

Mangoes and bullets: Medizin für Alle?

- Zeitgenössische Handlungsempfehlungen zu Medizin,
Gesundheitsversorgung und Sexualität in der SWANA Region

Folgendes Paper wurde von Säli El Mohands für glocal e.V. erstellt und steht ausschließlich für die Nutzung des Vereins und des oben genannten Projekts zur Verfügung. Jegliche anderweitige Nutzung des Papers bedarf der Zustimmung der Autorin.

1. Was ist das Problem?

Sexualität in arabischsprachigen Ländern ist oft mit einer Tabuisierung, fehlender Aufklärung und Kontrolle der Sexualität von oftmals weiblichen und queeren Körpern verbunden. Während Feminist:innen in westlichen Ländern und im globalen Norden sich eine Befreiung aus solch kontrollierenden Strukturen wünschen und meistens auch durchsetzen, ist dies für Frauen und anderen Menschen aus der FLINTA-Community in arabischsprachigen Ländern oft nicht möglich, da sie meistens finanziell, gesellschaftlich und emotional abhängig sind und im schlimmsten Fall Gefahr laufen, ihre Existenzgrundlage oder in seltenen Fällen sogar ihr Leben zu verlieren. Daher zentriert der Text Wissensbestände aus dem globalen Süden, insbesondere aus der SWANA Region (Süd-West-Asien & Nord-Afrika), in der Hoffnung, dass diese Anklang bei Menschen aus dem globalen Norden Anklang finden, die im Kontext von medizinischen Entsendungsprogrammen, oder in der medizintechnischen Entwicklungspolitik tätig sind, egal ob haupt- oder ehrenamtlich und dabei in der besagten Region Einsatz finden.

In arabischsprachigen Ländern ist Sexualität ein familiäres und gesellschaftliches Thema und demnach schwer individuell auszuleben (7). Die fehlende interkulturelle und intersektionale Sensibilität des medizinischen Personals und das fehlende Bewusstsein für die Lebensrealitäten der Patient:innen, welches sich oft in für die Patient:in unangemessene Behandlungsempfehlungen widerspiegelt, kann daher dem Erfolg einer Behandlung nur schaden. Messbar ist dies u.a. durch die mangelnde Beanspruchung von Vorsorgeuntersuchungen zu Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs durch muslimische Frauen* und Frauen* mit Migrationsgeschichte (13).

1.1 Jungfräulichkeit und Virginität-Test

Sexualität wird in arabischsprachigen Ländern oft durch den Erhalt der Jungfräulichkeit von biologisch weiblichen Körpern kontrolliert. Dies kann religiöse (1), gesellschaftliche und kulturelle Gründe haben. Hierbei wird die Jungfräulichkeit über das Vorhandensein des Hymens – auch umgangssprachlich „Jungfernhütchen“ – definiert (3). Somit wird auch gesellschaftlich der Verlust des Hymens mit dem Verlust der Jungfräulichkeit und somit dem ersten Geschlechtsverkehr assoziiert (3). Dass Geschlechtsverkehr auch in anderen Formen stattfinden kann als vaginal penetrativ, wird dabei nicht berücksichtigt. So kann es also sein, dass junge Frauen* sich anal vom Partner:in befriedigen lassen, um den Verlust des Hymens zu umgehen. Das Vorhandensein des Hymens und die daran fälschlicherweise definierte Jungfräulichkeit bestimmt nicht nur das Leben und Ansehen der Frau*, sondern auch die der ganzen Familie. Um dies zu vermeiden, versuchen gegebene Strukturen, die Sexualität der Frau* zu kontrollieren, sodass sie* bis zur Ehe eine Jungfrau bleibt. Unverheiratete Frauen* meiden dementsprechend auch die Nutzung von Tampons und eine gynäkologische Untersuchung, nur um die Unversehrtheit des Hymens zu gewährleisten (16). Auch wird oft ein Dating-Leben und das Ausgehen mit männlichen Freunden selten und nur schwer akzeptiert (3). Sich dem aufzulehnen oder frei seine Sexualität außerhalb von ehelichen Strukturen zu leben, kann zum Verlust der Existenzgrundlage der Frau* führen, da diese oft finanziell, gesellschaftlich und emotional abhängig von Familie und Partner ist. Außerdem fühlen die betroffenen Frauen eine „Bringschuld“ gegenüber ihren Familien und ihrer Kultur, sodass sie* bei außerehelichem Geschlechtsverkehr Schuldgefühle entwickeln (3).

