגע להתנהגות מינית והתמודדות עם בריונות מינית, וכן משפרים ביטחון עצמי בעניין החלטה על שימוש בקונדום בעת קיום יחסי מין במציאות (Suleiman & Brindis, 2014; Sapouna et al., 2010). נוסף על כך, אינטרנט יכול לשמש

ערוץ למידע נוסף בנושא בריאות מינית, אך נחשב בטוח ואמין פחות מחינוך מיני הנלמד בבית הספר (Gowen et al., 2013; Gones et al., 2011). כמו כן האינטרנט רווי בתכנים מיניים שעלולה להיות להם השפעה שלילית על המתבגרים, כגון בריונות ברשת, שליחה וקבלת מסרים ותמונות עם תוכן פורנוגרפי, המסכנים את המתבגרים בניצול מיני, ולכן קיים צורך חיוני של פיקוח על המידע המיני שבני נוער נחשפים אליו מתוך שילוב מאמץ מדיני של מערכת חינוך ושל ההורים (Korenis & Billick, 2014; Patchin & Hinduja, 2011). בסופו של דבר, טכנולוגיות חדשניות וידדותיות לנוער שהן חוד החנית, נגישות, רחבות, משולבות, מדורגות ונגישות אל מעבר הכיתה, מסוגלות להביא לידי שינוי הפרדיגמות התרבותיות של מיניות בריאה, לקדם את מצב החינוך המיני ולשפר את תוצאות הבריאות המינית והפיריון בעבור מתבגרים (Hall, Sales, Komro, & Santelli, 2016).

עוד עולה הצורך בהכשרתם של אנשי מקצוע בתחום החינוך והייעוץ בעניין שיטות העברת תוכניות התערבות למיניות בריאה כדי לאפשר לתלמידים להתאים אישית את מה שהם לומדים וליישם אותו בחייהם. שיטות אלה כרוכות לא רק בלמידה קוגניטיבית, אלא בתהליכי התבוננות פנימית, שיקוף עצמי, חשיבה ביקורתית (למשל, נורמות מגדריות) ותרגול מיומנויות חדשות (לדוגמה, תקשורת אסרטיבית). פיתוח מיומנויות אלה מעלות סוגיות מורכבות הקשורות להקצאת משאבים הן בהכשרת מורים ויועצים והן בעבודה עם התלמידים במהלך הלימודים (Haberland & Rogow, 2015).

כיום בישראל רוב מערכות החינוך אמורות להפעיל תוכנית אחת המשמשת בסיס להוראת התוכנית לחינוך מיני. מן השטח עולה שישנם פערים בין המדיניות של משרד החינוך ובין היישום בפועל. הסיבות לכך טמונות באקלים הדתי, הפוליטי והתרבותי בישראל, כמו היעדר משאבים ומנגנון הערכת איכות ובקרה של התוכניות. יש מקום להמליץ על השקעה במחקרים להערכת תוכניות התערבות למיניות בריאה עם תוצאות מדידה, כגון גיל קיום יחסי מין, שימוש באמצעי מניעה, היריון, STIs או HIV. נוסף על כך, להרחיב את המדדים ולכלול משתנים קונטקסטואליים, כגון בית הספר והסביבה, גורמים דמוגרפיים וגורמי סיכון העלולים להשפיע על תוצאות המדידה של יעילות התוכנית.

מגבלת סקירת הספרות הנוכחית היא שאינה סקירה שיטתית, דבר שעלול להטות את הצגת הנושא. זאת ועוד, מתוך דיונים רבים בין מדינות בנושא תוכניות התערבות לבריאות מינית, כמו הבדלי המינוח בין מדינות, קיים הצורך לבנות גוף ידע בסיסי ראשוני ומכאן להרחיב את היריעה.

סיכום

מאמר זה בוחן את השפעת התוכניות למיניות בריאה בבתי הספר על ההתנהגות והבריאות המינית של המתבגרים בישראל, ארה"ב ובכמה מדינות אחרות, כמו צרפת, הולנד וגרמניה. ברוב המדינות המפותחות נושא ההתנהגות והבריאות המינית של בני הנוער מעסיק אנשי בריאות וחינוך, קהילה ומשפחה, פוליטיקאים וקובעי מדיניות. תוכניות התערבות למיניות בריאה הנלמדות בבתי הספר במדינות רבות כוללות ברמות מגוונות נושאים בחינוך מיני החל ממחלות המועברות בדרכי המין והריונות של המתבגרות ואמצעי מניעה, דרך מתירנות מינית והתנהגות מינית מסוכנת ואלימה וכלה