Um eine gegebene „Jungfräulichkeit“ zu gewährleisten, wird bei der Frau* oft ein sogenannter „Virginität-Test“ durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Untersuchung eines/r gegebenen

Gynäkolog:in, die das Vorhandensein des Hymens und damit assoziiert die Jungfräulichkeit im besten Fall bestätigt. Als feministische Gynäkolog:in aus anderen Strukturen kann das Durchführen eines „Virginity-Test“ aufgrund eigener feministischer Ansätze abgelehnt werden. Würde man demnach nicht die misogynen Strukturen, die die Sexualität der Frau* kontrollieren, unterstützen und erhalten?

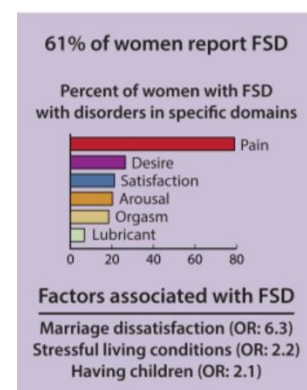
1.2 Hymenrekonstruktion

Ähnlich verhält es sich bei der Hymenrekonstruktion. Sollte die Frau* doch einen unehelichen vaginal penetrativen Geschlechtsverkehr gehabt haben, besteht eine große Angst vor dem „Virginity-Test“ und dem leider geglaubten Mythos des „Blutes auf dem Bettlaken“. Dabei handelt es sich um eine Vorstellung, dass durch das Penetrieren des Hymens es zu einer Verletzung und demnach zu Blutropfen kommt, welche auf dem Bettlaken sichtbar werden sollen. Um sich mit einer vermeintlichen Jungfräulichkeit zu schmücken, sind betroffene Frauen* oft bereitwillig, eine Hymenrekonstruktion durchzuführen. Hierbei handelt es sich um ein chirurgisches Verfahren, bei dem ein vermeintliches Hymen mit vermeintlichen Blutropfen konstruiert wird. So kann die Frau* ihre Jungfräulichkeit „nachweisen“ und hat nichts zu befürchten.

Auch in diesem Fall kann es sein, dass man als behandelnde Gynäkolog:in in Konflikt mit den eigenen feministischen Ansätzen tritt. Hier stellt sich ebenfalls die Frage, ob man durch solch eine Prozedur nicht die problematischen Strukturen unterstützt. Außerdem kommen allgemeine Operationsrisiken wie bei jedem anderen chirurgischen Verfahren hinzu, wie Blutungen, Infektionen etc. Diese Gedanken können schnell zu Unverständnis seitens der behandelnden Person führen.

1.3 Sexuelle Dysfunktionen

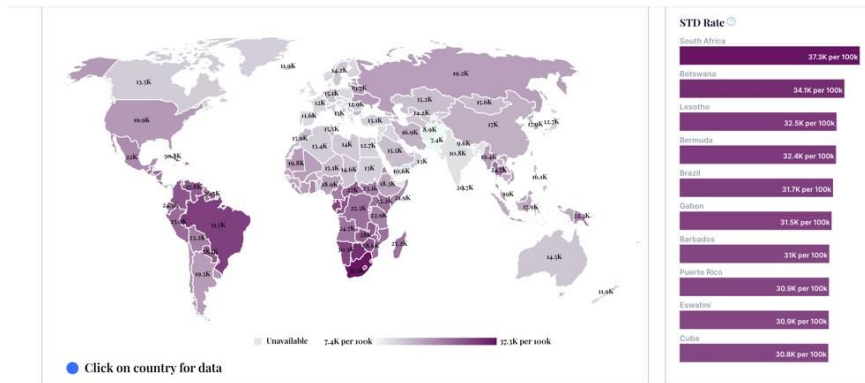
Sexuelle Dysfunktionen sind bei arabischsprachigen und muslimischen Frauen* genauso häufig und relevant wie bei anderen Frauen und FLINTA-Personen global. Unterscheiden tut sich jedoch die hohe Prävalenz für Dyspareunie und damit folglich unweigerlich fehlendem Geschlechtsverkehr (2, 11). Bestimmte religiöse oder kulturelle Erziehungsweisen können eine Dissonanz zur eigenen sexuellen Identität verursachen. So können strenge und starre religiöse Strukturen in der Kindheit später zu sexueller Dysfunktion führen (1). Eine fehlende sexuelle Aufklärung führt oft zu Gefühlen wie Scham und Angst bis zu einer Phobie vor der vaginalen Penetration, welche letztendlich zu einer Beeinträchtigung eines sexuellen Auslebens führt (14). In dieser [Studie](#) wurden verheiratete Frauen aus dem Gaza-Streifen zu ihrer sexuellen Dysfunktion befragt. Statistisch ließ sich keine Signifikanz zwischen sexueller Dysfunktion und den Parametern Polygamie, Frequenz des Geschlechtsverkehrs, Alter der Frau und des Mannes, Beruf der Frau und des Mannes, Bildungsstatus, Schwangerschaftsabbrüche in der Vergangenheit, Anzahl der Kinder, Ehedauer und Nutzung von Verhütungsmitteln festgestellt. Stattdessen sollen stressige Lebenserfahrungen, eine niedrig sozioökonomische Herkunft und arme Lebensverhältnisse eher Ursache sein (11). Speziell mit Schmerzen beim Geschlechtsverkehr werden die Parameter kulturelle Tabus, mangelnde sexuelle Aufklärung, familiärer Einfluss etc. assoziiert (15).



Maasoumi R et. al, 2019

1.4 STD – Sexuell übertragbare Infektionen und Verhütungsmittel

Auch wenn das Thema Sexualität sehr tabuisiert wird und von gesellschaftlichen Erwartungen kontrolliert wird, so kann nicht ausgeschlossen werden, dass trotzdem unehelicher, ggf. gleichgeschlechtlicher Geschlechtsverkehr praktiziert wird. Das Problem hierbei: mangelnde sexuelle Aufklärung und der erschwerte Zugang wie zu Verhütungsmitteln wie Kondomen und Lecktüchern als auch zu HIV-Präventionsmaßnahmen machen es einfacher, sich mit sexuell übertragbaren Infektionen anzustecken, vor allem bei riskantem Sexualverhalten (25). So haben junge Männer Angst, in der Apotheke beim Kauf von Kondomen beäugt oder zu ihrem Beziehungsstatus gefragt zu werden (22, 24). Da gleichgeschlechtliches Leben in fast allen arabischsprachigen Ländern als keine Normalität angesehen werden, ist davon auszugehen, dass bspw. Lecktücher nicht vorzufinden sein werden. Zusätzlich steigert Unwissenheit unter jungen Menschen das Risiko, dass diese nicht geschützten Geschlechtsverkehr durchführen (19). Nicht nur Unwissenheit, sondern auch Desinformationen sind Thema. So wird HIV als eine Krankheit der „anderen Länder“ betitelt. Dies wird damit begründet, dass diese Länder, keine Sexualmoral besäßen und deshalb an HIV erkranken würden.



<https://wisevoter.com/country-rankings/std-rates-by-country/>

übertragbaren Infektionen sind in den arabischsprachigen Ländern vergleichbar zu den Häufigkeiten in den westlichen Ländern. Diese Daten sind zu hinterfragen. Die große Scham und Angst vor gesellschaftlichen Konsequenzen sowie die Unwissenheit und Desinformationen zu sexuell übertragbaren Infektionen lassen eher eine hohe Dunkelziffer vermuten.

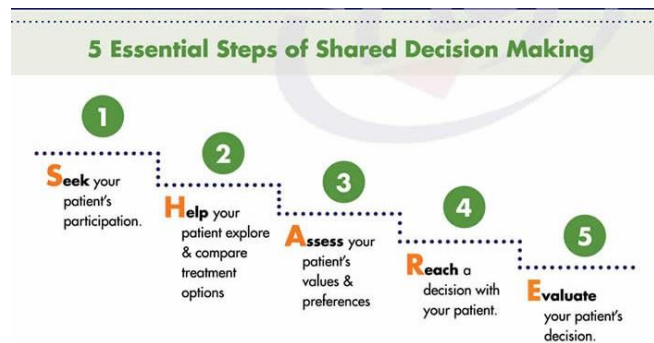
In Ägypten fordere man bspw. seit Jahren eine umfassende sexuelle Aufklärung im Bildungswesen. Diese stößt jedoch auf Unverständnis: Junge Menschen würde man dadurch zu Promiskuität und unehelichen Geschlechtsverkehr motivieren (17). Die Häufigkeiten von sexuell

2. Was muss sich ändern?

2.1 Lebensrealitäten der Patient:innen kennenlernen!

Wie bei jeder Form der Behandlung von Patient:innen ist das Konzept des Shared Decision Making unerlässlich. Dafür benötigt es, sich mit den Lebensrealitäten der Patient:innen auseinanderzusetzen.