בסובלנות למיעוטים מיניים ויחס חיובי למיניות בריאה של המתבגרים. נמצא שלמשפחה יש השפעה מכרעת על סוציאליזציה וחינוך מיני של המתבגרים, ולכן יש חשיבות גדולה לשיתוף פעולה בין בתי הספר למשפחה בקידום מיניות בריאה בקרב מתבגרים. עם ההשפעה ההולכת וגדלה של אינטרנט על חיי המתבגרים בכלל ובתחום המיני בפרט, מתבגרים מציינים כי מידע שהם מקבלים בבתי ספר הוא אמין ובטוח יותר בעבורם. ישנה חשיבות לקדם חינוך מיני מותאם גם לאוכלוסיות שלא הייתה להן חשיפה לתוכניות מסוג זה בעבר, כגון המגזר החרדי והמגזר הערבי. תוכניות לחינוך מיני חייבות להיות מבוססות על ראיות מדעיות הנתונות לפיקוח ובקרה של משרד הבריאות ומשרד החינוך. נוסף על כך, יש צורך לערוך מחקרי אורך בתחום איכות ובקרה בעניין השפעתן של תוכניות התערבות בחינוך למיניות בריאה על התנהגותם ובריאותם המינית של מתבגרים בישראל.

רשימת מקורות

- בקר, א' (2015). **תוכניות להכרה וללימוד של זהות מגדרית שונה במערכת החינוך**. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע. אוחר מתוך https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/f1f133d5-3177-e511-80cf-00155d6ffed6/2_f1f133d5-3177-e511-80cf-00155d6ffed6_11_10175.pdf
- גיוראן, ס' (2008). **עמדות לגבי חינוך מיני אצל אימהות נוצריות ומוסלמיות** (עבודת סמנריון). אורנים – המכללה האקדמית לחינוך, קריית טבעון.
- דוידוביץ', נ', שוחט, ת' ודן, מ' (2005). **מחלות המועברות ביחסי-מין – עידכון. הרפואה**, 144(4), 272-278.
- הראל-פיש, י', וולש, ס', שטיינמץ, נ', לובל, ש', רייז, י', טסלר, ר' וחביב, ג' (2016). **נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל: סיכום ממצאי המחקר הארצי השביעי 2014** ניתוח מגמות בין השנים 1994-2014, והשוואה בינלאומית. רמת-גן: תכנית המחקר הבינלאומי על רווחתם ובריאותם של בני נוער, בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן.
- וייסבלאי, א' (2010). **חינוך מיני במערכת החינוך**. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- משרד הבריאות. (2016). **הפסקות הריון יזומות. בתוך דוח שנתי 66ג (עמ' 679-708)**. ירושלים: המחבר. אוחר מתוך http://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_537/8ba5b24f-a7d6-418f-986a-4177c623898d/214-abortions.docx
- קאבאליון, ג' (1997). **השיח המקצועי בחינוך מיני בישראל** (עבודת דוקטור). האוניברסיטה העברית בירושלים.
- רבינוביץ', מ' (2010). **חינוך למניעת מחלות מין בקרב בני נוער בישראל**. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע. אוחר מתוך <https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/48bd8d55-f7f7-e411-80c8->

00155d010977/2_48bd8d55-f7f7-e411-80c8-
00155d010977_11_7712.pdf

שדמי, ח' (2007). כישורי חיים : מתווה לתכנון ולהפעלת תכנית בית-ספרית, לגן ולכיתות א'-יב' : בחינוך הממלכתי, ממלכתי-דתי הערבי והדרוזי. ירושלים : משרד החינוך והתרבות.

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer.
- Allen, L. (2003). Girls want sex, boys want love: Resisting dominant discourses of (hetero) sexuality. *Sexualities*, 6(2), 215-236. doi:10.1177/1363460703006002004
- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 1001-1014. doi:10.1007/s10964-009-9397-9
- Anderson, L. M., Brownson, R. C., Fullilove, M. T., Teutsch, S. M., Novick, L. F., Fielding, J., & Land, G. H. (2005). Evidence-based public health policy and practice: Promises and limits. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 226-230. doi:10.1016/j.amepre.2005.02.014
- Aronowitz, T., Rennells, R. E., & Todd, E. (2005). Heterosocial behaviors in early adolescent African American girls: The role of mother-daughter relationships. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 122-139. doi:10.1177/1074840705275466
- Ballonoff Suleiman, A., Johnson, M., Shirtcliff, E. A., & Galván, A. (2015). School-Based sex education and neuroscience: What we know about sex, romance, marriage, and adolescent brain development. *Journal of School Health*, 85(8), 567-574. doi:10.1111/josh.12285
- Barr, E. M., Moore, M. J., Johnson, T., Forrest, J., & Jordan, M. (2014). New evidence: Data documenting parental support for earlier sexuality education. *Journal of School Health*, 84(1), 10-17. doi:10.1111/josh.12112
- Bay-Cheng, L. Y. (2003). The trouble of teen sex: The construction of adolescent sexuality through school-based sexuality education. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 3(1), 61-74. doi:10.1080/1468181032000052162
- Bell, K. J. (2009). Wake up and smell the condoms: An analysis of sex education programs in the United States, the Netherlands, Sweden, Australia, France, and Germany. *Inquiries Journal*, 1(11), 1-3.