Ein großer Bereich spielt hierbei die Religion. Entgegen westlicher Stereotypen leben nicht nur muslimische Frauen und FLINTA-Personen, sondern auch in einer Minderheit christliche, jüdische und anders religiös orientierte Personen. Da auch Religionen Vorgaben zu Sexualität und Schwangerschaft haben, sollten diese sich vom medizinischen Personal angeeignet werden. Zu beachten ist jedoch, dass religiöse Menschen keine homogene Gruppe sind, sondern individuell



The SHARE Approach, Agency for Healthcare Research and Quality

Vorgaben auslegen und ausleben. Ein gewisses Bewusstsein dafür steigert die Zusammenarbeit zwischen Patient:in und Ärzt:in, gibt der Patient:in ein Gefühl von Autonomie und verhindert ein Versagen der Compliance. Neben der Religion sind kulturelle Gegebenheiten ebenfalls zu priorisieren. Durch Mythen, Missverständnisse oder auch einfach kulturelle Wünsche und für die lokale Community wertvolle Traditionen können Einfluss auf die Sexualität haben. Nicht zu vergessen sind natürlich auch andere Faktoren, wie die sozioökonomische Herkunft, der Bildungsstatus, die finanzielle Situation und damit eine ggf. stehende finanzielle Abhängigkeit zu anderen Personen, die sexuelle Orientierung und das Sexualverhalten, der Beziehungsstatus und die familiäre Situation.

Interkulturelle Kompetenzen bei medizinischem Personal verbessern nachweislich die Gesundheitsversorgung von Patient:innen, so auch in der Gynäkologie und der Geburtshilfe (2, 12, 26)!

2.2 Aufklärungsarbeit

Aufklärungsarbeit ist richtig und wichtig (27)! Dabei gilt: Je früher und länger man eine Person sexuell aufklärt, desto besser und nachhaltiger (28, 30). Die Aufklärungsarbeit verleiht den betroffenen Personen Autonomie über ihren eigenen Körper. Des Weiteren können ungewollte Schwangerschaften,

die Infektionsraten von sexuell übertragbaren Infektionen wie HIV reduzieren, die Inzidenz von Vaginismus verringern und folglich ein schöneres Sexualleben versprechen, einen bewussteren und sichereren Umgang mit dem eigenen Körper ermöglichen und die Aufmerksamkeit gegenüber geschlechtsspezifischen Erkrankungen steigern (19, 21, 29).

Um eine entsprechend erfolgreiche Aufklärungsarbeit zu gewährleisten, benötigt es, sich mit den bisherigen Formen der Aufklärungsarbeit in den verschiedenen arabischsprachigen Ländern zu beschäftigen, da diese von Land zu Land stark unterscheiden kann (18).

Das „American College of Obstetricians and Gynecologists“ entwickelte folgende Empfehlungen. Die Aufklärungsarbeit sollte medizinisch akkurat, evidenzbasiert und altersentsprechend sein. Außerdem sollte nicht nur über die Anatomie des Körpers, geschlechtsspezifische Erkrankungen, Verhütungsmittel zum Schutz vor einer ungewollten Schwangerschaft oder sexuell übertragbaren Infektionen aufgeklärt werden, sondern auch über sexuelle Gewalt und Missbrauch, Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierungen, verschiedenen Formen und Möglichkeiten von Beziehungen, Kommunikation mit Partner:innen und Einvernehmlichkeit (28).