- Boonstra, H. D. (2009). Advocates call for a new approach after the era of “abstinence-only” sex education. *Guttmacher Policy Review*, 12(1), 6-11.
- Borawski, E. A., Tufts, K. A., Trapl, E. S., Hayman, L. L., Yoder, L. D., & Lovegreen, L. D. (2015). Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/human immunodeficiency virus prevention knowledge and skills in high school. *Journal of School Health*, 85(3), 189-196. doi:10.1111/josh.12234
- Brockschmidt, L., & Hessling, A. (2015). Sexuality education in Germany: An effective intervention to support the sexual and reproductive health (SRH) of people across the lifespan. *Entre Nous*, 82, 20-21. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/292203/Sexuality-education-in-Germany.pdf?ua=1
- Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin Jr, C. E., Ross, D. A., & Shek, D. T. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379(9826), 1653-1664. doi:10.1016/S0140-6736(12)60238-4
- Chin, H. B., Sipe, T. A., Elder, R., Mercer, S. L., Chattopadhyay, S. K., Jacob, V., . . . & Chuke, S. O. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 272-294. doi:10.1016/j.amepre.2011.11.006
- Coyle, K., Basen-Engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Collins, J., . . . & Harrist, R. (2016). Safer choices: Reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Reports*, 116(Suppl. 1), 82-93.
- De Graaf, H., Van de Schoot, R., Woertman, L., Hawk, S. T., & Meeus, W. (2012). Family cohesion and romantic and sexual initiation: A three wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(5), 583-592. doi:10.1007/s10964-011-9708-9
- Deaton, D. L. (2013). Amy T. Schalet: Not under my roof: Parents, teens, and the culture of sex. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(1), 157-163. doi:10.1007/s10964-012-9851-y

- Denny, G., & Young, M. (2006). An evaluation of an abstinence-only sex education curriculum: An 18-month follow-up. *Journal of School Health, 76*(8), 414-422. doi:10.1111/j.1746-1561.2006.00135.x
- Donnelly, J., Horn, R. R., Young, M., & Ivanescu, A. E. (2016). The effects of the Yes You Can! Curriculum on the sexual knowledge and intent of middle school students. *Journal of School Health, 86*(10), 759-765. doi:10.1111/josh.12429
- Douglas, J. M., & Fenton, K. A. (2013). Understanding sexual health and its role in more effective prevention programs. *Public Health Reports, 128*(Suppl. 1), 1-4. doi:10.1177/00333549131282S101
- Etzkin, R., Barnett, R. V., Smith, S., Schwartz, S. E., & Baugh, E. J. (2010). Parenting style and the timing of Jewish adolescents' sexual debut. *Journal of Youth Development, 5*(2), 1-13.
- Ferguson, R. M., Vanwesenbeeck, I., & Knijn, T. (2008). A matter of facts... and more: An exploratory analysis of the content of sexuality education in The Netherlands. *Sex Education, 8*(1), 93-106. doi:10.1080/14681810701811878
- Finer, L. B., & Zolna, M. R. (2016). Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008–2011. *The New England Journal of Medicine, 374*(9), 843-852. doi:10.1056/NEJMsa1506575
- Goesling, B., Colman, S., Trenholm, C., Terzian, M., & Moore, K. (2014). Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescent Health, 54*(5), 499-507. doi:10.1016/j.jadohealth
- Gowen, L. K., & Wines-Yanez, N. (2014). Lesbian, gay, bisexual, transgender, Queer, and questioning youths' perspectives of inclusive school-based sexuality education. *The Journal of Sex Research, 51*(7), 788-800. doi:10.1080/00224499.2013.806648
- Grossman, J. M., Frye, A., Charamaman, L., & Erkut, S. (2013). Family homework and school-based sex education: Delaying early adolescents' sexual behavior. *Journal of School Health, 83*(11), 810-817. doi:10.1111/josh.12098
- Haberland, N., & Rogow, D. (2015). Sexuality education: Emerging trends in evidence and practice. *Journal of adolescent health, 56*(1), S15-S21. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.08.013
- Hall, K. S., Sales, J. M., Komro, K. A., & Santelli, J. (2016). The state of sex education in the United States. *The Journal of adolescent health, 58*(6), 595-597.