2.3 Betrachtung der lokalen Möglichkeiten und Regelungen

Um sich mit den im jeweiligen Land gegebenen Regelungen und Möglichkeiten zu gynäkologischen Themen auseinanderzusetzen, empfiehlt sich diese [Datenbank](http://www.sexualrightsdatabase.org/countires)

(www.sexualrightsdatabase.org/countires). Hier sind alle nötigen Informationen

u.a. zu Verfügbarkeiten von Verhütungsmitteln, gesetzliche Regelungen zu Schwangerschaftsabbrüchen etc. Sich damit zu befassen, gewährleistet eine bessere Gesundheitsversorgung, indem ermittelt wird, wie im jeweiligen Land diese aussieht und welche Lücken es gibt, die man ggf. füllen kann. So kann bspw. die Rate von sexuell übertragbaren Infektionen durch die Bereitstellung von Kondomen gesenkt werden (19). Dabei sollte stets das eigene Verständnis reflektiert werden und nicht vorausgesetzt werden, dass arabischsprachige Länder rückschrittlicher sind als westliche Länder. Bspw. werde in Ägypten seit September 2022 für Frauen verschiedene Möglichkeiten der Verhütung kostenlos bereitgestellt (24).

3. Wie kann sich etwas ändern?

3.1 Allgemeine Untersuchungsbedingungen

Bei der Untersuchung und Behandlung von vor allem muslimischen Frauen* ist zu beachten, dass sie* ein viel größeres Schamgefühl besitzen und daher ungern den Körper und insbesondere die Geschlechtsorgane vor fremden Personen sichtbar machen unabhängig vom Geschlecht der untersuchenden Person. Verständlicherweise wird es für die Patient:innen bei einer männlich gelesenen Person erst recht unangenehm (12). Wichtig wäre es, sich den Wünschen und dem Wohlbefinden der Patient:in zu widmen. Des Weiteren meiden viele eine gynäkologische Untersuchung aufgrund der Angst, das Hymen könnte reißen (16). Daher ist es wichtig, gynäkologische Untersuchungen lediglich bei ausreichender Indikation durchzuführen.

3.2 „Virginität-Tests“

Die WHO fordert eindeutig das Ende von sogenannten „Virginität-Tests“ und eine ausreichende Aufklärung von medizinischem Personal und Communitys über die fehlende Signifikanz des Tests (10). Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass junge Frauen* trotz Aufklärung und ausreichendem Wissen zur fehlenden Signifikanz des Tests weiterhin auf einen Test bestehen. Es lässt sich vermuten, dass dies sich durch die Angst, den gesellschaftlichen und familiären Erwartungen nicht zu entsprechen, ergibt. Wie im nächsten Punkt ausführlicher erklärt wird, kann es in vielen Fällen zum Verlust der Existenzgrundlage und in wenigen Fällen auch des Lebens der Frau* führen. Solche Situationen schließen aber nicht eine stetige Aufklärung auf.

3.3 Hymenrekonstruktion

Das Dilemma, welches man als Gynäkolog:in aus westlichen Strukturen verspüren könnte, wurde ausführlich oben dargelegt. Dabei muss betont werden, dass in diesem Dilemma und der dazugehörigen Diskussion die Stimmen und Perspektiven der eigentlich betroffenen Frauen* kaum gehört werden (5).

Die Indikation einer Hymenrekonstruktion muss aus den lokalen kulturellen Gegebenheiten beurteilt werden und nicht aus der eigenen, der lokalen Kultur fremden Perspektive (4). Das heißt, auch wenn man sich als behandelnde Person unwohl dabei fühlt, durch den chirurgischen Eingriff den patriarchalischen Strukturen in die Hände zu spielen, so gibt man den betroffenen Frauen* eine Form von Autonomie und Sicherheit (3). Sie können folglich sicher „nachweisen“, dass sie Jungfrauen sind und haben keine Konsequenzen zu befürchten. Es verleiht den betroffenen Frauen* Selbstbestimmung über den eigenen Körper und die eigene Sexualität und kann in ländlichen konservativen Gegenden wie bspw. in Ägypten selten auch bedeuten, dass ihr Leben verschont bleibt (8). In diesem Dilemma haben das Leben und die Freiheit der betroffenen Frau* eine höhere Priorität als das eigene Gewissen und die Risiken des Eingriffs (6, 9). Je nach Möglichkeit sollte auch darauf geachtet werden, dass die betroffenen Patient:innen unabhängig ihrer finanziellen Situation eine Hymenrekonstruktion erhalten können, um eine Diskriminierung aufgrund der sozioökonomischen Herkunft zu vermeiden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die religiöse Einordnung. Vor allem bei muslimischen Patient:innen sollte der religiöse Bezug nicht vergessen werden. Wie und ob eine Hymenrekonstruktion im Islam erlaubt ist, wird unterschiedlich beantwortet. Zu empfehlen ist dieser [Artikel](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609517312924) (9) (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609517312924>).