- Helfgot, N., Adler, Y., Allen, D., Alpert, H., Amaru, J., Anselovitz, E., . . . Zweiter, S. (2010). *Statement of principles on the place of Jews with a homosexual orientation in our community*. Retrieved from <http://statementofprinciplesnya.blogspot.com/>
- Hirsch, J. S. (2003). *A courtship after marriage: Sexuality and love in Mexican transnational families*. Berkeley, US: University of California Press.
- Huber, V. J., & Firmin, M. W. (2014). A history of sex education in the United States since 1900. *International Journal of Educational Reform*, 23(1), 25-51.
- Jones, R. K., & Biddlecom, A. E. (2011). Is the internet filling the sexual health information gap for teens? An exploratory study. *Journal of Health Communication*, 16(2), 112-123. doi:10.1080/10810730.2010.535112.
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., . . . Ethier, K. A. (2018). Youth risk behavior surveillance—United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(8), 1-114.
- Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research*, 39(1), 27-33. doi:10.1080/00224490209552116
- Kirby, D., & Laris, B. A. (2009). Effective curriculum-based sex and STD/HIV education programs for adolescents. *Child Development Perspectives*, 3(1), 21-29. doi:10.1111/j.1750-8606.2008.00071.x
- Kleinert, P. D. (2016). *Sex education programs, motivation, and the seeking of educational versus erotic material: A Comparison of Abstinence Only Until Marriage and Comprehensive Programs* (Doctoral dissertation). University of northern Colorado, Greeley, Colorado.
- Korenis, P., & Billick, S. B. (2014). Forensic implications: Adolescent sexting and cyberbullying. *Psychiatric quarterly*, 85(1), 97-101. doi:10.1007/s11126-013-9277-z
- Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Bartkiewicz, M. J., Boesen, M. J., & Palmer, N. A. (2012). *The 2011 national school climate survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools*. New York: Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN) Retrieved from <https://www.glsen.org/sites/default/files/2011%20National%20School%20Climate%20Survey%20Full%20Report.pdf>
- Kost, K., Maddow-Zimet, I., & Arpaia, A. (2017). Pregnancies, births and abortions Among adolescents and young women in the United States, 2013:

- national and state trends by age, race and ethnicity. Retrieved from https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/us-adolescent-pregnancy-trends-2013.pdf
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. (2000). Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of adolescent health, 26*(1), 42-48.
- Lenhart, A. (2009, December 15). Teens and sexting. *Pew internet & American life project*. Retrieved from <http://www.pewinternet.org/2009/12/15/teens-and-sexting/>
- Lindberg, L. D., & Maddow-Zimet, I. (2012). Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *Journal of Adolescent Health, 51*(4), 332-338. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.028
- Longmore, M. A., Eng, A. L., Giordano, P. C., & Manning, W. D. (2009). Parenting and adolescents' sexual initiation. *Journal of Marriage and Family, 71*(4), 969-982. doi:10.1111/j.1741-3737.2009.00647.x
- Macdowall, W., Jones, K. G., Tanton, C., Clifton, S., Copas, A. J., Mercer, C. H., . . . Field, N. (2015). Associations between source of information about sex and sexual health outcomes in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *BMJ open, 5*(3), e007837. doi:10.1136/bmjopen-2015-007837
- Marseille, E., Mirzazadeh, A., Biggs, M. A., Miller, A. P., Horvath, H., Lightfoot, M., . . . Kahn, J. G. (2018). Effectiveness of school-based teen pregnancy prevention programs in the USA: A systematic review and meta-analysis. *Prevention Science, 19*(4), 468-489. doi:10.1007/s11121-017-0861-6.
- Mevissen, F. E., van Empelen, P., Watzeels, A., van Duin, G., Meijer, S., van Lieshout, S., & Kok, G. (2018). Development of long live love+, a school-based online sexual health programme for young adults. An intervention mapping approach. *Sex Education, 18*(1), 47-73. doi:10.1080/14681811.2017.1389717
- Millner, V., Mulekar, M., & Turrens, J. (2015). Parents' beliefs regarding sex education for their children in southern Alabama public schools. *Sexuality Research and Social Policy, 12*(2), 101-109.
- National Research Council & Committee on Population. (2013). *US health in international perspective: Shorter lives, poorer health* (S. H. Woolf &