3.4 Sexualtherapie

Wie bereits oben erwähnt, spielen kulturelle und religiöse Erziehungsweisen eine große Rolle in der Entwicklung von Ängsten und damit verbunden sexuelle Funktionsstörungen. Umso wichtiger ist es, als behandelnde Person ein Verständnis dafür zu entwickeln und dieses Verständnis gegenüber der Patient:in aufzuzeigen (15). Dies erleichtert die Kommunikation und die Bereitschaft der Patient:in, sich einer medizinischen, physiotherapeutischen oder psychologischen Behandlung zu unterziehen und verbessert somit das Outcome. (1, 2, 15). Hilfreich sind auch sexuelle Aufklärung, Aufklärungen zur Anatomie des Körpers, Entspannungsverfahren oder, sofern die Patient:in einverstanden ist, eine individualisierte Sexualtherapie (1, 14).

*: In vielen Stellen wird von Frauen gesprochen. Gemeint sind Menschen der FLINTA-Community, die als Frauen gelesen werden und Vagina und Vulva besitzen. Dazu gehören nicht nur Cis-Frauen, sondern auch Trans-Männer und Intergeschlechtliche Menschen. Trotzdem entschied ich mich für Wortwahl „Frau“ da die Anerkennung gegenüber Geschlechtsidentitäten außerhalb der cis-heteronormativen Form in arabischsprachigen Ländern nahezu komplett fehlt. Auch die zitierten Studien sprechen leider lediglich von „Frauen“ ohne diese Personen näher einordnen zu können.

(1) Kellogg Spadt, Susan; Rosenbaum, Talli Y.; Dweck, Alyssa; Millheiser, Leah; Pillai-Friedman, Sabitha; Krychman, Michael (2014). Sexual Health and Religion: A Primer for the Sexual Health Clinician (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 11(7), 1606–1619.

(2) Rahman S. Female Sexual Dysfunction Among Muslim Women: Increasing Awareness to Improve Overall Evaluation and Treatment. *Sex Med Rev*. 2018 Oct;6(4):535-547. doi: 10.1016/j.sxmr.2018.02.006. Epub 2018 Apr 18.

(3) Abboud S, Jemmott LS, Sommers MS. "We are Arabs:" The Embodiment of Virginity Through Arab and Arab American Women's Lived Experiences. *Sex Cult*. 2015 Dec;19(4):715-736. doi: 10.1007/s12119-015-9286-1. Epub 2015 May 1.

- (4) Heinrichs G. Is Hymenoplasty Anti-Feminist? *J Clin Ethics*. 2015 Summer;26(2):172-5.
- (5) Schuster S. Hymen Restoration: "My" Discomfort, "Their" Culture, and Women's Missing Voice. *J Clin Ethics*. 2015 Summer;26(2):162-5.
- (6) Bastami S. When Bleeding Is Vital: Surgically Ensuring the "Virginal" State. *J Clin Ethics*. 2015 Summer;26(2):153-7.
- (7) Bettina Köster. Sexualität in der arabischen Welt. Deutschlandfunk. März 2013. Stand: Dezember 2023
- (8) Mena A. Farouk. In conservative Egypt, women seek low-cost ways to 'prove' virginity. Reuters. Dezember 2021. Stand: Dezember 2023.
- (9) Mohammad H. Bawany, Aasim I. Padela, Hymenoplasty and Muslim Patients: Islamic Ethico-Legal Perspectives, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 14, Issue 8, 2017, Pages 1003-101.
- (10) World Health Organization. United Nations Agency call for ban on virginity testing. Oktober 2018. Stand: Dezember 2023
- (11) Maasoumi R, Elsous A, Hussein H, Taghizadeh Z, Baloushah S. Female sexual dysfunction among married women in the Gaza Strip: an internet-based survey. *Ann Saudi Med*. 2019 Sep-Oct;39(5):319-327. doi: 10.5144/0256-4947.2019.319. Epub 2019 Oct 3.
- (12) Arousell J, Carlbom A. Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016 Apr;32:77-87. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.08.011. Epub 2015 Sep 10.
- (13) Mina Matin BA & Samuel LeBaron MD and PhD (2004) Attitudes Toward Cervical Cancer Screening Among Muslim Women: A Pilot Study, *Women & Health*, 39:3, 63-77.
- (14) Muammar T, McWalter P, Alkhenizan A, Shoukri M, Gabr A, Bin AA. Management of vaginal penetration phobia in Arab women: a retrospective study. *Ann Saudi Med*. 2015 Mar-Apr;35(2):120-6.
- (15) Lamba A, Mohajir N, Rahman S. A review of the psychosocial factors that contribute to sexuality, female sexual dysfunction, and sexual pain among Muslim women. *Sex Med Rev*. 2023 Jun 27;11(3):156-173.
- (16) Abboud S, De Penning E, Brawner BM, Menon U, Glanz K, Sommers MS. Cervical Cancer Screening Among Arab Women in the United States: An Integrative Review. *Oncol Nurs Forum*. 2017 Jan 1;44(1):E20-E33.
- (17) Jennifer Holleis. Let's talk about sex, habibi! Sex education in the arab world. Qantara.de. Dezember 2021. Stand: Dezember 2023
- (18) Rasha Dewedar. Is the Arab World Able to Deal With Sex Education? *Raseef22*. März 2018. Stand: Dezember 2023

- (19) Mirzazadeh A, Biggs MA, Viitanen A, Horvath H, Wang LY, Dunville R, Barrios LC, Kahn JG, Marseille E. Do School-Based Programs Prevent HIV and Other Sexually Transmitted Infections in Adolescents? A Systematic Review and Meta-analysis. *Prev Sci*. 2018 May;19(4):490-506.
- (20) Ahmed Ragaa A.-H. R. Sexuality Education Approaches: What would be applicable to North of Africa and Middle East?
- (21) Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, Wethington HR, Kirby D, Elliston DB, Griffith M, Chuke SO, Briss SC, Ericksen I, Galbraith JS, Herbst JH, Johnson RL, Kraft JM, Noar SM, Romero LM, Santelli J; Community Preventive Services Task Force. 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. *Am J Prev Med*. 2012 Mar;42(3):272-94.
- (22) Ahmed Ramadan. Buying birth control: sexual stigmas and STDs. *Egypt Independent*. Januar 2011. Stand: Dezember 2023.
- (23) Egypt spends over EGP 100 mln annually on free family planning methods. *Ahram Online*. September 2022. Stand: Dezember 2023.
- (24) Mohamed Amjahid. Let's talk about Sex, Habibi! Liebe und Begehren von Casablanca nach Kairo. Piper Verlag. September 2022.
- (25) Kteily-Hawa R, Hawa AC, Gogolishvili D, Al Akel M, Andruszkiewicz N, Vijayanathan H, Loutfy M. Understanding the epidemiological HIV risk factors and underlying risk context for youth residing in or originating from the Middle East and North Africa (MENA) region: A scoping review of the literature. *PLoS One*. 2022 Jan 7.
- (26) Marek E, Németh T. Interkulturális kompetenciák az egészségügyi ellátásban [Intercultural competence in healthcare]. *Orv Hetil*. 2020 Aug;161(32):1322-1330. Hungarian.
- (27) Goldfarb ES, Lieberman LD. Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *J Adolesc Health*. 2021 Jan;68(1):13-27.
- (28) Comprehensive sexuality education. Committee Opinion No. 678. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;128:e227–30.
- (29) Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, Wethington HR, Kirby D, Elliston DB, Griffith M, Chuke SO, Briss SC, Ericksen I, Galbraith JS, Herbst JH, Johnson RL, Kraft JM, Noar SM, Romero LM, Santelli J; Community Preventive Services Task Force. 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. *Am J Prev Med*. 2012 Mar;42(3):272-94.
- (30) Mirzazadeh, A., Biggs, M.A., Viitanen, A. *et al.* Do School-Based Programs Prevent HIV and Other Sexually Transmitted Infections in Adolescents? A Systematic Review and Meta-analysis. *Prev Sci* **19**, 490–506 (2018).