- A. Laudan, Eds.). Washington, District of Columbia: The National Academies Press
- Oosterhoff, P., Gilder, L., & Mueller, C. (2016). Is Porn the New Sex Education? *IDS Rapid Response Briefing*, 15, 1-4. Retrieved from https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/12676/RRB15_online.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Patchin, J. W., & Hinduja, S. (2011). Traditional and nontraditional bullying among youth: A test of general strain theory. *Youth & Society*, 43(2), 727-751. doi:10.1177/0044118X10366951
- Pettifor, A., MacPhail, C., Anderson, A. D., & Maman, S. (2012). 'If I buy the Kellogg's then he should [buy] the milk': Young women's perspectives on relationship dynamics, gender power and HIV risk in Johannesburg, South Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 477-490. doi:10.1080/13691058.2012.667575
- Romero, L. M., Galbraith, J. S., Wilson-Williams, L., & Gloppen, K. M. (2011). HIV prevention among African American youth: How well have evidence-based interventions addressed key theoretical constructs? *AIDS and Behavior*, 15(5), 976-991. doi:10.1007/s10461-010-9745-5
- Rose, S. (2005). Going too far? Sex, sin and social policy. *Social Forces*, 84(2), 1207-1232. doi:10.1353/sof.2006.0032
- Sapouna, M., Wolke, D., Vannini, N., Watson, S., Woods, S., Schneider, W., . . . Dautenhahn, K. (2010). Virtual learning intervention to reduce bullying victimization in primary school: a controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(1), 104-112. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02137.x
- Schalet, A. T. (2011). Beyond abstinence and risk: A new paradigm for adolescent sexual health. *Women's Health Issues*, 21(3), S5-S7. doi:10.1016/j.whi.2011.01.007
- Schalet, A. T., Santelli, J. S., Russell, S. T., Halpern, C. T., Miller, S. A., Pickering, S. S., . . . & Hoenig, J. M. (2014). Invited commentary: Broadening the evidence for adolescent sexual and reproductive health and education in the United States. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(10), 1595-1610. doi:10.1007/s10964-014-0178-8
- Schutte, L., Meertens, R. M., Mevissen, F. E., Schaalma, H., Meijer, S., & Kok, G. (2014). Long live love. The implementation of a school-based sex-education program in the Netherlands. *Health education research*, 29(4), 583-597. doi:10.1093/her/cyu021

- Shneyderman, Y., & Schwartz, S. J. (2012). Contextual and intrapersonal predictors of Adolescent risky sexual behavior and outcomes. *Health Education & Behavior, 40*(4), 400-414. doi:10.1177/1090198112447800
- Shtarkshall, R. A., Carmel, S., & Woloski-Wruble, A. (2002). *Survey on sexual knowledge: Attitudes and practices in the general educational system in Israel*. Jerusalem: Israeli Ministry of Health.
- Shtarkshall, R. A., Santelli, J. S., & Hirsch, J. S. (2007). Sex education and sexual socialization: Roles for educators and parents. *Perspectives on sexual and reproductive health, 39*(2), 116-119. doi:10.1363/3911607
- Suleiman, A. B., & Brindis, C. D. (2014). Adolescent school-based sex education: Using developmental neuroscience to guide new directions for policy and practice. *Sexuality Research and Social Policy, 11*(2), 137-152. doi:10.1007/s13178-014-0147-8
- UNESCO. (2018, February 15). *Why comprehensive sexuality education is important*. Paris: Author. Retrieved from <https://en.unesco.org/news/why-comprehensive-sexuality-education-important>
- UNFPA. (2014). Operational guidance for comprehensive sexuality education: A focus on human rights and gender. New York: Author.
- Weaver, H., Smith, G., & Kippax, S. (2005). School-based sex education policies and indicators of sexual health among young people: a comparison of the Netherlands, France, Australia and the United States. *Sex Education, 5*(2), 171-188. doi:10.1080/14681810500038889
- Weed, S. E., & Ericksen, I. H. (2017). *Re-examining the evidence: School-based comprehensive sex education* (Part one). Salt Lake City, UT: The Institute for Research & Evaluation. Retrieved from https://www.comprehensivesexualityeducation.org/wp-content/uploads/Reexamining_the_Evidence-CSE_in_USA_6-1-18FINAL.pdf
- Weinstock, H., Berman, S., & Cates Jr, W. (2004). Sexually transmitted diseases among American youth: Incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on sexual and reproductive health, 36*(1), 6-10. doi:10.1363/3600604
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J., & Garrett, K. (2016). Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: A meta-analysis. *JAMA pediatrics, 170*(1), 52-61. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.2731

World Health Organization. (2002). The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: Author.